



Revista Electrónica de PortalesMedicos.com -

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>

Guía básica para la confección de una Historia Clínica. Desde los datos de identidad del paciente hasta la confección de la historia de la enfermedad actual

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/732/1/Guia-basica-para-la-confeccion-de-una-Historia-Clinica-Desde-los-datos-de-identidad-del-paciente-hasta-la-confeccion-de-la-historia-de-la-enfermedad-actual.html>

Autor: Dr. Marco J. Albert Cabrera

Publicado: 10/11/2007

Este es el primero de una serie de trabajos dirigidos a estudiantes que cursan la carrera de medicina en Cuba, desde el IV al VI semestre. El objetivo de los autores es ofrecer un instrumento didáctico que permita la orientación rápida y la práctica eficiente en la confección de Historias Clínicas. La GUIA es eminentemente orientadora y se vale de la síntesis, los recursos nemotécnicos y mapas conceptuales para su fácil comprensión.

Guía básica para la confección de una Historia Clínica.

Primera Parte.

Guía básica para la confección de una Historia Clínica. Desde los datos de identidad del paciente hasta la confección de la historia de la enfermedad actual.

Marco J. Albert Cabrera, Suiberto Hechavarría Toledo, Yaima C. Pino Peña, Aileén Gómez Hernández, Arián Luís Rodríguez, Arturo E. Rodríguez González.

Introducción

Este es el primero de una serie de trabajos dirigidos a estudiantes que cursan la carrera de medicina en Cuba, desde el IV al VI semestre. El objetivo de los autores es ofrecer un instrumento didáctico que permita la **orientación rápida** y la **práctica eficiente** en la confección de Historias Clínicas. La GUIA es eminentemente orientadora y se vale de la síntesis, los recursos nemotécnicos y mapas conceptuales para su fácil comprensión. No pretende sustituir la utilización de los textos básicos y las obras enciclopédicas de semiología donde el estudiante cuenta con la información detallada y organizada para su correcta preparación, **SU OBJETIVO CARDINAL ES AYUDAR AL ESTUDIO EN LOS DÍAS PREVIOS A UN EXAMEN FINAL DE SEMIOLOGÍA**, cuando el tiempo no alcanza para volver a leer miles de páginas.

Esta GUIA será un medio de apoyo útil para quienes ya han concluido la etapa de aprendizaje y se enfrentan a la evaluación final, o mejor aún, para quienes decidan ejecutar con calidad la práctica clínica, con sus métodos y procedimientos científicos.

La Historia Clínica para un principiante:

Por qué es importante una Historia Clínica correctamente confeccionada

- Es el documento básico de la atención médica.
- Guía metodológica para reflejar integralmente los problemas de salud
- Identifica no solo las circunstancias que condujeron a solicitar consulta médica, sino todas sus necesidades.
- Base para el planeamiento, la ejecución y el control en cada caso, de las acciones destinadas al fomento, la recuperación y la rehabilitación de la salud.



Cuando el paciente llega por primera vez a la consulta requiere un interrogatorio y un examen físico minucioso aunque hay algunos aspectos que nunca se deben olvidar en los cuáles haremos énfasis. A veces tratamos de hacer la semiografía tan perfecta que obviamos detalles fundamentales muy necesarios para un diagnóstico certero.

Datos Generales de la Historia Clínica.

1) Datos de identidad personal:

a) Nombre y Apellidos.

b) Edad: Factor etiológico de gran valor diagnóstico. Son frecuentes en la infancia: los trastornos gastrointestinales, muchas veces por malos hábitos alimentarios. En la pubertad se encuentran trastornos relacionados con el desarrollo de las funciones sexuales. En la edad madura pesa la lucha por la vida y el pleno disfrute de las funciones vitales. Aquí se observan trastornos nerviosos, enfermedades venéreas y del metabolismo. El cáncer es más frecuente después de los 40 años, aunque puede aparecer desde edades tempranas de la vida. En la vejez encontramos, sobre todo, la aterosclerosis y sus complicaciones, el enfisema pulmonar y la hipertrofia prostática, entre otras.

c) Sexo: Además de las enfermedades que afectan el aparato genital, naturalmente distintas en uno y otro sexo, interesa este dato por el valor semiológico que adquiere en algunos casos. En efecto, el sexo parece influir en cierta forma, en la aparición de determinadas enfermedades que las estadísticas presentan con un claro predominio en uno o en otro sexo. Así podemos señalar la mayor frecuencia del bocio exoftálmico, la histeria, la corea, la hemicránea, la obesidad y la litiasis biliar en la mujer. En cambio, en el hombre son mucho más usuales ciertas enfermedades de la nutrición (diabetes y gota), la anemia perniciosa, las lesiones aórticas

d) Color de la piel: La influencia de los factores étnicos en la etiología de las enfermedades justifica que se le tome en cuenta en la historia clínica, donde a veces adquieren cierto valor semiológico; la gran mayoría de las razas tienen una predisposición genética para ciertas enfermedades. Aunque se debe tener cuidado al intuir un posible diagnóstico por la mezcla de razas evidente en el mundo.

