

MANUEL A. MANZANILLA JR.*
GUILLERMO LAGARDE BAZÁN**

ORIENTACION PRACTICA
PARA ANOTACIONES
EN EL EXPEDIENTE
CLINICO***

HEMOS considerado que esta orientación práctica para anotaciones en el expediente clínico, elaborada por nosotros para nuestros servicios, puede ser de cierta utilidad para el trabajo o instructivos que se realizan o se siguen en otras dependencias. Queremos señalar que solamente se incluyen aspectos sobresalientes en forma simplificada, con el objeto de obtener el máximo beneficio de ella, facilitando la labor de Auditoría Interna. Para completar conceptos sobre Historia Clínica, referimos al lector a las notas que sobre ella ha elaborado el Dr. *Pedro Ramos*¹, y a la publicación sobre el mismo tema, emitida por la Oficina de Enseñanza de la Facultad de Medicina².

A fin de sistematizar los diferentes tipos de anotaciones clínicas que se realizan en el expediente y con el objeto de poder obtener el máximo beneficio de las mismas, con las finalidades ya mencionadas de facilitar la labor de Auditoría Interna, hemos establecido los requisitos indispensables para su integración, considerando por separado:

1. Historia Clínica
2. Nota de Admisión al Hospital
3. Nota de Ingreso al Servicio
4. Nota de Evolución
5. Nota de Egreso
6. Nota de Resumen Periódico
7. Nota de Revisión con los Jefes de Servicio.

* Jefe del Servicio de Cirugía.

** Jefe del Servicio de Medicina.

*** Parte del Instructivo elaborado por los Jefes de Servicio para el H. Cuerpo Médico del C. H. "DR. DARÍO FERNÁNDEZ". ISSSTE.

I. HISTORIA CLÍNICA

El médico encargado o comisionado en la Sección de Admisión del Hospital que recibe al paciente, deberá revisar si en su expediente existe una Historia Clínica reciente, si no, deberá proceder a su elaboración, teniendo en cuenta para ello lo siguiente:

1. INTERROGATORIO

En esta parte de la Historia Clínica se deberán incluir los datos positivos y negativos de valor clínico, en relación al padecimiento actual o padecimientos asociados, haciendo la selección adecuada de estos en función de su importancia para integrar síndromes o diagnósticos presuncionales. Es necesario señalar que este mismo tipo de valoración debe de hacerse al interrogarse sobre antecedentes hereditarios y familiares, personales no patológicos y personales patológicos.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA.

Deberá ser sistemáticamente completa, con particular detalle a los órganos o regiones involucrados por el padecimiento actual. Al hacer su exposición se tomará en consideración, como en el interrogatorio, los signos físicos y demás datos en cuanto a su valor clínico, incluyendo los positivos y negativos que así lo ameriten en relación a las probabilidades presuncionales diagnósticas y a los síndromes obtenidos inicialmente por el interrogatorio.

3. RECURSOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

Como complemento de la Historia Clínica, el médico encargado de la admisión del paciente, deberá revisar los estudios de Laboratorio y Gabinete que hayan sido efectuados en otras Dependencias y en caso de no traerlos, solicitarlos de inmediato a través del Jefe del Archivo Clínico o por los conductos adecuados.

4. INTEGRACIÓN DE SÍNDROMES CLÍNICOS O DIAGNÓSTICOS PRESUNCIONALES.

Al concluir el interrogatorio y exploración física y con los elementos de los recursos auxiliares de diagnóstico, si se dispone de ellos, deberán integrarse síndromes o diagnósticos presuncionales debidamente fundamentados, mencionándolos en orden de importancia.

5. PRESCRIPCIÓN.

Con objeto de cubrir la prescripción que necesite el paciente de inmediato, según los datos de Historia Clínica o, la terapéutica sugerida por la dependencia de la cual proviene, hasta su consideración definitiva por el médico que se hará responsable del mismo, el encargado de la admisión del paciente, deberá señalar en las formas correspondientes las prescripciones que se justifiquen a su criterio, protegiendo de inmediato en su aspecto terapéutico al paciente, ya que las admisiones se realizan habitualmente en las tardes.

