

Historia clínica orientada al problema y sistema de registros

A)

INTRODUCCIÓN

La Medicina Familiar dispone de diferentes instrumentos para desarrollar su actividad. Entre ellos, un elemento fundamental es el registro de la información a través de la **Historia Clínica Orientada al Problema (HCOP)**. Dicha Historia Clínica permite desarrollar eficientemente las funciones de acceso a los datos de los pacientes en forma rápida y exacta, proveer un registro continuo de la evolución de las enfermedades, estimar el patrón de consulta de la población, proveer un soporte adecuado para la medicina preventiva y permitir la educación médica continua y la investigación

El concepto de *problema* se ajusta adecuadamente a los principios filosóficos de la Medicina Familiar y permite desarrollar **sistemas de clasificación**.

La Historia Clínica Orientada al Problema es un instrumento fundamental y necesario en la práctica de la Medicina Familiar. La clasificación de los problemas permite realizar importantes actividades de educación e investigación, así como también es una herramienta imprescindible para la aplicación de un sistema de garantía de calidad.

B)

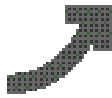
OBJETIVOS

- 1) Comprender los fundamentos de la HCOP.
- 2) Interpretar los motivos de consulta como problemas.
- 3) Definir las partes de la HCOP.
- 4) Aplicar la HCOP en la práctica cotidiana.
- 5) Aplicar el sistema de codificación de Problemas.

C)

CONTENIDOS

- 1) La Historia Clínica eficiente y la Historia Clínica tradicional
- 2) Concepto de problema
- 3) La Historia Clínica Orientada al Problema (HCOP)
- 4) Clasificación de los problemas
- 5) Calidad de los datos de la Historia Clínica



a) Características de la Historia Clínica eficiente

La Historia Clínica (HC) es el centro de todas nuestras actividades de recolección y utilización de información clínica. Las HC de buena calidad son esenciales para la asistencia médica y, asimismo, para la evaluación de los servicios de salud y la determinación de las mejores opciones en el cuidado médico.

Dadas estas premisas, las características de un buen sistema de registro a través de la HC deben:

1. Estar disponible siempre que se necesite.
2. Exponer eficientemente los datos del interrogatorio, examen físico y exámenes complementarios. Deben ser fáciles de entender: legibles y en lenguaje familiar. Los datos deben ser hallados rápida y fácilmente.
3. Informar adecuadamente de la evolución del paciente a los otros prestadores de salud que lo estén atendiendo.
4. Ofrecer información exacta y confiable a los auditores para realizar las evaluaciones de proceso y de resultados en un sistema de garantía de calidad.
5. Ofrecer información confiable en situaciones legales.
6. Ofrecer información confiable para funciones de docencia e investigación.
7. Ser compatible con la informatización.

Un buen sistema de registro a través de la HC debería asegurar exactitud en los datos que ofrece para evaluar la efectividad, tanto a nivel individual como poblacional, de las intervenciones que el sistema de cuidados médicos realiza.

b) Características de la Historia Clínica tradicional

En la HC tradicional, los datos se agrupan de acuerdo con su fuente de recolección: notas de los médicos, de las enfermeras y otros profesionales de la salud, informes de radiografías, de laboratorio, etc. Si bien se encuentra la totalidad de los datos, dicha estructura ofrece algunas dificultades en relación con los criterios vistos más arriba:

1. No se registran problemas, algunos se obvian.
2. Para encontrar la información buscada, es necesario leer toda la HC.
3. Los interconsultores hacen sugerencias inadecuadas o repiten estudios (a causa de 2).
4. Es difícil seguir la evolución de un problema.

5. Es difícil realizar un estudio de efectividad, tanto individual como poblacional. La información no se encuentra sistematizada.
6. Es difícil realizar el cuidado preventivo del paciente.
7. Es poco útil para la educación y la investigación (a causa de 4 y 6).
8. Es difícil de informatizar.

