

Vigencia de la aproximación clínica al paciente. Análisis de dos mil historias clínicas

Dr. Otto Lima Gómez

El objetivo de este trabajo es revisar retrospectivamente la participación de los diversos componentes de la historia clínica de una consulta de medicina interna en el diagnóstico médico. La investigación se basó en 2 000 historias médicas del archivo personal del autor (10% de 20 000 historias) recogidas en idénticas condiciones.

Metodología

Cada historia clínica incluyó los siguientes elementos:

- datos de identificación del paciente
- cuestionario de salud (auto-administrado) que es una adaptación del cuestionario de Desplace y Besancon (1)
- entrevista
- examen físico general
- electrocardiograma (ECG) de reposo (por encima de los 30 años de edad. Realizado por debajo de esta edad en presencia de hallazgos cardiovasculares en la anamnesis o en el examen físico)
- exámenes básicos de laboratorio: hematología, velocidad de sedimentación, química sanguínea (urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, glicemia, ácido úrico, transaminasas glutámicas y pirúvicas), VDRL o RPR, examen de heces y examen de orina
- exámenes especializados
- diagnóstico principal
- diagnósticos secundarios

Para el análisis se tomó en cuenta solamente el diagnóstico principal.

Se desecharon siete expedientes incompletos. Se trataba de pacientes atendidos de urgencia (2 trombosis coronarias agudas; 1 cólico nefrítico; 2 crisis de mal asmático; 1 epistaxis grave; 1 paciente deshidratado en estado de caquexia) que fueron remitidos de inmediato a centros hospitalarios. Estas siete historias fueron reemplazadas por las que seguían inmediatamente en el archivo. Cada historia clínica fue revisada individualmente con el objeto de confeccionar una base de datos que incluyó los siguientes ítems:

Nº de la historia clínica

Edad y sexo

Contribución de la anamnesis al diagnóstico

Contribución del examen físico al diagnóstico

Si hubo o no exámenes de laboratorio básicos

Si los exámenes de rutina contribuyeron o no al diagnóstico

Si hubo exámenes especializados

Si se practicó o no electrocardiograma

Si el ECG fue normal o normal

Si el ECG contribuyó o no al diagnóstico

Diagnóstico principal

Diagnósticos secundarios

RESULTADOS

Edad y sexo (Figura 1 y su esquema correspondiente)

Se estudiaron 903 pacientes del sexo masculino y 1 097 pacientes del sexo femenino.

La distribución de los pacientes por grupos de edad y por sexo está representada en la Figura 1 y su esquema.

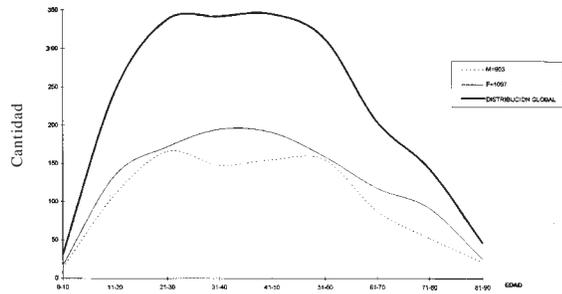


Figura 1. Edad y sexo.

Anamnesis y examen físico (Figura 2)

La anamnesis en nuestra casuística fue el mejor recurso de orientación del diagnóstico siendo positiva en 88,5%. El examen físico fue positivo en 62,5%.

Anamnesis y examen físico coincidieron en 54% de los casos.

La anamnesis aisladamente en 31% y el examen físico aislado en 5%. Una combinación de la anamnesis positiva conjuntamente con un examen clínico general positivo, sin ayuda de procedimiento complementario alguno, orientó el diagnóstico en más de la mitad de nuestros casos (54%). Aisladamente, el examen físico fue orientador en un 5%.

Exámenes complementarios (Figura 3)

De los exámenes rutinarios de laboratorio solamente el 14% contribuyó al diagnóstico.

De 1 287 electrocardiogramas (Figura 4) practicados, solamente hubo 122 (9,4%) anormales, y entre estos últimos, solamente 20 contribuyeron al diagnóstico principal y se distribuyeron como sigue:

- trombosis coronaria aguda 2
- zona inactivable 2
- hipertrofia ventricular izquierda 6
- enfermedad coronaria probable 2
- extrasistolia ventricular 2
- bloqueos de rama 4
- enfermedad del nodo sinusal 2

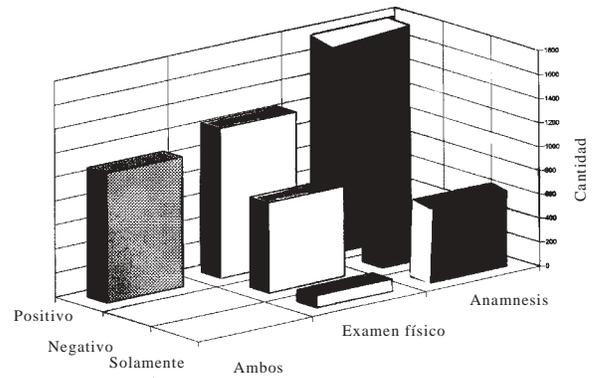


Figura 2. Clínica.

