

historia clínica

- Integrantes
- Diego lisandro Gómez Tovar
- Frida citlali Hernández Pérez
- Ángel Gerardo Valdez Cuxim
- Débora Nieto Sánchez

HISTORIA CLINICA

DIRECTRICES PARA LA REALIZACIÓN DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA.

Dejar que el enfermo exponga libremente sus molestias.

Intervención del médico para ser más explícito.

Escuchar con atención e impasibilidad benévola.

Al escuchar al enfermo hay que hacerlo sin prisas, con detención.

HISTORIA CLINICA

DIRECTRICES PARA LA REALIZACIÓN DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA.

El médico se sentará frente al enfermo y escuchará su relato mirándole la cara, sin mostrar impaciencia.

Hacer las preguntas con orden lógico y llaneza de lenguaje.

Siempre que sea posible, las anamnesis deben ir animadas de un orientación o intención diagnóstica, omitiendo detalles sin sustancia.

Decir al paciente la verdad, o se le dice una verdad a medias.

El médico debe dar siempre sensación de seguridad.

HISTORIA CLINICA

- ESTRUCTURA BASICA DE LA HISTORIA CLINICA:
- **1. ANAMNESIS**
- 1. Datos personales
- 2. Motivo de consulta o internación
- 3. Enfermedad actual y sus antecedentes
- 4. Antecedentes personales
- 1. Fisiológicos
- 2. Patológicos
- 3. De medio
- 4. Hábitos
- 5. Antecedentes hereditarios y familiares
- 6. Examen físico.
- 7. Resumen semiológico.
- 8. Consideraciones diagnosticas
- 9. Evolución diaria
- 2.0 Epicrisis

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES.

Bajo este acápite se colocan los datos que identifican al enfermo desde un punto de vista civil, como: nombre, edad, estado civil, nacionalidad, ocupación, domicilio y persona responsable, en caso necesario.

Estos datos deben servir, asimismo, para el mejor conocimiento del enfermo y de la enfermedad.

El nombre y el apellido, la nacionalidad

- pueden orientar al origen étnico

El sexo y la edad

- hacia las distintas posibilidades patológicas dependientes de estos dos factores.

El domicilio

- sobre la patología geográfica,

La ocupación

- sobre las enfermedades vinculadas con el trabajo.

HISTORIA CLINICA

MOTIVO DE CONSULTA E INTERNACION.

El motivo de consulta o internación es la carátula médica de la historia clínica y debe tener como finalidad dar, en pocas palabras, una orientación hacia el aparato o sistema afectado y la evolutividad del padecimiento.

HISTORIA CLINICA

SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES

- Cardinales o esenciales
- Comunes, concurrentes o accidentales
- Signos patognomonicos o especificos

HISTORIA CLINICA

SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES

De acuerdo con el autor Ramirez Elliot, podemos considerar:

- Signos negativos
- Signos positivos
- Signos pronósticos
- Signos etiológicos

HISTORIA CLINICA

ENFERMEDAD ACTUAL Y SUS ANTECEDENTES.

Se toma nota de los datos en forma cronológica, dejando que el enfermo exponga libremente, sin interrupciones, los acontecimientos tal cual los ha vivido.

Luego se realiza un interrogatorio dirigido con el fin de ordenar y completar la historia clínica de los pacientes, las medidas diagnosticas que se instrumentaron, los tratamientos indicados y cumplidos, su resultado y las modificaciones en la calidad de vida que provocó la enfermedad.

Las preguntas para iniciar la recolección de los datos son las siguientes:

1. ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo? y ¿Por qué? ¿Cuándo empezó a sentirse enfermo? ¿Cómo comenzó la enfermedad?
2. ¿Con qué síntomas se presentó? ¿Cómo evolucionaron estos síntomas? ¿Es la primera vez que se presentan? ¿Tuvo algo parecido antes?
3. ¿A qué atribuye su enfermedad?
4. ¿Qué precedió al estado de enfermedad? ¿Realizó alguna consulta médica?
5. ¿Qué exámenes complementarios se le efectuaron? ¿Qué diagnósticos se le realizaron?
6. ¿Qué tratamiento recibió?
7. ¿Qué repercusión general ha provocado la enfermedad?

Antecedentes personales

A. FISIOLOGICOS.

- Se indagara sobre los aspectos relacionados con su nacimiento (parto normal o patológico, peso al nacer), crecimiento y maduración (tipo de lactancia, lenguaje, marcha y dentición).
- En la mujer se consignara la edad de la menarca, el ritmo menstrual, la fecha de la última menstruación, el comienzo de las relaciones sexuales, los embarazos, partos y lactancia.

