

Consideraciones sobre la Confección de la Historia Clínica

Lic. M. Alejandra Rojas

Introducción

La licenciatura en Psicología permite el acceso a la formación y desarrollo profesional en diferentes áreas de incumbencia. Entre ellas podemos nombrar el área laboral, marketing, educacional, jurídica, social-comunitaria, clínica. Si bien estas áreas son las más tradicionales, los campos de inserción del psicólogo son cada vez más variados.

Cada área de incumbencia presenta sus particularidades y un campo de específico de trabajo.

Para quienes hemos decidido realizar nuestra formación en el área clínica, es en el marco de una institución o en la consulta privada donde se desarrollará nuestra práctica.

En este contexto, la confección de la historia clínica se convierte en un hecho de importancia a nivel asistencial, ético, legal y como instrumento de intercambio entre profesionales.

Sobre los comienzos

La historia clínica nace de la medicina. La necesidad de llevar un registro de la práctica médica y evaluar la calidad asistencial da lugar a su surgimiento. Es a partir de la 2da. mitad del siglo XX que se constituye en el único documento válido desde el punto de vista clínico-legal.

Entonces, la intervención del profesional, quedará documentada en una historia clínica que es única para cada paciente.

Su construcción:

La construcción no es simple, requiere de entrenamiento tanto en lo que se refiere a la escritura como a la interpretación que luego se hará de la misma.

En cuanto al modelo tampoco encontramos uno fijo y determinado, podría haber tantos modelos de Historia clínica como instituciones sin embargo contamos con parámetros definidos para poder realizarla.

La construcción se inicia con la consulta del paciente y se va armando en el entrecruzamiento de dos ejes.

Un eje sincrónico en el que se evaluará el estado de salud del paciente en el "aquí y ahora" o sea "al momento de la entrevista" y un eje diacrónico en el que se irán consignando tanto los encuentros con el profesional como otros documentos, derivaciones, indicaciones. Se va armando a lo largo del tiempo y es necesario que esté completa para que cumpla su función.

La escritura tiene que ser legible y los datos precisos. Estos datos clínicos tendrán que ser relevantes para poder formular un diagnóstico, elaborar una terapéutica y estimar un pronóstico.

Es importante, para que tenga valor legal y de intercambio con otros profesionales, que esté escrita con términos técnicos que sean universalizables al momento de interpretarla.

En psicopatología a veces nos encontramos con dificultades a la hora de construirla. El discurso de cada profesional posee las particularidades de la corriente teórica desde la que fundamenta su clínica y esto, en ocasiones, hace que su escritura no sea comprendida por otro profesional. Para unificar criterios respecto de las distintas entidades nosológicas hay diferentes clasificaciones de los trastornos mentales que son aceptadas internacionalmente. En Argentina los manuales de trastornos mentales DSM-IV y el CIE-10 son los que más se utilizan, principalmente en la mayoría de las instituciones hospitalarias, obras sociales y en algunas instituciones privadas.

Hay que aclarar que el uso de estos manuales no es obligatorio, sí el armado de la Historia Clínica. Muchas instituciones y profesionales en la consulta privada utilizan otros criterios diagnósticos (válidos siempre que estén reconocidos internacionalmente).

La orientación teórica en la que cada uno está posicionado define y tiene consecuencias en la clínica.

En este punto tendríamos que diferenciar lo que es un historial clínico, que tiene que ver con la narrativa que se arma al pensar la lógica de un caso clínico, de lo que es la historia clínica.

Se explicitarán de manera concisa sus objetivos, características y estructura.

Objetivos

1. **Asistencial:** es el objetivo primordial en el que se registra toda práctica profesional.
2. **Docencia e Investigación:** Para realizar estudios y/o investigaciones sobre determinada patología, publicaciones científicas.
3. **Evaluación de calidad asistencial:** Debido a que la historia clínica es un documento que registra la prestación profesional, su estudio permite establecer la calidad de la misma.

Las normas deontológicas y legales la consideran un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia de calidad.

4. **Administrativa:** Para control y gestión de los servicios prestados en instituciones sanitarias.

5. **Legal:** Se trata de un documento público-semipúblico de acceso limitado. Por las normativas vigentes, su confección por parte del profesional es obligatoria.

Es un instrumento de dictamen pericial, se considera la prueba material principal en todos los procesos de responsabilidad profesional.

Características:

1. **Única:** Debe ser única para cada paciente
2. **Legible:** Para poder interpretar los datos de la misma.

3. **Confidencialidad:** El secreto profesional es uno de los principales deberes del ejercicio legal de la profesión. Este es un tema complejo que tiene sus particularidades y merece un capítulo específico.
4. **Seguridad:** En ella deben quedar registrados los datos del paciente como los del profesional y todo aquel que intervenga a lo largo del proceso asistencial.
5. **Disponibilidad:** Si bien debe mantenerse la confidencialidad, debe ser disponible en los casos legalmente justificados.

Estructura

Como antes se mencionó, los modelos de historia clínica pueden ser diversos y responden al tipo de servicio que presta cada institución o cada profesional en la consulta privada pero no debe carecer de datos universalmente considerados indispensables para una adecuada valoración final del caso.

Por lo general la estructura se conforma de la siguiente manera:

1. **Anamnesis:** Se construye a partir de la información que se obtiene de las primeras entrevista con el paciente y/o familiares.

Modelo posible de anamnesis en psicopatología

Datos del paciente:

Datos de identificación. Ej. Nombre, apellido, DNI, dirección, obra social, etc

Motivo de consulta:

Se detalla por qué concurre el paciente a la consulta.