Fue en respuesta a las deficiencias de la poco estructurada HC tradicional que el Dr. L. Weed introdujo la Historia Clínica Orientada al Problema (HCOP) en 1969, en los Estados Unidos. Actualmente, esa forma de registro se utiliza ampliamente en todo el mundo a causa de la compatibilidad absoluta con los principios de la Medicina Familiar.

■ La HC tradicional no responde adecuadamente a los criterios de calidad de un buen sistema de registro de la información clínica.



2

CONCEPTO DE PROBLEMA

Muchas de las consultas en Medicina Familiar terminan sin un diagnóstico médico claramente establecido. Las mismas características de la Atención Primaria conllevan este resultado, ya que se trata de una atención longitudinal, que se extiende a lo largo del tiempo, en la que importa más el seguimiento del paciente que el diagnóstico de la enfermedad. Por ello, en la Atención Primaria es más correcto hablar de **problema** que de **diagnóstico**, extendiendo así el concepto a lo social, que a veces llena por completo nuestras consultas.

■ Se entiende por **problema** todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte del médico o del agente de salud. En una definición más académica, es problema cualquier queja, observación o hecho que el paciente o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, afecta o puede afectar la capacidad funcional del paciente.

A cada problema se le da un nombre que reflejará el conocimiento que de él tiene el médico. Es decir, en un primer momento, puede registrarse como problema “taquicardia”. Tras los estudios pertinentes el problema se registrará, por ejemplo, como “taquicardia paroxística supraventricular”.

■ Un problema no exige un nivel previo de diagnóstico. Un problema exige o puede exigir una acción. El enunciado del problema estará de acuerdo con lo que el médico conozca acerca de él en el momento de registrarlo. El enunciado será correcto siempre que refleje la realidad. Es correcto anotar “dolor abdominal” mientras que no lo es “probable úlcera péptica”.

Un problema es también una situación o estado que no requiere una acción inmediata del médico o del equipo de salud, pero su presencia modifica el manejo de otros; por ejemplo, desempleo, aislamiento, pérdida de la vivienda, etc.

A continuación se detalla una lista de situaciones que pueden ser problema o no:

Son problema	No son problema
<ul style="list-style-type: none">• Un diagnóstico o enfermedad (artrosis de rodilla, melanoma).• Una deficiencia, incapacidad o minusvalía (azoospermia, hipovitaminosis A).• Un síntoma (cefalea, metrorragia).• Un signo (soplo pleural, edema bípalmal).• Un dato de un estudio complementario anormal (hiperglucemia, sedimento patológico).• Una alergia (eczema de contacto, alergia mayor al iodo).• Un efecto adverso de una droga (con penicilina, fotosensibilidad con tetraciclinas).• Un síndrome (insuficiencia cardíaca congestiva, colestasis intrahepática).• Una intervención quirúrgica (colecistectomía, hernioplastia).• Efectos de un traumatismo (fractura de tibia por accidente).• Un factor de riesgo (tabaquismo, hipercolesterolemia, antecedentes familiares de alguna enfermedad).• Una alteración familiar, social o laboral (divorcio, pérdida del empleo).• Un trastorno psicológico / familiar (personalidad narcisística, crisis familiar estructural).• El seguimiento de un paciente de riesgo (paciente HIV positivo, falta de adherencia al tratamiento).• Una situación no patológica que puede determinar una acción (control de salud, embarazo, anticoncepción).	<ul style="list-style-type: none">• Un término vago (molestia).• Algo que descartar (hepatitis, etc.).• Una sospecha o diagnóstico probable (posible hipertiroidismo).

Un problema de salud es todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte del médico o del agente de salud. Lo importante es definir correcta y honestamente el problema del paciente, y actuar a partir de esa definición.



