



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

HISTORIA CLINICA

Alumno: María José Villar Calderón

Docente: Dr. Uriel Alejandro Guillen Morales

Materia: Medicina Interna

Semestre: 5° A

HISTORIA CLINICA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

En esta parte se precisa quién es la persona. Siempre debe ir el *nombre* y la *edad*. También puede ser importante incluir información, como: *seguro de salud o previsión, teléfono, RUT, actividad o profesión*

Fecha:	No. DE EXPEDIENTE:
I.- IDENTIFICACION	
Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Edad: Sexo:	Estado Civil:
Domicilio:	Religión:
Localidad:	
No. de Seguro Popular:	
Ocupación:	Teléfono:

INTERROGATORIO

II.- ANTECEDENTES

A). - Hereditarios Familiares

En esta sección se precisan enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables. Entre estas enfermedades, destacan: hipertensión arterial, diabetes mellitus, alteraciones de los lípidos en la sangre (*dislipidemias*), antecedentes de enfermedades coronarias, cánceres de distinto tipo (ej.: mama, colon), enfermedades cerebrovasculares, alergias, asma, trastornos psiquiátricos (ej.: depresión, enfermedad bipolar), enfermedades genéticas, gota, hemofilia, etc.

En algunos casos es conveniente dibujar un genograma en el que los hombres se identifican con un cuadrado y las mujeres con un círculo y se grafican dos o tres generaciones, precisando quién desciende de quién. Se identifica al paciente con una flecha y se usa alguna otra marca para identificar otras personas afectadas por la enfermedad.

B). - Personales No Patológicos

En esta sección se investigan aspectos personales del paciente que permitan conocerlo mejor. La intención es evaluar y comprender cómo su enfermedad lo afecta y qué ayuda podría llegar a necesitar en el plano familiar, de su trabajo, de su previsión, de sus relaciones interpersonales.

Información que podría haber ido junto a la Identificación del Paciente, se puede traspasar a esta sección. Es el caso del estado civil o las personas con las que vive.

Otras informaciones, que según el caso se pueden incluir, son: composición familiar, tipo de casa habitación, disponibilidad de agua potable, presencia de animales domésticos, nivel de educación, actividad laboral o profesión, previsión o seguro de salud, etc.

Toda esta información servirá para conocer mejor al paciente como persona; saber con qué recursos cuenta para enfrentar su enfermedad, cuál es el grado de apoyo familiar; su situación laboral, previsional y social.

También puede ser el lugar para mencionar aspectos específicos de sus creencias, de su religiosidad, de los aspectos a los cuales no quisiera ser sometido en el tratamiento de su enfermedad (por ejemplo, no recibir transfusiones de sangre o no ser sometido a ventilación mecánica).

Otros aspectos a investigar son antecedentes sobre actividad sexual, exposición a enfermedades infecciosas o profesionales, viajes efectuados en los meses anteriores.

Hábitos.

Entre los hábitos que se investigan destacan:

- El *hábito de fumar* (tabaquismo). Se debe precisar cuántos cigarrillos o cajetillas fuma la persona cada día y cuántos años lleva fumando. Si ya dejó de fumar, se precisa desde cuándo y la cantidad que fumaba. Algunas veces se usa el término “paquetes-año” para expresar lo que una persona fumaba (por ejemplo, 20 paquetes-año significa que fumaba 1 cajetilla al día durante 20 años, o 2 cajetillas diarias por 10 años)
- *Ingesta de bebidas alcohólicas*. Una forma de evaluar este tipo de ingesta es mediante una estimación de la cantidad de alcohol ingerida.
- *Tipo de alimentación*. En algunas personas es más importante de precisar; por ejemplo, en obesos, diabéticos, personas con dislipidemias o que han bajado mucho de peso.
- *Uso de drogas no legales*: consumo de marihuana, cocaína, etc.

Inmunizaciones.

- Según el cuadro clínico que presente el paciente puede ser importante señalar las inmunizaciones que el paciente ha recibido.

C). - Personales Patológicos

Incluye enfermedades, operaciones y traumatismos que el paciente ha tenido a lo largo de su vida. Se indican aquellas patologías más importantes.

Si en la anamnesis se mencionó alguna enfermedad que tenía el paciente, en esta sección se entregan más detalles: desde cuánto tiene la enfermedad, cómo ha evolucionado, con qué se trata.

También se menciona en esta parte el antecedente de transfusiones de productos sanguíneos.

