

La historia clínica: elemento fundamental del acto médico

FERNANDO GUZMÁN¹, CARLOS ALBERTO ARIAS²

Palabras clave: registros médicos; ética médica; legislación médica; confidencialidad.

Introducción

La historia clínica es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente. Esta relación, objetivo esencial de la medicina, se encuentra consagrada en la Ley 23 de 1981, la cual expresa en su artículo IV:

“[...] La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico [...]”.

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. La profesionalidad se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica. La ejecución es típica cuando se hace conforme a la denominada *lex artis ad hoc*, debido a que la medicina siempre se ejerce de acuerdo con las normas de excelencia de ese momento,

a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno. El objetivo de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable.

Importancia y repercusiones de la historia clínica

Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano.

Por definición, la historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Además, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado.

Intenta encuadrar el problema del paciente.

De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de integrar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.

Orienta el tratamiento.

El individuo que acude en busca de consejo y alivio para sus enfermedades se llama paciente. Quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión

¹ Cirujano cardiovascular, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia; Miembro de la ACC; Magistrado, Tribunal Nacional de Ética Médica.

² Cirujano cardiovascular, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia.

Fecha de recibido: 16 de noviembre de 2011

Fecha de aprobación: 16 de noviembre de 2011

científica y con base en ella disponer un tratamiento, se llama médico. Y una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico.

En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí, la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.

Posee un contenido científico de investigación.

La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad.

Ciertamente, en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes, los códigos de ética y la *lex artis*. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos, de acuerdo con las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia médica.

Investigar no es administrar sustancias no aceptadas por estudios científicos previos. Esto es experimentación humana sin consentimiento y constituye un delito.

El Código de Ética Médica hace referencia a este punto:

“[...] 2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondientes. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión [...]”, Artículo 2, Ley 23 de 1981.

Adquiere carácter docente.

Hoy en día, el trabajo médico, especialmente el de tipo hospitalario, se lleva a cabo en equipo. El ejercicio exclusivamente individual es cada vez más escaso. En las escuelas de medicina y en los hospitales se impone a los docentes la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (internos y residentes) y de responder por sus errores culposos, claro está, siempre y cuando “[...] pese a su cuidado y autoridad no hubieren podido evitar el hecho [...]” (Código Civil, Artículo 2347 *in fine*).

La estructura de un hospital universitario se mueve alrededor de la jerarquía académica de sus docentes. Allí trabajan los especialistas por varios motivos, entre los que se cuentan: el volumen de casos que pueden ser atendidos, el tipo de enfermedades que presentan los pacientes que acuden a esa institución, la posibilidad de efectuar investigaciones clínicas específicas por la clase de lesiones que allí se observan, el honor de la docencia, la remuneración y el amor al trabajo hospitalario.

En la historia clínica se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo:

“[...] 5. Conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad. Cuandoquiera que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la medicina o a regentar cátedras en las mismas, se someterá a las normas legales y reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional [...]”, Ley 23 de 1981,

y el Decreto 3380 de 1981:

“[...] Artículo 30. Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual [...]”.

Constituye importante elemento administrativo.

Por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar los procedimientos practicados, las complicaciones sufridas y los costos monetarios de quienes responden por cada enfermo.

Tiene implicaciones médico-legales.

Por un lado, es parte del contrato de servicios médicos, cuyo fundamento se basa en varios aspectos, a saber:

Capacidad de los sujetos. Se origina en el uso completo de las facultades intelectuales, el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas, así como la integridad de las funciones mentales para comunicar esta decisión.

Consentimiento. Se basa en la manifestación expresa de voluntades y el acuerdo mutuo. El consentimiento se define como la declaración de voluntad sobre un objeto (Artículo 1517 del Código Civil). Toda declaración de voluntad debe tener por objeto una o más cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer.

Objeto lícito. Esto quiere decir, ajustado a la ley.

Causa lícita. O sea, aquella permitida por la ley, es decir, de acuerdo con el orden público y las buenas costumbres.

Entre el paciente y su médico se establece la típica relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del enfermo, quien, a su vez, se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo.

Esta forma de relación puede ser de varios tipos:

- a través de entidades hospitalarias de servicio público en donde el médico es un empleado a sueldo;
- a través de instituciones como el seguro social;
- mediante entidades privadas que contratan su infraestructura con corporaciones, ofreciendo su cuerpo médico como parte del contrato, o
- por medio de empresas de medicina prepagada.