3

LA HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA AL PROBLEMA (HCOP)

La HCOP está estructurada en cuatro partes: la lista de problemas, la base de datos definida, los planes iniciales y las notas de evolución. En el *Anexo*, al final de este capítulo, figura el modelo de HC que utilizamos en la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires. Cada Centro de Salud deberá adaptarla sobre la base de los problemas específicos de su población.

a) La lista de problemas

La lista de problemas es la parte más importante de la HCOP. Se ubica en la primera página y actúa como un índice o tabla de contenidos. Es una enumeración de los problemas más significativos de la vida de un paciente y orienta sobre los factores que pueden afectar su manejo. Una lista de problemas debe contener todos los problemas. Por lo tanto, más que un registro estático, es un reflejo de la situación dinámica de la clínica de los pacientes, que permite una rápida evaluación de la situación en un momento determinado.

La lista de problemas puede ser organizada de diferentes maneras. Los médicos deben decidir qué componentes son más importantes para su práctica y diseñarla de acuerdo con estas necesidades. En la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires, la lista de problemas encabeza la Historia Clínica y son clasificados de la siguiente manera:

Problemas crónicos o permanentes

Son aquellos que duran más de seis meses. Se dividen en activos e inactivos.

- **Activos:** son los que generan una acción o influyen activamente en el momento actual (*diabetes mellitus*, hipertensión arterial, depresión, desempleo).

- **Inactivos:** no requieren acción inmediata para los propósitos de diagnóstico y tratamiento, pero es útil que se muestren en la lista de problemas crónicos debido a que el conocimiento de su existencia afecta el manejo de otros (antecedentes de cáncer de mama en la hermana, alergia mayor al iodo, antecedentes de adicción a la cocaína).

A cada problema crónico o permanente se le asigna un número con el que se identifica para siempre en la lista de problemas crónicos, y su fecha de entrada debe constar al lado de su nombre. En nuestro sistema, el problema número 1 siempre se refiere al control en salud y actividades de medicina preventiva.

Un problema activo puede volverse inactivo y viceversa. Tal cambio de estado debe anotarse y fecharse.

Problemas agudos o transitorios

Son aquellos que duran menos de seis meses (gripe, lumbalgia aguda, esguince de tobillo, hematuria, pérdida del empleo). A cada problema agudo o transitorio se le asigna una letra con la que se identifica para siempre en la lista de problemas agudos, y su fecha de ingreso debe constar al lado de su nombre. Los problemas que duran más de seis meses o que se repiten pueden pasar a ser registrados como problemas crónicos de acuerdo con el criterio del médico.

El siguiente es un ejemplo de una lista de problemas de un paciente que llamaremos señor J. Así se vería la lista de problemas al día 12-01-2006 (se seguirá utilizando este ejemplo más adelante).

Lista de problemas crónicos

ACTIVOS	fecha	INACTIVOS	fecha
1 # Control de salud	21-10-2005		
2 # Obesidad	21-10-2005		
3 #		Padre con cáncer de colon	21-10-2005
4 # Tabaquismo	21-10-2005	→	23-12-2005
5 # Hipertensión arterial	12-01-2006		

Lista de los problemas transitorios

	fecha	fecha	fecha	fecha
A # Lumbalgia aguda	21-10-2005			
B # Registro alto de TA	21-10-2005	23-12-2005	12-01-2006	pasa a # 5
C -				

El día 21-10-2005 el señor J. realizó su primera consulta con su médico. Este registró en la hoja de problemas: 1# (este número se utiliza siempre para “Control de salud”), 2# Obesidad, 4# Tabaquismo, como problemas crónicos y activos, y 3# el antecedente de su padre con cáncer de colon, como problema crónico e inactivo. Como problemas transitorios, A# Lumbalgia y B# Presión arterial elevada. El 23-12-2005 se registra nuevamente en la consulta un valor elevado de TA; además, el paciente refiere haber dejado de fumar, por lo que tabaquismo pasa a inactivo (si volviera a fumar, pasaría nuevamente a activo, pero siempre con el número 4). El 12-01-2006, en la tercera consulta, se registra un nuevo valor elevado de TA, por lo que el médico decide que el paciente tiene diagnóstico de Hipertensión arterial e incorpora el problema crónico y activo bajo el número 5#.

