

Historia clínica parte 2

MOTIVO DE CONSULTA:

El motivo de la consulta es la molestia que refiere el paciente como causa de su visita al médico. Se le llama también QUEJA PRINCIPAL. Este dato debe ser breve, conciso y anotarse con las mismas palabras del enfermo. No debe consignarse un diagnóstico, por ejemplo: insuficiencia cardíaca o bronconeumonía, sino la queja del paciente o síntoma que le molesta, por ejemplo, dificultad para respirar, hinchazón, dolor de espalda, etc. El motivo de consulta puede ser por consiguiente, extremadamente variable, según el órgano afectado: tos, fiebre, vómitos, palpitaciones, etc. Una vez determinado el motivo de la consulta se interroga al paciente respecto al tiempo de evolución o duración de su molestia o síntoma principal para informarse en términos generales si la enfermedad es aguda, subaguda o crónica, es decir, si ha durado minutos, horas, días, semanas o meses. Si el paciente está enfermo desde hace un mes, sin duda su problema no es una neumonía; si estaba bien ayer y se encuentra hoy muy mal, no tendrá una anemia perniciosa.

LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Es el relato detallado y cronológico del padecimiento que el paciente expone con la ayuda del médico, quien debe formular las preguntas pertinentes para encontrar la información más completa posible. El síntoma o molestia principal deberá anotarse en el orden de prioridad en que el enfermo lo coloca por lo que es necesario conducir el interrogatorio en forma analítica y exhaustiva hasta encontrar todo lo relacionado con su enfermedad. En la historia de la enfermedad actual, la descripción de los síntomas debe hacerse en forma sistemática, ordenada y cronológica para poder poner de manifiesto todas las características semiológicas, las cuales son numerosas y variables según el aparato, sistema u órgano afectado. Se debe realizar una descripción completa de los síntomas; análisis de los síntomas (las preguntas de las categorías siguientes ayudan al paciente a especificar las características de los síntomas de presentación: localización, duración, intensidad, descripción, características o factores agravantes y atenuantes). Solicite entonces al paciente que defina los factores que incitan, agravan o alivian el problema, como actividades específicas, posturas, dieta o fármacos; además se debe interrogar sobre fármacos actuales y recientes, anotando la dosis prescrita, los remedios caseros así como aquellos sin receta. Uso de terapias y medicamentos complementarios o alternativos.

Ejemplo: Si el síntoma que presenta el paciente es dolor estas son algunas de las características a investigar:

- a) **LOCALIZACIÓN:** su importancia es evidente, si el dolor asienta en la cabeza, el abdomen o una extremidad, dicha localización orienta la atención hacia un órgano determinado. La localización puede ser muy precisa y limitada (dolor exquisito) por el contrario, difusa o difícil de situar.
- b) **CARÁCTER O NATURALEZA:** depende del órgano afectado y del estímulo dolorígeno. El dolor punzante es típico de las afecciones pleurales. El dolor lancinante (como un lanzaso), tenebrante (como perforación), y fulguración (breve e intenso), es frecuente en tabes dorsal. El dolor pulsátil se observa en los problemas inflamatorios agudos. El dolor tipo cólico se debe a distensiones anormales de las vísceras huecas y se manifiesta en trastornos intestinales, gástricos, vesiculares, de la pelvis renal, del uréter, etc. El dolor urente: (como sensación de quemadura) es clásico de la úlcera gástrica.
- c) **INTENSIDAD:** es variable según los individuos y según el estado anímico y físico de la persona. La intensidad del dolor no guarda relación con la gravedad de los procesos causantes; puede haber dolores muy intensos que provienen de trastornos funcionales o pasajeros. La pancreatitis y el embarazo ectópico con ruptura produce dolor de gran intensidad.
- d) **IRRADIACIÓN:** es una radiación complementaria de la localización que permite frecuentemente el reconocimiento del órgano afectado. Por ejemplo: un dolor en el flanco derecho que irradia hacia el hombro y la espalda sugiere lesión de la vesícula biliar, mientras que una irradiación hacia el testículo y región perineal suele atribuirse a cólico renal.
- e) **INICIO:** puede ser gradual en la apendicitis aguda, súbito como en la perforación de una úlcera duodenal, en ocasiones el paciente recuerda el minuto exacto del inicio de su dolor y a veces lo refiere vagamente a días o semanas antes de consultar.
- f) **RELACION CON LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS:** el dolor pleurítico se exagera con la respiración y desaparece cuando el enfermo retiene el aliento, en algunas afecciones del aparato digestivo, la ingestión de alimentos alivia el dolor. Es conocido el ritmo dolor-comida-calma, que suele presentarse en la úlcera duodenal.