B. PATOLÓGICOS.

Para evitar olvidos u omisiones, es recomendable establecer un orden tal Como:

- **Enfermedades de la infancia.**
- **Antecedentes alérgicos**
- **Antecedentes quirúrgicos y traumáticos.**

Antecedentes del Medio:

**Lugar de nacimiento y
posteriores lugares de
resi-dencia:**

Casa y/o habitación:

Escolaridad:

- El nivel de instrucción de una persona puede ser importante para explicarle las características de una enfermedad, o bien para que comprenda las instrucciones proporcionadas por el médico con respecto a su tratamiento.

Ocupación:

- Se averiguara el oficio o profesión, el lugar donde se desarrollan las tareas y el horario de estas.

Núcleo familiar:

- Se preguntara sobre las fechas de casamiento y el estado civil actual; el nacimiento de los hijos y el número y edad de estos.
- Este capítulo permite indagar también acerca de las características psicológicas del enfermo, su relación con los familiares y con las personas en general, sus estados de ánimo habituales, su disposición frente a la enfermedad, sus responsabilidades.

HABITOS Y COSTUMBRES.

Alimentación:

- Se interrogara acerca del tipo, calidad, cantidad y horario de las comidas.

Intolerancias alimentarias:

- Algunos alimentos, por su contenido en principios nutritivos o por su preparación, pueden provocar síntomas de intolerancia que ayudan como orientación de diversas enfermedades, en general, del aparato digestivo.

HABITOS Y COSTUMBRES.

Apetito:

- Modificaciones del apetito son muy características de ciertos cuadros patológicos.
- Las neoplasias, las infecciones y las enfermedades febriles o que afectan el estado general evolucionan habitualmente con disminución del apetito (inapetencia, hiporexia) o anorexia franca que, si persisten, pueden estar acompañadas por adelgazamiento.
- El aumento del apetito o hiperorexia es típico de la diabetes mellitus y del hipertiroidismo.

Catarsis intestinal:

- Lo normal es que se produzca una deposición de materias fecales desde 1 o 2 veces por día, hasta 1 vez cada dos días.
- Si los intervalos se alargan se denomina estreñimiento, y diarrea, en caso de aumento de la velocidad intestinal.

Diuresis:

Normalmente, la cantidad de orina es de 1,5 L por día, cifra que varía ampliamente de acuerdo a la ingesta de líquidos. Si es mayor de 3.000 mL, se denomina poliuria, y si es menor de 500 mL, oliguria.

Es importante preguntar sobre los cambios en el hábito y sobre las modificaciones en la frecuencia, el color, olor, la espuma; también sobre la presencia de turbiedades o sustancias suspendidas

Sueño:

- lo normal, en el adulto, es el sueño nocturno de 8 horas, con variaciones según edad, trabajo, etc.

Así, los lactantes duermen hasta veinte horas por día, en tanto que en los ancianos es frecuente el dormir 4 o 5 horas.

La hipersomnía, dormir más de lo habitual, puede deberse a distintas enfermedades, como la diabetes y la uremia, pero se debe indagar sobre la ingestión de sedantes.

El insomnio es la falta de sueño; hay dos tipos principales: el insomnio de conciliación, en el que cuesta tomar el sueño y que se debe en muchas ocasiones a preocupaciones, y el insomnio de terminación, en el que el paciente se despierta temprano y no puede retomar el sueño.

Es característico de los ancianos y también puede ser signo de depresión.

Bebidas alcohólicas

Es habitual que el alcoholismo, o ingesta exagerada de bebidas alcohólicas, se disimule, se oculte o se niegue.

La dipsomanía alcohólica es la necesidad imperiosa de tomar bebidas alcohólicas que aparece en forma periódica (clásicamente durante los fines de semana).

Abstemio es aquel que no ingiere bebidas alcohólicas.

Hay divergencias con respecto a cuando un bebedor fuerte es alcohólico, aunque se acepta que la ingestión diaria de más de 150 mL de alcohol produce enfermedad.

Drogas:

- es uno de los más graves problemas sociales de nuestra época; algo más del 2% de la población de nuestro país las consume.
- Se debe recordar que no hay drogas "blandas" y "duras", ya que todas tienen una capacidad adictógena importante y provocan daños en diversas regiones del organismo, en especial, el sistema nervioso.
- Los drogadictos que se inyectan poseen otro riesgo: el SIDA y la hepatitis B.

Medicamentos:

- muchas personas tienen el hábito de tomar medicamentos; los grupos terapéuticos involucrados con mayor frecuencia son los analgésicos, los tranquilizantes y los laxantes.

Hábitos sexuales:

- Se deberá interrogar sobre las prácticas sexuales, fundamentalmente el número de parejas, la actividad homosexual, las medidas para tener "sexo seguro" y los métodos anticonceptivos.

Actividad física:

- debido a su importancia como indicador de buena salud, se interrogará sobre la realización de actividad física, su cantidad y calidad.

