

HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA

L. Guerrero Llamas, E. Ramos Quirós, J. Andugar Hernández

Servicio de Nefrología. Hospital 1º de Octubre. Madrid

INTRODUCCION

La historia clínica es el documento más importante de la relación médico-enfermo, ya que en ella se recogen todos los síntomas y signos que el paciente refiere a través de la anamnesis y de la exploración realizada por el médico y posteriormente se van incorporando datos complementarios (análisis de sangre y orina, bacteriología y radiología) imprescindible para un correcto diagnóstico y tratamiento. Si el proceso es crónico, nuevas anotaciones y exploraciones se van sumando con lo que aumenta el volumen de la información.

Con el transcurso de los años su manejo es difícil, por su tamaño, desorden y falta de homogeneidad, no pudiéndose en ocasiones obtener conclusiones definitivas sobre un punto concreto por falta de algún dato.

Por estas razones, además de un espíritu crítico constructivo que nos permite valorar la calidad de nuestra actuación, se ha intentado homogeneizar toda la información a través de Historias y protocolos que suplen los defectos anteriores. El desarrollo de la informática y sobre todo los ordenadores personales ha supuesto una gran ventaja, al permitir desarrollar una Historia clínica y los programas necesarios para su puesta en marcha.

Por todos estos motivos se ha creído imprescindible, dadas las características especiales de la Nefrología (pacientes en hemodiálisis, trasplantes renales, hipertensión arterial, etc ...), la creación y desarrollo de protocolo informatizado.

Características de la historia o protocolo informatizado

La historia o protocolo informatizado consta de varios apartados:

- 1) De una parte fija: Donde se haría constar los datos personales, dirección, edad, sexo, etc...
- 2) Datos epidemiológicos: Donde se reflejaría los hábitos personales (consumo de tabaco, alcohol, café, etc...). Los antecedentes de enfermedades previas y antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, diabetes, gota, etc...
- 3) Anamnesis por aparatos: Cardíacos, neurológicos, renal, digestivo.
- 4) Sintomatología actual: Si presenta cefalea, sudoración, vértigo, angor, palpitaciones, etc ...
- 4) Exploración física: Aquí se haría constar la presión arterial de pie y acostado, pulso, peso, etc...
- 6) Exploraciones complementarias: Aquí se incluiría las peticiones analíticas y radiológicas que se pidiera.
- 7) Diagnóstico y tratamiento.
- 8) Revisiones sucesivas para su actualización.

Preparación de la policlínica por este sistema

El personal sanitario prepara los protocolos de los pacientes que van a ser vistos en el día correspondiente, realizándose esta tarea, o bien a través de; protocolo o documento que se guarda y que ocupa muy poco espacio o a través de la impresión del

ordenador, extraer un resumen o todos los datos completos del paciente. Esta segunda posibilidad, que se puede hacer en muy pocos minutos, no suele ser necesaria en todos los pacientes y solamente en casos concretos, que el médico quiera tener toda la información. Con este sistema es muy fácil tener datos parciales (evolución de la presión arterial, peso o variables biológicas, así como el último tratamiento).

Misión del ATS, secretaria y personal auxiliar

Una vez que el médico ha rellenado los últimos datos de la última revisión, el personal sanitario introduce los datos en el ordenador a través del sistema de teclado.

El protocolo informatizado ha sido diseñado de tal forma que cada pantalla es una copia a imagen y semejanza de una hoja que previamente ha sido rellenada por el médico.

La inmensa mayoría de los datos aparecen con la terminología habitual y las exploraciones complementarias con sus nombres correspondientes (glucemia, ácido úrico, etcétera ...), sólo una parte pequeña de la información ha sido codificada.

Cuando los pacientes vienen a las sucesivas revisiones posteriormente a la consulta se van introduciendo los datos en el ordenador y así en todo momento tenemos la historia completa y puesta al día.

Ventajas que este sistema aporta al personal sanitario no médico

Una de las principales ventajas es que el sistema de archivo es fácil, completo y simplifica el espacio, ya que es uno de los problemas más importantes que plantea el preparar la consulta porque no se dispone de sitio suficiente para guardar el historia; de cada enfermo y hay que mandarlo a Archivos Central.

Otras de las ventajas que supone este sistema es el obtener la información que deseamos (peso, PA, pulso, últimos datos analíticos) de los enfermos en pocos minutos, lo que antes nos llevaría mucho más tiempo, ya que habría que localizar su historia; , revisarlo y en muchos casos, dado el volumen de éste, su localización es dificultosa.

HOSPITAL DE NEFROLOGIA

HOSPITAL PRIMERO DE MAYO

Nombre:

Nº Historia:

Fecha:

HISTORIA

Fecha

Inicio Hiperten.
Primera consulta

Motivo del diagnostico

Tratamiento previo

Tipo

Donde

EPIDEMIOLOGIA

Talla cm.

Peso Kg.

Café

Fumador

Nº Cigarros /día

Si dejó de fumar ¿años?

Gr. alcohol/día

Si dejó de beber ¿años?

Diabetes

Hipericemia o Gota

SERVICIO DE NEFROLOGIA

HOSPITAL PRIMERO DE MAYO

Nombre

Nº Historia:

Fecha:

Fecha

TIPO:

Policlinica

Revisión

meses

REVISION

Circunstancias

Hospitalización

Inicial

SINTOMATOLOGIA:

Cefaleas

Sudoración

Infarto

Oliguria

Parestesias

Crisis hiperten.

Vértigo

Angor espontáneo

Disnea

Molestias urinarias

ACVA

Palpitaciones

Angor esfuerzo

Edemas

Perdida visión

Crisis gota

SERVICIO DE NEFROLOGIA

HOSPITAL PRIMERO DE OCTUBRE

Nombre:

Nº Historia:

Fecha:

H.A. Esencial

DIAGNOSTICO.

H.A secundaria

Clasificación (*)

*1 H. Vasculorenal

2 H. Renal

3 Hiperald

4 Feocromocitoma

5 Anticonceptivos

6 Vasoconstrictores

7 Otros

Repercusión H.T.A (O.M.S)

Grado I, II, o III

Diagnosticos Asociados: Angina

TIA

Vascular periférica

Diabetes I

Hiperlipemia

Infarto

Ins. cardiaca

Diabetes II

ACVA

Obesidad

Hiperuricemia

Insuf. Renal

Tratamiento:

Médico

Aptitud

Quirúrgico

1 Revisión

3 Ingreso

2 Alta

4 Exitus