

LA HISTORIA CLINICA EN MEDICINA INTERNA. PASADO Y PRESENTE

Prof. Dr. FIDEL SCHAPOSNIK

I. — HISTORIOGRAFÍA:

La Historia, ontológicamente considerada, es un ente móvil, con una velocidad de aceleración creciente, es decir, con una acumulación cada vez más rápida de cambios significativos sociales, culturales, políticos y científicos. Si extendemos a la Medicina la analogía que estableció el filósofo argentino García Venturini entre la Historia y la teoría general de la relatividad de Einstein, podemos afirmar que la Medicina, en su continuo movimiento de progreso, está sometida a un registro de *aceleración creciente*, a la vez que aumenta la *masa* de sus conocimientos y la *energía cinética*, vale decir, la implicación universal, la fuerza expansiva de cada nuevo descubrimiento.

De la misma manera, la historia clínica ha experimentado profundas modificaciones en su concepto y contenido específico, acompasadamente con las corrientes médicas de cada época.

En buena medida, los diversos rumbos y matices de la historia clínica, sus

grandes ciclos, muestran el paralelismo consustancial de la Medicina y la Historia, los cambios producidos en la entrevisión del enfermo por el médico, en la primera, del hombre por su historiador, en la segunda.

Ese paralelismo es válido para otros campos del saber. No es de extrañar, pues, que variando en el curso de los siglos la concepción del hombre, y del mundo en el que transcurre su vida, exista un fuerte símil entre los sistemas filosóficos y la evolución del pensamiento médico.

Consecuentemente, no es mera coincidencia que fuese en Grecia donde se plasmaran, simultáneamente, la primera historia clínica compuesta con espíritu científico por Hipócrates, junto con las concepciones filosóficas más avanzadas y, con Plutarco de Queronea y sus "Vidas paralelas", la Historia, entendida como una imagen dinámico - temporal, como un acaecer biográfico.

1) *La historia clínica nació* con los 42 relatos patográficos de Hipócrates.

Por vez primera se exponen minuciosamente, con un lenguaje vívido y cierto, las alternativas del padecimiento de un enfermo dado. Y con ese extraordinario poder de observación que caracterizó al sabio médico de la isla de Cos, utilizando sus historias clínicas, describió enfermedades, cuadros clínicos y recursos simiológicos que aún perviven.

La patografía hipocrática se anticipa a la filosofía aristotélica. Efectivamente, para Aristóteles no hay más realidad radical que las cosas, y el hombre, aun con su razón, no es más que una cosa. A la vez, por su parte, la Medicina es somática, es una experiencia sensual —de los sentidos—, es el trato con los cuerpos.

2) La historia clínica individual pierde vigencia en la *Edad Media*, porque los *consilium* medievales no constituyen en verdad historias clínicas: son meras teorizaciones, doctrinas galénicas tan absurdas, que sirvieron muchas veces de argumento a Molière y otros escritores satíricos, para atacar cáusticamente a los médicos.

3) La patografía resurge tras largo eclipse, durante el *Renacimiento*. Y renace con vigor, más opulenta y minuciosamente descriptiva, rica en detalles y con un agregado impórtante: la observación anatomopatológica del caso relatado.

El criterio de contemporaneidad que hemos venido señalando se expresa asimismo en el acto médico que es la historia clínica: el paralelismo existe no sólo con los sistemas filosóficos y con la historia, sino también con los estilos artísticos. En ese sentido, la historia clínica del Renacimiento es tan pródiga en detalles de la individualidad, como lo es, con su desbordante riqueza, un retrato de Durero, o la pintura vitalista, exuberante, minuciosamente figurativa, de Tiziano.

Y ello es natural, puesto que médico y enfermo no son entes aislados, e inmunes a los conceptos de los valores reinantes, a los productos espirituales de su tiempo.

4) El método anatomoclínico alcanza su apogeo en la *Edad Contemporánea*. En los siglos XVIII y XIX florece la patografía con mentalidad corporalista. Las historias clínicas de Charcot y Broca, de Laennec y Bright, son ejemplo acabado de esa concepción visiva, somatista, de la Medicina. El hombre es un conjunto de vísceras, y la enfermedad no es otra cosa que la alteración anatómica de ellas. Sólo se atendía a las cosas concretas y ostensibles.

5) *La fisiopatología* incorpora una nueva dimensión en Medicina. Pero la historia clínica de Tanhauser, de Nannyn y Wunderlich, agrega cifras, mediciones y gráficos, convirtiéndose en enormes masas documentales, como simple acumulación numérica, sin transmitir ni el menor atisbo de la esencia ágil y fluida de la personalidad humana.

6) El florecimiento de la Bacteriología crea la *mentalidad etiopatológica* de la historia clínica, imputándose al agente causal y al terreno todas las vicisitudes de la enfermedad, todos los cambios observados en el paciente.

7) Un cambio trascendente de la historia clínica adviene con Freud. El relato se hace *patobiográfico*, es decir, la biografía del enfermo se constituye en parte integral, activa, de la enfermedad. Por obra de Freud, Adler y Jung, la historia clínica deja de tener carácter puramente anatómico, bioquímico o fisiopatológico, y establece la unidad del cuerpo y el alma.