Antecedentes hereditarios y familiares

Se preguntará sobre la edad de los padres y hermanos, y la edad y causa de la muerte, en caso de que hayan fallecido.

Se construirá un esquema de la línea genealógica directa de padres a hijos del enfermo, incluidos los hermanos y el cónyuge.

Es necesario investigar siempre en la línea directa y en las principales colaterales enfermedades como:

- diabetes, obesidad, gota, tuberculosis, enfermedades hereditarias, neoplasias, aterosclerosis, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, enfermedades alérgicas y enfermedades del colágeno.

EXAMEN FISICO.

Conviene que el ambiente donde se realice el examen físico sea luminoso, templado y silencioso, y que no haya límite de tiempo para su realización.

El enfermo estará acostado, con una almohada, sin ropas pero cubierto, para respetar su intimidad y su pudor.

El medico deberá estar situado a la derecha del paciente, sentado con comodidad, aunque se pondrá de pie cuando las maniobras a efectuar se lo indiquen.

En forma sucinta, se puede decir que primero se mira (inspección), luego se toca (palpación), se golpea (percusión) y se escucha (auscultación), en ese orden.

IMPRESIÓN GENERAL.

Signos Vitales:

- Presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, y temperatura.

Estado de conciencia:

- va desde la vigilia hasta el coma, pasando por la somnolencia y el estupor.

Orientación espacial: temporo

- se investiga mediante preguntas como: que día es hoy?, donde estamos? Cuantos años tiene? quien es el presidente de la República?, etc.

Actitud o postura:

- esta dada por la relación que mantienen los distintos segmentos del cuerpo entre si. Si no se observan anomalías, se consignara "actitud compuesta". Hay actitudes características, como la de plegaria mahometana y la ortopnea.

Decúbito:

- se define como la posición que adopta el paciente acostado en la camilla o la cama; así, se describirá el decúbito dorsal, cuando el dorso del cuerpo se apoya sobre la cama; el ventral, en caso contrario, o bien el lateral, izquierdo o derecho.

Impresión general

- Habito constitucional
- Facies
- Estado de nutrición
- Estado de hidratación

IMPRESIÓN GENERAL.

Sistemas tegumentarios (piel y faneras):

- Se observará toda la superficie de la piel para percibir cambios de color, tumoraciones, cicatrices u otros elementos dermatológicos. Se observara asimismo el trofismo; en los ancianos, es habitual La presencia de piel atrófica. La palpación se emplea para determinar la temperatura cutánea y diferenciar entre una piel seca y una húmeda.

Sistema celular subcutáneo:

- Esta constituido por el tejido adiposo que se encuentra en todo el espacio subdérmico. Su signo patológico mas conspicuo es el edema, (que aparece en los miembros inferiores en los pacientes ambulatorios y debe buscarse en la región sacra en los enfermos que están en cama, ya que ocupa las zonas declives.

Sistema linfático:

- Los grupos ganglionares más accesibles son: los de la cadena carotídea, en el cuello, los de la nuca, los supraclaviculares, los axilares, los epitrocleares y los inguinales. La patología que pueden presentar es tumoral o inflamatoria -infecciosa.

IMPRESIÓN GENERAL.

Sistema superficial:

venoso

- Se inspeccionara el trayecto de las venas superficiales se prestará especial atención a la búsqueda de dilataciones (varices), trombosis y signos de inflamación (flebitis), así como también a la presencia de trayectos venosos anómalos (circulación colateral).

Sistema osteoarticulomuscular:

- En los huesos se deben observar modificaciones de la forma y asimetrías, así como la sensibilidad a la presión.
- En las articulaciones deberá evaluarse su movilidad activa y pasiva y la presencia de dolor y deformaciones.

EXAMEN FISICO REGIONAL.

Cabeza:

- Se observaran los diámetros longitudinales v transversales; la dolicocefalia es el predominio del longitudinal y la braquicefalia, del transversal.
- Se estudian los pabellones auriculares y los ojos v sus anexos, las fosas nasales, los labios y la cavidad bucal, el grado de higiene y conservación de las piezas dentarias, la lengua, la mucosa yugal, las amígdalas y los latidos.

Cuello:

- Se observara su simetría (son causas frecuentes de asimetría, las adenopatías y los bocios nodulares) y la presencia de edema, tumoraciones, latidos, ingurgitación yugular y fístulas.
- La palpación general del cuello permite comprobar la presencia de crepitaciones (enfisema subcutáneo), adenopatías, bocio, latidos, frémitos y craqueo laringe.

TORAX:

En el tórax se examinan los aparatos respiratorio y circulatorio.

Se buscaran asimetrías, cambios de color, movimientos, latidos y tumoraciones.

En los pacientes de sexo femenino se pueden examinar las mamas.

Aparato respiratorio.

