

GUÍA DE ACTIVIDAD PRÁCTICA Nº 3: HISTORIA CLÍNICA

- Introducción
- Concepto
- Importancia
- Partes
- Modelos y formatos

Introducción

Lejos están nuestras historias clínicas de ser meros registros o documentos legales. Miramos, escuchamos, narramos, aprendemos y enseñamos en forma de historias.

Miramos a los ojos mientras transcribimos miradas, vidas, dolor. Aprendemos a describir gestos, pérdidas, alegrías. Libres y a la vez ordenadas palabras, llenas de ideas, sospechas e impresiones. Conclusiones diagnósticas, listados de problemas, soluciones y fracasos. Sistematizadas y a la vez singulares. Completas pero concisas. Indispensablemente honestas.

Es esta nuestra habilidad obligada, porque es la Historia Clínica nuestro lenguaje. Con la Historia Clínica hablamos los médicos y enseñamos los docentes.

Concepto

La *historia clínica* es un documento privado y obligatorio, en el cual se registran los datos biográficos y las condiciones de salud del paciente. Se establecen en este registro escrito las problemáticas encontradas, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente.

En Argentina la ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud es la normativa que establece las definiciones, derechos y obligaciones en lo que respecta a las historias clínicas.

Importancia

El registro de la historia clínica, además de ser un documento legal, construye conocimiento. Es el eje central del sistema de información en salud, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa y científica.

La historia clínica forma parte de la ciencia de la semiología clínica. Debe ser cierta, completa, entendible, coherente y constituirse como pilar del lenguaje común de los médicos.

Propósitos:

- Recolectar datos sobre la biografía y la salud del paciente
- Orientar el razonamiento clínico
- Establecer una línea de estudios y procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formar parte de la comunicación entre los integrantes del equipo de salud
- Comparar la información que se va incorporando, para obtener estudios estadísticos y promover el desarrollo científico de la medicina
- Constituir el respaldo escrito legal del accionar profesional médico

Secciones

- Información del acto médico: anamnesis, examen físico, métodos complementarios.
- Listado de problemas
- Discusión diagnóstica y plan de acción para cada uno de los problemas listados
- Notas de evolución médica
- Notas de otros integrantes del equipo de salud (enfermería, fisioterapia, nutrición, salud mental, fonoaudiología)
- Epicrisis o resumen de alta al externarse el paciente.

– Información del acto médico:

El registro de la anamnesis es el primer paso en la confección de la historia clínica. Es una de las habilidades más importantes de que dispone el médico: la escucha atenta. Se puede efectuar al paciente (anamnesis directa) o a un observador testigo de su dolencia, como familiar, vecino o testigo ocasional (anamnesis indirecta). En función de la información receptada, de quién la aporta, del escenario en que sucede el acto médico, la anamnesis puede ser o no fidedigna.

Dado que se trata de la relación entre dos personas (médico y paciente), y de una conversación que tiene su propia lógica (la comunicación humana), el orden de la información es sólo esquemático. La estructura clásica de la historia clínica, tiene como finalidad la incorporación esquemática del alumno-médico para que se trate de un registro completo y ordenado que permita el razonamiento clínico.

Datos personales

Se inscribe aquí toda aquella información que permita aproximarnos a la biografía de quien consulta. Lejos de tratarse de ítems administrativos a completar, los datos personales buscan abordar quién es el otro y su situación actual como paciente.

- ✓ El nombre legal y cómo elige ser llamado.
- ✓ Domicilio legal, procedencia, nacionalidad, lugares donde vivió.
- ✓ Números de teléfono propios y de sus contactos de referencia.
- ✓ Género.
- ✓ Fecha de nacimiento y edad.
- ✓ Estudios alcanzados, profesión y ocupación (actual y anteriores a la consulta).
- ✓ Costumbres religiosas.
- ✓ Estado civil y situación conyugal actual.
- ✓ Situación socio familiar.

