

## **La Historia Clínica**

La conversación con el paciente es fundamental para conocer qué le pasa. En niños o personas con trastornos mentales o de conciencia, siempre va a ser necesario recurrir a alguien que nos pueda aportar información (sus familiares directos, testigos, etc.). La información que se obtiene es lo que viene a constituir la Historia Clínica.

El orden cómo se va recogiendo la información podrá variar de una persona a otra, de cómo surgen las oportunidades de hacer una u otra pregunta, pero al final, lo importante, es captar lo que a la persona le está ocurriendo, en qué circunstancias y todo lo que pueda ser pertinente.

Al momento de presentar o escribir la información se ordena de acuerdo a un esquema previamente establecido que viene a ser el siguiente.

### **Secciones que forman parte de la historia clínica.**

- 1) Identificación del paciente.
- 2) motivo de consulta.
- 3) Problema actual
- 4) Antecedentes o anamnesis remota.
- 5) Revisión por sistemas.

Al registrar la información, se debe anotar la *fecha* y, eventualmente, la *hora* (tenga presente que de un día a otro la situación del paciente puede haber cambiado)

### **Identificación del paciente.**

En esta parte se precisa quién es la persona.

Datos de identificación

Nombre

Edad

Documento de identidad

Dirección

Teléfono

Escolaridad

Religión

Servicio de salud

Fuente de información

### **motivo de consulta.**

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.

### **Problema actual**

#### **Consta de 4 partes**

Ampliación de la causa de consulta

Recuento cronológico

Datos positivos y negativos

Estado actual

### **Perfil del paciente**

Día típico : Rutina del paciente desde que se levanta hasta que se acuesta, el paso a paso

Estilo de vida : Principales costumbres, hábitos

Medio ambiente: Espacio donde vive, condiciones de la vivienda, área de influencia

- .

### **Antecedentes**

En esta parte se mencionan distintos antecedentes ordenados según su naturaleza. Se tienden a ordenar de la siguiente forma:

- Antecedentes (médicos, quirúrgicos, traumatismos).
- Antecedentes ginecoobstétricos.
- Hábitos.
- Antecedentes sobre uso de medicamentos.
- Alergias.
- antecedentes familiares.
- Inmunizaciones.

#### ***Antecedentes (médicos, quirúrgicos, traumatismos).***

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.

#### ***Antecedentes ginecoobstétricos.***

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).

### **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. Para esto se identifica el licor, la concentración de alcohol que contiene y las cantidades ingeridas. Por ejemplo, 340 mL de cerveza, 115 mL de vino y 43 mL de un licor de 40 grados, contienen aproximadamente 10 g de alcohol. Un litro de vino contiene aproximadamente 80 g de alcohol. Una ingesta de más de 60 g diarios de alcohol en el hombre y 40 g en las mujeres, puede dañar el hígado.

- *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.

### ***Medicamentos.***

Es importante identificar qué medicamentos está tomando el paciente y en qué cantidad. En algunos casos, también se deben indicar los fármacos que el paciente recibió en los días o semanas anteriores.

Los alumnos, al principio, desconocen la composición y características de los medicamentos que consumen los pacientes. Para averiguar esto, conviene consultar libros que entregan esta información (por ejemplo: Vademécum de medicamentos).

Se debe precisar:

- el nombre genérico y su concentración (el nombre de la droga misma).
- el nombre con el que el fármaco se comercializa (nombre de fantasía).
- la forma de administración (oral, intramuscular, endovenosa).
- la frecuencia (por ejemplo, cada 6 – 8 ó 12 horas).

Ejemplos:

- atenolol 50 mg (Betacar): 1 tableta cada mañana.
- atorvastatina 10 mg (Lipitor): 1 tableta con la comida.
- lisinopril 10 mg (Acerdil): 1 tableta cada mañana.
- amoxicilina 850 mg (Aموال): tomó hasta hace una semana atrás. En este ejemplo, el paciente ya no está tomando el antibiótico, pero puede ser importante mencionarlo si está cursando con un cuadro febril o diarreico.

En algunos casos, no se detallan todos los componentes de un preparado. Por ejemplo:

- Aspirina 100 mg: 1 tableta después del almuerzo (Aspirina es un nombre comercial muy conocido; el nombre genérico es el ácido acetilsalicílico).
- Neurobionta de 5.000 U: 1 ampolla intramuscular por 3 veces (este es un preparado que contiene varias vitaminas del complejo B; si el médico requiere más información puede consultar algún libro de medicamentos).

### ***Alergias.***

El tema de las alergias es muy importante ya que puede tener graves consecuencias para la persona. Entre los alérgenos, que son las sustancias ante las cuales se desencadenan las respuestas alérgicas, hay varios que se deben investigar:

**1) Medicamentos:** alergia a penicilina o alguno de sus derivados, a cefalosporinas, fenitoína, carbamazepina, medios de contraste usados en radiología, etc. Algunas de las reacciones que se pueden presentar son exantemas cutáneos, edema, colapso circulatorio (*shock*), broncoobstrucción, espasmo laríngeo. Las personas con mucha frecuencia dicen ser alérgicas a algún medicamento, sin serlo, ya que lo que en alguna ocasión experimentaron se debió a otro problema (por ejemplo, un dolor al estómago). Ante la duda, conviene no correr riesgos. Si se sabe que una persona es alérgica a algún medicamento, no se debe usar. Además, es necesario destacar en un lugar visible esta condición; por ejemplo, con letras grandes en la carátula de la ficha clínica.

**2) Alimentos.** Algunas personas presentan alergias a mariscos, pescados, nueces, maní, huevo, leche, algunos condimentos y aditivos.

**3) Sustancias que están en el ambiente.** Es el caso de pólenes, pastos, ambientes húmedos cargados de antígenos de hongos, polvo de ácaros, contaminación del aire con productos químicos, etc. Las personas con rinitis alérgicas y asma tienden a reaccionar a estos estímulos.

**4) Sustancias que entran en contacto con la piel.** Puede ser el caso de detergentes, algunos jabones, productos químicos, metales, látex y otros.

**5) Picaduras de insectos:** abejas, avispas, etc.

### ***Antecedentes sociales y personales.***

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).

La Historia Clínica (7) Otros aspectos a investigar son antecedentes sobre actividad sexual, exposición a enfermedades infecciosas o profesionales, viajes efectuados en los meses anteriores.

### ***Antecedentes 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.

### ***Inmunizaciones.***

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

Los adultos podrían recibir vacunas contra influenza, hepatitis A y B, neumococos, *Haemophilus influenzae*, o recibir dosis de refuerzo de toxoide tetánico.



En niños habitualmente se sigue un programa de vacunación mediante el cual se protege contra sarampión, coqueluche, tétanos, difteria, tuberculosis, poliomielitis, parotiditis, rubéola, neumococos, y eventualmente hepatitis A y B.

### **5) Revisión por sistemas.**

A pesar de toda la información que se ha recogido en la anamnesis y los antecedentes, conviene tener algún método para evitar que se escape algo importante. Una breve revisión por los sistemas que todavía no se han explorado da más seguridad que la información está completa.

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, parestias, parestesias.

Examen físico

Medidas antropométricas

Signos vitales

Valoración cefalocaudal

Diagnóstico medico

Exámenes de laboratorio

Tratamiento

Plan de cuidados de enfermería