

LA HISTORIA CLINICA

Extractado del libro "ADMINISTRACION
DE HOSPITALES", de MAC EACHEN.

SU VALOR. — Bien estructurada legible y perfectamente archivada la Historia Clínica está revestida de incalculable valor para el futuro del paciente, y para el Hospital —sea considerada como unidad o en conjunto— y para el médico.

IMPORTANCIA PARA EL PACIENTE. — Cada paciente presenta múltiples e importantes detalles que van siendo recogidos por estudios clínicos y de laboratorio, detalles imposible de ser recordados con exactitud y orden por quien—como el médico— se encuentra frente a problemas similares permanentemente. Por otra parte el enfermo en sus posibilidades patológicas futuras se enfrentará o no con el mismo facultativo y en caso de ser un médico distinto quien lo asistirá necesitará impescindiblemente de la información que le pueda suministrar la Historia Clínica. Aún económicamente el paciente o el Hospital, se verán fevorecidos en el documento médico. No resulta una novedad para quienes han realizado guardias que los datos diagnósticos, de tratamiento o de laboratorio pueden ser de vital importancia en ciertos problemas de urgencia.

IMPORTANCIA PARA EL HOSPITAL. — La Historia Clínica ofrece al Hospital la posibilidad de analizar la calidad, cantidad y tipo de sus servicios. Estos análisis son en primer lugar un resumen de los resultados inmediatos, pero su valor más importante es que conducen a la determinación de las razones de ese resultado. Como por ejemplo al pasar recordemos que un paciente puede fallécer por causas inevitables o evitables y en este último caso el resultado analítico será el despiste de las causas previsibles que han actuado. Además no basta saber que un paciente ha sido tratado y dado de alta ya que el Hospital es responsable del conocimiento preciso de los resultados obtenidos para el enfermo y las razones de ese resultado. Si el enfermo mejora debe saberse en cuanto contribuyó el Hospital para su mejoría, y si empeora es ya obligatorio saber las causas de esa evolución. Muchas veces la insuficiencia para recuperarse que presente un enfermo es inevitable pero deben ser puestas en evidencia aquellas fallas en el esfuerzo en lo técnico o en el material del Hospital que impidan esa recuperación.

IMPORTANCIA PARA EL MEDICO. — Además de su real valor para la educación formal del estudiante, influye decisivamente en la educación informativa del graduado; es así que las Comisiones Médicas estudian de tiempo en tiempo la labor realizada por un Hospital, basándose en sus Historias Clínicas con el fin de poner a punto el éxito promedial de la institución y poder así comparar sus propios resultados estadísticos de otros Hospitales de distinta ubicación geográfica o de distintos métodos terapéuticos. Constantemente se inquieren las razones por las cuales sus resultados son superiores o inferiores a los arrojados por estadísticas generales o de otros institutos. Seguramente, que sin sustituir a los cursos de los post-graduados, es la enseñanza más efectiva y gráfica de los profesionales, quienes la tienen permanentemente a su alcance.

IMPORTANCIA COMO DEFENSA LEGAL. — La tiene para el Hospital y para el médico; más en la actualidad en que la mala fe del paciente parece acentuarse progresivamente. En pocas oportunidades el enfermo tiene terreno para una acción clara, pero el médico y el Hospital frecuentemente deben exponer su posición ante el Juez y es entonces donde la Historia Clínica resulta francamente poderosa para la defensa cuando en ella figuran las anotaciones correspondientes al momento en que se alega el error.

IMPORTANCIA PARA SALUD PUBLICA. — Cada comunidad tiene sus propios problemas relativos a la salud. Las enfermedades en su morbilidad y mortalidad varían de una a otra sociedad, varían de una a otra sociedad, varían con la época del año y fluctúan en el de venir. Estas fluctuaciones deben ser conocidas por quienes tiene a su cuidado el contralor de la salud pública y en este sentido la mejor fuente informativa está representada por las Historias Clínicas perfectamente archivadas en el Hospital regional. Recalquemos la importancia para el caso de enfermedades infecto-contagiosas epidémicas.