Motivo de consulta

Enuncia la razón por la cual el paciente requiere atención médica. Se suscribe como el titular de un diario que luego será desarrollado, y entrecomillado si se utiliza terminología no médica, expresada por el paciente.

Antecedentes de la enfermedad actual

Sección más importante de la historia clínica, la narración de la situación de salud que trae al paciente a la consulta. Este relato inicia el razonamiento clínico, y por ello debe:

- Seguir una secuencia lógica, que describa en primera instancia quién es el que presenta los síntomas, y las situaciones que pudieron desencadenarlos
- Utilizar un orden cronológico, que incluya fechas de inicio, evolución y su estado en el momento de esta anamnesis.
- Caracterizar el síntoma/signo: se debe determinar la localización, la irradiación (en el caso de dolor), el carácter, o la calidad, la intensidad y severidad, factores que lo mejoran o agravan, el carácter temporal (continuo o intermitente) y los síntomas y signos que lo acompañan. Duración completa del episodio. Forma de comienzo: indagar sobre la fecha de comienzo, horario si es posible y la forma (gradual o súbita). Factores precipitantes: emociones, ejercicio, fatiga, funciones orgánicas, embarazo, medio ambiente y factores físicos como el calor y el frío, traumatismos, esfuerzos, infecciones, exposición a toxinas, alergias, respuestas a fármacos. Progresión (para mejor, para peor, o sin cambios) y los resultados de los

tratamientos efectuados. Describir todas las medidas terapéuticas utilizadas en el proceso, tanto medicamentosas como no farmacológicas, y registrar el nombre de todas las drogas utilizadas, cantidad, duración del tratamiento, resultados y eventuales efectos secundarios. Es fundamental describir todas las internaciones vinculadas con el síntoma/signo.

Anamnesis sistémica

Revisión de órganos y sistemas que tiene por finalidad completar la información que pudiera haberse pasado por alto en la enfermedad actual, y que merecerá conductas diagnósticas y /o terapéuticas.

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.

Antecedentes personales

Aquí debe suscribirse toda aquella información determinante del estado de salud, desde una mirada biográfica y psicosocial.

– Fisiológicos:

- Tipo de vivienda y servicios a los que accede (incluido el acceso a la atención primaria de salud y de mayor complejidad).
- Acceso a la educación formal y grado alcanzado, ocupación y situación socioeconómica.
- Tipo de alimentación (variada y completa, fraccionada).
- Actividad física (periodicidad, sedentarismo).
- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Sexualidad (plena, pareja estable, satisfactoria, segura, uso de profilácticos, métodos de anticoncepción).
- Sueño: reparador, ronquidos, apnea, cantidad de horas.
- Viajes: destinos y medios de transporte utilizados.
- Vacunación del adulto completa o no.
- Seguridad vial: uso de cinturón, casco, consumo de alcohol.
- Caídas: frecuencia, desencadenante, riesgo.
- Visión: calidad, dificultades, control oftalmológico.
- Audición: calidad, dificultades, control ORL.
- Control patologías prevalentes.

– Patológicos:

- Registrar en detalle el momento del diagnóstico

- Tratamiento recibido, adhesión y complicaciones.
- Quirúrgicos:
 - Especificar procedimiento, fecha y complicaciones.
- Alérgicos:
 - Especificar desencadenante, cómo realizó el diagnóstico, y la anafilaxia (rash, malestar, shock, edema de glotis, etc).
- Tóxicos:
 - Tabaco (paquetes/año).
 - Alcohol (gr/día durante qué tiempo).
 - Drogas ilícitas.
 - AINEs.
- Antecedentes familiares: todas aquellas enfermedades que pueden tener una vinculación hereditaria o genética con el paciente. Se debe interrogar sobre padres, abuelos, hermanos e hijos.

