



CÁTEDRA
DE EDUCACIÓN
MÉDICA
FUNDACIÓN LILLY-UCH

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



CÁTEDRA
DE EDUCACIÓN
MÉDICA
FUNDACIÓN LILLY-UCH

GUIONES PARA LA
PRÁCTICA CLÍNICA



LA HISTORIA
CLÍNICA

número
1

FRANCISCO JAVIER CABRERA AGUILAR
BLANCA PINILLA LLORENTE
MARIA GOMEZ ANTUNEZ
ANTONIO MUIÑO MIGUEZ
Medicina Interna IIA

Versión revisada por:
JESÚS MILLÁN NÚÑEZ-CORTÉS
Catedrático-Jefe de Servicio de Medicina Interna

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
GREGORIO MARAÑÓN.

FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

DEPÓSITO LEGAL: M-15391-2011

ISBN: 978-84-694-2399-8

2011

Cátedra de EDUCACIÓN MÉDICA FUNDACIÓN LILLY-UCM

LA HISTORIA CLÍNICA EN MEDICINA PRESENTE Y FUTURO

Aún en los albores del siglo XXI, ya terminando su primera década, en un momento en que la llegada de la Historia Clínica Informatizada es inevitable —e incluso se encuentra ya implantada en numerosos servicios clínicos—, la realidad nos muestra que todavía es necesario poner énfasis en la Historia Clínica en su forma clásica; aquella que ha sustentado la forma tradicional de practicar medicina desde los tiempos de Hipócrates, Galeno, Maimónides o Paracelso y que ha servido, sirve, y servirá, para enfocar el diagnóstico de nuestros pacientes, constituyendo un instrumento preciosísimo del acto médico.

Por este motivo se expone a continuación, dirigido fundamentalmente a estudiantes y médicos jóvenes, en un tono intencionadamente sencillo, claro, e incluso coloquial, y tratando de evitar en lo posible tecnicismos a veces farragosos, cómo se debe enfocar una Historia Clínica y como prevemos que puede ser su evolución en los próximos años hacia la variante informatizada.

No se ha pretendido hacer una relación o descripción extensa de preguntas, una descripción pormenorizada de síntomas de una teórica “enfermedad actual”, o como puede ser una exploración clínica exhaustiva; pero sí ofrecer una información sucinta y relevante que aclare a los menos iniciados en la práctica clínica algunos conceptos básicos y dar algunas puntualizaciones que ayuden a la elaboración de una Historia Clínica correctamente.

LA HISTORIA CLÍNICA COMO DOCUMENTO

En primer lugar y a manera de introducción es conveniente desahacer un pequeño error habitual, probablemente de origen conceptual, cuya correcta interpretación puede aclarar algunas cuestiones. La frase "voy a hacer la historia" o "vete a hacer la historia" no suele indicar la realidad, por ser empleada de forma incorrecta. En efecto, cuando señalamos esto, estamos indicando "realizar la anamnesis" o el interrogatorio a una persona, eventualmente complementada con la Exploración Clínica. Con ello puedes comenzar a desmenuzar una serie de datos que te van a conducir a un diagnóstico previo o de presunción.

"Una buena Historia Clínica es la que leída 24 horas después por un médico ajeno al paciente le puede servir para conocer exactamente el enfoque de su enfermedad, o enfermedades, y hasta su fisonomía, sus hábitos, costumbres y trabajo, de manera como si él mismo la hubiera realizado". Ni que decir tiene que hay interpretaciones personales que a veces son difíciles de transmitir, pero es obvio que la visión general es perfectamente comunicable.

