

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA HISTORIA CLÍNICA, CONSIDERANDO SU ASPECTOS GENERALES PRESENTES EN LA ACTUALIDAD.

Rolando De Jesús Pérez Mendoza

Dr. Manuel Eduardo López Gómez

Ensayo de la historia clínica

21 de agosto del 2021

San Cristóbal de

Las casas Chiapas



Historia y desarrollo de la historia clínica:

Introducción:

La historia clínica es el documento esencial del aprendizaje y la práctica clínica. Las primeras historias clínicas completas están contenidas en los libros Las Epidemias I y III del Corpus Hipocraticum. Su elaboración se recupera en la Edad Media con Los Consilia y se mantiene a lo largo del renacimiento denominándose Observatio. Sydenham perfecciona su contenido completándose a lo largo del s. XVIII con el método anatómico y del XIX con el desarrollo de técnicas fisiopatológicas. El s. XX representa un rápido crecimiento de pruebas complementarias con aumento de la complejidad de la historia clínica que se convierte en multidisciplinar y de obligado cumplimiento. La informatización de la historia clínica conllevará cambios radicales en el s. XXI

Desarrollo:

Historia clínica hipocrática

Las primeras 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas de las que tenemos noticia están recogidas en “Las Epidemias I y III”. Con ellas nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento fundamental del saber médico

La historia clínica hipocrática cuenta con una estructura ordenada y repetida en todas que consta de: numeración ordinal del enfermo dentro del grupo (enfermo primero...); mención nominal (Filisco, una de las mujeres de la casa de Pantimedea...); localización social (el clazomeniense que vivía cerca de los pozos); breve referencia, no constante, a datos anamnésticos (antecedentes), la historia parece siempre comenzar con la llegada a casa del paciente. A continuación se describe día a día el curso de la enfermedad con rigurosa ordenación cronológica de los hechos sin clara separación entre lo subjetivo y objetivo “Examínese desde el comienzo las semejanzas y desemejanzas con el estado de salud empezando por las más fáciles, las que conocemos todos

Edad media consilia

“consilium” estaba formado por cuatro apartados: Título o “Epígrafe”, nombra el proceso morboso que define; “Primera Sectio” donde se nombra la persona y los síntomas enumerados ordinalmente; “Segunda sectio” dividida en “Sumae”, “Capitula” y “Sermones” que recoge la discusión de cuestiones etiológicas, fisiológicas, patogénicas y terapéuticas, utiliza toda la erudición científica del autor sin dejar de incluir opiniones religiosas y una fórmula final del tipo “Haec ad laudem amen” en la que se ofrece a la divinidad su acción terapéutica y busca su colaboración

Renacimiento observatio

El cambio de mentalidad del hombre del renacimiento hace que la historia clínica se convierta en un relato preciso, objetivo y exento de interpretación doctrinal, acaba con una reflexión diagnóstica y las indicaciones terapéuticas, se hace mención del exitus en el sentido de salida hacia la curación o hacia la mención de la muerte "Exitus letalis".

Historia Clínica de Sydenham

Sydenham (1624-1689), llamado el Hipócrates inglés (fig. 5), veneró y reinterpretó las enseñanzas del Corpus Hipocraticum, lo que le llevó a exponer con claridad los fenómenos de cada enfermedad sin fundarlos en hipótesis ni agruparlos de manera forzada.

Su trabajo se caracterizó por ser siempre de estrecho contacto con el paciente, consagrándose más al estudio de los síntomas que al de las teorías médicas. Describe y nombra con precisión los síntomas y signos, los clasifica en patognomónicos o peculiares (propios de la enfermedad), constantes (aparecen siempre pero no son propios) y accidentales (añadidos por la naturaleza del enfermo, edad, sexo, temperamento, otras enfermedades, etc...). Define los grandes Síndromes. Ordena los síntomas en el tiempo por la velocidad de instauración: agudo y crónico y por el momento en que aparecen (curso clínico)

Método Anatomoclínico

La exploración anatómica de cadáveres comienza en Alejandría en el s. III a.C., pero en Europa no se inicia hasta mediados del s. XIII con la descripción anatómica del cuerpo humano. En los s. XIV y XV comenzaron a aparecer historias con un apéndice patológico si el "exitus" es "letal". En el s. XVII la práctica de la autopsia se generaliza y el informe anatomopatológico llega a ser frecuente como fin de la historia clínica.