Existen muchas otras características que deben investigarse según el síntoma de que se trate. Así, de la tos si es referida como motivo de consulta además de las características ya descritas, deben investigarse otras aplicables como horario, periodicidad, frecuencia, tonalidad, timbre, sequedad o humedad, condiciones provocantes, etc. Y lo mismo puede decirse de muchos otros síntomas que tendrán otras características y que deberán consignarse cuidadosamente en la Historia de la Enfermedad Actual.

ANTECEDENTES

El interrogatorio de los antecedentes comprende todo aquello que se refiere a la salud anterior tanto del paciente como de sus familiares. Comprende además el conocimiento de los hábitos de vida, alimentación, antecedentes de

intoxicación exógena y traumatismos. Fundamentalmente, los antecedentes se dividen en: 1) Personales y 2) Familiares.

1. ANTECEDENTES PERSONALES:

1.a. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

- 1.a.a. **Médicos:** enfermedades padecidas antes del problema actual, describiendo fecha, lugar y tipo de tratamiento recibido (siempre y cuando fueron diagnosticadas por facultativo).
- 1.a.b. **Quirúrgicos:** intervenciones quirúrgicas de todo tipo y por qué, antes del problema actual. Referir fecha y hospital dónde fueron efectuadas. Complicaciones.
- 1.a.c. **Traumáticos:** cualquier tipo de traumatismos que haya sufrido el paciente; si tuvo traumatismo craneoencefálico, investigar sobre la pérdida del conocimiento.
- 1.a.d. **Alérgicos:** si el paciente ha presentado reacciones alérgicas de cualquier tipo (especialmente con penicilina, alergia al polen, alimentos, etc.)
- 1.a.e. **Manías:** lo referente a consumo, en forma anormal, de cigarrillos, café, té, drogas, alcohol barbitúricos, derivados del opio, tranquilizantes, estimulantes, etc.