II. NOTA DE ADMISIÓN.

La nota de admisión deberá ser efectuada por el médico encargado de recibir al paciente. En ella se consignarán básicamente los datos contenidos en la Nota de Egreso de la dependencia de la cual procede, señalando particularmente los relacionados a la justificación y fundamentación de su envío y en relación a la conducta a seguir que se sugiere, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico. Se anotarán además los signos físicos y condiciones generales del paciente obtenidos de su estudio clínico a su ingreso. Se señalará la especialidad a la cual corresponde el paciente, completando esta anotación con la solicitud de consulta al médico que corresponda según libro de registro y distribución de Admisiones, que se lleva en la Central de Enfermería.

III. NOTA DE INGRESO AL SERVICIO.

La nota de ingreso al servicio, deberá ser elaborada por el médico adscrito correspondiente a la especialidad, tomando en consideración los siguientes capítulos:

1. ANTECEDENTES GENERALES.

Relativos a su hospitalización anterior o atención previa en Consulta Externa. En ellos deberán asentarse todos los datos clínicos diagnósticos y terapéuticos de la dependencia de la cual procede, haciendo un resumen de los diagnósticos elaborados a su egreso, señalando los vigentes en el momento de su egreso y haciendo la valoración de los problemas diagnósticos o terapéuticos pendientes, en función de los beneficios que se le pueden prestar en el Centro Hospitalario al cual ingresa, deslindando, con la anotación correspondiente, los problemas que ameriten interconsultas con otras especialidades dentro del mismo o en otras dependencias, o aquellos que no puedan resolverse por sus características especiales.

2. ASPECTOS ESPECIALIZADOS.

El adscrito de la especialidad deberá hacer un resumen de la Historia Clínica del paciente con criterio de especialista, valorando en esta forma los datos positivos y negativos del estudio del paciente, los recursos auxiliares diagnósticos que le hayan sido practicados, si fueron suficientes o si son necesarios algunos otros en relación a los diagnósticos elaborados, molestias del paciente, respuesta a los tratamientos impartidos y particularmente a la evolución del padecimiento, a fin de poder normar la conducta futura que deba seguirse en el Centro Hospitalario.

3. CUIDADOS A SEGUIR.

La conducta a seguir diagnóstica y terapéutica, deberá fundamentarse debidamente, incluyendo todos los tipos de atención que deben suministrarse en el Centro Hospitalario en relación a sus recursos. Deberá hacerse mención por separado en las formas destinadas para ello, de la atención detallada del paciente, particularizando:

- a) Actividad física.
- b) Prescripciones medicamentosas, sintomáticas y/o curativas.
- c) Dieta.

- d) Cuidados generales de enfermería.
- e) Cuidados especiales de enfermería.
- f) Solicitudes de análisis o interconsultas y condiciones especiales para ellas.

4. INTEGRACIÓN DE SÍNDROMES Y DIAGNÓSTICOS PRESUNCIONALES DEBIDAMENTE FUNDAMENTADOS.

Se enfatiza que la auditoría aplicable a este tipo de trabajo estará en relación a la atención que haya sido prestada por el médico adscrito a los aspectos de interrogatorio y exploración física en cuanto a la especialidad que le corresponde. La exploración física deberá ser completa, pero más detallada en el aparato o sistema afectado por el padecimiento principal que determinó su ingreso en la especialidad. Al estimarse las consideraciones diagnósticas se valorará la integración de síndromes y diagnósticos presuncionales de acuerdo a los datos positivos y negativos del padecimiento actual, particularmente en función de los diagnósticos diferenciados obligados. Asimismo se tomará en cuenta el orden de importancia en la exposición de estos datos.