Aunque en estos casos el paciente no busca voluntariamente al médico, se somete a ser atendido por quien se encuentra de turno o llamada. Esto no descarta la relación contractual entre el médico y el enfermo, sino que, más bien, involucra a un tercero: la institución prestadora de servicios, que le paga al médico por su trabajo y debería garantizarle al enfermo la mejor atención posible. La historia clínica es elemento fundamental en cualquiera de las formas de contratación.

En segundo lugar, es la base de demostración de la diligencia médico-hospitalaria. Diligencia es la cualidad por la cual el médico ejerce su acto profesional utilizando los principios de cuidado, exactitud, ciencia y conocimiento, con el objeto de llegar a un diagnóstico preciso de las condiciones de un enfermo, para orientar su tratamiento. Negligencia, la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, dejadez, desidia, descuido e incuria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, estando en capacidad intelectual y técnica de preverlo.

La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto:

“[...] el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o beneficie a sus pacientes con el fin de probar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio a la salud de aquellos incurre en una conducta ilícita que será calificada por el juez según su magnitud [...]”, Legis. Jurisprudencia y Doctrina. Bogotá: Legis; 87.Tomo XVI. 184. p. 322.

El acto médico negligente es una transgresión a normas comunes de sensatez a diferentes niveles. Es decir, constituye un descuido u omisión tal, que al comparar la conducta de un médico con la de otro que posea un conocimiento similar y el correspondiente sentido común de responsabilidad que les ha conferido la experiencia y el estudio respectivos, y de quienes se esperaría una conducta lógica, mesurada y acorde con el deber de cuidado y la *lex artis* que rigen el acto determinado que se analiza, se concluye que obró por fuera de los parámetros mínimos de cuidado.

La historia clínica es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico.

En tercer lugar, posee carácter probatorio ante la ley.

La historia clínica es una forma de prueba, pues se considera documento. De acuerdo con el Código de Procedimiento Civil (Sección III, Régimen Probatorio, Título XIII, Pruebas, Capítulo I, Artículo 175):

“[...] Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez [...]”.

El mismo Código, en su artículo 251, expresa:

“[...] Son documentos los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo [...]”.

Documento es todo aquel elemento perceptible por los sentidos del oído y la vista que al ser examinado sirva para comprobar la existencia de un hecho o una manifestación del intelecto y que, por lo tanto, puede ser llevado físicamente ante el juez.

Según el profesor J. Parra Quijano, en el aspecto procesal y probatorio hay dos tipos de documentos: solemne, cuando la ley impone que un acto se celebre por medio de un documento específico, como la venta de un inmueble o un consentimiento informado, y probatorio, cuando se constituye como objeto permanente de representación como medida de seguridad (historia clínica).

Además, la historia clínica es parte de la función del médico como auxiliar de la justicia, evento consagrado en la Ley de Ética Médica:

“[...] 6. El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley, ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y sólo la verdad [...]”.

Características de la historia clínica

Su práctica es obligatoria. Ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. En las instituciones de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad.

Por otro lado, en caso de complicaciones (salvo en algunos casos de extrema urgencia y corto tiempo disponible), su ausencia no tiene excusa.

Es irremplazable. La escritura de la historia no puede ser reemplazada por la memoria del médico. Es lógico que no se puedan conocer detalles de cada paciente, ni por el número ni por la complejidad individual de cada ser humano.

Es privada y pertenece al paciente. Aquí se integran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información.

Confidencialidad. Existe un aspecto relevante y es el de la historia clínica como documento reservado, calidad que se le reconoce sin dudas en Colombia, como lo prueba el ejemplo reciente del 29 de septiembre de 1993: el magistrado Carlos Gaviria de la Corte Constitucional, declaró que los jefes de las fuerzas armadas no pueden violar la reserva de la historia clínica de quien pertenece a la institución castrense, pues eso va en contra de los derechos elementales de la persona.

La Ley 23 ya lo había contemplado en su Título II, Capítulo III, Artículo 34:

“[...] La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley [...]”.

Asimismo, en el Artículo 38:

“[...] Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

A) al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga;

B) a los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;

C) a los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;

D) a las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley;

E) a los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia [...]”.