Pero la Historia Clínica es algo más que la anamnesis y la Exploración Clínica. Es el documento básico que incluye toda la información clínica relevante, desde la Historia Clínica y Exploración Clínica hasta los comentarios, los resultados de las exploraciones complementarias, los tratamientos, la evolución, el seguimiento, etc. En suma, por una parte, la Historia Clínica es una "patobiografía" del enfermo, con todas las características y singularidades propias de un enfermo y de su estado de salud o de enfermedad. Por otra, la Historia Clínica puede convertirse en uno de los ejercicios intelectuales más sofisticados que se conocen y que tiene como base el juicio clínico del médico habida cuenta de que tanto en su realización como en su composición se ha depositado gran parte del conocimiento que el médico tiene sobre la patología, la semiología, el razonamiento clínico, y el manejo de los problemas clínicos.

ANAMNESIS

DEFINICIÓN Y CONCEPTO

Se trata del diálogo con el enfermo sobre su enfermedad. Para el médico tiene un claro componente de "interrogatorio". Tanto para el médico como para el enfermo es determinante para establecer una correcta relación entre ellos.

Se trata del primer contacto con el paciente en el que, una vez reseñado el nombre completo, la edad y profesión, la primera pregunta debe ser del tipo: ¿Qué le pasa?, ¿Por qué ha venido?. Necesariamente ha de complementarse por ¿Desde cuando?.

A continuación se debe dejar que el enfermo hable, aunque su exposición parezca incongruente, poco satisfactoria y escasamente concluyente en nuestra opinión. No es preciso preocuparse en este momento porque su respuesta no parezca radicalmente útil. La experiencia te hará poder conducir un posible "aluvión de datos" hacia el fin que se persigue que no es otro que el enfocar un diagnóstico. Si no se realiza de esta manera, el interrogatorio estará mal realizado o la colaboración del paciente será deficiente.

Si, finalmente, no hemos sido capaces de "reconducir" una anamnesis confusa, que es el primer problema que nos podemos encontrar, se pueden tomar otras alternativas:

- Dejar descansar al paciente y volver a intentarlo, una vez que el propio paciente haya elaborado un relato ordenado al recapacitar sobre la información que se le ha solicitado.
- Solicitar apoyo del familiar o persona que haya convivido con él en los últimos 30 días, y que nos puede señalar algunos elementos clave del problema que aqueja al enfermo.
- En caso de un paciente de edad avanzada, confirmar los datos que aporta con ese familiar o persona más próxima.

ENFERMEDAD ACTUAL RECOGIDA Y DESCRIPCION DE SÍNTOMAS

Debe de ser una verdadera "historia", a veces una pequeña narración o novela de hechos reales en la que –ocasionalmente- hay que exponer las frases tal cual las relata el paciente y sólo interpretarlas o sustituirlas por terminología médica si estamos absolutamente seguros de su significado médico con objeto de que sea entendido universalmente por otros colegas.

Las personas dependiendo de su nivel cultural o lugar de procedencia utilizan terminologías o modismos muy particulares, o un lenguaje coloquial. Ello no es un inconveniente para que quede recogido, de esta forma, en la Historia Clínica. Es el caso del término fatiga equivalente a dificultad respiratoria o, más específicamente, a la disnea. Si el paciente dice: "me duele la rabadilla" puede ser correcto ponerlo así, siempre entrecomillado con objeto de que un posterior lector perciba claramente el término descrito por el enfermo. Como es lógico, no cabría esperar que el paciente diga "me duele la región coxígea" salvo que tuviera conocimientos sanitarios.

Por otra parte, no se debe olvidar que se manejan términos con diferente significado según el lugar de procedencia. Así "ansia" en Extremadura es gana, apetito ("tengo ansia por comer"). Pero, en otros casos puede relacionarse con náuseas. Sin embargo, en ningún caso se suele relacionar con ansiedad. En Andalucía tener fatiga es tener náusea y la fatiga por falta de aire es descrita como ahogo.

Cada síntoma debe ser exprimido al máximo. Suele resultar de utilidad identificar, en el transcurso de la anamnesis tres tipos de síntomas, que no tienen por qué coincidir necesariamente:

- El síntoma guía: aquél que ha motivado la consulta o el ingreso. Suele ser el que más le preocupa al enfermo
- El síntoma fundamental: aquél que resulta más útil para el médico por su capacidad de discriminación
- El primer síntoma: aquél por el que comienza y puede ser puesto en relación con el cuadro clínico actual.