e) Ocupación: Adquiere relevante importancia como factor etiológico en muchas enfermedades profesionales. Naturalmente, en esos casos su valor diagnóstico es grande, muchas veces decisivo. La mayoría de las veces el stress que sufre el paciente en su medio de trabajo y/o las constantes exposiciones a factores peligrosos (tóxicos-infecciosos) son el origen de importantes enfermedades, además de que cada profesión tiene una condición típica que exige por parte de las personas una posición especial que desencadena padecimientos específicos Ej.: las várices de las extremidades inferiores en los que trabajan de pie (estomatólogos, dependientes) y la obesidad en las profesiones sedentarias. Debe citarse la frecuencia con que sufren de infarto del miocardio las personas sometidas a grandes tensiones emocionales, entre ellos, los médicos.

f) Estado civil: Ofrece un interés diagnóstico pues numerosas enfermedades infecto-contagiosas dependen del continuo contacto entre las poblaciones de ambos sexos, especialmente en la mujer, cuyas afecciones genitales dependen en un alto porcentaje de las relaciones sexuales.

g) Dirección particular

h) Grupo sanguíneo

2) Motivo de Consulta (M.C)



Se refiere a la anotación breve de los síntomas que hacen consultar al paciente, debiéndose escribir las propias palabras de este. Debe consistir de una o varias palabras o de una o dos frases. El motivo de consulta es uno, cuando a veces nos vemos enfrente de un paciente difícil que comienza a mencionar afecciones es necesario definir cuál fue la que más le preocupó y por la cual acudió a consulta.

Ejemplos de motivo de consulta de presentación frecuente en nuestro medio:

- Dolor de cabeza
- Diarrea
- Dolor en el pecho
- Vómitos de sangre
- Fiebre
- Diarrea con sangre
- Calambres

No debe ponerse en el motivo de ingreso el diagnóstico o interpretación de los síntomas de otro médico, y se deben evitar términos como “úlceras duodenales”, “litiasis vesicular”, “hipertensión arterial”, “diabetes”, “hematemesis”, “melena”.

En nuestro país se ha enriquecido mucho la cultura médica por lo que podemos encontrarnos en la situación que el paciente se exprese en términos médicos y en ese caso se escribirá el motivo de consulta entre comillas.

Ejemplo:

- “Cefalea”
- “Angina de pecho”
- “Hipoglucemia”
- “Hipertermia”
- “Disentería”
- “Insuficiencia cardíaca”
- “Taquicardia”
- “Disnea”

3) HEA - Historia de la Enfermedad Actual

Representa una recopilación de las quejas que trae el paciente al médico y amplía los datos del motivo de ingreso. Esta parte es la que requiere mayor arte en la toma de la historia. De tal manera que un juicioso interrogatorio nos dará los detalles de las quejas del paciente. Solo pocos pacientes son tan buenos observadores que nos podrán dar la historia completa de su enfermedad actual sin necesidad de un interrogatorio dirigido. Cuando nos encontramos un paciente que nos da una buena y detallada historia, usualmente sospechamos que el paciente ha leído acerca de sus síntomas o ya ha consultado a otros médicos, quienes les han hecho preguntas. Muchos pacientes tienden a desviarse de la historia de su enfermedad actual, y el explorador debe, por el interrogatorio, conducirlo por el desarrollo lógico de su historia. Esto puede realizarse con más facilidad si se lleva al paciente a un recuento cronológico de sus síntomas.

La historia de la enfermedad actual se divide en dos partes para lograr una mejor organización mientras se interroga:

- Cronopatograma: Recoge los padecimientos principales del paciente, tiempo de evolución de los mismos y tratamiento regular para su control.
- Historia de la enfermedad actual propiamente dicha: Se desarrollarán todas las características semiológicas del síntoma referido en el M.C. En el caso del dolor, u otro síntoma o signo en que sea aplicable, se pueden utilizar uno o varios elementos del siguiente recurso nemotécnico, según sean aplicables:



Guía básica para la confección de una Historia Clínica 2.

METODOS PARA IDENTIFICAR SINTOMAS

Preguntas clásicas en orden creciente:

- qué** Ud. se siente.
- en qué parte** del cuerpo siente la molestia y hacia dónde se “corre” o irradia (muy necesario en caso de dolor).
- cuándo** comenzó el síntoma.
- cómo** ha evolucionado hasta hoy.
- con qué se modifica** (aumentando o disminuyendo intensidad / variando el carácter): puede ser con alimentos, posiciones, medicamentos, etc.
- se asocia** con otros síntomas o manifestaciones.