IV. NOTA DE EVOLUCIÓN

1. El adscrito de la especialidad será el encargado de elaborar las notas de evolución, que para los pacientes de tipo intermedio deberán ser efectuadas de manera completa cada tercero o cuarto día, para los agudos no graves, diariamente y para los graves con la frecuencia que determine su estado. Se enfatiza que no deberá poner en sus notas de evolución "mismas condiciones", "pacientes sin cambios", etc., sino especificar las molestias o problemas con los que continúa y señalar lo que se espera o encuentra pendiente, mencionando sus razones en relación a tratamientos especializados, recursos auxiliares de diagnósticos, etc.

2. La exposición detallada de la nota de evolución estará en función de la rutina que practica el médico al hacer la visita de sus pacientes, la cual implica necesariamente las siguientes etapas:

a) Conocimiento de los datos consignados en la Hoja de la Enfermera, durante las horas en las cuales, él no ha estado en contacto

con su paciente, incluyendo los signos vitales, micciones, y demás aspectos rutinarios como alimentación, evacuaciones, etc.

b) Interrogatorio y exploración, cuidadosa en relación a datos clínicos previos y de nueva presentación, obtenidos directamente por él.

c) En relación a la evolución del padecimiento actual o padecimientos asociados e intercurrentes, deberá estimar las modificaciones en los datos clínicos y sus relaciones con la terapéutica instituída, revisando sistemáticamente la prescripción anterior, a fin de poder fundamentar las modificaciones y/o continuidad de la misma.

COMENTARIO.

La nota de evolución considerada en esta forma, tal vez resulte un poco rígida, pero consideramos que si se sigue rutinariamente según lo indicado se pueden obtener buenos resultados. Sin embargo, hay que tener presente que habitualmente la nota de evolución es de importancia principal para el adscrito que revisa cotidianamente a sus pacientes. Tiene en este aspecto, significación, como sistema de trabajo para el mismo, ya que la nota de revisión y la de resumen periódico son las que interesan más al Jefe del Servicio. También es conveniente considerar que la nota de evolución puede ser descriptiva o interpretativa y que lo ideal, de acuerdo con la experiencia del médico, es que combine en forma armónica los dos aspectos mediante la valoración adecuada de síntomas y signos principales y secundarios, evolución del paciente, respuesta terapéutica, resultados de los recursos auxiliares de diagnóstico y demás elementos de que dispone para su valoración cotidiana de los problemas clínicos y terapéuticos del paciente a su cargo. Asimismo, es necesario considerar que la nota de evolución revela la madurez y criterio médicos en relación al manejo de un paciente con cierto padecimiento y que en este aspecto no necesita ajustarse necesariamente a los lineamientos anteriores, siempre y cuando la forma en que se encuentren elaborados los datos y la periodicidad con la que se hagan, justifiquen por sí mismos las necesidades de valoración, tal es el caso particular de pacientes diabéticos, cardíacos, etc.

A continuación particularizamos algunos aspectos que pueden ser útiles para la elaboración de la nota de evolución:

a) INTERROGATORIO. Preguntar al paciente sobre su mejoría o molestias recientes.

b) EXPLORACIÓN FÍSICA. Particularmente en relación a su padecimiento actual o de otros aparatos o sistemas comprometidos por diferentes causas.

c) APRECIACIÓN DE LA CONDUCTA SEGUIDA CON ANTERIORIDAD. Tomando en cuenta la respuesta favorable o desfavorable, para fijar la que se deberá seguir. *Registro de hora y fecha.*

d) Lo acentuado en los puntos anteriores deberá quedar escrito, señalando el día y la hora en que se efectuó la nota firmada por el responsable.

e) TERAPÉUTICA PRESCRITA. Señalarse teniendo en cuenta:

1. *Actividad física.* Reposo absoluto, reposo relativo, movimientos pasivos, activos, etc.