El hombre es portador de una psique. Las emociones —miedo, ira, frustraciones, sentimientos de culpa— alteran la salud y provocan trastornos fun-

cionales y orgánicos. El desequilibrio de los mecanismos psicoafectivos determina la enfermedad psicosomática.

Y así como anteriormente he asimilado la historia anatomoclínica al realismo aristotélico, puedo comparar esta tesitura psicogénica al *idealismo filosófico* de Descartes, pues en él sólo las ideas del hombre son la realidad primaria, el hombre reducido a "une chose qui pense".

8) *La medicina antropológica* imprime un nuevo giro a la historia clínica. El hombre es un ser espiritual, integrado en la familia, el grupo laboral, una comunidad, la sociedad. No sólo interesa su enfermedad, la enfermedad de su viscera; importa el *hombre* enfermo, su biografía y su realidad social.

El médico que confecciona la historia clínica cala ahora más hondo y con plenitud en todas las dimensiones del ser enfermo. El internista se introduce en la dinámica del sistema social del cual forma parte el paciente, considera la interacción permanente del hombre y su entorno, ve al enfermo como una unidad biológica psicosocial que forma parte de un grupo familiar dinámico y de la comunidad, y con ese centro de interés, valora en su justa medida todos los aspectos, físicos, emocionales y sociales del individuo.

Filosóficamente, en mi opinión, la historia clínica antropológica tiene su símil en el *perspectivismo histórico* de Ortega y Gasset, en la consideración conjunta, indivisible, del hombre y su circunstancia.

II. — METODOLOGÍA:

La historia clínica sigue un ordenamiento lógico, que expresa el proceder metódico del médico en la experiencia con su enfermo. Consta de una serie de

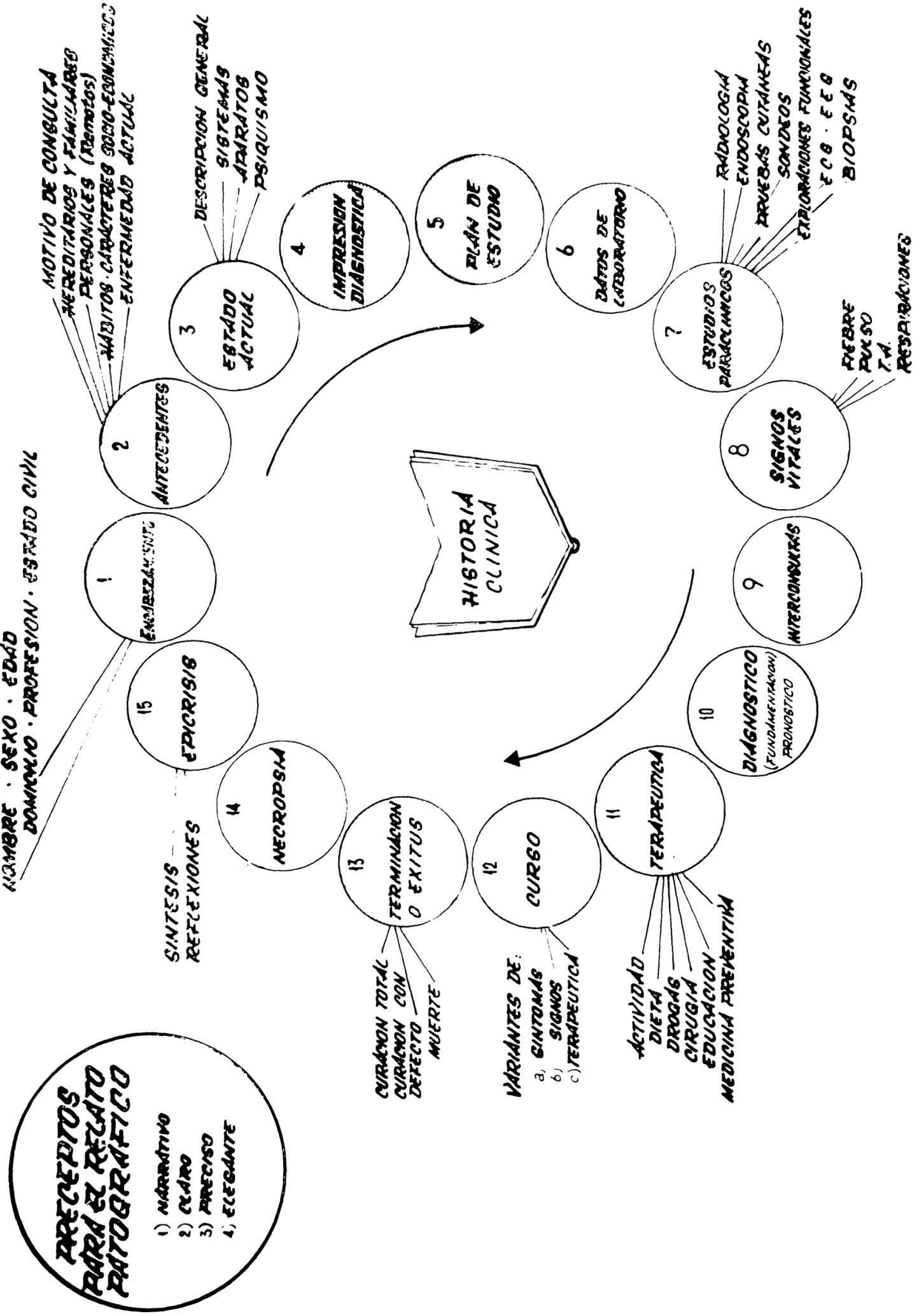
componentes, cuya secuencia creemos conveniente respetar (fig. 1), porque en ese mismo sentido se va desarrollando la actividad del internista:

A) El *encabezamiento* comprende los datos de identidad, sexo, nacionalidad, procedencia, estado civil y profesión. Todos ellos pueden ser relevantes. No nos extenderemos en los hechos bien conocidos de la frecuencia de las enfermedades en las distintas etapas de la vida; en la preponderancia de cierta patología en los sexos; o la influencia del estado civil en la incidencia de enfermedades venéreas, digestopatías y psiconeurosis; de la profesión del enfermo en las afecciones ocupacionales; o de la procedencia del enfermo para la presunción de los procesos endémicos en ciertas áreas geográficas.

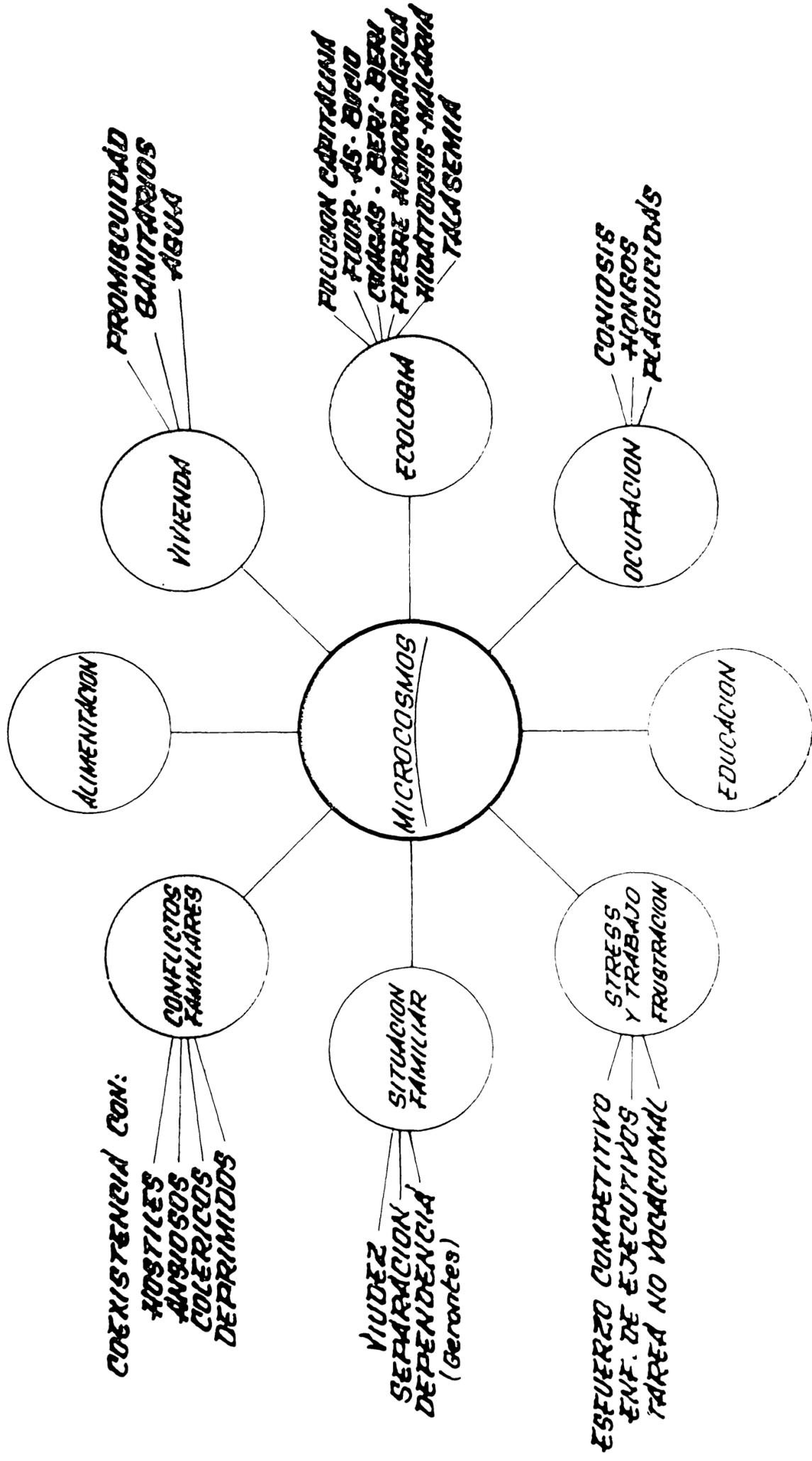
B) La historia clínica se inicia con un breve exordio sobre el *motivo de la consulta*, y a continuación recoge los *antecedentes* hereditarios, familiares, personales, los hábitos, la situación socio-económica y la enfermedad actual.