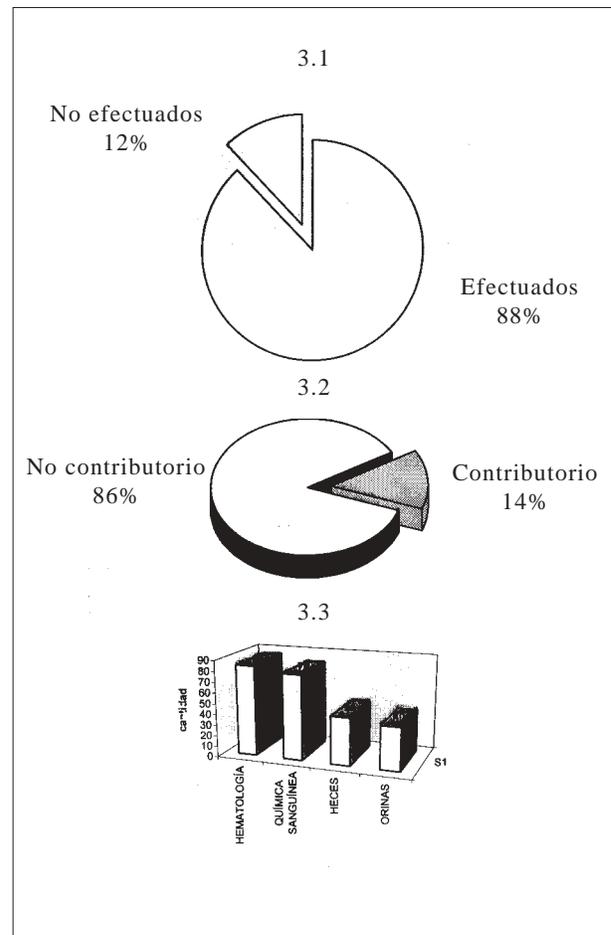


Figura 3. Exámenes.

3.1. Exámenes de laboratorio básicos. 3.2. Contribución en el diagnóstico. 3.3. Discriminación de exámenes contributorios.

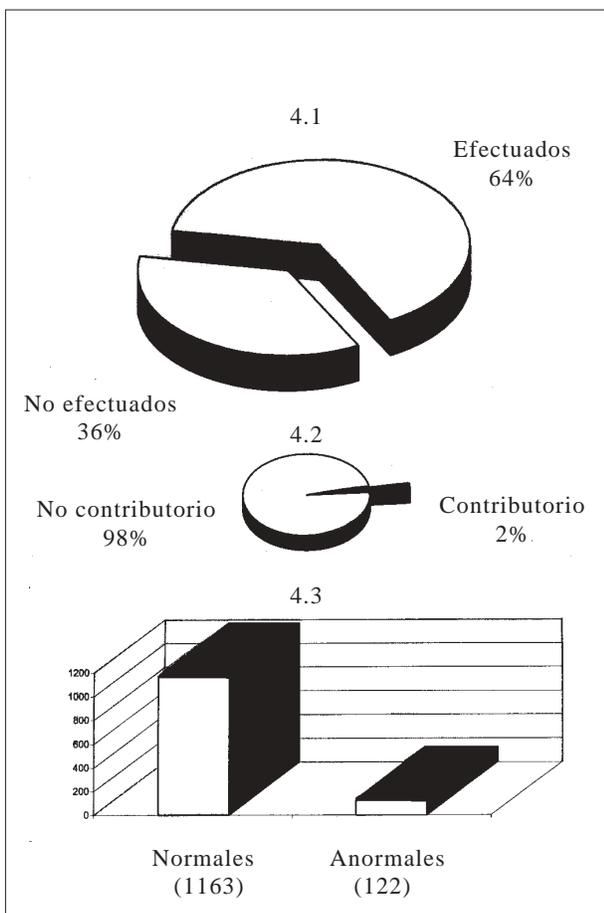


Figura 4. Exámenes. 4.1. Electrocardiogramas efectuados. 4.2. Contribución en el diagnóstico (ECG). 4.3. Resultados electrocardiogramas.

Exámenes especializados: 382 (Figura 5)

La frecuencia de su utilización puede verse en la Figura 5.

Ocupa el primer lugar la exploración radiológica convencional.

Diagnósticos agrupados por sistemas, aparatos o entidades (Figuras 6 y 7).

85 historias corresponden a personas sanas.

Sin diagnóstico: 1 paciente con fiebre prolongada de origen desconocido.