Enfermedad actual:

Se trata de la descripción de cómo ha llegado al estado en el que se presenta a la consulta. Ej. "paciente que hace dos meses comenzó a sentirse angustiado, hace cuatro días que no puede acercarse a la puerta de su casa..."

Antecedentes de Enfermedad Actual: Se consigna todo antecedente que se considere psicopatológico y que tenga una relación posible con la enfermedad actual. Ej. "hace cinco años presentó un episodio similar por lo que consultó en ese momento y comenzó tratamiento durante un año..."

Antecedentes personales:

Se ubican aquí todos los datos de la historia del paciente que resulten significativos. Por ej: Enfermedades clínicas, acontecimientos que marquen esa historia particular. Si realizó tratamientos, si los sostuvo, si los dejó por qué, etc.

Antecedentes familiares:

Se registra el grupo familiar de referencia en la actualidad. Interesa saber con quién vive, si existe continencia familiar, vínculos afectivos importantes para el paciente, antecedentes médicos y/o psicopatológicos de la familia, todo dato que al clínico le resulte relevante de ser destacado.

Examen psiquiátrico:

Este examen se realizará con parámetros semiológicos aceptados internacionalmente.

Se observará: El aspecto del paciente (cómo se presenta) y la actitud (disposición en la entrevista)

Se evalúan las funciones psíquicas: conciencia, atención, orientación, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje, afectividad y actividad psicomotora.

Este examen habla solamente del estado actual del paciente.

Motivo de internación:

Se explicitan los motivos por los cuales el profesional decide la internación de un paciente.

Entre los motivos de internación el que toma mayor relevancia es aquel que se fundamenta en el riesgo para sí o para terceros.

Diagnóstico presuntivo y diagnósticos diferenciales: Surgirá de la interpretación de los datos obtenidos en la anamnesis y de la evaluación de las funciones psíquicas al momento de la entrevista.

En este punto se tendrán en cuenta los criterios diagnósticos para realizarlo.

Intervenciones terapéuticas al ingreso: Se deja constancia de las intervenciones terapéuticas más relevantes en la consulta.

Consentimiento: Es uno de los elementos de mayor valor al respeto de los derechos de el paciente y su participación en decidir sobre su terapéutica.

Pronóstico: Surge de la evaluación que el profesional hace de los datos obtenidos en la entrevista. El pronóstico irá variando o no según la evolución del paciente.

2. **Evolución:** Concluida la anamnesis, cada vez que se atiende al paciente se registrará en la historia clínica (las características de la evolución tendrán que ver con la modalidad de la institución, los distintos profesionales que la evolucionan y la particularidad de cada caso)

3. **Epicrisis:** Es un resumen de los aspectos más destacados del tratamiento. En él se registran todos los contenidos que forman parte del cierre de la historia clínica al momento del egreso sea por alta, traslado o fallecimiento del paciente.

Para concluir

Estas son algunas de las consideraciones a tener en cuenta a la hora de armar una historia clínica.

Muchos de los aspectos mencionados como el secreto profesional, diagnóstico, criterios diagnósticos, la terapéutica, el consentimiento del paciente son temas para ampliar y trabajar ya que sobre ellos existen diferentes puntos de vista.

Para quien desarrolla su actividad profesional en el ámbito clínico será importante conocer estos contenidos al tener en cuenta que el Psicólogo forma parte del equipo trabajo de las distintas instituciones de Salud.

Referencia:

(1) Practicante del Psicoanálisis

Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología. UBA.

Docente en la Práctica Profesional y de Investigación "Clínica de la Urgencia" Facultad de Psicología. UBA.

Bibliografía consultada:

"Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales"

Autor: Dra. Dolors Giménez

www.geosalud.com

"Historia Clínica: elemento fundamental del acto médico"

Autor: Fernando Guzmán Mora. MD.

www.abcmedicus.com

“El secreto profesional”

Autores: Dr. Juan José Barbarelli

Dr. Gastón Oscar Balbo

Praxis Médica. Protección del profesional.

Publicación de la asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Bs. As. Año 7
Nº 28. Marzo de 2003.

“Confección de la Historia Clínica”

Autor: Dr. Nicolás Touloupas.

Ficha de la Práctica Profesional y de Investigación: Clínica de la Urgencia. Facultad de Psicología.
Universidad de Bs. As.

“La Historia Clínica en Psicopatología”

Autor: Dr. Nicolás Touloupas.

Ficha de la Práctica Profesional y de Investigación: Clínica de la Urgencia. Facultad de
Psicología. Universidad de Bs. As.

Ley Nº23.227 Ejercicio de la Psicología.

Aprobación del Ejercicio de la Psicología como Actividad Profesional Independiente. 27 de
Septiembre de 1985. Promulgada de hecho el 6 de noviembre de 1985.

Decreto 905/95 **Reglamentación de la ley 23.277** de Ejercicio Profesional de la Psicología

“La historia clínica” Libro 2, capítulo 11

Autores: Dr. Luís Ángel Lewkowicz Stegmann

Dr. Eduardo Carlos Fox

Dr. Julio Villamayor Alemán

A propósito del Código de Ética, Asociación Médica Argentina. Septiembre de 2001.

Programa de calidad de las Historias Clínicas M, Hospital Zonal “Virgen M Carmen” de Zárate.

Foro de Medicina Legal de la Ciudad de Bs. As.