Estos aspectos exigen una destreza básica, y el médico le confiere más valor en la medida en que crece su experiencia. Sabiamente reconocía Marañón que si hubiese de elegir entre los datos proporcionados por la exploración objetiva y los resultados de un buen interrogatorio, preferiría estos últimos. Pues es justamente en esta fase de la historia clínica en la que se establece el primer contacto con el paciente, el diálogo que sella la *interrelación médico-enfermo*, configurando un vínculo de simpatía que tendrá inestimable trascendencia en el curso de ese lazo excepcional que liga a ambos integrantes del binomio.

En estas primeras secuencias de la historia clínica influyen diversas determinantes; por parte del enfermo, el reconocimiento de su necesidad de ayuda,



HOMBRE Y MUNDO



sus previas experiencias con otros médicos, sus temores respecto de la gravedad de su enfermedad, sus características socioeconómicas, culturales y educacionales. Por parte del médico, sus actitudes personales y sus propios problemas psicológicos.

a) Respecto de los *antecedentes hereditarios*, no es éste el lugar para exponer en detalle la importancia creciente de las enfermedades genéticas: toda la patología se ha iluminado con el conocimiento de las enfermedades metabólicas heredadas (de los lípidos, proteínas, purinas e hidratos de carbono); de las hereditopatías circulatorias, respiratorias, endocrinas, hematológicas, esqueléticas, urológicas, digestivas y neuromusculares.

b) En los *antecedentes personales* se describen, además de las enfermedades padecidas, los medicamentos incorporados, por la multiplicación de sus efectos adversos, que ha dado lugar al vasto capítulo de las enfermedades iatrogénicas.

c) La exposición de los *hábitos* debe incluir:

— Una cuidadosa encuesta alimentaria que establezca claramente la composición de la dieta, su valor calórico, la preparación de los alimentos, la existencia de intolerancias, la ingestión de infusiones, la prisa en la masticación y los descansos postprandiales.

— Las variantes del apetito, sed, sueño, diuresis, exoneración intestinal, actividad genésica, menstruación, práctica de deportes, recreación, número de empleos y horas de trabajo.

— La consumición de los tóxicos más difundidos: tabaco y alcohol. En ambos casos, deben cuantificarse las proporciones y el tiempo. Para el alcoholismo hemos adoptado la planilla confeccionada por la Organización Mundial de la Sa-

lud, que impone la especificación del tipo de bebidas y su magnitud, así como la constancia o discontinuidad de las libaciones. Sólo así puede alcanzarse rigor científico en el análisis de las enfermedades que esos tóxicos determinan.

d) Los *antecedentes familiares y socioeconómicos* configuran un microcosmos cuya importancia ha apreciado en toda su dimensión la medicina antropológica. Su esencia filosófica ha sido compendiada por Ortega y Gasset en su binomio *hombre-mundo*. Por nuestra parte, hemos concebido gráficamente los componentes de la circunstancia que rodea al enfermo (fig. 2):

— Alimentación.

— Características de la vivienda (promiscuidad, instalaciones sanitarias, agua corriente, etc.).

— Factores ecológicos, incluyendo posibilidades de zoonosis, enfermedades endémicas, polución atmosférica, etc.

— Características del trabajo y medios de protección contra las enfermedades ocupacionales.

— Escolaridad, educación familiar y social, poniendo énfasis en el ajuste de las relaciones interpersonales, éxito o fracaso de los estudios, seguridad económica que le proporcionan, etc.

— Situaciones de tensión emocional en la ocupación presente o pasada, frustración o satisfacción con las posiciones adquiridas, ejercicio de una actividad para la cual el paciente no tiene vocación, influencia del esfuerzo competitivo sobre la salud mental y física.

— Dinamismo del grupo familiar: interrelación con los miembros del grupo hogareño, problemas financieros y otros aspectos que pueden influir en la enfermedad y hospitalización. Cabe destacar aquí la doble incidencia socioeconómica de la enfermedad de un miembro de la familia sobre la situación del hogar

y, por otra parte, la del hogar desajustado sobre el estado físico y síquico del paciente.

— Conflictos familiares que resultan de coexistir con otros miembros hostiles ansiosos, coléricos o deprimidos.

e) La *enfermedad actual* es narrada desarrollando sistemáticamente los síntomas que motivaron la consulta. Es virtualmente imposible señalar normas específicas para las infinitas variantes que puede enfrentar el clínico. Pero cada episodio debe ser expuesto y caracterizado exhaustivamente, ciñéndose a un esquema que permita extraer del síntoma todo lo que él puede proporcionar con fines diagnósticos.

En la fig. 3 hemos objetivado las líneas de pensamiento que debe seguir el médico en el análisis de las diferentes dimensiones de cada síntoma:

1. — Localización.
2. — Calidad (mediante analogías).
3. — Asociaciones de un síntoma con otros: v.g., dolor con disuria (cólico renal); aumento ponderal con ingestión alimentaria disminuida (edema); adelgazamiento con aumento del apetito (hipertiroidismo, diabetes), etc.
4. — Cuantificación (intensidad, frecuencia, volumen, extensión, número).
5. — Circunstancia de aparición: con el trabajo (cefalea conflictual); con la práctica de un deporte (asma y equitación, por contacto del paciente con el desprendimiento epidérmico o caspa del caballo).
6. — Factores de agravación (dolor retrosternal por la marcha) o de alivio (desaparición del dolor con las comidas, en la úlcera duodenal).
7. — Cronología: época de comienzo (enfermedades agudas, subagudas, crónicas) duración, periodicidad (dis-

pepsia del ulceroso, movimiento febril del palúdico) y curso (progresivo, de la disfagia del cáncer de esófago; recurrente, de la fiebre sudorálgica de la brucelosis).