Esta norma tiene, a su vez, repercusión para efectos procesales, ya que el médico, al igual que otros profesionales, no está obligado a declarar sobre aquello que se le ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su oficio o profesión (Artículo 214 del Código de Procedimiento Civil).

Infortunadamente, la confidencialidad de la historia clínica está siendo negada por los nuevos sistemas de salud y las tecnologías que utilizan. En principio, tienen acceso a la historia clínica el médico tratante, los que atienden las interconsultas, el personal paramédico y el personal en adiestramiento que se admite para el manejo del caso específico. Sin embargo, aunque existen indicaciones específicas sobre formatos de información (Resolución 3905 de junio de 1994), las entidades prestadoras de servicios (EPS) disponen de la información a su arbitrio, particularmente a través de sus auditores médicos.

El Decreto 3380 contempla la violación de la confidencialidad en la siguiente forma:

“[...] Artículo 23. El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.

Artículo 24. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero no será responsable por la revelación que ellos hagan [...]”.

Secreto profesional. En el juramento hipocrático se estipula:

“[...] Aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi

profesión, lo callaré, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos [...]”.

El secreto profesional médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión, se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales.

Según Uribe Cualla, existen tres tipos de secreto profesional médico:

- *Absoluto.* El médico debe callar siempre todo, bien sea en privado o ante la justicia.
- *Relativo.* No debe guardarse frente a la justicia, para así colaborar en la búsqueda de la verdad.
- *De conciencia.* El médico debe divulgar la verdad.

Según Uribe Cualla, se requieren varias condiciones para que exista violación del secreto profesional:

- que el infractor tenga una profesión u oficio;
- que el asunto se haya conocido con motivo del ejercicio profesional, aunque no tenga nada de confidencial;
- que cuando el médico con la revelación de lo secreto, no obstante tener la obligación de guardarlo, causa algún perjuicio o haya la posibilidad de causarlo, o
- que se haga con plena conciencia (delito) o inadvertidamente (falta moral).

La violación del secreto se contempla en el Código Penal:

“[...] El que teniendo conocimiento, por razón de su profesión, arte u oficio, de un secreto, lo revelare sin justa causa, incurrirá en arresto de tres meses a un año y suspensión para ejercer tal profesión, arte u oficio por el mismo tiempo [...]”.

Información. La información que se presente al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo.

Esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad. De lo contrario,

al presentar el médico una explicación errónea, falsa o malintencionada, no solamente está faltando a un principio ético, sino que está vulnerando la libertad de decisión del paciente.

La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido.

A este respecto, puede presentarse la discusión sobre si debe informarse la verdad completa, por las repercusiones que tal información pueda tener en el enfermo que no se encuentra preparado para recibirla. Es obvio que en este punto hay que ser muy prudente y cuidadoso, pues de la forma como se presenten las cosas al paciente, pueden depender efectos negativos.

Algunos afirman que el paciente debe conocer toda la verdad, con el objeto de arreglar sus asuntos familiares y económicos en forma definitiva. Otros, por el contrario, piensan que no se debe angustiar al paciente y, más bien, someterlo al tratamiento sin que sepa que su pronóstico es pésimo.

La Ley 23 de 1981 habla de la responsabilidad en caso de riesgo previsto (Título II, Capítulo I, Artículo 16):

“[...] La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados [...]”.

Aunque el médico debe ofrecer siempre alguna esperanza a su paciente, las circunstancias actuales obligan a ofrecer la información en forma clara. De lo contrario, se está transgrediendo el derecho de la persona a conocer la verdad y a proceder según sus necesidades. De cualquier forma, una buena práctica consiste en informar siempre a la familia sobre la situación real del paciente y su enfermedad, con el vocabulario y en la oportunidad que aconsejen la prudencia y el buen juicio del médico, pero teniendo siempre en cuenta la autorización del paciente para presentar dicha información.

Es objetiva y veraz. Se basa en hechos ciertos y describe las situaciones como son y no como el médico quisiera que fueran.

Además, debe estar libre de especulaciones. Se aceptan únicamente las disquisiciones diagnósticas y los criterios de las juntas médicas. De resto, la historia clínica es descriptiva.

Existen algunas situaciones en las que se enuncian juicios de valor, pero son de alta peligrosidad debido a las implicaciones legales que conllevan.

En la elaboración de la historia clínica el paciente debe expresar su versión de los síntomas y el médico no puede guiarlo hacia un diagnóstico específico.

