

HISTORIA CLINICA**Dr. Francisco Martín Cortés**

Médico adjunto del Servicio de Urgencias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

La Historia Clínica es el documento más importante, y a veces el único, que refleja y certifica la relación, actuaciones, exploraciones y decisiones en relación con el enfermo en urgencias. Es un documento personal, médico y legal (solo servirá lo que queda reflejado). Es indispensable que se realice de forma sistemática y lo más unificada posible (aunque deberá adaptarse a las circunstancias: trauma, pediatría, ancianos, pacientes de residencias, indigentes, psiquiátricos,...). Se aconseja utilizar siempre el impreso destinado a este fin.

PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

- 1) **DATOS DE FILIACION:** Etiqueta identificativa.
- 2) **MOTIVO DE CONSULTA:** Suele ser la primera respuesta del paciente, razón inmediata por la que el paciente solicita asistencia.
- 3) **ANTECEDENTES:**
 - **Personales:**
 - Enfermedades relevantes (HTA, Diabetes, Dislipemias, etc.)
 - Controles en AP, C.Ext., C.Esp.
 - Intervenciones Quirúrgicas: causa y año
 - Ingresos previos: causa y año (solicitar informes).
 - Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, drogas
 - Enfermos crónicos y ancianos: situación basal
 - Mujeres: FUR, posibilidad de embarazo
 - **Familiares** (menos importantes, depende de la patología actual)
 - **Otros:** Trabajo, vida sexual, religión, viajes, situación social... Según el motivo de consulta.
- 4) **ALERGIAS**
- 5) **MEDICACION ACTUAL:** Nombre, dosis y si se cumplimentan.
- 6) **HISTORIA ACTUAL:** Especificar si es con el paciente o con familiares, acompañantes, informes médicos (SAMU, P-10...)
 - **¿por qué viene hoy a urgencias? ¿Que le pasa? ¿Desde cuando? ¿A que lo atribuye?:** lo ideal es que el propio enfermo relate sus síntomas (siempre con limitaciones)
 - Guiar al enfermo y dirigir el interrogatorio
 - Anamnesis por "aparatos" señalando los datos "positivos" y "negativos" que pudieran estar implicados en el padecimiento del enfermo
 - Al terminar la entrevista, preguntar si quiere contarnos algo más.
- 7) **EXPLORACION FISICA:**
 - Constantes al ingreso (TA, Tª, FC, FR, SatO2, peso)
 - Estado General: Actitud, sensorio, estado de nutrición-hidratación, impresión general del paciente...
 - Exp. Neurológica
 - Exp. Cardiorespiratoria
 - Exp. Abdomen
 - Otros hallazgos: Extremidades, Piel y faneras, ORL, cabeza-cuello, adenopatías, pulsos periféricos, genitales, fosas renales, etc.
- 8) **JUICIO DIAGNOSTICO:**
 - Diagnóstico provisional
 - Síndrome
 - Diagnóstico diferencial
- 9) **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** Debemos de huir de las analíticas en serie ó completos que solicitamos en ocasiones sin haber escuchado y explorado al enfermo.
- 10) **TRATAMIENTO Y EVOLUCION:**
 - Medidas generales: dieta, posición de la cama...
 - Medidas específicas: Sondas, oxígeno...
 - Fluidos: Tipo, cantidad y ritmo
 - Fármacos: vía y dosis
 - Vigilar síntomas y signos así como la actitud a tomar
 - Solicitud de interconsultas
 - Cambios en la evolución (hora)
 - Cambios de tratamiento (hora)
 - Destino del paciente: alta, ingreso, traslado...
- 11) **CONSULTAS ESPECIALISTAS:** Siempre por escrito con fecha, hora e identificación.

CONSEJOS

- Hacer la Historia en el momento de obtenerla, después pueden haber "fallos de memoria".

- Identificar quien realiza la Historia y la hora.
- Evitar poner abreviaturas o iniciales.
- Evitar utilizar términos o expresiones despreciativos/ofensivos.
- Reseñar las decisiones que se toman de mutuo acuerdo con el paciente y/o familiares.
- Evitar hacer comentarios (aunque sean de otros pacientes) delante del enfermo y/o familiares.
- Informar al paciente y los familiares de la actitud que vamos a tomar con el paciente (posible diagnóstico, exploraciones, tratamiento...), hacer hincapié en los tiempos de espera, así como cualquier novedad significativa que se produzca: "esto contribuye a calmar la ansiedad y es la mejor forma de evitar reclamaciones".
- Preguntar siempre las dudas.
- Informar al paciente y familiares con regularidad.
- No dar altas precipitadas.
- A la hora del alta incluir el destino del paciente: domicilio, médico de cabecera, C.Esp., C.Ext., Traslado a otro centro... (Hay que tener en cuenta que en urgencias nunca se da de alta definitiva a un enfermo, sino que se le transfiere a otro nivel asistencial).