Un ejemplo puede aclarar los conceptos. Un enfermo puede acudir a consulta porque desde ayer tiene fiebre (síntoma guía: fiebre). Sin embargo, en la anamnesis nos cuenta que ha notado en los últimos días que la expectoración (que en él es habitual), está manchada de sangre (síntoma fundamental: expectoración hemoptoica). Cuando le hemos preguntado desde cuando no se encuentra bien ha señalado que desde hace seis meses ha notado pérdida de peso (primer síntoma).

El dolor es un síntoma emblemático de cómo deberíamos identificar todas las características de un dato aportado por el enfermo. Su localización, su tiempo de evolución, si se acompaña de algún otro síntoma, si se irradia o no, si es tolerable o inaguantable (graduación), si terebrante o lancinante (cualidad), si mejora con alguna posición o se acentúa con los movimientos, como se comporta con las comidas (en el caso de los abdominales), si descansa por las noches, si es cólico o no, etc.

En general no se deben describir síntomas negativos en el interrogatorio, a menos que se consideren relevantes y relacionados con el posible problema. Señalar que un paciente "no tiene dolor en el dedo gordo del pie carece de utilidad si el enfermo padece una insuficiencia cardíaca, y es imprescindible conocerlo en el caso de que el enfermo sea un paciente reumático o portador de una hiperuricemia. Por tanto los síntomas negativos solo son útiles si están relacionados con la enfermedad actual.

ANAMNESIS POR APARATOS

Una vez terminado el interrogatorio y los antecedentes se procede a una "encuesta" por órganos, aparatos o sistemas.

Su utilidad es doble:

Primero, porque si está bien sistematizada nos ayuda a recordar algún síntoma relacionado con la enfermedad actual que se nos haya podido olvidar y a veces a encontrar algún síntoma nuevo distante que no se hubiera detectado, y que pudiera estar relacionado.

Segundo, porque no es infrecuente que un paciente ingrese por una patología concreta y a través de esta parte de la anamnesis un síntoma relativo a otro aparato o sistema nos conduzca a un segundo diagnóstico no sospechado por el paciente. Por ejemplo, nos podemos imaginar un paciente que ingresa en insuficiencia respiratoria por neumonía y en la anamnesis sobre aparato digestivo, responde afirmativamente a la pregunta sobre cambios en el ritmo intestinal (siempre ha tenido un ritmo normal y desde hace dos meses hace una deposición cada tres días). Este dato aislado o junto a una discreta anemia pueden ser indicativos de patología grave subyacente, como puede ser un carcinoma de colon.

La anamnesis por aparatos se sustenta en un despistaje de posibles síntomas clave para detectar patología por órganos, aparatos o sistemas. Por lo tanto, con un lenguaje sencillo y preguntas directas, se debe interrogar al enfermo sobre distintos aspectos

Sistema Cardiovascular

Disnea. Frialidad de extremidades. Dolor torácico. Palpitaciones. Edemas. Úlceras cutáneas. Claudicación al caminar. Cianosis. Nicoturia. Presión arterial

Aparato Respiratorio

Disnea. Tos. Expectोरación. Dolor. Asma (polinosis). Roncador. Infecciones respiratorias. Cianosis

Aparato Digestivo

Digestiones. Flatulencia. Meteorismo. Pirosis. Disfagia. Odinofagia. Reflujo. Náuseas. Vómitos. Ritmo intestinal. Heces (color, consistencia)

Aparato Genito-Urinario

Menstruación (periodicidad, duración, última fecha). Menarquia (fecha). Menopausia (fecha). Cantidad de orina al día. Color de orina. Hematuria. Síntomas miccionales (disuria, polaquiuria, tenesmo). Micción imperiosa. Dificultad de inicio de micción. Expulsión de "arenilla".