Fundamentos de la historia

Base científica y humana

Si por conocimiento entendemos el conjunto de representaciones intelectuales sobre las cuales tenemos certeza de verdad, es necesario distinguir entre el conocimiento vulgar y el conocimiento científico. El primero simplemente conoce la cosa o el hecho, sin dar explicaciones ni razones metódicas. El segundo, en cambio, explica y razona sobre las cosas y los hechos conocidos, y los expresa con cuidado para evitar errores.

La Ciencia es pues una forma coherente y sistemática de conocimiento que acepta y explica la realidad, predice su conducta y la controla. El cuerpo de ideas obtenido después de probar la certeza del conocimiento, constituye la ciencia, es decir, el conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable. La ciencia busca construir explicaciones a partir de observaciones organizadas y logradas en condiciones reconocidas como válidas.

Por otro lado, el método científico es un procedimiento para describir condiciones en que se presentan sucesos específicos. Es la aplicación de la lógica a los hechos observados. A través de él se plantean problemas, se prueban hipótesis e instrumentos de trabajo de investigación. Su interés se centra en determinar características, propiedades, relaciones y procesos en los hechos observados; es verificable; se puede someter a confrontación empírica; es relativo, sus afirmaciones pueden ser reformadas; es sistemático; es comunicable por medio de un lenguaje específico; es descriptivo, explicativo y predictivo.

La tecnología es la aplicación de los conocimientos para resolver problemas humanos. Es el juego de

procesos, herramientas, métodos, procedimientos y equipo que se utilizan para producir bienes y servicios. La tecnología determina el curso de la sociedad. Sin embargo, no debemos ser simples usuarios de la tecnología, sino sus administradores, tomando decisiones inteligentes que evalúen su impacto sobre los seres humanos y el medio ambiente. Por esta razón, cuando se habla de la medicina como una ciencia, es preciso considerar, a la vez, una tecnología que le proporciona instrumentos y una ética que le imprime carácter a su trabajo.

Pero no puede olvidarse la esencia humana de la actividad médica, enunciada en forma clara en el Artículo 1 de la Ley 23 de 1981, que dice en uno de sus apartes:

“[...] 1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes [...]”.

Concordancia con la *lex artis*

La locución latina *lex artis*, literalmente ‘ley del arte’ o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trata, ha sido empleada para referirse a aquella evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento. Por lo tanto, se juzga el tipo de actuación y el resultado obtenido, teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada enfermedad y cada paciente.

La *lex artis* tiene en cuenta la actuación y el resultado. Se basa en el cúmulo de conocimientos de la profesión en el momento en el cual se juzga o evalúa la acción médica y lo que con ella se obtiene.

Claridad

Claridad es sinónimo de luz, transparencia y distinción. Constituye una característica de la perfección intelectual y formal que se traduce en coherencia intelectual entre lo anotado en las páginas de la historia clínica y lo que esté ocurriendo con el enfermo; a esto se suma la utilización de términos adecuados, buena estructura lingüística y justificación de los actos que se originen en las condiciones del paciente.

Legibilidad

Uno de los defectos tradicionales de los médicos es la falta de claridad en su escritura. Y esto es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsulta, sino para quien juzga la actividad médica (auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc.).

La historia clínica debe ser completamente legible. Las abreviaciones deben, en lo posible, evitarse. Las firmas deben ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, de un sello.

“[...] Artículo 36. En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad [...]”.

Integridad y estructuración interna

No puede omitirse ninguna de sus partes constitutivas. Debe existir orden y coherencia entre las diferentes partes de la historia clínica. No solamente debe ser completa, sino estructurada entre sus partes.

Partes de la historia clínica

Interrogatorio

Es el punto esencial de contacto entre el médico y el paciente. Se basa en la confianza, el respeto y la sinceridad de ambas partes.

Los cuatro primeros elementos son: la presentación mutua, la toma de los datos generales, el registro del motivo de consulta y la enfermedad actual como el paciente mismo la describe.

Examen físico inicial

Está constituido por la percepción sensorial del médico, y sus elementos constitutivos siguen siendo la inspección (apreciación visual), la palpación (tacto), la percusión (oído) y la auscultación (oído).