D). - Antecedentes GyO

En las mujeres se debe precisar:

Respecto a sus menstruaciones:

- Edad de la primera menstruación espontánea (*menarquia*). Lo habitual es que ocurra entre los 11 y 15 años.
- Edad en que dejó de menstruar en forma natural (*menopausia*). Ocurre entre los 45 y 55 años, pero más frecuentemente, cerca de los 50 años.
- *Características de las menstruaciones:*

- Duración y cantidad de sangre. Normalmente las menstruaciones duran 2 a 6 días. La cantidad la evalúa la mujer según lo que ha sido su experiencia; cuando es muy abundante lo nota. También se puede precisar si son dolorosas.

- Frecuencia. Normalmente se presentan cada 25 a 28 días.

- Fecha de la última menstruación (*FUR* = fecha de la última regla). Esta información puede ser importante: determinar posibilidades de embarazo, momento de la ovulación, toma de muestras para exámenes hormonales.

Algunos términos usados respecto a las menstruaciones son:

- *Dismenorrea:* menstruaciones dolorosas.
- *Hipermenorrea* o *menorragia:* menstruaciones abundantes.
- *Hipomenorrea:* menstruaciones escasas.
- *Polimenorrea:* si ocurren con intervalos menores de 21 días.
- *Oligomenorrea:* si los intervalos son entre 36 y 90 días.
- *Amenorrea:* si no ocurren menstruaciones en 90 días.
- *Metrorragia:* si la hemorragia genital no se ajustan al ciclo sexual ovárico y son irregulareso continuos.

Información sobre los embarazos:

- Cuántos embarazos ocurrieron.
- Si fueron de término o prematuros.
- Si los partos fueron vaginales o por cesárea.
- Problemas asociados al embarazo (hipertensión arterial, hiperglicemia, muerte fetal, etc.).
- Antecedentes de abortos (espontáneos o provocados).
- Número de hijos vivos.

A veces se usan *fórmulas obstétricas* (FO), para expresar en forma abreviada esta información:

- Por ejemplo: FO = G3P2A1 corresponde a una mujer que ha tenido 3 embarazos (de gestaciones), 2 partos y 1 aborto.
- Otra forma de hacerlo es precisando los partos de término, partos prematuros, abortos espontáneos, abortos provocados y número de hijos vivos. Por ejemplo, la FO = 2,0,1,0,2 corresponde a una mujer que ha tenido dos partos de término, ninguno prematuro, un aborto espontáneo, ningún aborto provocado y tiene dos hijos vivos. La información sobre abortos se deben mencionar con prudencia (no siempre es necesario investigarlos o mencionarlos).

Los embarazos duran 40 semanas (9 meses), con variaciones entre 37 y 42 semanas. Se define:

- *Parto de término*: ocurre pasadas las 37 semanas de embarazo.
- *Parto de pretérmino o prematuro*: ocurre entre las 22 y 36 semanas. El recién nacido pesa menos de 2.500 gramos.
- *Aborto*: expulsión del feto antes de las 22 semanas (habitualmente presenta un peso menor de 500 gramos). Con los adelantos de la obstetricia, estos límites han ido cambiando.

Otras informaciones que pueden ser de interés:

- *Métodos anticonceptivos*: abstinencia en períodos fértiles, anticonceptivos orales, DIU (dispositivo intrauterino), condón o preservativo, etc.
- Presencia de otros flujos vaginales. Si es una secreción blanquecina, se denomina *leucorrea*. Puede ser por infección bacteriana, hongos o tricomonas.
- Fecha del último frotis cervical (Papanicolaou o PAP) o de la última mamografía.
- Enfermedades o procedimientos ginecológicos (endometritis, anexitis, infecciones de transmisión sexual, histerectomía).

II.- PADECIMIENTO ACTUAL

En esta parte se menciona el motivo por el cual la persona consulta. Es una mención breve que permite decir en forma resumida cuál es la naturaleza del problema. Por ejemplo: “El paciente consulta por fiebre de 5 días”, o “...por presentar deposiciones de color negro (o *melena*)”, etc.

A).- Motivo de Consulta

B). - Fecha de Iniciación

C). - Principales Síntomas de iniciación

IV.- INTERROGATORIO POR APARATOS

Para evitar omisiones es conveniente efectuar un interrogatorio por órganos, sistemas o aparatos de manera céfalo-caudal, tratando de recoger síntomas y signos que tuvieran relación con la enfermedad actual y que hubieran sido pasados por alto ,como así también recoger otros que pudieran indicarnos la posible existencia de un estado mórbido coexistente. Es conveniente que este interrogatorio de efectúe en forma concisa, sin extenderse demasiado

A). - Cabeza:

B). - Cuello.