Mentalidad Fisiopatológica A lo largo del s. XIX se comenzaron a medir síntomas y signos con precisión gracias a las técnicas de percusión (Corvisant) y auscultación (Laenec); aparecen nuevos inventos como el termómetro, el estetoscopio, el esfigmomanómetro. Se comienza la inspección de órganos internos mediante técnicas ópticas como el espéculo vaginal, el oftalmoscopio y el otoscopio. Se desarrollan el laboratorio como signo clínico y la microbiología; empiezan a realizarse pruebas funcionales. Con esta mentalidad fisiopatológica la historia clínica ha ganado riqueza descriptiva, precisión y coherencia interna

Documento multidisciplinar A principios del siglo XX nace la psiquiatría, con lo que comienza a tomar importancia la visión que tiene el paciente del hecho de enfermar, de su propia enfermedad, y la influencia que ello puede tener en el propio curso de la enfermedad. Adquiere entonces extraordinaria importancia la anamnesis y su interpretación así como la interrelación entre el médico y el paciente.

Perspectiva legal

En la última década del s. XX e influidos por la corriente americana basada en la Sanidad privada surge la perspectiva jurídica de la historia clínica convirtiéndose en un documento legal de obligado cumplimiento

Informe de Alta

Conscientes de la necesidad del paciente de poseer un documento comprensible y actualizado que describa su condición clínica, las pruebas realizadas y el tratamiento recomendado, en 1984 se publica una Orden Ministerial, todavía vigente, que establece la obligatoriedad de elaborar y facilitar al paciente o a sus representantes un informe de alta para ingresos hospitalarios

Perspectivas de futuro

Con el siglo XXI nos llegan en este arte del registro patográfico algunas innovaciones, la más importante es la Historia Clínica Electrónica. Hasta ahora los artesanos documentalistas e informáticos nos están proporcionando una excelente transcripción del formato pero, desde nuestro punto de vista, está por llegar el artista que revolucione este proceso dándole la gran dimensión que puede adquirir en nuestra "tékhne iatriké".

Desarrollo de la historia clínica

La historia clínica es el conjunto de documentos y registros informáticos que contiene de forma clara y concisa los datos, valoraciones e informaciones generadas en cada uno de los procesos asistenciales a que se somete a un paciente y en los que se recoge su estado de salud, su evolución clínica y la atención recibida.

El objetivo de la historia es facilitar la asistencia sanitaria a través de la información actual y de la información recuperada de procesos asistenciales previos. Puede elaborarse en cualquier soporte documental aunque se prefiere el soporte electrónico.

Es deber del médico rellenar la historia clínica de su paciente y en el caso de que varios profesionales sanitarios intervengan en la atención deberán consignarse cada una de las acciones. Cualquier información añadida al historial debe ser firmada y fechada.

El historial clínico deberá incluir los siguientes datos:

Datos de identificación del paciente.

Datos clínico-asistenciales que vayan generándose en el curso de la asistencia, que se pueden estructurar como máximo, en función del tipo de asistencia, de la siguiente forma:

- a) Antecedentes de interés.
- b) Anamnesis y exploración.
- c) Datos sobre la evolución clínica de la enfermedad.
- d) Órdenes médicas.
- e) Tratamiento farmacológico.
- f) Planificación de cuidados.
- g) Constantes y otros datos básicos pertinentes o estrictamente necesarios.
- h) Interconsulta: solicitud e informe.
- i) Información de exploraciones complementarias.
- j) Consentimientos informados.
- k) Información de alta.
- l) Otra información clínica pertinente.
- m) Información de anestesia: valoración pre, per y postoperatoria.
- n) Información quirúrgica.
- o) Información de urgencia.
- p) Información del parto.
- q) Información de anatomía patológica.

Conclusión:

Como pudimos desarrollar y hablar en este ensayo la historia clínica es un documento demasiado valioso tanto para el médico como para el paciente este documento médico legal, tiene la información precisa y necesaria sobre cada paciente, desde datos personales hasta su posible diagnóstico, es fundamental que cada médico sepa realizar una historia clínica y saber cómo desarrollarla parte por parte, y además como pudimos redactar en este ensayo logramos ver y comprender como a lo largo de los años la historia clínica se ha desarrollado y evolucionado con el pasar del tiempo.

Bibliografía:

M^a José Fombella Posada, M^a José Cereijo Quinteiro. (Galicia Clin 2012;). Historia de la historia clínica Story of the medical history. 21 de agosto del 2021, de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. SERGAS. Lugo Sitio web: <https://galiciaclinica.info/PDF/16/291.pdf>

Dr. Frederic Llordachs Marqués. (2018). Cómo hacer Historias Clínica . 21 de agosto del 2021, de clinic cloud Sitio web: <https://clinic-cloud.com/blog/como-hacer-una-historia-clinica-ejemplos/>