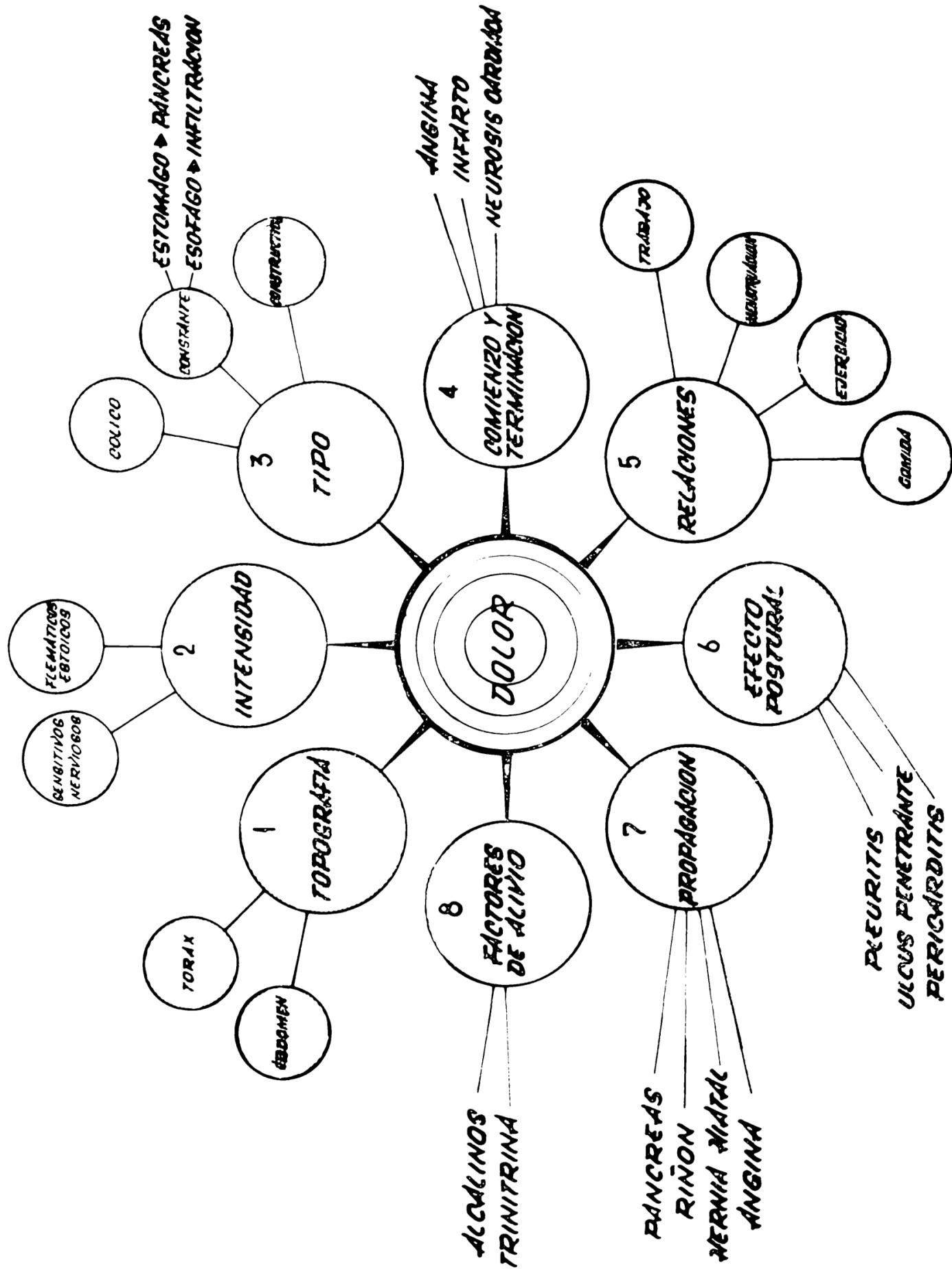
En la fig. 4 hemos concretado las 8 dimensiones que caracterizan al dolor, mediante las cuales se extrae de él una gama extremadamente rica en matices, más útil en la orientación diagnóstica que muchas exploraciones instrumentales:

1. — Topografía.
2. — Intensidad (leve, moderado, severo, intolerable). Se tendrá en consideración la personalidad del enfermo: la magnitud del dolor de un sujeto nervioso y sensitivo no es equiparable a la de un estoico.
3. — Tipo (constante, constrictivo, cólico, etc.).
4. — Comienzo y terminación (v.g., dolor retrosternal que dura minutos en la angina de pecho; horas, en el infarto; días, en la pericarditis; semanas en la neurosis cardíaca).
5. — Relaciones: Con la actividad laboral (lumbalgia campesina), la menstruación (endometrosis), el ejercicio o las comidas.
6. — Efectos posturales: variación del dolor pleurítico con los decúbitos laterales; de la disnea cardiógena en decúbito lateral izquierdo (tropolpnea), etcétera.
7. — Propagación: v.g., en cinturón, para las enfermedades pancreáticas; por el borde radial del miembro superior izquierdo en la hernia hiatal, etc.
8. — Factores de alivio: por ejemplo, el dolor ulceroso, con alcalinos; el dolor del angor pectoris, con trinitrina.

