

## LA HISTORIA CLÍNICA

Dr. Puigvert, A.

Durante casi 60 años de práctica médica he podido constatar el alto valor que para el médico, y qué decir para el propio enfermo, tiene la información que éste aporta acerca del malestar por el cual consulta, seguida del diálogo que establece el médico con el enfermo y que aquél transcribe en la llamada desde ahora historia clínica, el resultado del primer contacto entre ambos.

El diálogo desde la antigüedad fue la primera relación que estableció el enfermo con el "santón curador de la tribu", tras el cual en ocasiones se producía el "milagro" de la curación del doliente. Esta relación del paciente con el sanador se reproduce a través de la Historia de la Medicina y constituyó, y sigue constituyendo, el primer eslabón para la curación del enfermo.

Tristemente, en los últimos años el diálogo informativo del médico con el enfermo parece sustituido por la tecnología química-analítica y físico-radiológica con la cual el carácter humanístico de nuestro viejo oficio es deteriorado en perjuicio del enfermo, lo cual debemos corregir soportando cuantos informes, en ocasiones intrascendentes, que el enfermo expone, a su manera informativa, al médico consultado, y éste debe estimar a su criterio la información que recibe y a continuación esclarecer con el diálogo que debe establecer con el paciente. Este constituye el primer factor de la ética médica.

Si bien la tecnología resultante de los avances de la física, la electrónica, la bioquímica, etc., influyen en la vida cotidiana, de lo cual no se puede sustraer la medicina, el hombre enfermo siempre ha necesitado y continúa requiriendo la ayuda de otro hombre que en función de sanador pueda atenderle para corregir su dolencia, recuperar el estado de salud y, en todos los casos, a través de la atención fraterna que el doliente requiere y necesita, corregir su angustia, para lo cual siempre acude a otro hombre en búsqueda de ayuda y consuelo para sí y corregir su enfermedad.

Con el binomio humano del doliente con el galeno comienza la asistencia al enfermo, y a partir de este momento el médico urólogo inicia su labor mediante la recopilación de cuantos datos expone el enfermo, e intentar conocer la dolencia que aqueja a través de la información que el propio enfermo expone. Con los datos aportados por el paciente el médico transcribe el relato de la dolencia en la H. C., y en ésta destacará cuanto de interés cita el enfermo, en especial aquellos síntomas y signos por los cuales el doliente acude en búsqueda de curación para con ésta recuperar su bienestar.

Ante todo debe quedar sabido que cuanto el médico transcribe en la H. C. no puede ser divulgado libremente, pues Hipócrates ya consideró la información del enfermo como "secreto" del cual son dueños el enfermo y cuanto más sus próximos emparentados.

El médico podrá utilizar los datos reseñados en la H. C. para propio estudio, y si pretende su publicación relatará el caso clínico citando solamente el número de H. C., pero nunca serán señaladas las iniciales del paciente, pues a través de éstas podría ser revelado un secreto que pertenece al paciente y a sus allegados, pero no al médico que le atiende.

El urólogo debe transcribir en la H. C. aquellos detalles que considere útiles expuestos por el enfermo durante el monólogo informativo del cual el médico recapitulará cuanto el enfermo expone a su forma y manera, los trastornos que éste aqueja y el médico debe valorar a partir de esta recapitulación resumida en la H. C. A continuación, en el interrogatorio dialogante con el enfermo se esclarece cuanto éste ha expuesto en su monólogo. El médico además debe inquirir los antecedentes familiares, próximos y lejanos, ambientales, propios del paciente y su actividad, con lo cual completará lo expuesto por el doliente, más cuantas aclaraciones surgieren del monólogo.

A continuación del tiempo informativo y del diálogo, el urólogo debe completar la H. C. mediante la exploración física del enfermo, comenzando por la temperatura, tensión arterial y

pulso; aspecto y color de la piel y mucosas, en especial la palpebral y en el istmo de las fauces; procederá a la palpación y percusión abdominolumbar, examen de los genitales, tacto rectal o vaginal, etc., con lo cual el urólogo puede estimar ciertos detalles que completarán el informe monogal del paciente más los obtenidos por el diálogo.

Este diálogo será repetido cada vez que el enfermo acude al médico en el curso de su dolencia y los resultados terapéuticos por aquél observados serán señalados.

Para completar los datos obtenidos en el examen físico inicial y los informes aportados por el propio paciente, el médico requerirá la ayuda complementaria de aquellos medios físico-químicos, analíticos, radiográficos, etc., necesarios y sólo los justos para esclarecer, confirmar o descartar las posibles dudas diagnósticas, más la posible repercusión funcional o anatómica de la enfermedad en el resto del organismo.

Para alcanzar el diagnóstico definitivo, el pronóstico de posible duración y consecuencias inmediatas de la enfermedad, más las secuelas que pueda sufrir el individuo, es necesario el estudio conjunto de la información obtenida del monólogo completado por el diálogo con el enfermo, que será repetido sin premura por parte del médico, quien dedicará cuanto tiempo sea necesario, y luego con los datos aportados por los exámenes químicos e histobacteriológicos de la sangre y orina más los físicos, radiográficos, ecográficos, etc., con los cuales completará los recogidos por el diálogo, pero no de forma rutinaria y sin discriminación.