Sistema Nervioso

Cefalea. Parestesias. Vértigo. Pérdida de fuerza. Marcha. Alteraciones visuales (doble visión, borrosidad). Temblor. Calambres. Sueño nocturno

Endocrinología y Metabolismo

Apetito. Hábitos nutricionales. Patrón alimentario. Obesidad. Delgadez. Ganancia o Pérdida de peso.

Aparato Locomotor

Dolores osteo-articulares. Reumatismos. Inflamación articular. Deformidades.

Termorregulación

Fiebre. Febrícula. Escalofríos. Sudoración. Trastornos congénitos de metabolismo

Piel

Cambios de coloración. "Manchas". Prurito. Frialidad

Hábitos

Tabaco. Alcohol. Relaciones sexuales. Adicción a drogas. Actividad física y/o deportiva. Sedentarismo. Viajes recientes (que pudieran estar relacionados con el problema actual). Hábitos laborales.

ANTECEDENTES

1.- PERSONALES

Es importante preguntar si ha tenido ingresos previos relacionados con la enfermedad actual o no. Esto es particularmente importante en nuestro medio, y muy especialmente en el ámbito de la Medicina Interna, por la elevada cronicidad y comorbilidad de los pacientes. Se puede valorar consignar los antecedentes relacionados con la enfermedad actual en la primera parte del interrogatorio.

- Sin embargo, el objetivo fundamental de este apartado es detectar pluripatología, así como conocer aquellos antecedentes que nos permitan componer toda la biografía médica del enfermo: enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, traumatismos, etc.
- Alergia a fármacos (es muy importante resaltarlo en los antecedentes y en las hojas de tratamiento), a alimentos, pólenes, metales, ropa, o cualquier otra conocida.
- Referir las fechas lo más aproximado posible (años de evolución de una hipertensión arterial o de una diabetes, tiempo que ha pasado desde una determinada cirugía, etc).
- Medicamentos que toma, para qué problema, desde cuando y la dosis. Si no lo sabe se debe reseñar que "no lo recuerda".

2.- FAMILIARES

- Enfermedades de los padres y hermanos (familiares en primer grado). Si fallecidos, consignar la causa, y la edad del fallecimiento.
- Tienen especial interés los antecedentes familiares relacionados con la enfermedad actual, de tal manera que, tanto para los familiares en primer grado como para los abuelos o primos se debe interrogar al respecto.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Tal y como ocurre con la anamnesis, resulta imprescindible establecer un orden a la hora de realizar la Exploración Clínica del enfermo, al objeto de que sea completa. Se pueden personalizar algunos aspectos, pero —idealmente— éste orden se debe mantener siempre.

Habitualmente el orden viene determinado por la realización de una exploración por regiones anatómicas, más bien que por aparatos o sistemas. La exploración por regiones permite una mayor sistematización y dificulta los olvidos. Una sistemática exploratoria por regiones puede ser la siguiente:

- Aspecto general
- Cabeza
- Cuello
- Columna vertebral
- Tórax
- Mamas
- Axilas
- Abdomen
- Ingles
- Región lumbar
- Región anal
- Genitales
- Extremidades
- Exploración neurológica

Independientemente del empleo de algunos instrumentos específicos (fonendoscopio, martillo de reflejos, depresor de lengua, linterna, ...), hemos de ser conscientes que durante toda la exploración disponemos de las cuatro técnicas básicas que habrán de ser empleadas alternativamente según las necesidades o la idoneidad de las mismas para explorar aspectos concretos. Estas cuatro técnicas no son otras que:

- Inspección
- Palpación
- Percusión
- Auscultación

Nuestro interés se debe centrar en obtener el mayor número de datos posibles con el fin de poder estudiar posteriormente su significación y, uniéndolos a los datos de la anamnesis, llegar a una formulación lógica sobre la patología del enfermo.