IMPORTANCIA PARA LOS ESTUDIOS MEDICOS. — La Historia Clínica en los Hospitales no juega frecuentemente el importante papel que le corresponde en las investigaciones médicas. Antes, los adelantos científicos y especialmente los médicos, eran el producto de la actividad investigadora de individuos que disponían de limitadas posibilidades de observación ya que el material era reducido; actualmente y a la luz de gran número de casos, las conclusiones de aquellos "pioners" deben ser analizadas y revisadas. Cada Historia Clínica realizada con exactitud científica añade datos eficaces a la masa de observaciones que en el momento actual hacen posible al investigador lograr conclusiones más exactas y rápidas, y que por estar basadas en gran número de casos, disminuyen la necesidad de revisiones periódicas. Cada médico en cada Hospital debe contribuir con su cuota de información a la ciencia médica.

CONTENIDO Y FORMA DE LA HISTORIA CLINICA. — La Historia Clínica es un claro conciso y exacto relato de la vida y enfermedades del paciente, escrito desde el punto de vista médico. Por una parte pone en evidencia aquellos factores que contribuyeron a abatir las defensas

y resistencias orgánicas favoreciendo la aparición de la enfermedad y por otra parte llama la atención sobre aquellos factores que contribuyeron al aumento de dichas resistencias y detalla los éxitos o fracasos obtenidos en el tratamiento de la enfermedad en el pasado. Lleva un diagnóstico que es el fruto de la valorización de los antecedentes relatados por el enfermo, completado por la descripción de la enfermedad actual por las observaciones y tratamiento registrados por el médico tratante y por sus colegas y colaboradores.

En resumen el contenido de la Historia Clínica será; una sección social, una sección correspondiente a la Nurse donde se detallan las observaciones, los tratamientos realizados y una sección donde se sintetizan los estudios, observaciones y actividades del médico.

SECCION SOCIAL. — Consiste en un cierto número de datos administrativos y sociológicos incluidos en la Historia Clínica para conveniencia de identificación y para su registro en el plan de organización del Hospital.

En los datos sociológicos se registrará el paciente por su nombre, documento, origen, etc. Se estipulará la fecha de su ingreso, nombre del médico tratante y número de registro del Hospital. Se estipulará la dirección del paciente así como las de sus parientes cercanos, amigos, o personas responsables para ser informadas en el caso de evolución desfavorable. El mejor modo de obtener todos estos datos es el de requerirlos en el momento de la admisión aunque el paciente se irrite al ser demorado su ingreso para la estipulación de una serie de datos de cuya importancia generalmente no se da cuenta. El trámite se acelera con una buena organización y con la colaboración del médico.

SECCION NURSE. — Consta de la gráfica de una hoja de anotaciones médicas y de la hoja de observaciones y de registro de tratamiento.

Las gráficas son de uso universal y con grandes variaciones en su forma. En general tiene en su parte alta los datos del paciente, el número del registro del Hospital, nombre del médico tratante y el número de cama. El total de la cuadrícula está dividido en Secciones horizontales para gráficas de temperatura, pulso y respiraciones además de otras dos secciones para deposiciones y diuresis; verticalmente está dividida en secciones correspondientes a espacios de tiempos iguales —días u horas—. La temperatura, el pulso y las respiraciones pueden ser anotadas cada cuatro horas aún cuando estas anotaciones varían con el tipo de enfermo en cuestión.

Los espacios para diuresis y deposiciones serán llenados contemplando solo el número de ellas no su cantidad o aspecto ya que si no fueran normales la Nurse debe estipularlo en su hoja de anotaciones. Si la deposición es la consecuencia de una enema debe colocarse la letra E.

En muchos hospitales es de uso corriente insertar notas en la gráfica dando como resultado una incompleta información y una cuadrícula que se torna egorrosa e ilegible. Los datos especiales, como ser operaciones, hemorragias, partos, etc., deben ser origen de una señal situada por encima de la línea de los cuarenta grados, pero la extensión de cada anotación debe ser muy limitada.

