CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Servicio de Medicina Interna
Curso Clínico-Práctico de Medicina y Cirugía
Dr. Francisco Pedro de Lelis
Francisco.Pedro@uv.es
Curso 2015-2016

HISTORIA CLINICA.

La Historia Clínica es el instrumento principal de trabajo del internista y de ella depende la orientación del paciente. Con la finalidad de establecer un estándar en la realización de las historias clínicas, se propone la siguiente sistemática:

DATOS DEMOGRÁFICOS DE IDENTIFICACIÓN.

Es importante siempre confirmar el nombre del paciente, así como su edad, dirección y teléfono; ya que se ha dado el caso de necesitar contactar con el paciente o familia durante el ingreso o tras el alta y ha sido imposible por errores en la recogida de datos o falta de actualización.

HISTORIA CLÍNICA DEL INGRESO ACTUAL.

a. MOTIVO DE INGRESO.

   Debe establecerse con claridad cuál es el motivo de ingreso, indicando los datos objetivos y subjetivos por los que el paciente acude a Urgencias y los datos por los que el médico de guardia ha decido el ingreso.

b. HISTORIA ACTUAL o ANAMNESIS PRÓXIMA.

   De forma más pormenorizada se establecerán los resultados de la anamnesis espontánea y dirigida de todos los problemas que ha presentado el paciente, ya sean relatados por el mismo paciente o sus familiares.

   En el caso en el que la anamnesis esté limitada por dificultades intrínsecas del paciente y no se encuentre ningún acompañante que facilite estos datos, se hará constar en la Historia (ej.: “en ausencia de familiares o/y con bajo nivel de conciencia”, etc), ya que la anamnesis será incompleta y quedará pendiente de completar una vez exista algún conocido o mejore la situación del paciente

c. ANTECEDENTES O ANAMNESIS REMOTA.

   - Es necesario destacar todos aquellos procesos patológicos activos, especialmente aquellos que precisan tratamiento, hayan requerido ingreso

Dr. Francisco Pedro de Lelis
Francisco.Pedro@uv.es

hospitalario y cuándo (por ej.: de ello se puede derivar si los problemas actuales son o no nosocomiales, etc)

- Es de interés destacar si procede de su domicilio o de Residencia de Ancianos y tipo de Residencia.
- Es necesario conocer cuál es la medicación que está tomando.
- Conocer las alergias o efectos adversos a medicamentos.
- En los pacientes ancianos o con alteraciones cognitivas y neurológicas crónicas debe valorarse siempre, además del nivel de conciencia, el nivel cognitivo y su situación funcional habitual.
- Es necesario conocer si el paciente tiene dispuesta la voluntad de recibir o no maniobras de resucitación o tratamiento invasivo en caso de enfermedad terminal y hacerlo constar en la Historia.
- En caso de tener Historia en el Hospital, pero no se dispone de ella en el momento de la anamnesis, se reseñará y se dejará un espacio adicional para complementar con los datos de la Historia tan pronto como se disponga de ella. La información contenida en la Historia antigua es de gran valor y aumenta la precisión.

d. EXPLORACION.

La exploración debe estar dirigida según los datos de la anamnesis; no obstante debe ser lo más exhaustiva posible y nunca deberían faltar los datos siguientes:

- Aspecto general del paciente: “aspecto de enfermo crónico, enfermedad aguda, etc”
- Nivel de conciencia.

  En los pacientes ancianos o con alteraciones cognitivas y neurológicas crónicas debe valorase siempre además del nivel de conciencia actual, el nivel cognitivo y su situación funcional habitual.
- Deben valorarse las posibles dificultades para la ingesta (en especial, la posibilidad de aspiración), en el caso de que haya dudas se explorará la función deglutoria en este momento (por ej.: ofreciéndole a beber un vaso de agua sola o con espesante)
- Situación nutricional, de hidratación y coloración.