RELACIONES CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES

INFORMACION A LOS ENFERMOS Y FAMILIARES

Dar información sobre un enfermo es un deber de los médicos (derechos del enfermo), pero también es un excelente medio para mantener una buena relación con los enfermos y sus familiares.

¿QUIÉN DEBE INFORMAR?

- Es aconsejable que dé la información el médico más directamente responsable del paciente. Es preferible informar antes de que te lo pidan.
- Dentro del equipo médico se puede determinar la persona más idónea para impartir la información, cuidando que siempre sea el mismo.
- La información deberá aportar elementos de juicio suficientes para que los pacientes puedan participar activamente y de manera responsable (si fuera preciso) en las decisiones que les afecten. El informador deberá, pues, conocer perfectamente el caso clínico.
- Se tendrán en cuenta las características personales y circunstanciales del enfermo.
- La información debe ser asumida por el facultativo como un elemento importante de su quehacer diario.
- Lo hará mejor sin prisas y con mayor comodidad evitando las consultas de pasillo.

¿INFORMAR DE QUÉ?

- Del motivo del ingreso, enfermedad actual, pronóstico, evolución, etc.
- De las exploraciones que se realizarán y en qué consisten.
- De los riesgos del procedimiento diagnóstico y terapéutico y sus alternativas.
- De las decisiones importantes (cirugía, etc.).
- De la posible fecha-hora del alta.
- Del tratamiento a seguir en su domicilio y del destino al alta (consultas externas, médico de AP, especialista, etc.).
- Del traslado a otros centros para procesos diagnóstico, terapéuticos o de larga estancia.

¿A QUIÉN?

- La información se facilitará al paciente, familiares directos, persona de confianza del paciente o a quien este designe.
- Se procurará que exista un portavoz familiar habitual.

¿CÓMO?

- La información debe ser correcta en el fondo y en la forma, usando un lenguaje asequible, adecuado a la formación y capacidad de la persona que informamos. Es conveniente evitar terminología estrictamente médica.
- Será necesario, en muchas ocasiones, cerciorarnos de que se ha entendido la información ofrecida.
- La información será suficiente, pero no excesiva, expresada con cautela y basada en hechos firmemente establecidos.
- Intentar ser realistas (no caer en el pesimismo ni en optimismos desmesurados).
- Evitar comunicar las propias incertidumbres o dudas, o dar sensación de ignorancia o desorientación.
- No informar a la defensiva, con sentimientos de culpabilidad ante la imposibilidad de curación o demora de las exploraciones complementarias. Explicar que se hace todo lo posible por el enfermo.

¿CUÁNDO?

- Se establecerá un horario fijo de información para pacientes con estancia prolongada en observación.
- Se dará información inmediata en el momento de asistir al paciente, antes de ser dados de alta o cuando la familia lo solicite según la gravedad del paciente.

OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Para pruebas o tratamientos que impliquen pérdida de conciencia, dolor ó riesgos y en caso de que el paciente deba ser metido en un protocolo de investigación. El médico debe respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica. Cuando los responsables de un paciente incapacitado o menor rechacen, aunque sea por razones de conciencia, un tratamiento que los conocimientos médicos reconocen como válido y necesario para la vida del enfermo, el médico debe prescindir del consentimiento.

SECRETO PROFESIONAL

El médico mantendrá el secreto profesional sobre la enfermedad y otros datos que de manera confidencial le hayan sido comentados. El médico sólo puede dar información de su paciente, cuando disponga de la autorización explícita del enfermo o cuando la información sea necesaria para la mejoría de la asistencia que se le presta.

DECISIONES Y DISCUSIONES

Las decisiones importantes serán comentadas con el paciente y/o sus familiares, recabando su opinión cuando existan varias opciones. En estas situaciones, la presencia de un familiar servirá de soporte y testimonio. No discutir con el enfermo o la familia. El médico debe disponer de recursos suficientes para no llegar nunca a la violencia verbal y tendrá en cuenta, que la mayoría de reclamaciones tienen su origen en algún problema de las relaciones entre el equipo médico y los familiares.

ATENDER A LAS NECESIDADES PERSONALES DE LOS ENFERMOS

Se avisará a la asistente social lo más precozmente posible en los casos que lo requieran (sociopatía, alcohólicos, drogadictos...). Darse cuenta de si existe un problema social o sociofamiliar que pueda dificultar la recuperación del enfermo o el alta hospitalaria. Escuchar por lo menos y resolver si es posible las necesidades / quejas acontecidas durante la estancia hospitalaria.

AYUDA AL PACIENTE MORIBUNDO O TERMINAL

Es deber médico fundamental ayudar a asumir la muerte del paciente de acuerdo con lo que haya dado sentido a su vida. Cuando el estado del enfermo no le permita tomar decisiones, el médico aceptará las de las personas vinculadas responsables del paciente. El médico debe tener en cuenta que el enfermo tiene derecho a rechazar el tratamiento para prolongar la vida y morir con dignidad. Esforzarse en calmar el sufrimiento del enfermo terminal y no prolongar su agonía.