

IMPORTANCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN EL CUIDADO MEDICO

No deja de ser llamativo el hecho de que la gran mayoría de los pacientes que ingresan a un hospital ignoran el esfuerzo, el orden y la atención al detalle que requiere su "Expediente Clínico". Al momento del ingreso, en cada caso, se abre este importante documento que consta de muchos elementos y que constituye la base sobre la cual gira el cuidado del paciente durante su hospitalización. Las secciones principales de esta indispensable herramienta de trabajo son los datos generales, la historia clínica la cual, a su vez, consta de varias partes; las notas de progreso, las notas de enfermería, los resultados de los exámenes de laboratorio, de las radiografías y otros exámenes especiales; los protocolos de cirugía y anestesia, la hoja de signos vitales y medicamentos, etc. etc. Muchos pacientes ignoran por ejemplo que cada inyección, tableta, cápsula o cucharada de medicamento que se le administra, queda un registro escrito con fecha, hora y dosis. Es también curioso que muchos pacientes, en cuyo cuidado intervienen varios médicos, tienen a veces la impresión de que estos profesionales no se comunican entre sí, cuando en realidad lo hacen constantemente a través de la información consignada en el expediente.

Pero el delicado trabajo del manejo del expediente hospitalario no termina allí. Al momento de la salida se cierra el documento mediante una lista de los diagnósticos y procedimientos realizados y en los casos más complejos se hace un resumen completo. El expediente pasa luego a la sección de archivos clínicos de la Institución donde se ordena de acuerdo a estándares pre-establecidos, se introducen códigos numéricos según los diagnósticos, los cuales permiten revisiones posteriores, y se archiva. El sistema debe ser lo suficientemente adecuado como para que ese expediente, que puede contener información realmente crítica para el adecuado cuidado de un paciente, sea fácilmente accesible, incluso fuera de las horas regulares.

Es evidente entonces que para los médicos y las Instituciones Hospitalarias debe ser toda una meta mantener expedientes y archivos de muy alta calidad. En los países en que se aplica a médicos e Instituciones un proceso de acreditación, este aspecto es revisado por personas, no necesariamente médicos, debidamente entrenadas para este fin. Por otra parte, el público debería estar informado sobre estos detalles y debería también ser consciente de la serie de gastos (personal, papelería, mobiliario, microfilmaciones, cómputos, espacio, etc.) que todo esto acarrea y que en realidad deben ser vistos como inversiones en su salud.

En cambio a la atención a través de la consulta externa, los patrones son menos rígidos y la situación no está tan bien definida. Existen Instituciones o clínicas en las que el expediente de atención a pacientes no hospitalizados es también extraordinariamente bien llevado. Al igual, hay grupos de médicos que comparten un expediente único para cada paciente, con muy buen resultado, como también excelentes médicos generales que mantienen sus expedientes no solamente muy funcionales sino también nítidamente ordenados. Sin embargo con demasiada frecuencia, la atención de consulta externa por médicos primarios y especialistas está orientada a resolver un problema o síntoma único o momentáneo y el registro de la atención suministrada no se hace, o se hace en forma muy superficial.

Es evidente que la atención a un paciente que acude a una clínica por segunda o tercera vez será mucho mejor e incluso mucho más rápida si su enfermedad principal y sus antecedentes personales o familiares, sus alergias, sus problemas socioeconómicos y sus hallazgos en un cuidadoso examen físico inicial, han sido consignados en un expediente o cuadrícula. Como es lógico, el formato puede variar considerablemente de una especialidad a otra. El pediatra hará énfasis en crecimiento, desarrollo e inmunizaciones, el obstetra seguramente contará con una hoja de control de embarazos; el dermatólogo, el ortopedista y el cirujano, especialidades estas en que los problemas se resuelven rápidamente, tal vez tengan solamente una ficha para anotar fechas, procedimientos y diagnósticos.

Para los médicos que lidiamos con situaciones más crónicas o que actuamos como médicos de cabecera y que muchas veces controlamos una situación particular de salud (casos típicos son los de la Diabetes y la Hipertensión) a lo largo de muchos años, contar con un expediente clínico completo, accesible, detallado, ordenado y adecuadamente archivado, es importantísimo. Además de las notas correspondientes a cada visita, en este documento se deben detallar otros eventos como por ejemplo las hospitalizaciones, los informes de laboratorio, las respuestas a cartas de referencia y los nuevos diagnósticos o complicaciones.

La utilización progresiva de los sistemas de cómputo, tarde o temprano modificará la forma en que se registra y se acumula la información pero en ningún caso la información misma. En relación con este tema, por ahora y hasta donde tenemos entendido, los registros clínicos introducidos en computadoras, aún requieren de respaldo de un registro escrito para tener valor legal. No tenemos la menor duda de que esto cambiará en un futuro más cercano que lejano y que eventualmente el paciente mismo podrá tal vez llevar un CD-ROM de médico a médico, con toda la información clínica pertinente a su caso. Mientras esto no ocurra, el médico debe persistir en el sano hábito de mantener anotaciones adecuadas cada vez que atienda a un paciente.

Estimado lector o lectora, le dejamos una recomendación: La próxima vez que acuda a un médico, muy en especial si éste es considerado por Ud. su médico primario o de cabecera, bien sea ginecólogo, médico general, urólogo, ortopedista, internista o psiquiatra, siéntase en libertad de medir en buena parte, la calidad del servicio que recibe, observando qué tan bien se mantiene el registro de su visita en el mencionado expediente de consulta externa.