En la inspección se consignara:

Frecuencia respiratoria: es de aproximadamente 20 respiraciones por minute) (16 a 25); taquipnea es el aumento de la frecuencia respiratoria y bradipnea su disminución.

Profundidad respiratoria:

la respiración puede ser superficial (hipopnea) o profunda (batipnea).

En la palpación se buscarán cambios de temperatura, nódulos y puntos dolorosos, y se explorara la expansión de los vértices y bases pulmonares, la elasticidad del tórax y las vibraciones vocales.

En la percusión se evaluara la presencia de sonoridad, matidez o submatidez en las distintas regiones.

HISTORIA CLINICA

Profundidad respiratoria:

Se estudiará la excursión de las bases pulmonares y se percutirá la columna.

En la auscultación se estudiarán los ruidos respiratorios normales en las distintas regiones (murmullo vesicular, respiración brónquica y bronco vesicular) y la aparición de ruidos agregados (estertores, frotos, etc.).

La auscultación de la voz también puede proporcionar datos de importancia, como la pectoriloquia áfona (escuchar con claridad la palabra articulada dicha en secreto) o la broncofonía (escuchar claramente la voz normal).

Aparato circulatorio:

En la inspección se observaran latidos localizados y generalizados.

El choque de la punta es habitualmente palpatorio y debe estar situado en el 5º espacio intercostal por dentro de la línea hemiclavicular.

En la palpación se pueden percibir frémitos o frotos.

La percusión carece de aplicación práctica, y en la auscultación se escucharán los ruidos normales y patológicos, los silencios y los soplos.

Abdomen:

En el examen del abdomen se investigaran el aparato digestivo y el genitourinario.

En la inspección se observaran la simetría y la presencia de cicatrices, circulación colateral y latidos.

Abdomen:

Luego se tomaran el tono, la tensión y el trofismo de los músculos; se investigará la presencia de hernias y se explorara los diversos puntos dolorosos.

La palpación profunda permitirá examinar las vísceras huecas (marco colónico) y los órganos sólidos (hígado, bazo y riñones).

La percusión es útil para el diagnostico de la ascitis.

Aparato genital:

En el hombre se palpan los testículos y los epidídimos.

La próstata se puede palpar mediante el tacto rectal.

En la mujer, el tacto vaginal es el que permite la investigación del útero y los anexos.

Sistema nervioso:

Se deben investigar las funciones cerebrales superiores, la motilidad activa (fuerza muscular y reflejos) y pasiva (tono y trofismo) y la marcha, la sensibilidad superficial y profunda, y la coordinación estática y dinámica. Los pares craneales deben ser evaluados en forma independiente.

RESUMEN SEMIOLOGICO.

Está constituido por los datos positivos de la anamnesis y del examen físico.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS.

Se fundamentan en los síndromes clínicos que surgen de los signos y síntomas recogidos a través de la anamnesis y del examen físico.

Sobre la base de estos síndromes se hacen disquisiciones sobre diagnósticos diferenciales y se arriba a uno o más diagnósticos presuntivos (anatómico, funcional o etiológico).

HISTORIA CLINICA

12. CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS.

Se las debe considerar como la parte mas importante de la historia clínica; en ellas se resumen toda la habilidad y el conocimiento del medico para la realización de una anamnesis y un examen físico adecuados (*"los malos diagnósticos suelen ser buenos razonamientos sobre hechos mal observados"*).

EVOLUCION DIARIA.

La historia clínica no finaliza con el examen físico, ya que se debe observar al paciente con posterioridad, tanto si esta internado como si se trata de un paciente ambulatorio.

En el caso de la internación, se debe actualizar el examen físico en forma diaria y consignar los cambios que ha sufrido el enfermo.

EVOLUCION DIARIA.

Datos mensurables: temperatura corporal, peso, diuresis, pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria, etc.

Resultado de los exámenes complementarios y la fundamentación de otros no previstos en el planteo inicial.

Informes de las consultas realizadas a los especialistas.

Informe del tratamiento instituido, sus resultados, modificaciones y presentación de reacciones adversas.

Evolución general de la signo sintomatología que motive, la internación del paciente o que aparece durante esta.

EPICRISIS.

La epicrisis constituye el momento intelectual culminante de la historia clínica.

Se confecciona en el momento del alta o fallecimiento.

En ella deberán consignarse los datos del paciente, sus antecedentes patológicos relevantes y la signo sintomatología que motivó su internación.

Los diagnósticos diferenciales que se plantearon y los exámenes complementarios a que dieron lugar.

EPICRISIS.

El tratamiento instituido y los resultados obtenidos. La evolución del enfermo, su estado en el momento del alta y los problemas diagnósticos y terapéuticos pendientes, si los hubiera.

Por último, deberá consignarse el diagnóstico de alta, de ser posible con criterio etiológico, anatomopatológico y funcional, el pronóstico del paciente, la terapéutica postalta y su seguimiento.