



## Práctica 4.1: HISTORIA CLÍNICA. *Interrogatorio.*

### OBJETIVOS GENERALES.

Al concluir la práctica el alumno será capaz de:

- Elaborar la historia clínica del paciente quirúrgico o no, organizando la metodología para obtener datos del paciente apegado a la NOM-024-SSA3-2012.
- Desarrollar destrezas al iniciarse en funciones correspondientes al área clínico-hospitalaria.
- Sistematizar y jerarquizar la información que lo ayude a proporcionar una atención de calidad al paciente, así como un diagnóstico adecuado e integral, aunado a un buen tratamiento o en su caso una referencia oportuna.

### JUSTIFICACIÓN.

Dentro de las múltiples actividades ejecutadas por el médico, una de ellas, de extrema importancia es la redacción de historia clínica, parte del expediente clínico; documento médico legal, docente, investigación, evaluación, administrativo, estadístico e histórico, que en nuestro país es estandarizado por la norma oficial mexicana n° 168 de la Secretaría de Salud, que establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del mismo

### ANTECEDENTES.

Una de las actividades principales y cotidianas del médico es enfrentarse a individuos sanos o enfermos y, ante la incertidumbre de la molestia que padecen, es necesario elaborar una buena historia clínica y con ella sustentar o refutar un diagnóstico.

Para que los estudiantes puedan comprender este difícil arte y comiencen a entrenarse en él, son necesarios varios requisitos. En primera instancia, poder identificar anomalías significativas de un paciente apreciadas comúnmente a simple vista y sugerir algún proceso mórbido, a este se le conoce "ojo clínico", como segundo punto, los objetivos y secuencia habitual del proceso diagnóstico como la semiología o propedéutica clínica que refiere el conjunto ordenado de métodos y procedimientos que se vale el clínico para obtener los síntomas y signos que le auxiliaran a elaborar un diagnóstico.

### EXPEDIENTE CLÍNICO

El expediente clínico es un documento técnico médico, que cumple diversos objetivos, entre los que se cuentan.

- Servir como protocolo de estudio en la investigación clínica de un solo caso.
- Recopilar y almacenar datos en forma ordenada y sistemática sobre el paciente y su entorno.

## Historia clínica: Interrogatorio.

### Unidad Médica de Simulación Clínica "Dr. José Jorge Talamas Márquez"

- Establecer el estado de salud o enfermedad del individuo.
- Marcar los problemas a resolver.
- Establecer una ruta crítica para la resolución de la problemática establecida.
- Conservar los datos de las diferentes etapas que se siguen para la resolución de problemas médicos.
- Monitorizar la evolución, retroalimentar el proceso de investigación para actualizar y mejorar la toma de decisiones.

#### ELEMENTOS QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

- Historia Clínica. Deberá ser elaborada por el médico, con letra de molde y sin abreviaturas.
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio y gabinete ordenados por fecha.
- Terapéutica empleada y resultados obtenidos.
- Diagnósticos clínicos.
- Nota de evolución que será elaborada por el médico cada que proporcione atención al paciente ambulatorio.
- Notas de interconsulta.
- Consentimientos informados de: atención médica, ingreso hospitalario, transfusión de componentes sanguíneos y hemoderivados, procedimientos de alto riesgo, anestesia, cirugía, amputación, estos últimos 3 si el caso no lo amerita no deberán ser firmados por el paciente, siendo reservados en caso de requerirse tales procedimientos; por último el consentimiento de necropsia hospitalaria cuando fuera necesaria.

#### HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es la relación escrita de la enfermedad ocurrida en un paciente, así como de sus antecedentes y su evolución en el tiempo. Es un documento **médico**, pues refiere las características de la enfermedad describiendo los hallazgos semiológicos, configuración de síndromes, medidas diagnósticas y terapéuticas empleadas, etc. Es un documento **legal**, todos los datos pueden emplearse como testimonio del diagnóstico y terapéutica de la enfermedad, de acuerdo a las normas de práctica clínica. Es un documento **humano**, ya que debe reflejar la relación establecida entre el médico y el enfermo con el objetivo del alivio de éste último.

#### Conceptos

-**Semiología:** es la rama de la medicina que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones de enfermedad. Está dividida en dos grandes partes, la **semiotecnica** (técnica de la búsqueda del signo) y la **clínica propedéutica** (enseñanza preparatoria destinada a reunir e interpretar los signos y síntomas para llegar al diagnóstico).

-**Síntoma:** es la manifestación subjetiva de la enfermedad, es decir, la percibida exclusivamente por el paciente y que el médico puede descubrir sólo por el interrogatorio. Son ejemplos: el dolor y la disnea.

-**Signo:** es una manifestación objetiva de la enfermedad, descubierta por el médico mediante el examen físico (petequia, esplenomegalia, soplo cardíaco) o los métodos complementarios de diagnóstico (hiperglucemia, nódulo pulmonar). Algunos signos pueden ser percibidos por el paciente y transformarse en un motivo de consulta.