Los 296 pacientes incluidos entre las enfermedades mentales comprenden: angustia (191); depresión (77); demencia (18); neurosis (13); psicosis (2) y retardo mental (1). En el ítem de angustia

se incluyeron las manifestaciones del estrés agudo y crónico. Todas las depresiones fueron de intensidad moderada o mediana y con elementos exógenos predominantes.

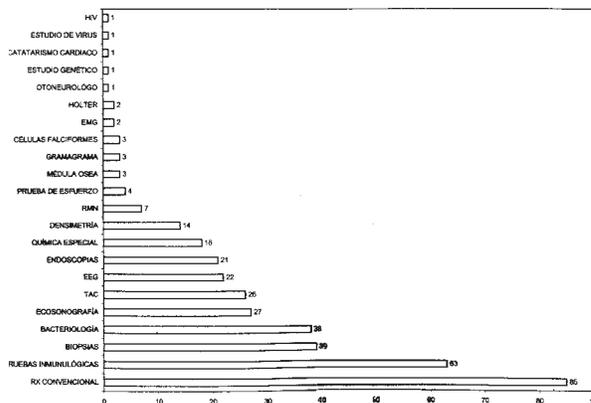


Figura 5. Pruebas especiales.

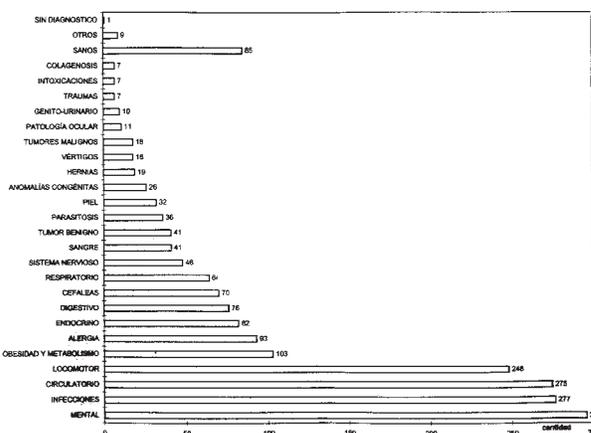


Figura 6. Diagnósticos.

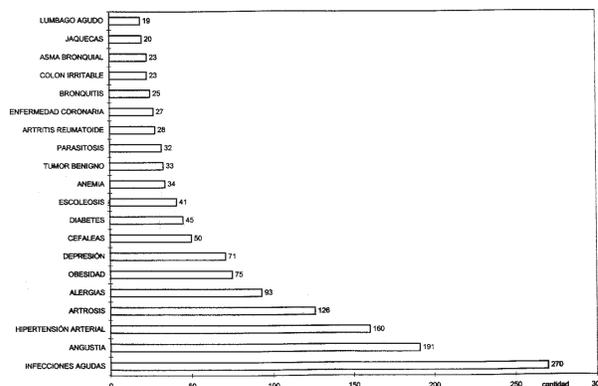


Figura 7. Primeros y segundos diagnósticos.

De los 277 pacientes con procesos infecciosos, 96 corresponden a diversas afecciones virales. Las hepatitis virales se sumaron en este grupo. En las cefaleas se incluyeron las jaquecas. En la patología respiratoria no se tabularon las infecciones respiratorias.

Los 20 diagnósticos más frecuentes están representados en la Figura 6. Estos veinte primeros diagnósticos incluyen 1 386 (69,3%) de los 2 000 pacientes examinados.

DISCUSIÓN

En este trabajo se han revisado 2 000 historias clínicas recogidas personalmente por el autor.

Constituyen una muestra representativa (10%) de 20 000 historias sucesivas en las cuales se utilizaron siempre los mismos procedimientos diagnósticos.

En esta casuística hemos comprobado, al igual que diversos autores como Gross (2) y Braun (3) el inmenso valor de escuchar al paciente y de realizar un examen físico general integral. Ya Lauda (cita en Gross (2)), señalaba que en un 70% de los casos la anamnesis sola podía conducir a un diagnóstico correcto y Bauer (4) daba un 55% a la anamnesis y al aspecto del paciente para elaborar un diagnóstico. Ambos autores insistían en que la exploración directa del paciente, sin exámenes de laboratorio, ampliaba esta posibilidad diagnóstica hasta en un 20%.

Desafortunadamente, las historias clínicas lucen a menudo como cuadernos de bitácora, feliz expresión de Laín Entralgo (5). Encierran muchos exámenes y poco análisis de los signos y síntomas. La cifra y la imagen reemplazan al médico. La anamnesis, lo más característico del arte de la medicina, se realiza insuficientemente y esto se refleja en una amputación de la relación médico-paciente. En busca del dato objetivo seguro, el paciente llega a desaparecer como totalidad y la relación diagnóstico-terapéutica se empobrece en palabras. La ausencia de comunicación crea un vacío que no puede ser llenado por números, curvas e imágenes.