Los problemas crónicos tienen una sola fecha que indica cuándo se incorpora el problema o cuándo pasa a inactivo, mientras que los transitorios tienen varios espacios para fechas. Un paciente puede consultar a lo largo del tiempo varias veces por catarro de vías aéreas superiores pero puede no constituirse nunca en un problema crónico.

La lista de problemas es la parte más importante de la HCOP. Los problemas registrados como crónicos o permanentes, o como agudos o transitorios permiten evaluar rápidamente el perfil clínico de los pacientes en forma dinámica.

b) La base de datos definida

La base de datos se completa en la primera o primeras consultas. Es como una fotografía del estado del paciente al iniciar la HC, tanto de sus antecedentes como de sus problemas médicos actuales.

La base de datos es el primer escalón para desarrollar la lista de problemas. Es la base sobre la que se estructura la estabilidad de la HCOP.

La base de datos definida se refiere a la recolección de información de los pacientes de nuestra población en forma predeterminada y sistematizada por el grupo médico, evitando así la dispersión en la información obtenida.

La información contenida en la base de datos es de dos tipos:

- Información de rutina

En nuestro caso, se recolecta a través de un cuestionario impreso, previamente definido, que el paciente completa antes de la primera consulta (autocuestionario), y de datos que completa el médico o el personal de enfermería.

El autocuestionario incluye antecedentes familiares, antecedentes médicos y quirúrgicos, hábitos, el perfil del paciente (social y familiar) y enfermedades concomitantes. El médico realiza el genograma (ver más adelante) y completa datos de rutina del examen físico, resultados de exámenes complementarios, efectividad de intervenciones terapéuticas, etc.

La siguiente es una parte de nuestro autocuestionario (ver el modelo del autocuestionario en el *Anexo*):

C O N F I D E N C I A L			
Esta hoja ha sido diseñada para ayudar a su médico de cabecera a conocerlo a Ud. y sus problemas médicos. Esta información es confidencial . Si Ud. no desea responder a alguna de las preguntas, deje el espacio sin llenar; su doctor le contestará cualquier duda.			
HISTORIA FAMILIAR:			
¿Alguien de su familia tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?			
	MADRE	PADRE	HERMANOS
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas antes de los 55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de colon o de recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros cánceres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de drogas o de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES MÉDICOS:			
Alergias a medicaciones:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí, en este caso, a cuáles:	
Alergias por otras causas:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí, en este caso, a cuáles:	
¿Toma medicamentos?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí, en este caso, cuáles:	
Nombre y dosis:	1)..... 2)..... 3)..... 4).....		
¿Cuántas veces al día?	1)..... 2)..... 3)..... 4).....		
Internaciones/ Operaciones / Accidentes:			

- Información específica del problema

Incluye aspectos relacionados con el motivo de consulta o con problemas identificados *durante la primera consulta*, a partir de la información de rutina y datos del interrogatorio, del examen físico, resultados de exámenes complementarios, efectividad de intervenciones terapéuticas, etc.

Veamos lo que podría haber escrito el médico en la sección “Desarrollo de problemas” en el ejemplo del señor J. el día 21-10-2005 (el día de la primera consulta).

Desarrollo de problemas:

- 2 # **Obesidad:** refiere ser obeso desde la adolescencia y ha realizado múltiples tratamientos dietéticos, incluso con medicación homeopática. El último tratamiento fue hace 3 años.
- 3 # **Cáncer de colon en la familia :** su padre falleció de cáncer de colon metastático en 1994.
- 4 # **Tabaquismo :** fuma un atado por día desde hace 10 años. Ha intentado dejar de fumar sin éxito. Dice que le gustaría dejar.
- A # **Lumbalgia aguda:** hace diez días hizo un mal movimiento y aún continúa con dolor. No recibió medicación.
- B # **Registro alto de TA :** no se reconoce como hipertenso. Siempre tuvo la presión baja.