  Debe indicarse la impresión general del estado nutricional (obesidad, normal, caquexia, etc), así como la posible deshidratación, existencia de edemas, etc. y de la coloración del paciente.

Dr. Francisco Pedro de Lelis
Francisco.Pedro@uv.es

- Función respiratoria

  Es de gran utilidad reflejar la frecuencia respiratoria en número (rpm), es más útil que indicar "taquipnea". Hay que reflejar si utiliza la musculatura accesoria.

  Auscultación respiratoria: siendo lo más precisos posibles, incluyendo los campos posteriores y como mínimo explorar los campos superiores, medios e inferiores.

- Función cardiovascular

  Frecuencia cardíaca, existencia de arritmias, descripción de los soplos.

  Perfusión distal, pulsos periféricos, signos de flebitis o trombosis venosa profunda.

- Abdomen

  Indicar su resistencia, puntos dolorosos, distensión, organomegalias, masas, ruidos intestinales, etc.

- Extremidades.

  Lesiones cutáneas tróficas, infecciosas o traumáticas, edemas, etc.

- Sistema linfático.

  Valorar siempre la existencia de adenopatías en los territorios cervical, axilar e inguinal.

- Exploración Neurológica

  Además, del nivel de conciencia, interesa destacar si hay signos de focalidad neurológica y signos meníngeos.

e. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.

- En este apartado se deberían reflejar los datos que tengan relevancia. No tiene sentido copiar literalmente los resultados, que ya figuran en los informes del laboratorio; sino solo aquellos que merezcan la atención por ser patológicos o normales a pesar de la situación clínica del paciente. Es necesario describir su interpretación (ej.: anemia microcítica hipocroma, insuficiencia renal, acidosis metabólica, etc), éste es el valor añadido que aporta el médico a los datos de laboratorio.
- Los hallazgos radiológicos hay que describirlos siempre, aunque sean normales.
- El ECG hay que informarlo siempre.
- Hay que informar siempre cualquier otra exploración complementaria diferente al hemograma y bioquímica básicos (ej. Ecografía, TAC, etc.)

Dr. Francisco Pedro de Lelis
Francisco.Pedro@uv.es

f. JUICIO DIAGNOSTICO.

Es el resumen y conclusión de todos los datos anteriores, por tanto es el aspecto central de la Historia Clínica, porque a partir de esta interpretación se derivarán todas las actuaciones sobre el paciente, tanto diagnósticas complementarias, como terapéuticas. Es el Diagnóstico Principal.

Los Juicios Diagnósticos deben figurar **siempre**, aún cuando no seamos capaces de definir con exactitud la entidad nosológica en estos momentos iniciales. Sí que es posible siempre establecer cuál es el síndrome clínico (ej.: "*shock séptico de origen no filiado*").

Pueden establecerse sospechas diagnósticas y así hacerlo constar (ej.: "*shock séptico, sospecha de endocarditis"*).

Pueden figurar problemas clínicos que precisen atención y seguimiento (ej.: inmovilidad permanente)

Deben exponerse todos los diagnósticos de aquellos procesos, ya conocidos previamente, que requieran atención, aunque no sean el motivo de ingreso (ej.: Diagnósticos previos: *hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2*, etc.)

g. PLAN DE ACTUACION.

Es el apartado final donde se expresa como se va a actuar con el paciente.

Se anotarán la solicitud de las exploraciones complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación, serología (especificar), hormonas (especificar), marcadores tumorales (especificar), cultivos (especificar) Rx, ecografía, TAC, IRM (especificar), interconsultas (especificar), cualquier otra solicitud se debería especificar.

Es importante, que los médicos que están de guardia soliciten durante la misma, las pruebas que puedan realizarse al día siguiente indicándolo en la Historia, ello es posible con los análisis del laboratorio, ganando un día en la obtención de los resultados no urgentes

Hay que indicar en términos generales cual es el abordaje terapéutico (fluidoterapia, antibióticos, cirugía diferida, etc.), los detalles figurarán en la Hoja de Ordenes Médicas.