RECURSOS NEMOTECNICOS PARA CARACTERIZAR SINTOMAS

Si dolor: **ALICIA FREDUSAH**

A: Aparición L: Localización I: Intensidad C: Carácter o cantidad * I: Irradiación A: Alivio FRE: FREcuencia (Ritmo) DU: DUración SA: Síntomas Acompañantes H: Horario	<u>Carácter:</u> Cólico: (aumento progresivo hasta máxima intensidad, luego disminuye) Quemante (Urente), Sordo: (mantenido, leve, impreciso e incómodo). Opresivo (constrictivo). Pulsátil (asociado al pulso). Neurálgico: (recorre un nervio). Punzante (como puñalada). Fulgurante (como un rayo, látigo o descarga eléctrica). Terebrante: (intenso, como un taladro).
---	---

Si vómitos:

- **alimenticios.**
- **biliosos-** amarillentos .
- **porráceos-** oscuro, con alimentos parcialmente digeridos
- **fecaloídeos.**
- **hemorrágicos** (hematemesis: proveniente del estómago y se elimina con arcadas) diferenciar de hemoptisis (eliminación por expectoración o tos).

Ejemplos

A continuación mostramos algunos ejemplos de cómo se redacta una HEA:

Caso 1:

M.C: Dolor en el pecho

H.E.A: Paciente masculino de 56 años de edad que refiere padecer de Diabetes Mellitus tipo 1 desde hace 30 años, tratada en la actualidad con dieta e insulina lenta 40 UI diarias; padece además de Hipertensión arterial desde hace 10 años, tratada en la actualidad con dieta, Clortalidona (25mg) 1 tableta al día, Captopril (25mg) 1 tableta c/ 8 horas y Verapamilo (80mg) 1 tableta 3 veces al día. Acude hoy a consulta por presentar dolor en el pecho que apareció hace 30 minutos aproximadamente, se localiza en la zona precordial, de intensidad moderada a severa, carácter opresivo, que se irradia al epigastrio y brazo izquierdo, es un dolor sostenido



que no se ha aliviado con nada hasta el momento, se acompaña de vómitos y sudoración fría y pegajosa

Caso 2:

M.C: "Cefalea"

H.E.A: Paciente femenina de 35 años de edad con antecedentes de salud aparente que acude hoy a consulta por presentar "cefalea" que comenzó hace 2 días en la mitad derecha de la cabeza, de intensidad severa, carácter pulsátil, se irradia hacia la el ojo y mejilla derecha, el dolor disminuye con el reposo en una habitación oscura, la administración de amicodex ¼ de tableta c/ 8 horas y compresas de agua fría en la región del dolor, el mismo se presenta 1 vez al mes, en los días antes del comienzo de la menstruación, dura de 3 a 4 días , no tiene horario específico para manifestarse y se acompaña de malestar general, falta de apetito y náuseas.

Ejemplo 3

M.C: Fiebre

H.E.A: Paciente masculino de 20 años de edad con antecedentes de asma bronquial severa persistente desde hace 15 años tratada en la actualidad Ketotifeno(1mg) 2 veces al día y Salbutamol en spray 4 veces al día en dependencia de los síntomas, el paciente presenta alrededor de 4 exacerbaciones semanales por la cuales tiene que acudir al hospital, ha sido hospitalizado al menos 3 veces en el año por las crisis y las exacerbaciones ocurren principalmente por los cambios de tiempo, la exposición a alérgenos y algunas situaciones de stress. Acude hoy a consulta por presentar fiebre de 39 C desde hace 4 días que comienza en el horario de la tarde , dura toda la noche y desaparece en la mañana, la cual se alivia con dipirona(300mg) 2 tabletas c/ 8 horas y baños de agua al tiempo, acompañada de escalofríos, sudoración, decaimiento, falta de apetito y náuseas.

Referencias bibliográficas:

1. Llanio Navarro, Raimundo; Perdomo González, Gabriel. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Editorial Ciencias Médicas, 2005. Tomo I y II.
2. Roca Goderich, Dr. Reinaldo. Temas de Medicina Interna. La Habana .Editorial Ciencias Médicas, 4ta Edición, 2002. Tomos I, II y III.
3. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Décima Edición Española. Madrid. 1999.

Autores:

Marco J. Albert Cabrera (1)
Suiberto Hechavarría Toledo (2)
Yaima C. Pino Peña (3)
Aileén Gómez Hernández (4)
Arián Luís Rodríguez (4)
Arturo E. Rodríguez González (4)

- (1) Máster en Ciencias. Especialista de Primer y Segundo Grados de Medicina Interna. Especialista de Segundo Grados de Medicina General Integral Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- (2) Máster en Ciencias. Especialista de Primer Grado de Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- (3) Médico General Básico. Residente de Medicina General Integral.
- (4) Alumnos de tercer año de medicina. Policlínico Universitario Vedado.