El Hospital debe insistir en que toda indicación terapéutica dada por médico debe ser por escrito, existiendo sistemas severos para asegurar la permanencia de esa indicación. El método más común es indicar en una hoja que se adjunta a la cuadrícula, pero este sistema no permite enviar la prescripción original a la farmacia donde la Ley puede exigir su existencia; por otra parte frecuentemente las indicaciones son ilegibles poco claras respecto a si la medicación debe seguir siendo administrada al paciente en los días sucesivos o si se limita a ese día. Otro sistema es el uso de una libreta de indicaciones, pero presenta los mismos inconvenientes que la anterior y además resulta confuso. La mejor manera de preservar la indicación médica es usar un registro standard grabado de duplicado y confeccionado en encuadernación barata pero resistente.

Se obtiene así cuatro formularios por página estando los originales perforados y los duplicados en blanco y sin perforar; de este modo si una indicación contiene una prescripción que debe quedar en farmacia el original puede ser enviado y en caso contrario no necesita ser tocado. Al finalizar una libreta en su contratapa se estipulará la sala a la cual pertenece y el día de la primera y última indicación siendo luego enviada al Archivo de Registros Médicos.

El médico puede hacer sus indicaciones por teléfono a una persona responsable y de suficiente experiencia quien firmará las indicaciones y cuando el médico realice su próxima visita pondrá sus iniciales. Frecuentemente el médico dicta sus indicaciones a una nurse o al practicante interno y en ese caso antes de retirarse debe rubricarlas.

Las indicaciones del médico serán transcritas por la nurse al formulario para tratamiento y observaciones donde se tildarán a medida que se cumplan. Este formulario está dividido en dos secciones, una a la izquierda para las indicaciones y otra a la derecha para la dieta y terapéuticas especiales; cada sección tendrá una primera columna para estipular la fecha de comienzo y una segunda para la fecha de terminación siendo la tercera, más amplia, donde se detalla la terapéutica. Debajo de las indicaciones se copiarán íntegramente las prescripciones. Las dietas de rutina se harán según números estipulados y cuando se trate de dietas especiales se escribirán por completo.

El valor de este formulario es inestimable ya que todo está claro, legible y la nurse así como el médico en todo momento con un golpe de ojo puede ponerse al tanto de las indicaciones, dietas, así como de las medicaciones ya realizadas con su momento de comienzo y de terminación. Toma más importancia en aquellos casos en que la enfermedad se prolonga y el médico debe tentar varias terapéuticas suprimiendo alguna de ellas para suplantárselas por otras, variar los regímenes alimenticios y cotejar los resultados; con este formulario adjuntado a la cuadrícula todo resulta ordenado y claro estando bien desarrollado en el tiempo.

El formulario de tratamiento y observaciones para la nurse ya estipula que es donde la nurse debe anotar todo lo que realiza y observa en el enfermo; de estos formularios hay una gran variedad de tipos, algunos con repeticiones innecesarias de datos otra incompletos o poco ordenados, pero en general se trata de una hoja con una primera columna vertical destinada

a anotar la hora en que la terapéutica es realizada o la observación hecha; en la segunda columna que es de medicación y dieta deben figurar todas las medicaciones y dietas indicadas por el médico; los medicamentos se anotarán por su número y las dietas por sus distintivos correspondientes no siendo necesario repetir en detalle todas las prescripciones. La tercer columna que está destinada a las anotaciones de la nurse ocupa casi la mitad de la hoja para permitir el registro de las observaciones.

La fecha de cada registro es colocada dejando dos líneas por debajo de la inmediata superior.