Es muy importante hacer constar si se ha decidido con el enfermo y la familia no proseguir con tratamientos activos agresivos dada la situación terminal del paciente.

Dr. Francisco Pedro de Lelis
Francisco.Pedro@uv.es

El facultativo que realiza esta "primera" Historia Clínica debe firmarla al final de la misma.

EVOLUCION.

La evolución debe reflejar la actuación diaria del médico con el paciente y por tanto debe recoger los datos clínicos, de las exploraciones complementarias, actualizar la valoración del paciente y el plan de actuación con él.

Se recomienda encarecidamente, que se siga el procedimiento de las Historias Clínicas estructuradas, que han demostrado sus ventajas desde hace más de 30 años (Weed[1]). Esto supone distinguir entre lo que es recogida de datos, ya sean subjetivos u objetivos, de la evaluación que hace el médico de estos datos y de las conclusiones que se derivan.

Debe figurar **TODOS** los días, por supuesto, y debe estar firmada cada día.

DATOS SUBJETIVOS.

Es muy importante que se recojan los problemas que relata el paciente o sus familiares, sin interpretación en estos momentos (Ej.: el paciente refiere que "hay una fiesta todas las noches en la habitación"; hasta es posible que sea verdad, aunque nuestra conclusión en el juicio clínico sea con más probabilidad el "síndrome confusional" por diferentes posibles motivos)

Si no es posible recoger los datos subjetivos por incapacidad del paciente y ausencia de familiares, se hará constar.

DATOS OBJETIVOS.

Son el resultado de nuestra exploración, que debe ser diaria y de los resultados de las exploraciones complementarias interpretadas.

- Exploración clínica.

[1] **Lawrence L. Weed. Medical records, medical education, and patient care; The problem-oriented record as a basic tool. Year Book Medical Publishers, Chicago; (1970).**

Dr. Francisco Pedro de Lelis
Francisco.Pedro@uv.es

Debe incluir las constantes vitales destacables, si no lo son no hace falta ponerlas, ya están en la gráfica, y los resultados de nuestra exploración física.

Hay que hacer constar en aquellos pacientes que lo requieran, cual es la valoración de la función deglutoria a diario.

- Exploraciones complementarias.

  No sirve para nada hacer una trascripción literal de los resultados del laboratorio y de las exploraciones complementarias.

  Es mucho más útil su interpretación destacando los datos anormales relevantes (Ej.: en lugar de "*Hematíes 2.100.000, Hcto 24%, Hb 8 gr., VCM 90, etc.*"; cabría decir "*anemización aguda desde ayer Hb de 14 a 8 gr.*").

  Los resultados de las exploraciones complementarias deberían resumir los más importante (ej.: TC tórax: infiltrado basal alveolar bilateral)

JUICIO CLINICO.

No puede faltar nunca.

Es la valoración definitiva, debe actualizarse en caso de que haya alguna novedad respecto a la valoración inicial o de los días anteriores ej.: conocer el agente etiológico, etc.).

Siempre debe figurar en la evolución de alguno de los días que figuran en una misma página, para que se haga innecesario volver páginas atrás para conocer qué es lo que le pasa al enfermo; esto es de gran valor en los avisos al médico de guardia.

En el caso en el que no haya ninguna novedad con respecto al día anterior, puede figurar la palabra "*ídem*", siempre y cuando sea visible el diagnóstico completo en algún otro día de esa misma página.

Cabe introducir valoraciones no diagnósticas de gran relevancia (Ej.: "situación terminal").

PLAN

De forma diaria, se establecerá el plan a seguir, si se solicitan nuevas exploraciones, interconsultas, etc., y cuáles son las medidas terapéuticas.