Examen físico

Se realiza luego del interrogatorio, siguiendo un orden metodológico y debe ser ejecutado en forma completa pero dirigida a la resolución de la situación de salud/enfermedad. Se trata de una serie de habilidades y destrezas, que deben formar parte de una línea de razonamiento, el cual puede variar de paciente a paciente, e incluso en el mismo paciente en el tiempo. Estas destrezas y maniobras tienen su utilidad clínica, que debe ser conocida por el médico y tenida en cuenta en el momento de su selección y uso.

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. Todo aquello no examinado debe ser suscripto como tal.

Impresión diagnóstica y listado de problemas

En función de los síntomas y signos rescatados hasta aquí, podemos conformar síndromes y establecer un listado de problemas, que deben ser jerarquizados en función de su urgencia, necesidad de resolución, tiempo de evolución, etc.

Esta instancia de la entrevista con el paciente, es el verdadero razonamiento clínico y una habilidad que debe ser puesta en valor por el médico, otorgándole el tiempo necesario para pensar el paciente y las situaciones por resolver. En función

de este panorama planteado se establecerán caminos, vías de métodos complementarios y terapéuticos.

Los problemas pueden ser: *agudos* (temporarios, menos de 6 meses) o *permanentes* (más de 6 meses), pudiendo estos últimos requerir o no acciones hoy.

Métodos complementarios

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

La mayoría de estas pruebas no son perfectas, y pueden en ocasiones enfermar a un sano o no detectar una patología. Por lo tanto es de suma importancia en la evaluación de los resultados obtenidos, tomar en consideración las limitaciones de dichos estudios. La medicina basada en la evidencia ha aportado su cuota de utilidad en el reconocimiento del valor diagnóstico de los resultados o datos.

“Siempre deben ser *complementarios los métodos de diagnóstico y jamás el médico*”

– **Plan**

En esta sección se detallan las conductas diagnósticas y terapéuticas a seguir, para resolver los problemas listados.

Es de sumo interés la unificación del orden, o secuencia de las indicaciones. Esto es de gran impacto en la calidad de atención, no sólo de los médicos sino de todos los integrantes del equipo de salud (enfermería, farmacia, auditoría, quinesiología, etc.).

Por ejemplo:

- ✓ Actividad (reposo absoluto, relativo, etc.) y decúbito.
- ✓ Dietas (general o específica)
- ✓ Interconsultas - Estudios solicitados- Preparación del paciente, etc.
- ✓ Control de signos vitales y horario
- ✓ Plan de hidratación con sus contenidos de electrolitos
- ✓ Medicación analgésica, para sedación y/o para catarsis
- ✓ Medicación con dosis, vía de administración y horario
- ✓ Otros.

Evoluciones

Un nuevo formato para registrar lo sucedido con un paciente entre una y otra consulta es el sistema **S.O.A.P.** (**S**ubjetivo-**O**bjetivo-**A**preciación-**P**lan).

- Subjetivo: datos del interrogatorio e impresiones subjetivas expresadas por el paciente.
- Objetivo: registro de datos positivos del examen físico y/o exámenes complementarios.
- Apreciación diagnóstica: enunciado del problema.
- Plan: planificación de las conductas que se tomarán.

Las notas de evolución deben ser breves y se deben realizar cada vez que el médico o profesional de la salud ve al paciente.

Cuando se hace una nota de evolución, no es necesario evolucionar todos los problemas activos, sino los que se traten en la consulta. Tampoco es necesario escribir las cuatro secciones.

Se pueden evolucionar los problemas por separado o tomar 2 o 3 problemas y evolucionarlos en forma conjunta.

Epicrisis

En esta instancia el médico utiliza todo el razonamiento clínico para hacer una síntesis de todo lo ocurrido desde el ingreso del paciente hasta el alta o fallecimiento. Deben consignarse todos los datos que hacen a la historia y biografía de quien fue internado, el motivo de la consulta, los resultados de los métodos complementarios relevantes, las intervenciones terapéuticas y la respuesta a las mismas. Se describe aquí también la situación al momento del egreso y el plan ambulatorio a seguir.