Esta base de datos definida permite evitar el registro de información redundante así como asegurarse de que esté toda la información necesaria. El desarrollo de problemas se refiere a los problemas que presenta el paciente en la primera consulta. A veces no puede completarse en una sola consulta, por lo que debe registrarse como un problema en la lista de problemas transitorios (**base de datos incompleta**) para ser completada en consultas posteriores. Los problemas por los que consultará más adelante se irán agregando en las hojas de evolución utilizando el sistema SOEP (ver más adelante).

La base de datos se completa en la primera consulta. Si el paciente consulta por primera vez sin presentar ningún problema de salud, en la HC figurará la información de rutina obtenida del autocuestionario y del examen físico (además del modelo de autocuestionario, ver la hoja de examen físico en el *Anexo*), y no habrá nada escrito en la sección “Desarrollo de problemas”. En el caso de nuestro ejemplo con el señor J., además de los datos de rutina, en la sección “Desarrollo de problemas” figurará una descripción de los problemas tal cual se ejemplifica arriba.

■ La base de datos definida permite sistematizar la información de los pacientes, proceso imprescindible para realizar auditoría y comparación de intervenciones.

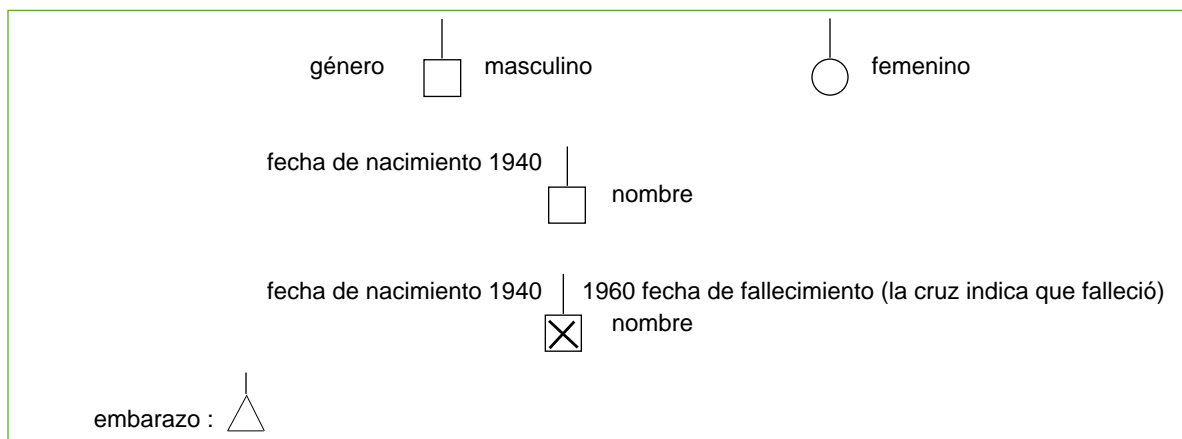
El genograma

El genograma forma parte de la base de datos definida: es un elemento muy importante de la HCOP que realiza el médico de familia ya que permite conocer rápidamente el contexto del paciente.

Es la representación gráfica de los datos de las familias a través de símbolos. También permite, de acuerdo con el grado de entrenamiento en evaluación de la dinámica familiar, representar la estructura funcional de la familia.

■ El genograma es fundamental en la práctica de la Medicina Familiar ya que expone eficientemente las estructuras familiares. Es altamente dinámico.

Los símbolos suelen representarse de la siguiente manera:



En el genograma también se pueden poner datos sobre enfermedades de los miembros de la familia. Por ejemplo, DBT (diabetes), ACV (accidente cerebrovascular).