Diagnóstico de ingreso

La importancia del diagnóstico radica en varios aspectos: aclara lo que no se conoce con el fin de evaluar la gravedad del asunto; orienta el camino terapéutico que se debe seguir; organiza la secuencia de eventos, encaminada a buscar la curación o el alivio; integra el concurso de recursos técnicos y humanos para tales fines; controla el resultado de la intervención médica; es la base para efectuar pronósticos; en fin, es la esencia misma del acto médico.

El diagnóstico es una hipótesis de trabajo. Para ello debe recordarse que las hipótesis son proposiciones que pueden ser puestas a prueba para verificarlas y determinar su validez. Deben ser conceptualmente claras, objetivas y específicas, y poder ponerse a prueba con las técnicas disponibles.

En medicina, las hipótesis diagnósticas son proposiciones lógicamente formuladas que afirman la existencia de una relación entre dos o más factores o entidades y que deben someterse a prueba para ser aceptadas como válidas.

El proceso diagnóstico pasa por las siguientes etapas:

1. etapa anatómica,
2. etapa de diagnóstico funcional,
3. ubicación en estereotipos de síndromes,
4. integración fisiopatológica,
5. confirmación paraclínica,
6. investigación etiológica y
7. confirmación anatomopatológica.

Desde otro punto de vista, los tipos de diagnóstico son:

- *Topográfico*: se intenta determinar la región afectada por la enfermedad.

- *Anatómico*: se ubica el órgano lesionado.
- *Por síndromes*: se integran los signos y se tratan de agrupar dentro de una determinada enfermedad o síndrome.
- *De impresión o de presunción*: se presenta cuando no se puede ubicar el problema dentro de los esquemas que el médico tiene en mente. Es, en esencia, tentativo o hipotético, y no compromete en forma definitiva el criterio del médico.
- *Fisiopatológico*: hay inferencia del mecanismo de producción de la enfermedad.
- *Diferencial*: se hace mediante comparación con enfermedades que tienen algunos signos y síntomas similares.
- *Por exclusión o descarte*: se hace cuando se descartan otros diagnósticos posibles y probables, mediante pruebas clínicas o paraclínicas.
- *Etiológico*: se logra al encontrar la causa de la enfermedad.
- *Anatomopatológico*: se sustenta mediante inspección directa de los órganos y su examen microscópico.

Exámenes paraclínicos

Son aquellos que se obtienen por medio de la tecnología, e incluyen el laboratorio clínico, las imágenes diagnósticas y las pruebas funcionales, entre otros.

Sirven para confirmar una sospecha clínica. En ningún momento son búsquedas al azar. Aunque existen algunos exámenes de laboratorio básicos, cada una de las pruebas paraclínicas debe analizarse, justificarse y evaluarse cuidadosamente, pues todas son costosas.

Obviamente que no puede llegarse al extremo de pretender eliminarlas de plano, pues sería negar el avance mismo de la medicina en los últimos siglos. Pero, solicitar una enorme cantidad de exámenes sin haber examinado bien al enfermo luego de un excelente interrogatorio, niega la esencia misma del acto médico, pues el contacto del profesional con el paciente es irremplazable.

“[...] Artículo 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables

para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

Parágrafo. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen [...]”, Ley 23 de 1981.

“[...] Artículo 7. Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados:

- a) Los prescritos sin un previo examen general.
- b) Los que no corresponden a la situación clínico-patológica del paciente [...]”, Decreto 3380 de 1981.

Procedimientos diagnósticos invasivos

Entran dentro de la categoría de elementos de confirmación o descarte de una sospecha clínica justificada. Todos tienen algún tipo de riesgo y su costo es elevado. Por lo anterior, deben ir acompañados del consentimiento informado.

Evolución

Registra el desarrollo de las condiciones del enfermo en el curso de los siguientes días, semanas, meses o años de tratamiento.

Las notas de evolución deben ser cuidadosas y transcribirse luego de analizar lo ocurrido en días anteriores.

Procedimientos invasivos terapéuticos

Debido a que forman parte del arsenal médico y representan franco riesgo, siempre se deben acompañar del documento de consentimiento.

Ese consentimiento debe ser exento de vicio: error, fuerza o dolo (Artículo 1508 del Código Civil). En caso contrario, el acto estará viciado de nulidad y no producirá ningún efecto o producirá otro distinto al que normalmente se persigue con este obrar.

Las condiciones mínimas para que pueda existir un acto de consentimiento médico son, de acuerdo con varias legislaciones, las siguientes:

Capacidad. Es el pleno uso de las facultades intelectuales y el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas.