-**Síndrome:** es un conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, es decir, que tienen una fisiopatología común y que obedecen a diferentes etiologías. Cuando un conjunto de síntomas y signos obedece a una sola causa, se constituye una **enfermedad**.

-**Patognomónico:** se denomina así a un síntoma o signo específicamente distintivo o característico de una enfermedad y que por lo tanto basta por sí solo para establecer el diagnóstico. Esto implicaría una sensibilidad y una especificidad del 100%, es decir la ausencia de falsos positivos y negativos prácticamente imposible en medicina.

### Estructura de la historia clínica.

#### a. Interrogatorio o anamnesis (directo, indirecto o mixto).

##### -Ficha de identificación:

Nombre, género, edad, lugar de origen, fecha de nacimiento, estado civil, ocupación actual, religión, escolaridad, domicilio actual completo, familiar responsable. Tipo de interrogatorio que puede ser directo o indirecto, Fecha de elaboración de la historia clínica.



##### -Antecedentes Hereditarios y familiares

En este apartado puede describirse cualquier padecimiento de los familiares de línea directa del paciente (abuelos, padres, hermanos, tíos y primos sanguíneos no políticos. Neoplasia, enfermedades endocrino metabólicas, enfermedades crónico degenerativas como Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, tuberculosis, VIH, cardiopatías, hematológicas, alérgicas, hepatitis, etc.

##### -Antecedentes Personales Patológicos: por orden cronológico

**Enfermedad Infecta contagiosa:** Exantemáticas como varicela, rubeola, sarampión, escarlatina, exantema súbito, enfermedad mano pie boca, Parasitarias: amibiasis, giardiasis, cisticercosis, taeniasis, uncinarias etc.

**Enfermedad Crónica degenerativa:** Ejemplos comunes de estas son obesidad, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial.

**Traumatológicos:** Articulares, esguinces, luxaciones y fracturas óseas, cualquier agresión que sufre el organismo a consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos, pueden ser: articulares como los esguinces las luxaciones; óseos como las fracturas: de cráneo, cara o columna

**Alérgicos:** Medicamentos, alimentos, etc.

**Quirúrgicos:** Tipo de operación, Fecha, presencia o no de complicaciones, resultados.

## Historia clínica: Interrogatorio.

### Unidad Médica de Simulación Clínica "Dr. José Jorge Talamas Márquez"

**Hospitalizaciones previas:** preguntar al paciente la fecha y motivo de su ingreso, si se resolvió su problema o sufrió recaídas.

**Transfusiones:** especificar fecha, tipo de componente, cantidad, motivo y si se presentó alguna reacción adversa.

**Toxicomanías o alcoholismo;** fecha de inicio, hábito de consumo, si ya lo ha dejado, cuánto tiempo lleva sin consumirlo.

#### -Antecedentes Andrológicos y gineco-obstetricos.

**Generales:** Inicio de vida sexual, método de planificación familiar, orientación sexual, si sostiene relaciones sexuales de alto riesgo, alteraciones de la libido, si ha padecido enfermedades de transmisión sexual, generalizando ambos sexos.

**Andrológicos específicos:** priapismo, alteraciones de la erección y/o eyaculación, secreción uretral, dolor testicular, alteraciones escrotales, enfermedades de transmisión sexual.

**Ginecoobstetricos específicos:** Menarca, Telarca, Pubarca, Gestas, Partos Cesáreas, Abortos, Dismenorreas.

#### -Antecedentes personales no patológicos:

**Vivienda:** (Tipo urbano o rural, clase de servicio; agua, luz, drenaje, número de dormitorios y cuántas personas habitan)

Hábitos higiénico - dietéticos

**Higiene:** baño y cambio de ropa, cepillado dental, lavado de manos (frecuencia y en que situaciones).

**Dieta:** Cuántas comidas realiza al día, respeta horarios, contenido de carbohidratos, grasas, proteínas, fibra.

**Zoonosis:** convivencia con pitacos, caninos, felinos y/o animales de granja.

**Alcoholismo, tabaquismo u otras toxicomanías** (en caso de nunca haberlos consumido se escribirán en este apartado como interrogados y negativo).

Es importante enfatizar, que a pesar de no presentar alguno de los padecimientos deberá sustentar por escrito que se interrogó y fue negativo.

#### -Padecimiento actual.

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. Para ésta se deben consignar los signos y síntomas y su cronología.

En este apartado podemos realizarlo de dos maneras, libre tribuna (permitir que el paciente diga todo lo relacionado a su padecimiento actual, o Dirigido (realizar las preguntas del padecimiento que inferimos presenta nuestro paciente).

#### -Interrogatorio por aparatos y sistemas *ibidem*

En este inciso se interroga al paciente por cada uno de sus sistemas, con la finalidad de hacer un diagnóstico integral y no dejar pasar algún otro padecimiento o complicación, para poder otorgar atención o referencia oportuna.

Si se descubre un síntoma, realizar semiología completa de cada uno y redactarlo o anotarlo en el apartado apropiado.

