



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

**“NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente
clínico”**

Materia:
Medicina interna.

Docente:
Uriel Alejandro Guillen

Alumno:
Oscar Miguel Sánchez Argüello

Semestre:
5° “A”

Historia clínica:

La historia clínica o expediente clínico conforma un documento válido médico legal, que contiene información que abarca lo asistencial, preventivo y social del paciente.

Historia Clínica. Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:

- Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud.
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Pronóstico.
- Indicación terapéutica.

Información básica: interrogatorio o anamnesis

El objetivo del método clínico es el diagnóstico etiológico (yo conozco), pero el punto de partida es un dato aislado. Estos datos aislados (síntomas y signos) o problemas, deben ser interrogados para obtener, de ellos, la mayor información posible, como lugar y forma de origen, intensidad, momento de aparición, variaciones con fenómenos fisiológicos (respiración, movimientos digestivos, musculares etc. etc.) Uno a uno los datos deben ser interrogados en detalle. La anamnesis encierra el 50% de las claves para llegar al diagnóstico.

Si el interrogatorio es tomado en forma cronológica, los episodios recientes deben ser jerarquizados y recibir la máxima atención. Si se utiliza el sistema de orientación de la historia clínica por problemas, aquellos problemas que son dominantes deben ser considerados primero.

1.1 Datos Personales

Los datos personales deben anotarse en el encabezamiento de la historia clínica. El nombre, dirección, número de teléfono, género, edad, ocupación, raza, nacionalidad, religión, estado civil, número de documento y el nombre del médico que lo refiere. Cada uno de estos datos, que encuadran al paciente, y sus costumbres culturales, aportan por sí mismos información de utilidad médica. Las diferentes incidencias de patologías y de agentes etiológicos de acuerdo con la edad, sexo (género), raza es

claramente conocida. Valga como ejemplo la incidencia de los tumores de Ewing en la infancia, y de pulmón en el adulto, de mama en la mujer. La incidencia de Neumococo como causa de meningitis en el niño, y del Haemophilus Influenzae en el adulto, el cáncer de endometrio en mujeres sin actividad sexual y de cuello de útero en activas sexualmente. Se deben mencionar también la incidencia de anemias hemolíticas en poblaciones del Mediterráneo, el cáncer de estómago en japoneses, o enfermedades ocupacionales o en grupos con hábitos de vida y de alimentación, a los cuales orientan las diversas religiones. A su vez, el paciente necesitara durante su enfermedad el apoyo espiritual de su párroco, rabino o pastor predicador, y por lo tanto el reconocer su religión permite manejar mejor la integralidad del ser humano.

1.2 Motivos de Consulta

Es el motivo o razón (Síntoma, Signo, Síndrome, Diagnóstico o Problema) que lleva al paciente a solicitar la opinión del medico. Es lo que lo lleva a recabar una entrevista con el profesional de la salud. Debe ser anotado como el titular en la noticia periodística y en general, con la terminología utilizada por el paciente. (chequeo de salud, cansancio, falta de aire, etc.,etc.)

1.3 Enfermedad actual

La enfermedad actual es la narración del motivo de la consulta. En forma ordenada, lógica, gramaticalmente correcta, se describirá uno a uno los datos que movilizaron a buscar la opinión del facultativo. Esto debe desarrollarse con los datos aportados como con los que, por su ausencia, tienen importancia y contribuyen a la comprensión de los diferentes problemas.

Se debe seguir una secuencia lógica, y en lo posible estar organizada y orientada en grupos de síntomas, signos y problemas. Se debe anotar el momento de la aparición de los datos, marcando la última oportunidad en que el paciente se sintió bien.

1.4 Antecedentes personales

En esta sección del interrogatorio se toma nota de todos los episodios que afectaron la salud del paciente desde su nacimiento. Se hace un resumen de las internaciones previas, aunque sin repetir información que ya fue incluida en Enfermedad actual.

Por cada internación hay que registrar las fechas de admisión y alta y un resumen de los problemas abordados en ese episodio. Deben ser incluidos los hallazgos surgidos en esa circunstancia, operaciones, evolución, resultados de tratamiento y diagnósticos finales.