Posesión del derecho. Es la titularidad del derecho, bien o interés sobre el cual el sujeto consiente el acto médico.

Libertad. Atentan contra esta condición la coacción de cualquier tipo (física, moral, intelectual, económica, etc.) y la falsa información o engaño por parte de cualquiera de los sujetos.

Información. Es el conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o tratamiento al cual vaya a ser sometido. La decisión que tome el enfermo es absolutamente personal e individual.

Descripción

En los procedimientos invasivos, particularmente los de tipo quirúrgico, se describen paso a paso las circunstancias que llevan a los hechos, las decisiones tomadas y los efectos producidos. Ellas son la justificación del acto terapéutico invasivo y, por lo tanto, deben ser meticulosas.

Informe de complicaciones

Debe distinguirse entre los diversos tipos de eventos que ocurren en los pacientes:

Iatrogenia. Puede catalogarse como un daño (directo o indirecto) ocasionado por el médico en forma inevitable, cumpliéndose la norma de atención (por ejemplo, oxigenoterapia y fibrosis pulmonar; quimioterapia e infección, etc.). Puede asimilarse muchas veces al caso fortuito.

Accidente. Es el evento súbito, repentino e imprevisto, en el cual no existe tampoco violación de la norma de atención. Se puede asimilar, si se siguió la *lex artis*, a fuerza mayor.

Complicación. Es un evento inmediato o tardío también con el nexo de causalidad directo o indirecto de la actuación del médico, con producción de un resultado no satisfactorio y que debió estar enmarcado dentro de la teoría del riesgo previsto.

Complicación culposa. Es similar a la anterior, pero no encuadrada dentro del riesgo previsto y es debida a negligencia, impericia o imprudencia del médico.

“[...] Artículo 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados [...]”, Ley 23/81.

Asimismo, el Decreto 3380 declara:

“[...] Artículo 12. El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.

Artículo 13. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico pueda comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico [...]”.

Documentos especiales

Hacen referencia a eventos poco frecuentes de la relación entre médico y paciente, e incluyen, entre otros: abandono del tratamiento, abandono del hospital, algunas quejas especiales, autorización de donaciones, autorización de abandono de procedimientos en caso de enfermedad terminal, etc.

Autopsia

La auditoría médica más implacable es el Departamento de Anatomía Patológica que, esencialmente, evalúa el error y el actuar médico.

La autopsia clínica hospitalaria es sumamente complicada, pues el patólogo debe tener conocimiento completo de la historia clínica, formación científica profunda, habilidad para encontrar las causas de la enfermedad y estructuración profesional suficiente para poder explicar las causas de la muerte.

Los resultados de la autopsia deben incluirse en casos de fallecimiento hospitalario.

Resumen de historia

Debe ser claro, objetivo, concreto y ajustado a la verdad de los eventos en su totalidad. De su estructura depende la credibilidad del acto médico ante los pacientes y de los profesionales de la salud ante la sociedad.

Conclusiones

La historia clínica es el documento médico por excelencia. Gran cantidad del tiempo de quien se educa en las facultades de medicina transcurre alrededor del diseño de una buena historia clínica de quienes se encuentran bajo su cuidado.

Las implicaciones de este documento son de todo tipo, especialmente médico-legal, en un momento en que el ejercicio médico se ha tornado complicado, presionado y, en muchos aspectos, verdaderamente angustioso.

La elaboración de una buena historia clínica es indispensable para los médicos de cualquier nivel jerárquico.

Referencias

- Guzmán F. ¿Cambiará el ejercicio de la profesión médica? Prensa Médico-Quirúrgica. 1994;1:3-8.
- Guzmán F. La responsabilidad civil del médico. Rev Colomb Cir. 1994;9:207-14.
- Guzmán F, González N, López C. La historia clínica. En: Guzmán F, Franco E, Roselli D, editores. De la responsabilidad civil médica. Biblioteca Jurídica Dike. Medellín: Ediciones Rosaristas; 1995. p. 182-91.
- Guzmán F. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Revista Colombiana de Cirugía Plástica. 1999;5:115-25.
- Guzmán F. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Herald Médico. 1999;226:33-52.

Correspondencia: FERNANDO GUZMÁN, MD
 Correo electrónico: ferguzmancol@gmail.com
 Bogotá, D.C., Colombia.