La base de datos definida debe figurar en las HC de todos los pacientes que han realizado al menos una consulta. Se completa habitualmente en la primera o primeras consultas. Consta de información de rutina aportada por el paciente (autocuestionario) e información elaborada por el médico (genograma y datos del examen físico). Si el paciente tiene problemas de salud en la primera consulta, se escriben en la sección “Desarrollo de problemas”.

c) El plan inicial

Para cada problema identificado en la primera consulta, es necesario establecer un plan inicial de manejo. En este punto, la HCOP difiere de la Historia Clínica tradicional en que aquella muestra una lista de impresiones diagnósticas seguidas por un plan de pedidos diagnósticos y tratamientos. En la HCOP existe una aproximación sistematizada al manejo de los problemas. Esto ayuda a evitar omisiones y a preservar la lógica de las acciones del médico. Para cada problema identificado, se establece un plan estructurado. Cada plan está encabezado por el número correspondiente, el título del problema y consta de las siguientes partes:

Dx (diagnóstico): comprende la recolección de mayor información diagnóstica, ya sea del interrogatorio propio del paciente o de familiares, exámenes complementarios, etc.


Mx (monitoreo): comprende la recolección de datos para monitoreo de la clínica del paciente, es decir, información para ayudarnos a decidir si la condición mejora o empeora espontáneamente o a causa del tratamiento. En problemas tales como hipertensión arterial, diabetes o insuficiencia renal crónica, los datos deben ser recolectados frecuentemente durante años (por ejemplo, hemoglobina glicosilada cada seis meses).

Tx (tratamiento): registra los tratamientos que se administran para el problema en cuestión (medicación, cirugías, fisioterapia, etc.).

Ex (educación): esta sección debe incluir una breve descripción de la información dada al paciente acerca de su enfermedad, su manejo y su pronóstico, necesaria para su comprensión y adherencia al tratamiento.

El siguiente es un ejemplo de plan inicial del caso del señor J. el día 21-10-2005 (fecha de la primera consulta). Como vemos, el 1# siempre corresponde al “Control de salud” o al “Plan de cuidados preventivos”.

1 # Control en salud	Dx: colesterol total. Tx: vacuna antitetánica.
2 # Obesidad	Mx: control mensual de peso. Tx: dieta hipocalórica (1200 cal.), ejercicio programado. Ex: curso de educación alimentaria.
3 # Padre con cáncer de colon	Dx: sangre oculta en materia fecal.
4 # Tabaquismo	Ex: consejo médico.
A # Lumbalgia	Tx: tratamiento con analgésicos.
B # Registro elevado de TA	Dx: control de TA en dos semanas.

 El plan inicial para el manejo de los problemas identificados sigue la estructura cognitiva del pensamiento médico. Siempre que se pueda, deben completarse las cuatro secciones del plan inicial.

d) Las notas de evolución

Las notas de evolución son particularmente pobres en las historias clínicas tradicionales. La principal causa de tal déficit es la falta de una subestructura acordada por los médicos. La HCOP permite una mejora notable en el caos del sistema tradicional. Una nota de evolución en la HCOP es encabezada por el nombre y el número del problema, y se divide en cuatro secciones utilizando las letras S, O, E y P (SOEP).

S (subjeto): información subjetiva. Registra los síntomas del paciente y los cambios o la falta de cambios esperados en la sintomatología.

O (objetivo): información objetiva. Registra los signos del paciente y los resultados de exámenes complementarios realizados para aclarar el problema. Registra los cambios en los signos objetivos.

E (evaluación): interpretación y reevaluación del problema, en función de la evidencia registrada en las dos secciones previas.

P (plan): los planes de seguimiento. Se estructuran como los planes iniciales con sus cuatro secciones.

Las notas de evolución deben ser breves y se deben realizar cada vez que el médico o el personal de salud ve al paciente. Cuando se hace una nota de evolución, no es necesario evolucionar todos los problemas activos, sino solo los que se tratan en la consulta. Tampoco es necesario escribir las cuatro secciones. Todas las evoluciones deben ser firmadas por el médico o el personal del equipo de salud que evolucione. La siguiente es una evolución con el sistema SOEP utilizando el ejemplo del señor J.:

17-02-2006:

1 # Control

2 # Obesidad

3 # Hipertensión

S: Cumple la dieta hipocalórica e hiposódica. No realiza ejercicio.
Toma 5 mg de enalapril por día.