La mayor parte de los errores de diagnóstico se deben a una anamnesis mal realizada y a una inadecuada recolección o interpretación de los síntomas y signos. El relato detallado de lo que sucede en el paciente es particularmente indispen-

sable en presencia de disturbios psicológicos, problemas de estrés psicosocial o enfermedades mentales propiamente dichas. Estimo que el elevado porcentaje de disturbios mentales, sobre todo angustia y depresión reactivas, en nuestro material es el producto de la recolección cuidadosa de la anamnesis, la cual permite establecer una relación estrecha entre síntomas y signos diversos y las condiciones de estrés psicosocial prolongado a las que estaban sometidos los pacientes.

Si a los diagnósticos de angustia o depresión como tal se asocian las cifras de diversas entidades (colon irritable, cefaleas, alergias, hipertensión esencial, etc.) incluidas entre los primeros 20 diagnósticos más frecuentes y en las cuales los componentes emocionales y el estrés psicosocial juegan un papel esencial, el porcentaje sería aún mayor.

Una anamnesis correcta exige tiempo: tiempo para oír. Por supuesto que para poder oír, además del tiempo, es preciso tener conocimientos de patologías y quizás también un poco de sentido común y cierto grado de intuición, según señaló Ask-Upmark (6), pero lo fundamental es el tiempo. Sin tiempo, la entrevista deja de expresar vivencias para transformarse en una cadena de respuestas carentes a menudo de significado para el diagnóstico. La correlación entre la vida y la enfermedad no emerge sino cuando el interrogatorio es diálogo fluido semidirigido por el médico. Este diálogo puede ser de minutos o de horas, pero sin él no hay anamnesis realmente útil.

El abandono de los procedimientos semiológicos clásicos no está justificado en la práctica de la medicina si pensamos que la clínica no es inmutable. Es preciso revisar los aportes de la historia clínica a la luz de los avances tecnológicos modernos, tomando en cuenta diversos parámetros entre los cuales los más importantes son: los datos aportados por la epidemiología (prevalencia de la enfermedad), la sensibilidad del síntoma o signo y su especificidad para el diagnóstico. Esta revisión es esencial para mejorar la eficiencia de las consultas, particularmente aunque no exclusivamente, de médicos generales e internistas.

Por otra parte, los exámenes complementarios si no son correctamente seleccionados, jerarquizados en función de la encuesta clínica o no son realizados adecuadamente, se multiplican indebidamente. Ello puede desviar la orientación del médico y siempre se traducirá en un incremento de los costos.

En esta casuística comprobamos, una vez más, un valor relativamente bajo de exploraciones sistemáticas de rutina (laboratorio clínico, electrocardiograma).

En los 2 000 pacientes se realizaron 382 exploraciones especializadas. En nuestra casuística la exploración radiológica convencional, exploraciones de tipo inmunológico, los exámenes bacteriológicos (estudios de exudados, cultivos convencionales), los estudios histológicos, el ecsonograma, la tomografía axial computarizada, el electro-encefalograma, los procedimientos de endoscopia y algunos exámenes químicos especializados, constituyeron las ayudas más importantes para precisar los diagnósticos.

El examen médico debe partir del contacto estrecho con el enfermo mediante una entrevista productiva y un examen general realizado a cabalidad. La historia clínica no es el relato de la enfermedad actual. Ella debe reflejar en alguna forma al paciente total en los tres planos de su persona (somático, psicológico y sociocultural). Sin pretender que se entienda esto como una exigencia para que en la práctica médica pueda realizar una medicina biográfica tal como la preconiza Clauser (7), esencial en psicopatología y en muchos casos de la práctica de la medicina interna, creemos que se

debe disponer del tiempo necesario para oír al paciente y comprenderlo. Solamente de esta manera se pueden orientar debidamente los diagnósticos, hacer inteligibles muchos sufrimientos y darles correcta catalogación. Es por todo ello que pienso que está vigente como nunca la aproximación directa del médico a su enfermo.

REFERENCIAS

1. Deplace M, Besancon F. *Conseils du médecin á son malade*. París: Expansion Scientifique Francaise; 1985.
2. Gross R. *Medizinische diagnostik, Grunlagen und praxis*. Berlin: Springer-Verlag; 1969.
3. Braun R N. *Lehrbuch der arztlichen allgemeinpraxis*. Munchen: Urban & Schwarsenberg; 1970.
4. Bauer J. *Differential diagnosis of internal diseases*. New York: Grune & Stratton; 1967.
5. Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo*. Rev Occidente Madrid, 1964.
6. Ask-Upmark E. *Bedside medicine*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1963.
7. Clauser G. *Manual de análisis bibliográfico*. Madrid: Edit. Gredos S.A.; 1968.