En esta Guía no se pretende hacer una exposición detallada de las técnicas exploratorias o de los posibles hallazgos en la exploración de cada una de las regiones, de los órganos o sistemas, más propio de un manual o libro de propedéutica con su semiología y su semiología. Se exponen, de forma sucinta, los principales aspectos que se deben considerar en la exploración clínica, y que pueden aportar información relevante. Por otra parte, pertenece a la práctica clínica el llegar a conseguir una destreza suficiente en la exploración de los enfermos, por lo que la reiteración de la misma es lo que, realmente, familiariza al médico con el orden a seguir y con los hallazgos posibles. Observar cómo se explora y realizar exploraciones es mucho más útil para destacar aspectos que frecuentemente pueden pasar desapercibidos.

Posición del Médico y del Enfermo

Habitualmente la mejor posición para el médico es situarse a la derecha del paciente. Se mantendrá de pie durante la mayoría de la exploración, aún cuando puede estar sentado al borde de la cama, o en una silla al borde de la camilla, para ciertas maniobras (por ejemplo, auscultación cardíaca y pulmonar en planos anteriores, palpación abdominal, ...).

El enfermo habitualmente se encontrará en decúbito supino, tumbado en la cama o camilla, y con las zonas a explorar desnudas cubiertas por una sábana o la sabanilla.

Tanto el médico como el enfermo deben estar cómodos.

Se debe mantener una iluminación suficiente (a ser posible natural) así como un entorno sin ruidos.

HABITO CONSTITUCIONAL

Estado de consciencia. Orientación témporo-espacial

Hábito constitucional (Pícnico. Asténico. Atlético).

Peso. Talla. Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{Kg}/\text{talla}^2$ (en metros)

Deformidades generales, parciales, o regionales.

Color de la piel y mucosas (palidez, cianosis, ictericia, ...). Manchas.

Estado de nutrición y de hidratación.

Presión arterial. Pulso y frecuencia de pulso. Temperatura corporal.

CABEZA

Cráneo: Calota. Configuración y Deformidades. Pelo: implante, consistencia, aspecto.

Cara: Simetría/Asimetría. Coloración. Percusión de senos paranasales. Motilidad facial y mandibular. Implantación de cejas.

Ojos: Párpados. Retracción/Protusión globo ocular. Esclerótica. Conjuntiva. Reflejo corneal. Pupilas: tamaño y simetría. Reflejos pupilares (estímulo luminoso). Acomodación. Campos visuales. Movilidad ocular extrínseca. Fondo de ojo.

Nariz: Deformidades. Sensibilidad olfatoria

Orejas: Asimetría. Implantación. Nódulos. Sensibilidad auditiva.

Boca: Labios: coloración, fisuras. Comisura bucal: desviaciones. Encías. Dientes: dentadura y estado séptico. Lengua: tamaño, color, humedad, movilidad.

Cavidad oro-faríngea: Paladar. Movilidad de línula y faringe. Fosas amigdalares.

CUELLO

Configuración. Deformidades. Tumefacciones

Musculatura: fuerza y movimientos del cuello. Dolor

Rigidez de nuca

Tiraje. Palpación de la tráquea (posición del mediastino)

Adenopatías: tamaño, situación, consistencia, adherencia a piel/planos profundos, movilidad, sensibilidad y dolor; color de la piel que las recubre.

Tiroides: Tamaño. Nódulos. Sopro

Pulso arterial: palpación y auscultación. Pulso venoso. Presión venosa yugular.

Fosas supraclaviculares: Tumefacciones. Adenopatías (con todas sus características)

COLUMNA VERTEBRAL

Curvaturas normales y patológicas en el plano frontal y sagital.

Actitudes. Posturas.

Percusión apófisis espinosas.

Movilidad: flexión, extensión, flexiones laterales, rotación, circunducción (cervical)

TÓRAX

Dividir el tórax en dos partes simétricas (hemitorax). Líneas y regiones de referencia.

Deformidades torácicas. Circulación colateral.

Esqueleto: Costillas. Dolor.

Exploraciones simétricas.