C) El *estado actual* comprende el examen físico sistemático, que en reali-

INTERROGATORIO

CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR.



dad se inicia con la entrevista, cuando el médico observa el comportamiento del paciente, su expresión, los vestidos y gestos, la marcha, e importantes rasgos psicológicos puestos de relieve durante el interrogatorio.

La exploración debe ser conducida con un orden sistemático. La descripción pormenorizada de la técnica apropiada se halla en los textos semiológicos, y no nos detendrá aquí. Sólo cabe destacar que los grandes avances tecnológicos, los progresos en los métodos bioquímicos y los recursos más elaborados para la exploración funcional, de los cuales dispone el internista en la actualidad, no han restado valor al examen objetivo del enfermo.

D) Completadas las secuencias anteriores, debe formularse en la historia clínica una *impresión diagnóstica*, que no es concluyente en buen número de casos, pero permite bosquejar el desarrollo del paso siguiente.

E) El *plan de estudio* tiene su base en las etapas anteriores. Sólo así pueden escogerse los exámenes complementarios que exige el diagnóstico de cada paciente. El médico no debe pedir una multitud de estudios y análisis de laboratorio, al azar, para tratar de descubrir en esa forma alguna anomalía bioquímica o funcional.

La selección de los procedimientos exploratorios debe ser objeto de un meditado análisis, teniendo en perspectiva la utilidad real de cada estudio, así como las limitaciones y significado preciso de las pruebas que se solicitan.

F) Los *datos de laboratorio* deben ser inscriptos en forma cronológica, utilizando para ello planillas secuenciales, que permitan observar objetivamente la evolución de las anomalías bioquímicas.

En la interpretación de los resultados, el internista debe tener en cuenta los hallazgos del examen físico y su propio razonamiento, expuesto en el plan de estudio. Cuando exista oposición entre los resultados del laboratorio y la orientación diagnóstica del médico, deben repetirse los análisis, extremando los cuidados de su realización.

G) Los *estudios complementarios paraclínicos* incluyen exámenes radiológicos y endoscópicos, biopsias, etc. Todos ellos deben ser solicitados siguiendo una lógica exigente y balanceando la utilidad de cada procedimiento contra los riesgos que él conlleva.

Los resultados de esos exámenes deben ser transcriptos detalladamente en la historia clínica, consignando la firma de los médicos que los realizaron, así como la fecha de ejecución, y el número del protocolo en los estudios histológicos de la biopsia. Esos datos pueden ser de valor en estudios retrospectivos, cuando se analizan numerosas historias clínicas para un estudio determinado.

H) Los *signos vitales* incluyen los registros diarios de temperatura, pulso, tensión arterial y número de movimientos respiratorios. Se agregan generalmente aquí, el peso, diuresis, volumen expectorado, pérdida por fístulas, etc. Estos datos se inscriben, como es sabido, en cartillas especialmente graficadas con ese fin.

I) Las *consultas* realizadas con los diversos especialistas deben constar en una hoja especial, en la que se consignarán las razones por las que se solicitó el examen, con una breve nota acerca de la presunción diagnóstica del clínico. El resultado debe ser transcripto del informe del especialista, aclarando la firma del mismo.

J) Con los elementos anteriores, el internista está ahora en condiciones de establecer el *diagnóstico* y formular el *pronóstico*. La fundamentación debe ser descripta en forma compendiada y objetiva, haciendo un análisis crítico de los datos positivos del interrogatorio, el examen físico y los datos complementarios.

En esta sección puede incluirse, sumariamente, el razonamiento que llevó a descartar otras enfermedades. Empero, no debe caerse en el extremo de transcribir en la historia clínica una discusión de diagnósticos diferenciales tomados de la bibliografía.

Asimismo, cuando se alcancen varios diagnósticos por existir patología asociada, deben inscribirse aquellos en orden de importancia; y si existe un proceso que unitariamente explica varios diagnósticos (v.g. diabetes, pielonefritis, neuropatía y mal perforante plantar), debe encabezar la lista la entidad que nosológicamente los explica a todos.

En lo posible, debe asentarse un triple diagnóstico: anatómico, etiológico y fisiopatológico.

K) La *terapéutica* debe ser consignada en todos sus aspectos:

- a) Actividad permitida: reposo absoluto o mitigado, deambulación.
- b) Dieta, descrita en términos genéricos para las enfermedades en las que no constituya un recurso de importancia; expuesta detalladamente y cuantificada, cuando la enfermedad lo exija (v.g., diabetes o insuficiencia renal).
- c) Drogas, preparaciones empleadas, vías de administración y dosis.
- d) Si el paciente ha sido enviado a un servicio de cirugía para su tratamiento, la historia debe mencionar explícitamente al cirujano que realizó la intervención, la medicación pre anestésica, el pro-

cedimiento empleado y los hallazgos operatorios, transcribiendo el protocolo quirúrgico.