El sistema para depositar los formularios de terapéutica y observación de la nurse varían ya que en algunos Hospitales hay una Nurse encargada de realizar todas las anotaciones mientras que las otras son quienes realizan la observación de los enfermos. Esto conduce a una hoja legible, clara y ordenada ya que las nurses son seleccionadas entre las competentes y de buena caligrafía pero no siempre asegura un correcto control sobre la realización de las indicaciones y la anotación de las observaciones y desde luego que nunca se debe sacrificar la competencia por el orden o la claridad. Todas las nurses pueden realizar un formulario legible y explícito y se logra así que la nurse realiza la observación de los síntomas y aplica la terapéutica sea también quien realiza las notaciones. Cuando se trata de nurses no experimentadas deben recurrir al asesoramiento de otra más competente por su experiencia. Es de recomendar que la nurse al realizar una observación o tratamiento lo anote al instante en borrador para luego transcribirlo al formulario definitivo. Debido a los cambios de nurses que se hacen durante el día en un servicio, es necesario que cada una rubrique sus anotaciones, y no debe permitirse el uso de iniciales por no ser una verdadera identificación.

Se ha discutido si se debe conservar indefinidamente conjuntamente con la historia el formulario de la nurse; y todos están de acuerdo en que tiene valor suficiente para que esté justificado su archivo con la historia.

SECCION MEDICA DE LA HISTORIA. — La sección médica consiste en la historia médica del paciente precedida por aquello que ha sido promulgado por el Colegio Americano de Cirugía y aprobado por la Asociación Americana de Hospitales y en general aceptada por los EE. UU. y Canadá.

- | | |
|---|------------------------------------|
| — Datos de identificación. | — Diagnóstico provisorio. |
| — Causas de ingreso. | — Tratamiento médico y quirúrgico. |
| — Antecedentes familiares. | — Anatomía patológica. |
| — Antecedentes personales. | — Notas evolutivas. |
| — Historia de la enfermedad actual. | — Condiciones de alta. |
| — Examen médico. | — Diagnóstico final. |
| — Exámenes especiales (Rayos X, Laboratorio, Consulta). | — Registros posteriores. |
| | — Registros de autopsia. |

La Historia médica debe ser supervisada por un médico experimentado aún cuando no tiene porqué estar escrita por él, puede ser sustituido por el interno quien recogerá y escribirá todos los datos necesarios. Inclusive el médico puede dictar la Historia a una estenógrafa o utilizar un dictáfono,

pero siempre tiene la responsabilidad de leer todo lo escrito y finalmente firmar la Historia.

La Historia Clínica debe ser una amplia exposición de hechos donde el médico exprese sus opiniones y conclusiones, así como los hechos en que funda dichas conclusiones. Si esos datos no están estipulados se pueden crear equívocos y malas interpretaciones posteriores acerca de la enfermedad actual. Los términos "negativo" y "normal" son opiniones y no hechos perfectamente determinados. Aun cuando "no se observa nada anormal" es algo estipulado que a nada conduce es preferible a utilizar el término "normal". Si quien realiza la historia no estudia las condiciones en que se encuentra una región, órgano o aparato, debe estipularlo francamente u omitir toda mención al respecto.

Con respecto a las constataciones radiológicas y de los Especialistas consultados, se establecerá con fecha, el examen practicado y las conclusiones a que se llega, y finalmente para exámenes o para tratamiento.

El diagnóstico es un resumen de opiniones. En el diagnóstico provisorio o de trabajo se declara una opinión con incompleto conocimiento de los hechos ya que aun no se ha completado el estudio del enfermo. Registrar el diagnóstico provisorio representa una tentativa de concepto y sirve a dos propósitos: da una idea al Hospital acerca del caso ingresado y sirve de base para el estudio posterior del enfermo. El diagnóstico final por lo contrario es la estipulación de una opinión madura a la cual se llegó, en los casos complejos, después de extensas deliberaciones y estudios siendo por lo tanto completa y segura. Ocasionalmente existe una aparente diferencia entre el diagnóstico médico final y el diagnóstico anatomo-patológico, pero frecuentemente también luego de una exposición y deliberación entre ambos, se llega a la explicación de esa aparente discrepancia.

Es imposible asegurar la uniformidad de formato para la sección médica de la Historia Clínica, ya que el deseo de eliminar todo trabajo innecesario así como la necesidad de ofrecer una información completa y clara de la enfermedad hace que todo resulte complejo. Se ha hecho un esfuerzo en ese sentido para que la Historia Clínica adquiera su máximo valor. La Asociación Americana de Hospitales por medio de su Comité de Registros Clínicos a realizado un meritorio trabajo en ese sentido y los modelos de historias recomendados por ese Comité son los más utilizados.