1.b. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

- 1.b.a. **Embarazo y Parto:** (del cual nació el paciente). Investigar salud de la madre durante el embarazo, cuidados prenatales, enfermedades o dolencias concretas: enfermedad infecciosa (mes de gestación aproximado), ganancia de peso, edema, hipertensión, proteinuria, sangrado (Mes de gestación aproximado) preeclampsia. Fármacos, hormonas, vitaminas, dieta especial o inusual. Calidad de los movimientos fetales y tiempo de aparición. Exposición a radiaciones, consumo de drogas. Duración del embarazo. Lugar del parto, Parto espontaneo o inducido, duración, analgesia, anestesia, complicaciones. Alumbramiento: presentación, fórceps, parto espontaneo o cesárea, complicaciones. Estado del lactante, momento en que lloro, valores de apgar, peso al nacer.
- 1.b.b. **Nutrición:** se investiga la dieta del paciente en cuanto a la frecuencia de consumo de grupos básicos por semana. Si es un niño, investigar sobre la lactancia materna y/o artificial (su duración, forma de preparación, cantidades ofrecidas y consumidas, ganancia de peso) e introducción de alimentos sólidos. Capacidad de comer solo. Se complementa este rubro con la descripción de una dieta típica del paciente previo a su hospitalización desayuno-almuerzo y cena.
- 1.b.c. **Crecimiento y Desarrollo:** este aspecto es mas aplicable cuando se trabaja con pacientes en edad de crecimiento. Pero no es descartado su uso en adultos. Ejemplos: en los niños investigar por: edad de fijación de la mirada, a qué edad sostuvo la cabeza, se sentó, a qué edad habló o balbuceó, edad en que caminó solo, a qué edad controló esfínteres, salida de dientes, etc. En adultos es conveniente investigar la edad en que se presentaron los caracteres sexuales secundarios (aparecimiento de barba, cambio de voz, aparecimiento del vello púbico, desarrollo de las mamas en la mujer, menarquia, etc.).
- 1.b.d. **Inmunizaciones:** tipo de vacunas y fechas de aplicación. Si es posible anotar nombres de las mismas. (polio, difteria, tos ferina, tétanos, gripe, hepatitis A, Hepatitis B, rotavirus, sarampión, paperas, rubeola, varicela, neumococo, meningococo, bacilo Calmette Guerin (BCG), virus del papiloma humano; última prueba de tuberculina u otras pruebas cutáneas, reacciones no habituales a cualquier clase de vacunas o antisueros. Vacunaciones relacionadas con viajes (tifoidea, cólera y fiebre amarilla. Deben considerarse en la circunstancia especial de los destinos).
- 1.b.e. **Exámenes Complementarios:**
 - 1.b.e.1: **Exámenes de Gabinete:**
 - Rayos X: cuándo, por qué y qué tipo de radiografías le han sido tomadas al paciente, de ser posible investigar el resultado de las mismas.
 - Anotar fechas y lugares. (No incluye estudios radiográficos efectuados al paciente en esta hospitalización).
 - Ultrasonido, electrocardiograma, electroencefalograma, etc.
 - 1.b.e.2: **Exámenes De Laboratorio:** investigar sobre exámenes de laboratorio hechos al paciente previos a la hospitalización actual. (de sangre, de heces, orina, glicemia (glucemia), etc.)
- 1.b.f. **Citología Exfoliativa (Papanicolau):** cuándo y por qué le fue tomado; especificar lugar donde fue efectuado.
- 1.b.g. **Ginecoobstétricos:** número de gestaciones, número de partos, número de abortos, hijos vivos, hijos muertos, (causas). Menarquía, fecha última de regla, si es posible fecha de la penúltima regla, ciclos menstruales; cantidad, color, dolor, duración, legrados (anotar fecha y lugar), cesáreas (anotar fecha y lugar).
- 1.b.h. **Transfusiones, Grupo y Rh:** investigar sobre transfusiones sanguíneas cuándo, dónde y por qué. Reacciones y carácter de las reacciones, número de unidades transfundidas. De ser posible anotar grupo y Rh del paciente (si los sabe); de lo contrario anotar que el paciente ignora esos aspectos).

2. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Los parientes consanguíneos en la familia inmediata o extendida con enfermedades con características similares a las del paciente constituyen un foco de atención inmediato. Una anamnesis familiar minuciosa y completa es la esencia de la medicina genómica. Determine el estado de salud y en su caso, la causa de la muerte de los parientes de primer grado (padres, hijos y hermanos), con inclusión de la edad del fallecimiento; después, pase a los familiares de segundo grado (abuelos, nietos, tíos y sobrinos) y posteriormente a los de tercer grado (primos). En su lista de asuntos de interés incluya los siguientes: cardiopatía, hipertensión arterial, cáncer (con indicación del tipo), tuberculosis, accidente cerebro vascular, enfermedad de células falciformes, fibrosis quística, epilepsia, diabetes, gota, enfermedad renal, enfermedad tiroidea, asma

u otro trastorno alérgico, formas de artritis, ETS, problemas familiares de audición y vista u otros problemas sensoriales. En particular determine si los cánceres han sido múltiples, bilaterales o se han producido más de una vez en la familia y a una edad temprana (menos de 50 años).-

VMGN/ENDELS

Bibliografía:

Exploración Física. Manual Seidel. 8va Ed. 2015

ENDELS/ junio 2019.-.