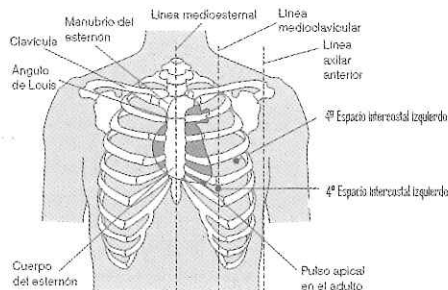


Figura 1. Líneas y regiones de referencia

Pulmones:

Inspección: Movilidad torácica. Frecuencia respiratoria. Tipo de respiración. Tiraje.

Palpación: Expansión respiratoria. Frémito táctil. Frémito vocal.

Percusión: Sonido normal (claro) o patológico (mate, submate, timpánico)

Auscultación: Se debe realizar alternativa y comparativa entre ambos hemitórax. Mínimo de cuatro focos en plano posterior y de seis en plano anterior. Ruidos respiratorios normales (murmullo vesicular) y anormales (broncovesicular, bronquial, estertores secos o húmedos, crepitantes, sopro tubárico).

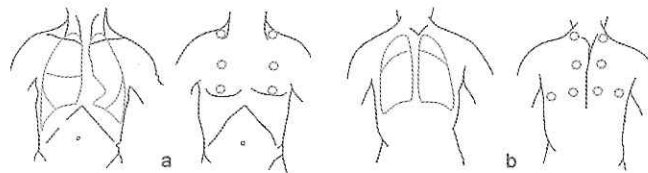


Figura 2. Focos de auscultación pulmonar básicos en plano anterior y posterior

Corazón:

Inspección: Latidos visibles

Palpación: Punta cardiaca (pulso apical). Latido de ventrículo derecho. Desviaciones de latidos. Palpación de soplos (frémito o thrill)

Percusión: Área cardiaca de matidez absoluta y relativa.

Auscultación: Frecuencia cardiaca central. Ritmo y Arritmias. Auscultación en cuatro focos: mitral (apical), tricúspide, aórtico y pulmonar: Tonos normales (1º y 2º): intensidad, desdoblamientos. Tonos añadidos (3º y 4º). Ruidos agregados (chasquido, clic). Soplos (sistólicos, diastólicos): intensidad, cualidad, duración, comienzo, final, irradiación. Utilización de la campana o membrana del fonendoscopio según corresponda a ruidos más graves o más agudos, respectivamente.

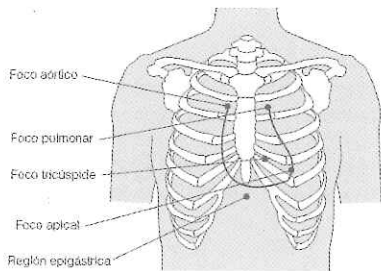


Figura 3. Focos de auscultación cardíaca

MAMAS

Simetría/Asimetría. Deformidades.

Retracción de la piel o del pezón. Secreciones por el pezón

Bultos (nódulos, tumoraciones, quistes): situación (división en cuadrantes), consistencia, número, forma, superficie, sensibilidad, adherencia a piel o planos profundos, piel que los recubre

AXILAS

Distribución del vello.

Adenopatías: tamaño, situación, consistencia, adherencia a piel/planos profundos, movilidad, sensibilidad y dolor; color de la piel que la recubre.

ABDOMEN

Dividir el abdomen en nueve partes de derecha a izquierda y de arriba a bajo: hipocondrio derecho, epigastrio, hipocondrio izquierdo, vacío derecho, mesogastrio, vacío izquierdo, fosa inguinal derecha, hipogastrio y fosa inguinal izquierda.

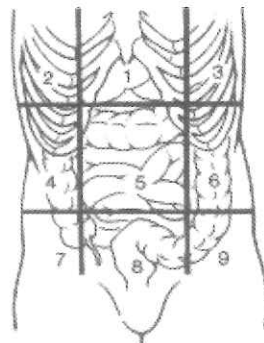
Inspección: Piel. Color. Circulación colateral. Estrías. Manchas. Cicatrices. Forma del abdomen. Contorno (plano, globuloso, excavado). Dehiscencias. Hernias de pared.