Los modelos actualmente en uso pueden dividirse en tres tipos: la hoja en blanco, el modelo detallado, y el de modelo bosquejado.

La Hoja en blanco es fuertemente defendida por algunas escuelas médicas pues permite la máxima expresión de la individualidad de quien realiza la historia y lleva al claro concepto concebido por el médico que estudió y examinó al enfermo. Si todos los médicos fueran sistemáticos o si dicha sistematización fuera posible en todos los hospitales no cabrían dudas acerca de las incomparables bondades de la Hoja en Blanco, pero desgraciadamente la sistematización en la profesión médica no es común y el contralor sólo es ocasionalmente posible.

En los Hospitales donde médicos y estudiantes relatan sus historias bajo estrecha supervisión de quien les enseña y donde las historias son criticadas en detalle por un Profesor de Clínica, la Pégina en Blanco es lo

mejor. Ocasionalmente también puede suceder lo mismo en algún Hospital donde si bien no se imparte enseñanza en cambio se hace el contralor de las historias.

El modelo con diseño detallado es utilizado en pequeños hospitales donde no se puede realizar el contralor estricto de la historia y entonces en ella existe un subrayado con una sección con cada dato a recoger, todo esto en forma muy detallada de modo que cada síntoma posible está grabado y donde el médico tiene la obligación de tildar aquellos espacios correspondientes a los síntomas que halla observado. Es un modelo que se caracteriza por su rigidez y poca plasticidad no permitiendo amplitud en las descripciones ni detallar las variaciones en los síntomas y por otra parte quita al médico toda personalidad.

El modelo con diseño bosquejado, intermediario entre los ya vistos, presenta casilleros para cada sección de la historia clínica pero con espacio suficiente para permitir descripciones correctas.

Su inconveniente es que no permite descripciones muy amplias en determinadas secciones, secciones que desde luego varían con el tipo de enfermo, pero ello se subsana con el empleo de hojas suplementarias que se utilizan cuando son necesarias y se adjuntan a la historia. Recalquemos que este sistema permite elaborar historias ordenadas, organizadas, amplias y explícitas.

El contenido de la historia clínica es de extraordinaria importancia y no obstante ser deseable una historia clínica completa para todo enfermo que ingrese al hospital se encuentra frecuentemente que muchos pacientes internados presentan historias clínicas incompletas o mal realizadas, son casos típicos las amigdalitis o los pequeños traumatizados todos ellos considerados como enfermos de "corta estadía". En estos casos como la historia completa no es aceptada se recurre a la "Historia Menor" donde se recogen los datos mínimos aceptables como para justificar un diagnóstico y establecer un tratamiento que será seguido casi siempre en domicilio o en policlínica. En los casos quirúrgicos la historia menor es suplementada por la "Hoja Operatoria Menor" que se adjunta a la historia menor.

También se dispone de las Historias para los Accidentados la cual se realiza en duplicado para todos los pacientes tratados en primeros auxilios sin distinción de la gravedad que puedan presentar. El original será retenido en el Departamento de Admisión, el duplicado será enviado al Archivo si el enfermo no es internado y en caso contrario será enviado a la Sala correspondiente, donde se le realizará según la gravedad del caso la historia completa o menor.

Una historia clínica completa debe ser escrita para todos los pacientes internados. La primera página es de identificación en su parte superior, seguida de los antecedentes del enfermo (familiares y personales) y del diagnóstico provisorio que en general es realizado por el médico en el momento del ingreso. Sabemos que se trata sólo de un diagnóstico de orientación que frecuentemente, es cambiado en el curso del tratamiento. En segundo lugar se encuentra el diagnóstico definido el cual pese a encontrarse al comienzo de la historia es para ser llenado al ser dado de alta el enfermo y

comprende el diagnóstico propiamente dicho y las complicaciones que en el verdadero sentido de la palabra se hallan producido.