2. *Cuidados de enfermería.* Signos vitales, aseo, cambio de ropa de cama, gráficas de temperatura, evacuaciones, micciones, emesis, ingestas, y posiciones. Signos vitales con horario prescrito por el médico, enemas, control de líquidos, aplicación de sueros, aplicación de medios físicos (calor o frío). Solicitud de exámenes, ingestión de alimentos y medicamentos, etc.

3. *Revisión de la terapéutica empleada.* Checando con el libro de enfermería el tiempo de su administración para concluir como se dijo anteriormente si se debe continuar con dicha prescripción o cambiarse.

4. *Control de balance líquido.* Ingresos, egresos, particularidades en relación a sueros, etc.

5. *Peso del paciente.*

6. *Especificación de la prescripción.* En relación con los medicamentos, deberá especificarse sistemáticamente, el nombre genérico, la presentación, la vía de administración, la dosis y su frecuencia, así como otros aspectos que se consideren de interés.

7. *Dieta.* Se tomarán en cuenta las condiciones del paciente para determinarla, particularmente la ayuda del personal de enfermería, en relación a su administración, v.g. por gastroclisis, licuada, etc., su

tipo de acuerdo al padecimiento v.g. con poco residuo, etc., señalando las calorías que se solicitan, y relacionándose con la dietista en aspectos especiales.

8. *Terapéuticas especiales*. Sangre o derivados, sueros, radiaciones, fisioterapia, quimioterapia, ejercicios respiratorios, aerosoles, etc.

V. NOTA DE EGRESO

Además de los aspectos administrativos rutinarios de la Nota de Egreso, que aparecen en la forma correspondiente aprobada por el Instituto, el médico responsable del paciente deberá elaborarla para su consideración por los Jefes de Servicio, ajustándose a las siguientes indicaciones:

1. DIAGNÓSTICO DE ADMISIÓN.

Deberá corresponder con el que figura en la hoja de ingreso, mencionando en primer lugar el padecimiento principal que justificó su hospitalización y a continuación los diagnósticos de padecimientos asociados o intercurrentes.

2. RESUMEN CLÍNICO DEL CASO Y EVOLUCIÓN DURANTE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD.

Se enumerarán primeramente los diagnósticos elaborados a su ingreso en el Centro Hospitalario o los vigentes en el momento de su envío, si procede el paciente de otras dependencias. Se dará mayor importancia a la evolución del padecimiento principal incluyendo las confirmaciones diagnósticas, terapéuticas médicas o quirúrgicas que hayan sido instituidas y los resultados de las mismas. A continuación se hará la valoración de los diagnósticos vigentes en el momento de su egreso, señalando los problemas resueltos y el grado que se haya alcanzado a este respecto, anotando los pendientes de resolución por otras dependencias y fundamentando los tratamientos que no puedan efectuarse en este Centro Hospitalario a causa de los recursos existentes y que deban ser canalizados a otros sitios. Estas observaciones se completarán señalando las condiciones integrales del paciente en el momento de su egreso, particularmente los datos de la Exploración Física.

3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO PRINCIPAL.

Se señalará la entidad nosológica que originó la hospitalización del paciente, anotando a continuación las comprobaciones por Laboratorio, rayos X, registro gráfico, estudio histopatológico, necropsia y otros medios. No deberá omitirse la enumeración de los otros diagnósticos y su tipo de comprobación.

4. REVERSO DE LA FORMA DE EGRESO.

Deberán llenarse rutinariamente los capítulos sobre motivo del egreso, tratamientos médicos impartidos y tratamientos quirúrgicos.

5. PROBLEMAS PENDIENTES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SALIDA.

Es muy importante que esto se llene en forma cuidadosa y que corresponda con lo señalado a propósito del Resumen Clínico del caso, particularizando los aspectos pendientes de resolución y el camino a seguir desde el punto de vista administrativo y técnico, mediante su envío a la Clínica de Especialidades, señalando el servicio al que deberá asistir el paciente, y mencionando el problema que habrá de resolverse haciendo las recomendaciones pertinentes. En igual forma se deberán hacer estas consideraciones, es importante que el médico tenga en cuenta en forma sistemática, si el paciente se egresa por curación, mejoría o sin mejoría, estimando la necesidad de los diferentes tipos de tratamientos futuros en relación a control diagnóstico, terapéutico y aspectos de rehabilitación.