Palpación: Maniobra firme pero suave, con las palmas de las manos o de las falanges distales. Palpación unimanual o bimanual. Primero

superficial y posteriormente profunda. Contractura muscular: Defensa muscular (respuesta al dolor o incomodidad). Palpación profunda acompañada con los movimientos respiratorios profundos. Delimitación de órgano normal y patológico. Palpación hepática: hepatomegalia (tamaño, consistencia, superficie, borde, dolor). Palpación esplénica (tamaño, consistencia, superficie, dolor). Palpación renal. Palpación de masas anormales (situación, forma, tamaño, consistencia, dolor a la palpación). Peritonismo: descompresión brusca (Blumberg).

Percusión: Sistemática y simétrica. Sonido normal (timpánico) y anormales. Matidez hepática y esplénica. Matidez de vejiga llena o de útero gravídico. Ascitis: Matidez cambiante, Oleada ascítica.

Auscultación: Ruidos hidroaéreos presentes/ausentes (peristaltismo). Auscultación vascular (aorta, arterias renales): soplos abdominales. Soplos por dilataciones aneurismáticas, estenosis vascular o tumores vascularizados



- 1: Epigastrio
- 2: Hipocondrio derecho
- 3: Hipocondrio izquierdo
- 4: Vacío o flanco derecho
- 5: Mesogastrio
- 6: Vacío o flanco izquierdo
- 7: Fosa iliaca derecha
- 8: Hipogastrio
- 9: Fosa iliaca izquierda

Figura 4. Topografía abdominal teórica (Líneas verticales: punto medio de línea medioclavicular y punto medio de arcos crurales. Líneas horizontales: bordes costales y espinas ilíacas anterosuperiores)

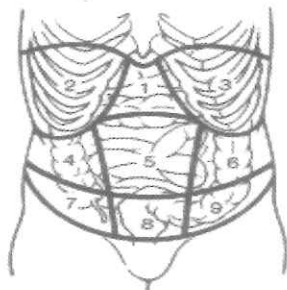


Figura 5. Visualización en la práctica

INGLES

Adenopatías inguinales: número, tamaño, consistencia, movilidad, adherencia a piel o planos profundos, sensibilidad y dolor, color de la piel que las recubre.

Hernias inguinales. Maniobras de aumento de presión intraabdominal.

REGIÓN LUMBAR

Simetría/Asimetría

Deformidades

Percusión: sonido mate (riñón)

Puñopercusión lumbar: dolor

REGIÓN ANAL

Inspección: úlceras, fístulas, hemorroides externas, condilomas, quistes.

Tacto rectal: Próstata (tamaño, consistencia, superficie, nódulos, dolor). Hemorroides internas. Restos fecales. Fondos de saco de Douglas (ocupación, dolor)

GENITALES

Distribución del vello pubiano

Genitales masculinos: pene (úlceras, fimosis, hipospadias), secrecio-

nes, testículos (dolor, quistes, irregularidades)

Genitales femeninos: labios vulvares, úlceras, secreciones.

EXTREMIDADES

Simetría y hallazgos comparativos entre superiores e inferiores

Piel y tejidos blandos: Grosor de la piel y tejidos blandos. Edema venoso (fovea). Linfedema.

Esqueleto: Deformidades. Traumatismos. Acortamientos. Articulaciones (signos inflamatorios, degenerativos). Derrame articular.

Musculatura: Atrofia. Contracturas. Fasciculaciones. Movilidad activa (fuerza muscular) y pasiva.

Vascular: Pulsos periféricos en extremidades superiores (axilar, humeral, radial) e inferiores (femoral, poplíteo, tibial posterior; pedio).

Soplos vasculares. Dilataciones venosas. Varices. Flebitis. Tromboflebitis. Dolor a la presión en masas gemelares.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Valorar siempre:

- 1) Simetría / Asimetría
- 2) Nivel topográfico de la lesión

Coordinación y lenguaje: Afasias (sensitiva, motora, mixta).