C). - Tórax

D). - Abdomen.

E). - Pelvis

F). - Sistema Endocrino Vegetativo

H). Sistema nervioso

I). Sistema musculo esquelético

J). - Piel y tegumentos:

EXPLORACIÓN FÍSICA

Una vez finalizado el interrogatorio, en la historia clínica deben ser registrados los datos que se obtienen mediante Las maniobras semiológicas básicas (los SIGNOS) a saber

- Inspección
- Percusión
- Palpación
- Auscultación

Los primeros datos a anotar serán los referidos a los Signos vitales (pulso, respiración Tensión arterial, etc) y al Estado de conciencia (Lucidez, orientación en el tiempo y en el espacio, etc.) Luego se registrarán los signos obtenidos, siguiendo un orden Topográfico, por órganos o por aparato. Así se comenzará a anotar los datos surgidos del examen de Cabeza y cuello, se seguirá por el tórax (ap. Respiratorio y Circulatorio, abdomen, etc.)

Esta revisión no debiera ser muy larga ya que se supone que los principales problemas ya fueron identificados en la anamnesis. Si al hacer este ejercicio aparecen síntomas que resultan ser importantes y que todavía no habían sido explorados, es posible que el conjunto de estas nuevas manifestaciones deban ser incorporadas a la anamnesis.

En esta revisión por sistemas no se debe repetir lo que ya se mencionó en la anamnesis, sino que se mencionan sólo algunos síntomas o manifestaciones que están presente pero que tienen un papel menos importante. La extensión de esta sección debe ser breve.

Una forma de ordenar esta revisión es por sistemas y en cada uno de ellos se investigan manifestaciones que podrían darse:

- *Síntomas generales*: fiebre, cambios en el peso, malestar general, apetito, tránsito intestinal, sudoración nocturna, insomnio, angustia.
- *Sistema respiratorio*: disnea, tos, expectoración, hemoptisis, puntada de costado, obstrucción bronquial.
- *Sistema cardiovascular*: disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema de extremidades inferiores, dolor precordial.
- *Sistema gastrointestinal o digestivo*: apetito, náuseas, vómitos, disfagia, pirosis, diarrea, constipación, melena.
- *Sistema genitourinario*: disuria dolorosa o de esfuerzo, poliaquiuria, poliuria, nicturia, alteración del chorro urinario, hematuria, dolor en fosas lumbares. - *Sistema endocrino*: baja de peso, intolerancia al frío o al calor, temblor fino, polidefecación, ronquera, somnolencia, sequedad de la piel.
- *Sistema neurológico*: cefalea, mareos, problemas de coordinación, paresias, parestesias.

Además de revisar estos sistemas, es conveniente investigar otras manifestaciones: hemorragias, dolores en otros sitios, compromiso de la visión o de la audición, lesiones en la piel, etcétera.

Al escribir la ficha, no conviene que esta Revisión por Sistemas resulte muy larga. Es posible que en un comienzo, se exija a los alumnos un relato más detallado para que desarrollen el hábito de hacer una historia completa, pero en la medida que ganen experiencia, y con el acuerdo de su tutor, podrán mencionar sólo lo más importante.

PESO:	TALLA:	FC:	P:	FR:
Temperatura:	T/A:			

A). - Inspección General:

B).- Cabeza

C).- Cuello

D).- Tórax

E).- Abdomen

F).- Genitales

G).- Sistema locomotor

DIAGNOSTICOS:

Una vez finalizado el examen físico tendremos que estar en Condiciones, en primer lugar, de emitir un diagnóstico sindrómico Deberán consignarse los estudios o exámenes solicitados y el resultado de los mismos con el fin de llegar a un Diagnóstico Etiológico y Anatómico para concluir en el diagnóstico definitivo después de haber evaluado todos los posibles diagnósticos (diagnósticos diferenciales)

FECHA

NOMBRE Y FIRMA

BIBLIOGRAFÍA

Ricardo Gazitúa, . (2007). La Historia Clínica. Septiembre 2020, de Publicaciones de medicina Sitio web:
<http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/025LaHistoriaClinica.htm>