Interrogar sobre la presencia de alergias, reacciones a drogas, alimentos, como la leche y cereales, si ha presentado episodios que aparenten fiebre de heno, eccemas, urticarias o enfermedad del suero, así como tomar nota, sobre todo en niños, adultos mayores y en pacientes que viajan a zonas especiales su estado de vacunación, fechas de aplicación y reacciones a estas. Es importante indagar por enfermedades infecciosas como neumopatías, pleuresías, tuberculosis, etc. y sobre las intervenciones quirúrgicas previas, lesiones por traumatismos u otras enfermedades de la infancia o edad adulta.

Se debe preguntar por actividades en instituciones mentales, sociales, corporativas, militares etc., etc.

1.5 Hábitos personales

En esta sección se obtiene información sobre las costumbres (viajes) y hábitos como el sueño, dieta habitual, diuresis y catarsis, cigarrillo, alcohol, drogas y auto medicación, utilización de cinturón de seguridad, profilácticos en sus vínculos y sus preferencias sexuales.

Preguntar siempre por la aspirina, que no esta considerada fármaco por la población; es de interés indagar sobre niveles de educación e historia ocupacional, con sus factores de riesgos (asbestosis, plomo, radiaciones, etc.)

Tiene importancia el medio ambiente donde habita, las costumbres de higiene personal, el conocimiento de la vinchuca, y de otras parasitosis. Se debe evaluar la reacción psicológica del paciente a la enfermedad, o sea, a la comprensión de esta y su actitud.

1.6 Revisión de órganos y sistemas

Esta sección de la Historia Clínica tiene por finalidad completar la información que pudiera haberse pasado por alto en la Enfermedad actual. Los síntomas y signos ya evaluados no deben ser repetidos.

En la revisión de órganos y sistemas es conveniente hacerse un orden de preguntas, para no perder información. Se pregunta por síntomas y signos de piel, cabeza, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, cavidad oral, cuello, ganglios, mamas, aparato cardiorrespiratorio, digestivo, urogenital, endocrino, extremidades, sistema nervioso central y periférico y hematopoyético.

En la mujer anotar la edad de inicio de la menstruación y del desarrollo mamario, periodos menstruales, con duración, calidad, y síntomas asociados; embarazos, abortos y pérdidas de embarazos no provocados; climaterio y síntomas de calores, nerviosismo, fatiga etc.

1.7 Antecedentes familiares

En esta sección se pregunta por todas aquellas enfermedades que pueden tener una vinculación hereditaria o genética con el paciente. Se debe interrogar sobre padres, abuelos, hermanos e hijos. Esto se desarrollará con más minuciosidad si lo sugiere la enfermedad del paciente, por ejemplo sobre sus parejas sexuales. La información sobre la pareja que convive aporta datos psicosociales e infectocontagiosos. Si algún familiar falleció tomar nota de la edad y la causa.

Examen Físico

El examen físico se realiza luego del interrogatorio, siguiendo un orden metodológico y debe ser ejecutado en forma completa. En el siguiente orden: Inspección, palpación, percusión, auscultación.

En la práctica, la inspección se inicia e irá aportando datos, desde el inicio de la consulta. Los hallazgos normales o anormales encontrados constituyen los signos, o hechos objetivos, marcadores de salud o enfermedad, que pueden o no confirmar la sospecha abierta por la anamnesis. En ocasiones, el signo hallado es la única manifestación de enfermedad, valga como ejemplo un nódulo de mama.

El examen físico se entiende pedagógicamente como una habilidad, pero no se encuadra solo en ello, pues forma parte de una línea de conocimiento, el cual puede variar de paciente a paciente. El auscultar un soplo es una habilidad, pero la comprensión de lo que significa, su definición y encuadre clínico así como la adecuación al caso del paciente en cuestión, tipo de consulta, de rutina o en emergencia, con motivo de consulta definido o "no claro", exige una adaptación a la circunstancia

que supera los límites de las habilidades y exige información o conocimientos de anatomía y fisiopatología.

Los hallazgos o signos, normales como los anormales, del examen físico deben ser anotados o registrados con regularidad. Estos pueden cambiar o desaparecer, lo cual hace importante repetirlo periódicamente tantas veces como sea necesario.

Con el transcurso de los años el aumento en el número, disponibilidad y precisión de los exámenes complementarios de laboratorio han llevado a confiar y apoyarse en ellos para la solución y definición de los problemas clínicos.