- **Signos y síntomas generales:** Fiebre, cefalea, astenia, adinamia y anorexia.
- **Aparato cardiovascular:** disnea, dolor precordial, palpitaciones, síncope, lipotimia, edema, cianosis, acúfenos, fosfenos.

## Historia clínica: Interrogatorio.

### Unidad Médica de Simulación Clínica "Dr. José Jorge Talamas Márquez"

- **Aparato respiratorio:** Rinorrea, rinolalia, tos, expectoración, disnea, dolor torácico, epistaxis, disfonía, hemoptisis, vómica, sibilancias audibles a distancia.
- **Aparato digestivo:** trastornos de la deglución, de la digestión, de la defecación, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, constipación, ictericia, rumiación, regurgitación, pirosis, aerofagia, eructos, meteorismos, distensión abdominal, flatulencia, hematemesis, características de las heces fecales, diarrea, estreñimiento, acolia, hipocolia, melena, rectorragia, lentería, pujo, tenesmo y prurito anal .
- **Sistema Nefrourológico:** dolor renoureteral, hematuria, piuria, coluria, oliguria, tenesmo, control de esfínteres, cólico renal, edema, trastornos en el volumen urinario, nictémico, urgencia, características del chorro urinario.
- **Sistema endocrino y metabolismo:** intolerancia al calor o al frío, pérdida o aumento de peso, alteraciones del color de la piel, vello corporal, distribución de la grasa corporal, astenia o adinamia, alteraciones del volumen urinario, amenorreas, ginecomastia, galactorrea, alteraciones de la libido, espasmos o calambres musculares.
- **Sistema hematopoyético:** palidez, rubicundez, adenomegalias, hemorragias, fiebre, fatigabilidad, equimosis, petequias y adenomegalias.
- **Sistema nervioso:** cefalalgia, pérdida de conocimiento, mareos vértigo y trastornos del equilibrio, movimientos anormales involuntarios, debilidad muscular, convulsiones, trastornos de la visión, dolor hormigueo y adormecimiento, trastornos del sueño.
- **Sistema musculo esquelético:** mialgias, dolor óseo, artralgias, alteraciones en la marcha, hipotonía, disminución del volumen muscular, limitación de movimientos y deformidades
- **Piel y tegumentos:** coloración, pigmentación, prurito, características del pelo, uñas, lesiones (primarias y secundarias), hiperhidrosis y xerodermia
- **Órganos de los sentidos:** : alteraciones de la visión, de la audición, del olfato, del gusto y del tacto (hipo, hiper o disfunción). Mareo y sensación de líquido en el oído.
- **Esfera psíquica ;** Tristeza, euforia, alteraciones del sueño, , terrores nocturnos, ideaciones, miedo exagerado a situaciones comunes, irritabilidad, apatía. –

#### -Terapéutica empleada y estudios de laboratorio y gabinete.

Se debe reportar el tratamiento aplicado previamente a la fecha en que se realiza la historia clínica, especificando el tiempo que permaneció bajo ese tratamiento y la respuesta al mismo. Además es necesario registrar los estudios de laboratorio y de gabinete que se le han realizado al paciente y los resultados obtenidos en dichos estudios.

#### b) Exploración física.

- **Signos vitales**
- **Somatometría**
- **Exploración por aparatos y sistemas.**

#### COMPETENCIAS CON LAS QUE SE RELACIONA EL DESARROLLO DE LA PRÁCTICA.

- Conoce y aplica las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la medicina.
- Utiliza un pensamiento crítico, juicio clínico a la hora de toma de decisiones y manejo de información.
- Establece una comunicación efectiva.
- Actúa con profesionalismo, respeta los aspectos éticos y conoce sus responsabilidades legales.

### CONOCIMIENTOS PREVIOS.

Conceptos básicos desarrollados en las áreas de:

- Integración básica clínica.
- Psicología médica.
- Anatomía.
- Fisiología.
- Microbiología.

### DESARROLLO DE LA PRÁCTICA.

- **Material para realizar la práctica.**
  1. Formato de Historia Clínica.
  2. Pluma y/o lápiz.
- **Procedimiento.**
  1. Los alumnos acudirán puntuales y uniformados a la práctica.
  2. Se dispondrán de 15 minutos para lluvia de ideas y resolución de dudas respecto a la forma de realizar un interrogatorio clínico.
  3. Se otorgará un formato de historia clínica a cada alumno.
  4. Se procederá a realizar la práctica de interrogatorio clínico.

### BIBLIOGRAFIA.

1. *SEMIOLOGÍA MÉDICA. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente.* Argente, Horacio A. & Álvarez, Marcelo E. Editorial Panamericana. 1ª Edición.
2. *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRURGICOS PARA EL MÉDICO GENERAL.* Tapia Jurado, Jesús. Editorial Alfil. 1ª Edición.
3. *SINTOMAS Y SIGNOS CARDINALES DE LAS ENFERMEDADES.* Jinich, Horacio & Cols. Editorial manual moderno. 6ª edición.
4. NOM-024-SSA3-2012 del expediente clínico.

**Elaborado por:** Dra. Lucia de L. Preza Rodríguez