Es fundamental que en esta instancia el médico pueda establecer diagnósticos sindrómicos y etiológicos, aunque estos difieran de los planteados al ingreso del paciente.

La confección de la epicrisis constituye el momento intelectual médico fundamental en la internación de un paciente.

Modelos de Historia Clínica

- *Tradicional o cronológica*: es la versión más completa, utilizada generalmente en hospitales.
- *Orientada al problema*: utilizada en el ámbito ambulatorio, inicialmente en el ámbito de la atención primaria de salud.

- *Protocolizada*: para situaciones concretas, con preguntas cerradas, y datos puntuales. Creada en unidades específicas para fines precisos (servicios de emergencia, cuidados intensivos, programas específicos)

Básicamente la historia clínica en la actualidad tiene dos tipos de soportes:

- *Papel*: una serie de formularios que se ordenan en una carpeta. Puede ser individual o familiar. Esta documentación debidamente encarpetaada pasa al archivo central y único del hospital o centro de salud para su correspondiente custodia. Es responsabilidad de este sector la oportuna entrega de la misma a los distintos profesionales que la soliciten.
- *Electrónico*: es la denominada historia clínica electrónica almacenada en ordenadores mediante la utilización de programas informáticos

Dra. Mariana Reznichenko

VIGENCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA: UN ENFOQUE BASADO EN EVIDENCIAS.

“Si en una tarde de consultorio, sobre 10 pacientes examinados, no tiene un 80 % de certidumbre diagnóstica con los datos aportados por la anamnesis y el examen físico, usted debería revisar su competencia”¹

David Sackett

¿Por qué esta frase se mantiene vigente a través de los años?

Décadas atrás, una buena anamnesis y examen físico, fundamentales para formar un médico competente y con buen desempeño, eran las únicas herramientas disponibles. Los resultados eran, en su mayoría dicotómicos: presencia o ausencia de enfermedad. Ahora con la subestimación del acto médico, la polución y masificación de los estudios complementarios, aparece en escena un nuevo protagonista: el sobrediagnóstico.

¿Cuáles son los resultados posibles en una relación médico - paciente en cuanto a diagnóstico se refiere?

Algunos casos clínicos vividos en mi práctica profesional a modo de ejemplos y la tabla final, te ilustrarán el problema:

CASO CLÍNICO 1

M. G. adolescente de 13 años acompañado por sus padres, manifiesta dolor localizado en epigastrio, de carácter difuso, sin ardor, pirosis ni diarrea, desde las últimas doce horas. Se notó febril sin constatarlo y presentó anorexia no selectiva. Al examen físico: pulso 98, temperatura 37,6° y defensa con rebote en fosa ilíaca derecha.

Preguntas:

- ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo? Estímelo en porcentaje del 1 a 100%.
- ¿Además de una rutina de laboratorio, pediría otro estudio?
- ¿Si solicita una imagen y ésta da resultado negativo, cambiará su conducta?
2,3,4

“Los estudios incruentos pueden generar conductas cruentas”

CASO CLÍNICO 2

Una mañana al terminar la reunión de Cátedra, me espera Rodolfo, residente de neurocirugía interesado en una interconsulta. Se trataba de M.C. hombre de 37 años en post operatorio de aneurisma cerebral. La cirugía se complicó, presentó una broncoaspiración y estaba en coma farmacológico con traqueotomía. Al interrogar a la esposa me refiere: *“Mire doctor: él siempre tuvo dolor de cabeza y un vecino le comentó: porque no te haces una tomografía, a lo que Rodolfo accedió. La TAC mostró dos aneurismas: uno de 3 y otro de 7 mm., en una charla con el cirujano sobre pro y contra de una intervención, él decidió operarse”*.

De vuelta a casa busque artículos sobre el pronóstico e historia natural de los aneurismas cerebrales hallados “incidentalmente” y encuentro una cita en la revista N.E.J.M. con una incidencia de ruptura de por vida, no superior al 1 a 3 x 1000.