Apraxias. Agnosias

Pares craneales

Fuerza muscular: Movimientos activos. Valorar contra-resistencia.

Tono muscular: Movilidad pasiva. Movimientos involuntarios

Sensibilidad: dolorosa, térmica, vibratoria, superficial, profunda (propioceptiva)

Reflejos: osteotendinosos y superficiales. Reflejo plantar y sucedáneos

Marcha y Equilibrio: Alteraciones y desviaciones de la marcha

Coordinación y cerebelo: Movimientos coordinados. Dismetrias.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Quando el paciente ingresa en un Servicio Hospitalario, el personal de enfermería le realiza su propia valoración, tras una primera anamnesis específica, dirigida, y con un enunciado de problemas en función de la situación del enfermo. Se recogen, asimismo, los antecedentes más inmediatos desde su llegada al centro sanitario, así como los tratamientos prescritos.

Esta documentación, de gran utilidad para enfermería, puede tener –asimismo– utilidad para el médico a la hora de comenzar a conocer algunos aspectos del paciente que afectan a su enfermedad, su entorno familiar, apoyo, actividades y necesidades, así como su estado físico o mental.

LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA

La realización de una Historia Clínica completa, y más específicamente una anamnesis, requiere tiempo para llevarla a cabo y para volcar la información en el documento apropiado de una manera comprensible y completa.

El aprovechamiento del tiempo, así como la necesidad de disponer de un documento uniforme que recoja todos los aspectos imprescindibles, puede mejorarse mediante la introducción de una Historia Clínica informatizada. El empleo de técnicas informatizadas aporta, por tanto ventajas adicionales estimables

La Historia Clínica informatizada es el conjunto global y estructurado de información, en relación con asistencia médico-sanitaria de un paciente individual, cuyo soporte permite que sea almacenada, procesada y transmitida mediante sistemas informáticos.

Las ventajas fundamentales son las siguientes:

- Permite el almacenamiento de un gran volumen de información
- Permite un acceso rápido y fácil con disponibilidad casi inmediata
- Permite la validación automática
- Permite el procesamiento estadístico
- Permite la compatibilidad con versiones ulteriores y con programas accesorios
- Se minimiza la posibilidad de pérdida de documentación
- Permite una recogida y un acceso rápido a la información
- Favorece la realización de trabajos de investigación clínica ya que facilita la identificación de pacientes por grupos de enfermedades o síndromes

Como se puede apreciar al comparar la Historia Clínica informatizada y la manuscrita, cabe pensar que la tendencia será hacia la digitalización de la Historia Clínica, tal y como ya se ha instaurado en numerosos centros. Sólo resta determinar como debe ser realizada y cual es el modelo que, probablemente, no será estandarizado sino adaptado a las peculiaridades de cada Centro de Salud, de cada Hospital o Clínica.

Aspecto	Historia clínica informática	Historia clínica manuscrita
Disponibilidad	Siempre disponible en todo momento y varios lugares simultáneamente.	Disponible en un solo lugar físico y a veces extraviada.
Contenido	Siempre completa.	A veces fragmentada para atender las necesidades de varios usuarios.
Tipografía	Siempre legible.	Algunas veces ilegible.
Firma	Siempre firmada.	A veces sin firma.
Datación	Siempre con fecha y hora.	A veces sin fecha y hora.
Continuidad	Los hechos y actos son expuestos cronológicamente.	Es posible modificar la continuación temporal de los sucesos.
Calidad de la información	Potenciales tratamientos redundantes reducidos.	Incompleta y a la vez plagada de información duplicada e innecesaria.
Ingreso de datos	Es estandarizado.	Varía según la necesidad de cada servicio.
Almacenamiento	Es más económico el soporte físico y su reproducción. Además ocupa un espacio reducido.	Es más costoso y ocupa un mayor espacio físico.
Errores	Por los motivos antes expuestos, suelen ser menor la cantidad de errores.	Por los motivos antes expuestos, suelen ser mayor la cantidad de errores.