El significado de los antecedentes familiares no ha sido bien apreciado universalmente y con frecuencia el resultado que arroja para el diagnóstico no es lo importante que podría resultar, en efecto, la costumbre hace que se interroge respecto a las relaciones entre las enfermedades del paciente y los procesos patológicos de sus familiares sin tener en cuenta del verdadero valor de esas relaciones que es buscar la influencia de la herencia en la enfermedad. Si bien es cierto que a la luz de los conocimientos actuales la única enfermedad que puede ser transmitida es la sífilis, no es menos cierto que se trasmite la tendencia al desarrollo de determinadas enfermedades en los descendientes de la 1ª, 2ª y 3ª generación. Así la tuberculosis que no es transmisible directamente de padres a hijos presenta una verdadera herencia de padres a hijos respecto a la tendencia a adquirirla.

Los antecedentes personales es otra de las secciones de la historia clínica que ha cambiado. Es común que se insista en las enfermedades que con anterioridad ha tenido el paciente, aún las de la niñez, y en realidad pocas veces ellas tienen real influencia sobre el proceso patológico actual ya que pocas dejan secuelas o prolongan en el tiempo. Hay puntos en los antecedentes que revisten mayor importancia, así deben ser estipulados todos los aumentos o disminuciones en las resistencias orgánicas o reaccionales; en especial la alimentación si fué con leche materna, ya que significa un comienzo en la vida bajo las mejores circunstancias para tolerar las influencias exógenas. Si se practicó temprana circuncisión, medida higiénica bien establecida. Si en determinada época estuvo expuesto a infecciones poco frecuentes, en especial deben recalarse los lugares de residencia anteriores ya que con los rápidos medios de transporte actuales se puede tener en un hospital enfermos recién llegados de lugares de ocupación o de zonas de guerra y así enfermedades que antes eran patrimonio de los trópicos hoy se encuentran en cualquier latitud. Recalquemos nuevamente el gran valor de las vacunaciones o de las enfermedades que inmunizan o que disminuyen las resistencias orgánicas. Desde luego que los antecedentes no deben ser recogidos en forma estereotipada sino siempre en forma dirigida buscando posibles interrelaciones con la enfermedad en causa.

La enfermedad actual puede ser subdividida en su comienzo, evolución y síntomas. Se trata de una descripción del paciente o de un familiar o allegado que lo conozca íntimamente. Consta del comienzo, del desarrollo incluyendo la influencia de posibles tratamientos instituidos y de diagnósticos y establecidos por otros médicos. Los síntomas subjetivos sólo pueden ser aportados por el propio paciente y recordemos que en su interrogatorio el médico nunca debe dirigir u orientar al paciente hacia una respuesta.

El examen médico corresponde al segundo formulario de la historia clínica mayor: se trata de datos aportados exclusivamente por el médico o por los colaboradores del médico (Rayos X, Laboratorio, especialistas, etc.) El examen médico debe ser realizado siempre por el médico y puede escribirlo él mismo o hacerlo escribir pero siempre bajo su dirección. Aún cuando cada médico tiene su propio sistema de ordenación del examen debe existir una uniformidad en el método.

En primer lugar se estipulan datos que son comunes a todos los enfermos y que están grabados al comienzo, debajo se encuentra una lista de todos los sistemas o regiones de la economía que son necesarios examinar aun cuando todos ellos en cada caso no será examinado con la misma dedicación ya que exigiría tiempo y esfuerzos no necesarios, se examinarán los órganos, sistemas y regiones directamente relacionados con la enfermedad en causa.

Un suplemento del examen son los datos de Rayos X, del Laboratorio, de Médicos especialistas de donde surgen o bien consultas orales o preguntas por escrito por el médico tratante que deben ser evacuadas también por escrito por el médico especialista.