Preguntas:

- ¿Cuál es la probabilidad a priori de aneurisma en un paciente con migraña crónica?
- ¿Es racional pedir una TAC de cerebro sin factores de riesgo ni signos de alarma?^{5,6,7,8}

“Si no está roto no lo repare”

David L. Sackett

CASO CLÍNICO 3

Una tarde de consultorio: M.E.G. Mujer de 56 años comienza su relato: “Doctor, yo tengo: nódulo en la tiroides, picos de loro en la cervical, hernia de hiato, gastritis crónica, divertículos, y me operaron de vesícula, de quiste en el ovario y de apéndice”.

Preguntas: entendido el “*incidentaloma*” como un hallazgo casual, encontrado por una imagen sin relación con el motivo de consulta:

- ¿Qué porcentaje de hallazgos incidentales benefician al paciente?
- ¿Qué impacto tienen sobre su calidad de vida?
- ¿Cómo prevenir este problema en continuo aumento, de la mano de la mayor sensibilidad de las imágenes?

“Sobrediagnóstico: enfermar a las personas en pos de la salud”

Welch, Schwartz y Woloshin

CASO CLÍNICO 4

R.V. Mujer de 53 años consulta en busca de una segunda opinión por el hallazgo de osteopenia en una densitometría ósea. Ella cumple dieta mediterránea, consume lácteos, no tiene hábitos tóxicos, practica deportes, un I.M.C. de 26 y la menopausia se le presentó a los 50 años. El examen físico es normal.

Preguntas:

- ¿Por qué se solicitó una densitometría en esta paciente sin factores de riesgo?,
- ¿Cómo se determinó el punto de corte para “rotular” a esta paciente como osteopénica?
- ¿Ese informe, en esta paciente, te hace cambiar la conducta médica? ^{5,6,11,12,13}

“Los estudios en tiro de escopeta son costosos, y a veces riesgosos”.

Wingate

CASO CLÍNICO 5

G.J.F. Hombre de 58 años, consulta por dolor lumbar que lo despierta por la noche. Sedentario, I.M.C. de 34, diabético tipo 2, hipertenso bajo tratamiento, se realiza *screening* de próstata en forma anual con resultados negativos hasta el último del año anterior. Al examen físico, resto normal. Dado el carácter nocturno del dolor y considerándolo como signo de alarma, le solicito radiografía (Rx) dorso lumbar y dosaje de antígeno prostático específico (APE) entre otros. La Rx mostró imágenes osteolíticas y osteoclasticas y un APE de 340 U, lo que fue seguido de una R.M.N. abdominal y pélvica que mostró múltiples imágenes de metástasis y una próstata de tamaño normal. El paciente presentó escasa respuesta al tratamiento y falleció 8 meses después.

Preguntas:

- ¿Según las recomendaciones sobre el *screening* de las Task Force ⁹ qué nivel de evidencia y grado de recomendación tiene el APE con fines de *screening*?
- ¿Se informó al paciente, años atrás, sobre la incertidumbre del *screening* de próstata y los resultados posibles?

“La medicina preventiva presenta los tres elementos de la arrogancia. El primero es que es agresivamente asertiva, persiguiendo a las personas sin síntomas y diciéndoles lo que tienen que hacer para permanecer sanos. Segundo es presuntuosa, confiada en que las intervenciones que adoptara, en promedio, harán más bien que daño a aquellos que aceptan seguirlas. Finalmente, la medicina preventiva es intolerante, arremetiendo contra los que cuestionan el valor de sus recomendaciones.”

David L. Sackett

La medicina basada en evidencias (MBE) es al paciente individual lo que la epidemiología es a la población general. Cuestionar la MBE es cuestionar la epidemiología clínica, y sin esta no es posible formar médicos críticos, tarea básico para un buen desempeño profesional.

“No olvidar que la historia clínica es el contacto con la persona enferma, y la tecnología es el contacto con la enfermedad: no se es un buen médico si no se conoce la enfermedad, pero si no se conoce el enfermo, ni siquiera se es médico”.