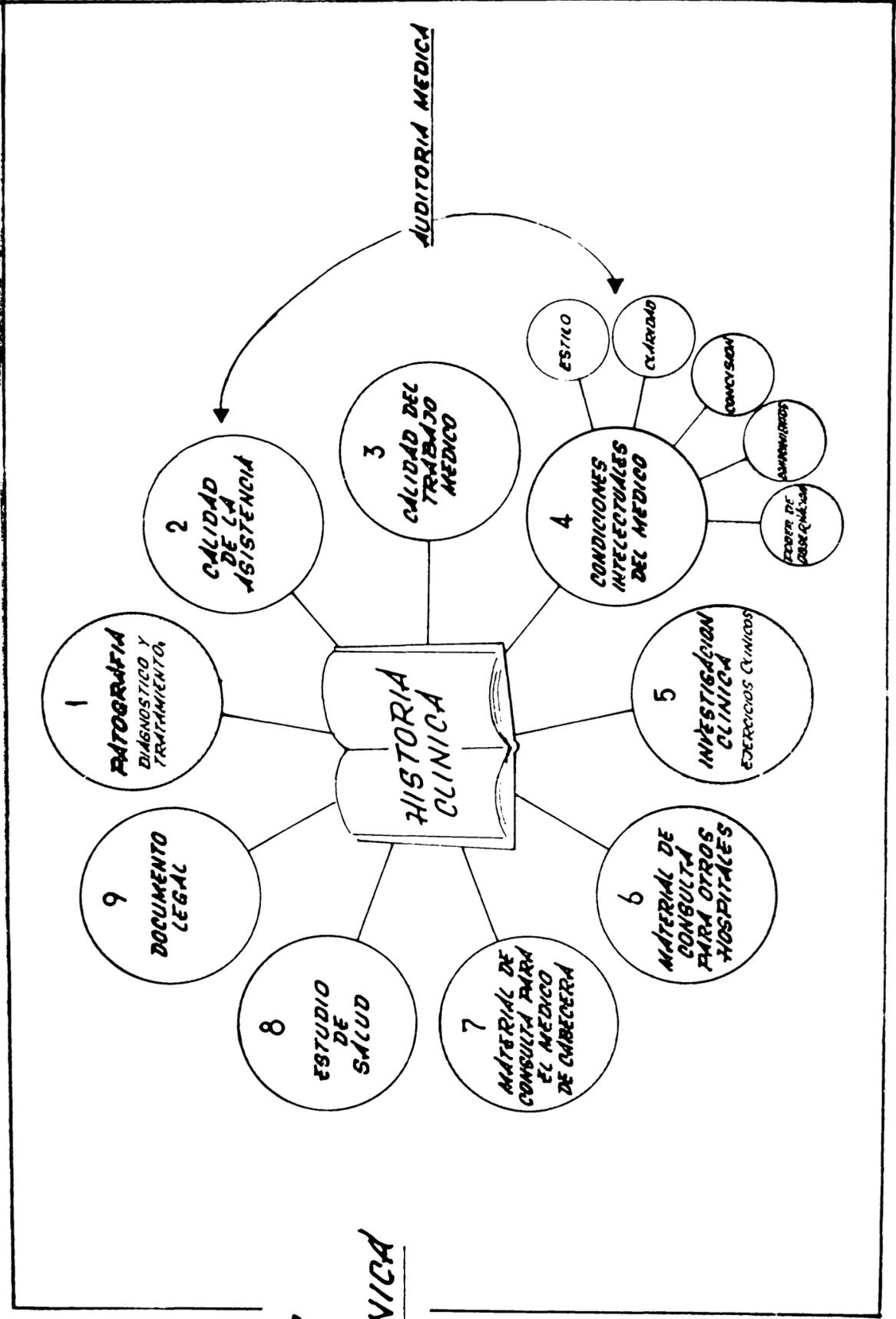
- e) Si la enfermedad requiere métodos de rehabilitación, éstos deben ser consignados: v.g., ejercicios respiratorios para el enfisema, o caminos que se seguirán para corregir el alcoholismo, causante de neuropatía o cirrosis hepática. Se indicará si se ha requerido la intervención de asistentes sociales para algún tipo de terapia ocupacional.
- f) Si resultare menester adoptar medidas preventivas en el seno de la familia o el grupo laboral, se detallarán los pasos dados en ese sentido.

L) El *curso evolutivo* incluirá las variantes en los síntomas y signos y la respuesta terapéutica. Cuando la evolución lo exija o aparezcan diagnósticos subsidiarios, se describirán los nuevos planes terapéuticos en esta sección. La frecuencia con que se asienten las diversas variantes dependerá de la enfermedad. Si ésta es crónica, las anotaciones podrán ser semanales; en las afecciones agudas, los datos se registrarán diariamente; si el paciente es objeto de cuidados intensivos por su estado de gravedad, deben figurar los cambios horarios.

M) La *terminación de la enfermedad* se detallará en una breve nota, en la que constará si ha ocurrido la curación total o con defecto, y la magnitud de éste. En caso de muerte del paciente, se describirá el cuadro clínico que le precedió y la causa de muerte, probable o segura.

N) La *necropsia* debe ser presenciada, en lo posible, por el internista que hizo la historia clínica. Las enseñanzas que proporciona la confrontación de la clínica y la anatomía patológica, son con-

PROPOSITOS DE LA HISTORIA CLINICA



siderables, y han hallado expresión pedagógica en las reuniones clínicoanatómicas.