VI. NOTA DE RESUMEN PERIÓDICO.

Esta nota deberá elaborarse rutinariamente en los pacientes que presentan padecimientos con evolución intermedia, cada 15 días, y en los casos agudos que permanezcan hospitalizados más de este tiempo, ajustándose a las siguientes indicaciones:

1. Se deberá señalar edad y sexo del paciente.
2. Fecha de ingreso.
3. Tiempo de Hospitalización.
4. Enumeración de diagnósticos a su ingreso y enumeración de diagnósticos en el momento de hacer la nota, señalando en forma resumida los problemas resueltos y los pendientes en relación a aspectos diagnósticos y terapéuticos.
5. Valoración integral del caso, posibilidades diagnósticas y terapéuticas que se le pueden brindar en el Centro Hospitalario, incluyendo la valoración de otras que deban manejarse por interconsultas con otros servicios u otras dependencias, mencionando aquellos problemas que no puedan resolverse por ninguno de los medios anteriores y que quedarán señalados con esa característica.
6. Sugerencia de la conducta a seguir en cada caso y posibilidades de Alta del paciente.

COMENTARIO.

Esta nota de resumen periódico es de gran importancia en cualquier hospital con pacientes que cursan con padecimientos de evolución intermedia o crónica, ya que tiene los siguientes beneficios:

a) Proporciona al médico adscrito responsable del caso un aspecto integral del mismo en cuanto a problemas diagnósticos, terapéuticos y de alta, actualizando sistemáticamente los casos que de otra manera podrían perder sentido de actualidad en ciertos aspectos.

b) Proporciona a los Jefes de los servicios una información adecuada en relación al tiempo de hospitalización, valoración periódica del trabajo realizado por el adscrito, valoración sistemática de altas, y muchos otros aspectos particulares que ameritan ser analizados en esta forma con la frecuencia señalada, para evitar errores técnicos y administrativos en el manejo de los pacientes que corresponden a su servicio. Particularmente, en el aspecto administrativo, la nota de resumen periódico se hace por triplicado, enviando copia de la misma a la Dirección del Hospital, permaneciendo una en el expediente y la restante se archiva en expediente por médico, en donde se incluyen las notas de resumen periódico.

VII. NOTA DE REVISIÓN CON LOS JEFES DE SERVICIO.

Esta nota deberá ser elaborada por el médico adscrito para consideración y revisión sistemática por los Jefes de Servicio en las reuniones que para este fin se organizan diariamente en la Unidad de Hospitalización. En ella se deberá hacer un resumen de la evolución del caso, desde su ingreso, particularmente para resolver los problemas de conducta a seguir en los aspectos diagnósticos y terapéuticos. Este mismo tipo de nota de revisión, en forma detallada deberá elaborarse para la presentación de casos clínicos que se realizan semanalmente en la Unidad de Hospitalización dentro del programa de sesiones, de acuerdo con la reglamentación administrativa que se ha fijado para ellas.

COMENTARIO.

Este tipo de nota tiene la finalidad de analizar todos los problemas diagnósticos y terapéuticos de cada caso entre los adscritos y los Jefes de Servicio y deberá ser realizada en el momento más oportuno de acuerdo con el número y tipo de pacientes que cada adscrito tenga a su cargo, presentando primeramente los que impliquen mayor responsabilidad en su manejo o por motivos especiales tengan prioridad en cuanto a la solución de problemas diagnósticos y terapéuticos.

REFERENCIAS

1. Ramos P.: *Notas sobre la "Historia Clínica"*. (1959).
2. Oficina de Enseñanza. *La Historia Clínica*. Facultad de Medicina, UNAM. Dirección General de Publicaciones, (1965).