Alberto Agrest

La siguiente es una tabla de contingencia o de doble entrada, con usos múltiples en ciencias de la salud. Está formada por columnas y filas, en este caso las columnas: enfermedad presente o ausente, son el patrón de referencia, **la verdad sobre la enfermedad del paciente**, y las filas: historia clínica con estudios complementarios es la que se somete a **evaluación del desempeño**, a modo de prueba. Las opciones son 4 (ver celdas y casos clínicos).

ENFERMEDAD			
LA PRUEBA: HISTORIA CLÍNICA CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS		PRESENTE	AUSENTE
		(+)	<p>VERDADERO POSITIVO</p> <p>De enfermedad significativa (CASO 1)</p> <p>De enfermedad sin consecuencias (Efecto rotulación, ansiedad, efectos adversos de subsiguiente investigación y tratamientos, costos innecesarios). (CASO 2 Y 3)</p>
	(-)	<p>FALSO NEGATIVO</p> <p>De enfermedad significativa Falsa tranquilidad y demora en la presentación de la enfermedad sintomática más tarde, frustración, revelación (CASO 5)</p> <p>De enfermedad sin consecuencias</p>	<p>VERDADERO NEGATIVO</p> <p>Costos, ansiedad y luego tranquilidad.</p>

Systematic Review of Towler et al and AGA guidelines of CRC screening

Bibliografía

1. Sackett D L , MD, MSc ; Haynes R B , MD,PhD, Guyatt G H , MD, MSc , Tugwell P , MD, MSc. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1994. 2º Edición .
2. Oxman A D , MD, MSc ; Sackett D L , MD, MSc; Guyatt G H , MD, MSc : Users' Guides to the Medical Literature. I . How to get started. JAMA. 270(17): 2093-95, 1993.
3. Jaeschke R , MD, MSc ; Guyatt G H , MD, MSc ; Sackett D L , MD, MSc : III. How to Use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid ?. JAMA. 271(5). 389-91, 1994.
4. Jaeschke R , MD, MSc ; Guyatt G H , MD, MSc ; Sackett D L , MD, MSc : III. How to Use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients ?. JAMA. 271(9). 703-05, 1994.

5. Guyatt G H , MD, MSc ; Sackett D L , MD, MSc; Cook DJ, MD, MSc : Users' Guides to the Medical Literature. I . How to use an article about therapy and prevention. A. Are the results of the study valid ?. JAMA. 270(21): 2598-01, 1993.
6. Guyatt G H , MD, MSc ; Sackett D L , MD, MSc; Cook DJ, MD, MSc : Users' Guides to the Medical Literature. II How to use an article about therapy and prevention. B. What were the results and will they help me in caring for my patients ?. JAMA. 271(1): 59-63, 1994.
7. Levine M , MD, MSc ; Walter S, PhD; Lee H, MD, MSc; Haines T, MD, MSc : Users' Guides to the Medical Literature. IV. How to use an article about Harm. JAMA. 271(20): 1615-19, 1994.
8. Henry Marsh. Ante todo no hagas daño. Aneurisma (pag 27-53). Ed Salameda. 4º Edición.
9. US Preventive Services Task Force: Home (USPSTF)
10. Laupasis A, MD, MSc ; Wells G, MSc, PhD; Richardson WS, MD; Tugwell P, MD, MSc : Users' Guides to the Medical Literature. V. How to use an article about Prognosis. JAMA. 272(3): 234-37, 1994.
11. Gerry H. Tan, Hossein Gharib. Thyroid Incidentalomas. Management Approaches to Nonpalpable Nodules Discovered Incidentally on Thyroid Imaging. Annals of Internal Medicine - Vol 126 (3): 226-231, 1997.
12. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N., Et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. NEJM 1994; 331:69-73.
13. Deyo R.A., Weinstein J.N. Low Back Pain. NEJM 2001; 344 (5): 363-370.

Dr. Eduardo Benitez