Ñ) La historia clínica se cierra con las *notas epicríticas* que incluyen, en forma sintética, las reflexiones que suscitó el caso estudiado y las enseñanzas extraídas del mismo.

III. — PROPÓSITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica tiene diversas finalidades: (fig. 5)

1) *Patografía*: El propósito primario de la historia clínica es documentar la experiencia del médico en la atención y el cuidado de un enfermo determinado. En ella el médico describe el estado de salud pasado y presente, analiza la enfermedad con propósitos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, señala el curso de la dolencia, los resultados de los exámenes complementarios y la respuesta a la terapéutica instituida.

2) La lectura de la historia clínica permite juzgar, retrospectivamente, la *calidad de la asistencia* prestada a cada enfermo. Para quien no ha participado en ella, no existe otro medio que permita valorar en su justa medida si ese paciente ha recibido la atención que su padecimiento merece.

3) Lo mismo cabe decir de la *calidad del trabajo médico*, puesta de manifiesto en la forma de interrogar y examinar al paciente, en las técnicas semiológicas empleadas, en la estructuración del plan de estudio, las investigaciones solicitadas, el planteo terapéutico, la frecuencia con que examina al enfermo y asienta el curso evolutivo de la afección.

4) *Las condiciones intelectuales del médico* quedan objetivadas en múltiples facetas de la historia clínica: en ella quedan impresos el estilo y la claridad de la narración, la concisión, conocimientos

científicos y poder de observación que lo caracteriza.

El médico que escribe una historia clínica debe pensar, mientras lo hace, que ella ha de ser leída por otros colegas, con propósito de evaluación o enseñanza. Ello exige un estilo claro, conciso, sin abreviaturas ni siglas ininteligibles y provisto de cierta elegancia descriptiva. El estilo convierte a la historia clínica en algo agradable de ser leído o, por el contrario, en una empresa tediosa y fatigante.

La calidad del trabajo médico y las condiciones intelectuales del que realiza la historia clínica, constituyen el eje de la *auditoria médica* y de la labor de los *comités de historias clínicas*. Estos últimos a nivel de los distintos servicios, y la auditoría en plano del registro médico central de cada hospital, hacen la *revisión periódica y crítica del trabajo médico desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, con el objeto constructivo de mejorar el rendimiento*.

Nuestra experiencia de 3 años con este sistema, nos ha convencido de la extraordinaria importancia que tiene la evaluación del trabajo médico. Desde su implantación, no sólo hemos podido apreciar la mejoría en la calidad de las historias clínicas, sino a la vez un cambio conceptual en la relación médico-enfermo. Ello refirma la experiencia mundial sobre la auditoría médica, procedimiento incorporado desde hace varias décadas en diversos países y, recientemente y con gran éxito, en México y Chile.

5) La historia clínica constituye un instrumento decisivo en toda *investigación clínica*. De su calidad depende que ella pueda ser utilizada en estudios retrospectivos, que analizan documentos pertenecientes a muchos enfermos para juzgar aspectos diagnósticos o terapéu-

ticos. Muchas veces ha debido desecharse un valioso material clínico por insuficiencia de los datos consignados en las historias, siendo necesario recomenzar, en un planteo prospectivo, un estudio que llene las exigencias del caso.

Las imperfecciones de la historia clínica se ponen de manifiesto, asimismo, cuando ella es utilizada para realizar *ejercicios clínico-anatómicos*. Al leer la historia, salen a relucir todas las ambigüedades, errores, omisiones y defectos metodológicos.

6) La historia clínica puede servir de *material de consulta* para otros hospitales en los que el enfermo se interna. De ahí que el médico que realiza la historia debe tener en consideración, constantemente, la posibilidad de que un futuro lector, en otro hospital, juzgue la calidad de su labor, anticipándose así a los posibles interrogantes que aquél se formulará, así como a las críticas sobre las técnicas de examen y la exactitud de los datos recogidos.

7) La historia clínica constituye un importante *material de consulta para el médico de cabecera* que internó al paciente. Cuando éste es dado de alta, los datos consignados en la historia serán decisivos para la futura orientación terapéutica y preventiva.

8) La historia clínica puede servir para importantes *estudios de salud*. Y

ello sólo es factible cuando se han contemplado todos los aspectos físicos y emocionales, preventivos y curativos, individuales y sociales, del paciente.

9) Finalmente, la historia clínica constituye un *documento legal*, que puede ser requerido por un juzgado. La trascendencia de este hecho no puede ser menospreciada y ello obliga al médico a cumplir todos los requisitos que hemos expuesto.

IV. — COLOFÓN

La historia clínica transita ahora por una ruta más fecunda y sugerente, tiene una visión más fiel y comprensiva, un toque más humano y convincente. La consideración conjunta de los aspectos físicos, psicológicos y sociales, la ha ampliado conceptualmente, la ha enriquecido e integrado en un todo armónico, en el que caben matices somáticos y psíquicos, individuales y sociales, preventivos y curativos.

La Medicina Interna ha dejado de orientarse predominantemente por los fríos aspectos tecnológicos del diagnóstico y el tratamiento, y está madura ahora para enfrentar las situaciones reales del paciente, su familia y la comunidad.

La historia clínica refleja, en fin, una Medicina más humana y social, una medicina de la persona, comprensiva e integral.