Se indicarán también si se ha consultado con Hospitalización Domiciliaria para su traslado a ésta o a Hospital de Crónicos, si se ha contactado con la Trabajadora Social y el motivo, y si se ha decidido con el enfermo y la familia no proseguir con tratamientos activos agresivos dada la situación terminal del paciente.

Dr. Francisco Pedro de Lelis
Francisco.Pedro@uv.es

EPICRISIS.

Es el informe de Alta Hospitalaria.

Todo paciente ingresado en el Servicio de Medicina Interna debe tener hecha una epicrisis, ya sea en el momento del alta a su domicilio o a otro destino; también cuando se traslada de Servicio e incluso en los pacientes que han sido éxitus. Es imperativo legal.

NORMAS PARA SU REALIZACIÓN.

Cada ingreso requiere una epicrisis nueva, por tanto un paciente puede tener tantas epicrisis como ingresos.

No se puede hacer una epicrisis nueva, a partir de una ya existente de un ingreso previo.

Al entrar en la base de datos, existe la posibilidad de Buscar una epicrisis ya existente, su utilidad es obtener los datos de un ingreso anterior, o recuperar un informe de alta de un paciente que está ingresado y que se ha adelantado la realización del informe en momentos previos.

Los datos de identificación del paciente se obtienen de la base de datos del hospital, introduciendo el número de historia clínica.

Es muy importante, definir con precisión el "Diagnóstico Principal" y los "Diagnósticos Secundarios":

Diagnóstico Principal.

Es aquel diagnóstico al que se llega, tras la anamnesis y todas las exploraciones realizadas. Es la causa (entidad nosológica o síndrome clínico) que han motivado el ingreso del paciente.

Es importante, que se describa con la máxima precisión posible (Ej.: en lugar de "*ITU*", es preferible, solo si se corresponde con la realidad, "*sepsis urinaria por Escherichia coli con bacteriemia*"), siempre que se corresponda con la realidad y con el conocimiento disponible del proceso (Ej.: si ha tenido una encefalitis y no sabemos el agente causal, tan solo podremos poner "*Encefalitis aguda*").

Diagnósticos Secundarios.

Son todos aquellos procesos patológicos que han tenido lugar durante el ingreso asociados o no al diagnóstico principal (Ej.: Insuficiencia renal prerrenal, coagulación intravascular diseminada, etc.)

Se deben incluir las infecciones nosocomiales o complicaciones durante el ingreso (Ej.: neumonía por aspiración, fractura de radio izquierdo tras caída casual, etc.)

Se deben incluir también los procesos crónicos conocidos, pero que hayan requerido algún tipo de atención (Ej.: úlceras de decúbito, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, etc.).

No se incluirán problemas antiguos que no requieran en la actualidad atención (Ej.: apendicectomizado, etc).

TRATAMIENTO

Como las indicaciones terapéuticas van a ser leídas por el paciente y sus familiares, éstas deben estar en lenguaje claro y explícito, hay que evitar cualquier tipo de abreviaturas (Ej.: 1 comp. c/8h, etc.), hay que escribirlo con todas las palabras (Ej.: un comprimido cada 8 horas).

Hay que evitar frases como “continuar con el tratamiento anterior”, ya que esto puede ser cualquier cosa y a veces inesperada, duplicando tratamientos, etc; por tanto, hay que especificar y, si es posible, simplificar los tratamientos previos.

FIRMA DE LA EPICRISIS.

Independientemente de quién haya hecho la epicrisis, siempre debe haber un adjunto que se responsabilice de ese paciente y, por tanto, debe figurar su nombre y firma.

COPIAS

Se hacen tres copias, una para el paciente, una para la Historia Clínica y una para la Administrativa.

Por último, es importante que la epicrisis sea lo más precisa y concisa posible, evitando informes largos con reiteraciones, hay que ser lo más directo posible e interpretar los fenómenos ocurridos. Hay que intentar que no sobrepase más de un folio, dado que la posibilidad de que sea leída está en relación inversa con su extensión.