



**TEMA: HISTORIA CLINICA Y EXAMEN FISICO**

**MATERIA: METODOS, INSTRUMENTOS Y  
TECNICAS DE DIAGNOSTICO VETERINARIO**

**PROFESOR: FRANCISCO DAVID VAZQUEZ  
MORALES**

**ALUMNO: ERNESTO MARTINEZ ESPINOSA**

**ACT 1. PAR 1. CUATRI. 3°. ENSAYO “HISTORIA  
CLINICA Y EXAMEN FISICO”**



## INTRODUCCION.

La ciencia es el contenido expresado en conocimientos, y el arte la forma manifestada en hábitos y habilidades, inherentes a la profesión médica.

Las aseveraciones diagnósticas de un médico, que para el principiante se erigen como deducciones intuitivas, comparables a la actuación de un detective, no son más que el resultado de un proceso de razonamiento, en el cual están imbricados el aprendizaje y la experiencia.

La historia clínica es el documento básico y el arma fundamental para el diagnóstico de las enfermedades. Constituye una recopilación de datos valiosos por el personal médico y de enfermería que permiten establecer hipótesis diagnósticas y sirven como fuente para el análisis por otros facultativos.

Los autores dedican el presente manual, fundamentalmente a los estudiantes como una guía práctica para la confección de la historia clínica.

Hacerse médico no resulta una tarea fácil; exige tomar conciencia de las expectativas de la sociedad con respecto a su figura, centradas generalmente en la capacidad de este para hacer valer, ante todo, su condición humana; pero además exige el aprendizaje de la práctica de la medicina, que requiere la combinación de ciencia y arte. La ciencia es el contenido expresado en conocimientos, y el arte la forma manifestada en hábitos y habilidades, inherentes a la profesión médica.

Las aseveraciones diagnósticas de un médico, que para el principiante se erigen como deducciones intuitivas, comparables a la actuación de un detective, no son más que el resultado de un proceso de razonamiento, en el cual están imbricados el aprendizaje y la experiencia.

El que se inicia en medicina, debe aprender y después adquirir experiencia mediante el ejercicio práctico; para lo primero necesita adquirir conocimientos a la altura de los avances más recientes de las ciencias médicas y para lo segundo, habilidades prácticas que le permitan un modo de actuación coherente, con la solución de la mayoría de las situaciones clínicas que enfrentará. Para ser médico se necesita, sin embargo, algo más: una amplia cultura y una conducta moral y social sin tachas, que le permitan ganar prestigio y la confianza de sus pacientes. Dos frases célebres son pertinentes aquí: "quien sólo sabe de medicina, ni medicina sabe" y "para perder prestigio, primero hay que ganarlo y, una vez obtenido es como el cristal, que se rompe fácilmente y es muy difícil componerlo". Los primeros pasos que le permitirán al estudiante comunicarse con los enfermos, son cruciales en la carrera y no deben descuidarse. Se ha demostrado que el más serio obstáculo que enfrenta un estudiante de tercer año de Medicina, que comienza en el área clínica, es la sensación de inseguridad producto de su falta de experiencia.

No debe de preocuparse por esto, pues es precisamente en esta etapa, en la que se profundiza en el arte del examen clínico y se abordan las principales técnicas de la práctica clínica. La experiencia se adquiere con tiempo y dedicación.

## **LA HISTORIA CLÍNICA. GENERALIDADES**

La historia clínica es el documento básico y el arma fundamental para el diagnóstico de las enfermedades. Constituye una recopilación de datos valiosos por el personal médico y de enfermería que, dispuestos de una forma ordenada, permiten establecer hipótesis diagnósticas y -cuando no se cuenta con la presencia del paciente o cuando éste ha tenido ingresos previos-, sirven como fuente para el análisis por otros facultativos. Además de incluir los datos de la anamnesis (o interrogatorio) y del examen físico, se consignan en ella la discusión diagnóstica, la evolución y el tratamiento de los enfermos.

Una definición plausible puede ser la siguiente:

Conjunto de documentos donde se registra toda la información médica y administrativa sobre los pacientes, tanto hospitalizados como ambulatorios.

El primero en confeccionar y redactar historias clínicas, y además con un estilo muy sencillo, fue Hipócrates, lo que no afectó su rigor y precisión; de ellas aún se conservan 42. Uno de sus magistrales consejos resulta de incuestionable valor: "...aprender a valerse de sus sentidos e intelecto, a escuchar, a ver, oler, palpar y discurrir, sin olvidarse que es la asidua y buena práctica – la que repite sin engreimiento y rechaza con probidad los datos confusos y los propios errores – la que hace del aprendiz un experto".

La confección de una historia clínica con calidad, que ofrezca datos confiables, no puede aprenderse de golpe, pues requiere de la adquisición de conocimientos teóricos y habilidades prácticas, tales como las siguientes:

- Aprender a entrevistar.
- Aprender a examinar al paciente.
- Habilidades en la redacción y adquisición del lenguaje técnico.
- Conocimientos de Semiología y Propedéutica Clínica.

Es por ello, que, para el aprendizaje de la confección de historias clínicas, recomendamos el estudio teórico, simultáneo a la práctica sistemática.

### **Funciones de la historia clínica**

- **Asistencial:** Es la fundamental. Como documento recoge los elementos del diagnóstico y el plan terapéutico del enfermo; como parte del método clínico, es la herramienta fundamental para el diagnóstico.
- **Docente:** Es el documento principal de las formas organizativas docentes de la educación en el trabajo (pase de visita, discusión diagnóstica, clínico patológica y de piezas frescas).
- **Investigación:** Sirve como fuente de datos para la investigación epidemiológica, tanto en hospitales como en la Atención Primaria de Salud.

- Evaluación de la calidad asistencial: Es el documento básico que permite medir la calidad de la asistencia médica. Sirve de sustento al trabajo de los Comités de Calidad.
- Documento médico legal: La información que recoge, tiene valor legal si es necesario ventilar quejas, reclamaciones o incluso, acusaciones jurídicas del paciente y/o sus familiares sobre la asistencia brindada. Por esto, es importante reflejarlo toda la información y custodiar celosamente la historia clínica, con el fin de evitar que sea objeto de manipulaciones extrainstitucionales.

## EL EXAMEN FÍSICO

Es la exploración del enfermo, mediante maniobras en las que se utilizan los órganos de los sentidos del explorador (inspección, palpación, percusión y auscultación), e instrumentos sencillos como el estetoscopio, el esfigmomanómetro, el martillo percutor, el diapasón, linterna, termómetro, cinta métrica, pesa y tallímetro.

Se divide en:

- Examen físico general
- Examen físico regional
- Examen físico por aparatos

### Examen físico general

Comprende los siguientes aspectos: hábito externo, deambulación, marcha, actitud en el lecho y de pie, fascias, piel, mucosas y faneras, examen del tejido celular subcutáneo, del panículo adiposo, del sistema osteomioarticular (SOMA), peso, talla y temperatura.

Hábito: longilíneo, normolíneo, brevilíneo, dismórfico.

Deambulación: si deambula, o no (causa de no deambulación).

Marcha: normal o patológica (hemipléjica, parkinsoniana, polineurítica, atáxica, tabética, cerebelosa, vestibular, en tijera, de pato, etc.).

Actitud en el lecho (decúbito): activo indiferente, forzado, pasivo. A su vez puede ser supino, prono, lateral derecho, o izquierdo. En los decúbitos activos forzados tenemos: ortopnea, plegaria mahometana, opistótonos, emprostótonos, posición de gatillo de escopeta, posición fetal, etc.