En determinado momento del estudio de enfermo el médico instituye un tratamiento que si no es operatorio será seguido y anotado por la nurse en la forma que nos es conocida. Si el tratamiento quirúrgico previamente se debe establecer el diagnóstico clínico y consultar al paciente respecto a si acepta la intervención, si la intervención se efectuara bajo anestesia general, el anestesista deberá realizar y anotar su examen previo. Por otra parte se instituirá la medicación preoperatoria.

Durante e inmediatamente después de la intervención el resto del anverso de la Historia Clínica se reserva por si es necesario registrar algún otro dato. Terminada la intervención la nurse completa y firma la historia pasando al reverso donde la nurse o el interno anotarán el post-anestésico.

El cirujano antes de comenzar a operar estipula su diagnóstico preoperatorio luego describirá la intervención así como lo que pudo comprobar y las conclusiones a las que llegó, para inmediatamente registrar el diagnóstico post-operatorio.

El Método para realizar estos registros varía; algunos cirujanos dictan a una estenógrafa durante la intervención, otros para no distraer su atención realizan el dictado después de finalizada la misma, si no se dispone de una estenógrafa o de un dictáfono el cirujano o su ayudante deberán relatar y firmar la intervención.

Los relatos que no se realizan en el momento en general resultan incompletos y no correctos. Jamás será el anestesista quien relate la intervención ya que durante la misma deberá dedicarse exclusivamente a la anestesia y luego de finalizada debe acompañar al enfermo vigilando su despertar.

Se aconseja que la descripción se realice en triplicado para poder enviar una copia al anatomopatólogo, quien también hará su diagnóstico en triplicado enviando una copia al médico, otra para la Historia Clínica y la tercer para su archivo. No insistiremos sobre la importancia del diagnóstico anatomopatológico.

Durante el curso de tratamiento el médico hará anotaciones sobre la evolución con la frecuencia que el caso lo requiera. En los casos graves las anotaciones podrán ser casi horarias, o diarias en otros casos como las fracturas que evolucionan bien cada semana, etc. Se deberán estipular todos los signos, síntomas o complicaciones que se observen.

La última anotación corresponde al momento del alta y servirá para registrar en qué condiciones es dado de alta describiendo el estado general y en especial el estado del órgano o sistema afectado, así como si debe

continuar bajo vigilancia, si debe volver para control o tratamiento higiénico-Dietético a seguir.

En la gran mayoría de los casos, cuando el paciente es dado de alta no está curado por completo y necesita un periodo de convalecencia así como un tratamiento más o menos largo.

El resultado inmediato del tratamiento es conocido en el momento del alta pero se debe conocer la evolución posterior porque ese será el resultado definitivo del trabajo realizado en torno al enfermo. El enfermo podrá ser seguido en policlínica o por los médicos o visitadoras sociales.

Cuando se trata de pacientes particulares lo más práctico es que el médico lo visite y luego aporte los datos a la historia.

En general se puede utilizar un cuestionario a llenar por el paciente cuando este no concurre a policlínica o no recibe la visita del médico social. El cuestionario es el que sigue:

- a) ¿Ha mejorado completamente de los síntomas por los cuales recibió tratamiento? ¿Si, no? ¿En qué sentido no ha mejorado?
- b) ¿Han retornado algunos síntomas? Si han vuelto, describirlos.
- c) ¿Ha notado síntomas nuevos? Describirlos.
- d) ¿Ha seguido algún tratamiento después? Describirlo.

Una vez controlada la historia llevará la nota final del médico en donde se establecen los resultados sintéticamente así como si el enfermo debe volver, con esos datos en las oficinas centrales del hospital se sabe si la historia debe ser definitivamente archivada o si debe ser dejada en el sitio correspondiente a aquellas que deben ser vistas dentro de un plazo fijo cuando vuelva el enfermo.

En caso de fallecer el enfermo se debe hacer todo lo posible para lograr que se practique la autopsia. El médico asistente es el más indicado para conseguirla pero si él no estuviera presente el interno u otro médico o persona responsable del hospital procurará lograrlo.

Conseguida la autopsia debe firmar un pariente o amigo responsable siendo la autopsia realizada por el anatomopatólogo del hospital o bajo su control. El Informe se hará triplicado.