El médico urólogo solamente debe solicitar aquellos exámenes que puedan estar relacionados con la supuesta enfermedad, y según los datos aportados puede requerir otros exámenes complementarios para alcanzar el diagnóstico, imprescindible para establecer la oportuna terapéutica.

Esta normativa fundamental para la práctica médica general en los urópatas no puede ser soslayada aun y cuando el enfermo consulta por síntoma tan objetivo como la hinchazón, dolorosa o no, de un testículo; micción lenta, difícil, dolorosa o frecuente; retención vesical de orina; dolor abdominolumbar sospechoso de renal; emisión de orinas turbias, rojizas o hemáticas, etc., datos de singular interés que deben ser esclarecidos por el médico urólogo, y todos serán transcritos en la H. C. del paciente.

Los síntomas que motivan la consulta, aparte de alteraciones generales inespecíficas, desde el punto de vista urológico, serán recordados al paciente los posibles trastornos miccionales expuestos o no en su relato o sugeridos por el diálogo.

El urólogo, al comenzar el examen físico del enfermo, éste será invitado a recoger por micción la orina en vaso de cristal para observar el color, el olor, la transparencia, la turbidez, la presencia de filamentos mucopurulentos o coágulos, forma de éstos y el momento de su emisión durante la micción.

En la mujer la orina debe ser recogida por sondeo uretral para eludir la presencia de posibles elementos vaginovulvares arrastrados por la micción, los cuales en el ulterior examen citobacteriológico enmascaran los caracteres de la propia orina.

Los síntomas más frecuentes que refiere el paciente y que el médico debe inquirir son las alteraciones en la micción: polaquiuria, diurna y/o nocturna; su relación con el reposo, con la actividad del paciente y con la evacuación intestinal; la disuria o dificultad en la micción, a su inicio, durante toda ésta o al finalizar la emisión; grosor y proyección del chorro de la orina; imperiosidad miccional que puede ser confundida con incontinencia en el hombre, con frecuencia en el período posoperatorio o verdadera por rebosamiento vesical; también débese identificar el goteo uretral posmiccional que expone algún paciente y la bifidez del chorro, ambos exponentes de alteración en el calibre uretral.

El dolor miccional o estranguria, al comienzo, durante toda la emisión o al finalizar ésta; en el hombre la localización del dolor en región uretroperineal, en ocasiones hipogástricas, en otros

lumborrenal, y en la mujer en los genitales externos, en especial al finalizar la emisión.

La emisión de gases (neumatúria) durante la micción será confirmada por el examen radiográfico.

En la muestra de orina recién obtenida será identificada la transparencia y color, la reacción ácida o alcalina y el anillo de espuma en el vaso, indicio de albuminuria; cualquier turbidez o presencia de elementos mucopurulentos será reseñada en la H. C., así como la supuesta presencia de sangre identificada por el color de la orina y el momento desde el comienzo de la emisión, durante ésta o al finalizar la micción, signo de singular interés que suele describir el paciente y con frecuencia es observado por el urólogo, recogiendo en tres vasos sucesivos.

El dolor es síntoma que sólo el paciente puede exponer, localizar y explicar su carácter e intensidad, pues no existe ningún medio para estimar la intensidad del dolor que aqueja al enfermo y la relación del dolor con las actividades o movimientos de éste. Cuando el dolor aparece durante la micción y su relación con los caracteres de la orina, éstos serán identificados por el urólogo.

La localización del dolor y/o su extensión lumboabdominal, o localizado al hipocondrio derecho debe ser identificado con el

dolor que a la palpación provoca, y descartar el dolor en punto cistohepático.

En la mujer múltipara es frecuente el dolor lumbar unilateral sin irradiación anteroabdominal, y en éstas la simple presión digital en la articulación sacroilíaca del lado del dolor lumbar suele despertar dolor oseointerarticular, que facilita su estimación etiopatogénica.

El dolor hipogástrico en la mujer y su relación con la función menstrual y con el coito (dispareunia), y en el hombre dolor escrotal uni o bilateral y su relación sexual, es raro y poco trascendente; para esclarecer el primero débese requerir la colaboración del ginecólogo.

Asimismo, por presión digital pretibial será identificado el posible edema que pueda estar acompañado de oliguria diurna, frecuente en afecciones cardiovasculares que influyen en la función renal.

Estos y otros más informes que suministra cada paciente deben ser recogidos sin prisa y reseñados en la H. C., documento insustituible para la práctica del viejo Arte de Curar, para lo cual el médico urólogo debe dedicar el tiempo necesario sin premuras en su relación con el urópata. Este tiempo dedicado al enfermo es beneficioso para éste y muy útil para el urólogo.

## Bibliografía

Frouchtman, Raimundo: "Asmatología clínica". Edit. Daimon. 1985.  
Kraytman, M.: "El diagnóstico a través de la Historia Clínica". Edit. Idepsa. 1983.  
Lain Entralgo, Pedro: "La relación médico-enfermo". Edit. Revista de Occidente. 1964.

Palencia Oyarzábal, Ceferino: "El médico. Transcurso Histórico". Edit. Everest. S.A.  
Rocha, Alfredo: "El médico de familia". Edit. Científico-médica. 1983.