- O:** Peso: 84.5 kg (bajó 3 kg desde el último control).
 TA: 160/95 mm Hg.
 FC: 72 por minuto.
- E:** Obesidad.
 Hipertensión no controlada.
- P: Mx:** Control de enfermería en un mes.
 Control con el médico de familia por hipertensión no controlada.
- Tx:** Seguir con dieta hipocalórica e hiposódica y ejercicio.
 Enalapril 5 mg por día.
- Ex:** Se insiste en consejo para realizar actividad física.

[Enfermera Estela O'Higgins]

23-02-2006:

- 5 #** Hipertensión
- S:** Cumple tratamiento.
- O:** TA: 155/100 mm Hg.
 FC: 70 por minuto.
- E:** Hipertensión no controlada.
- P: Dx:** Creatininemia.
- Tx:** Dieta hipocalórica e hiposódica.
 Aumento el enalapril a 10 mg por día.

[Dr. José Campanile]

Como vemos en estos dos ejemplos, se puede evolucionar por problema separado (hipertensión) o tomar 2 ó 3 problemas (obesidad, hipertensión, control de salud) y evolucionarlos en forma conjunta.

Un tipo especial de forma de evolución son las **planillas de seguimiento** de diferentes variables clínicas o de drogas que se vuelven indispensables para observar la perspectiva histórica en la continuidad del cuidado médico. Dichas planillas permiten el control del **cuidado preventivo** de los pacientes. El siguiente es un ejemplo de planilla de seguimiento:

Fechas
TA
Peso
Colesterol total
Glucemia
Fondo ojo

Veamos cómo utilizar la HCOP continuando con nuestro ejemplo del señor J.

El paciente consulta el 16-03-2006. Dice que está con tos hace 15 días y que en esa semana comenzó a sentirse decaído y a tener fiebre de 38° C, principalmente por la tarde. El examen físico es normal. Está afebril. Peso: 77 kg. Ud. solicita una radiografía (Rx) de tórax, un hemograma (Hg) con eritrosedimentación (ESD) e indica reposo y un jarabe para la tos. El 18-03, el paciente lo visita y refiere sentirse peor, no tiene apetito y nota que perdió peso. La fiebre y la tos persisten. Comenzó a tener expectoración. En la Rx se visualiza un infiltrado en el vértice pulmonar derecho. Usted nota ahora una ligera disminución de la entrada de aire en el vértice derecho como único dato positivo del examen físico. Peso: 76 kg. El Hg y la ESD son normales. Ud. indica PPD, baciloscopia directa y cultivo. El 24-03 el paciente empeoró. Peso: 73 kg. El laboratorio le informa que el resultado de la baciloscopia directa fue positivo para bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR). La PPD fue de 15 mm. Ud. indica tratamiento antituberculoso. Solicita Rx y PPD a los convivientes.

Veamos cómo se puede volcar esta información en las hojas de evolución y cómo queda la hoja de problemas el día 24-03.

Hoja de evolución (recordemos que lo último escrito aquí era lo que firmó el Dr. Campanile el 23-02-2006).

16-03-2006

C # TOS.

- S: Tos hace 15 días. Decaimiento. Fiebre de 38° C por la tarde.
- O: Examen físico normal. Afebril. Peso: 77 kg (recordar que está a dieta)
- E: Bronquitis. ¿TBC?
- P: Dx: Rx tórax. Hg. ESD.
- Tx: Jarabe tos (se escribe el nombre comercial habitualmente) y reposo.

18-03-2006

C # TOS.

- S: Persiste fiebre y tos. Expectoración. Se siente peor, no tiene apetito y nota que perdió peso.
- O: RX: Infiltrado en el vértice pulmonar derecho.
Ex físico: Ligera disminución de la entrada de aire en el vértice derecho. Resto sp.
Hg y ESD normales. Peso: 76 kg (bajó 8 kg desde 10-2004).
- E: TBC. ¿Cáncer de pulmón?
- P: Dx: PPD. Baciloscopia.

24-03-2006

6 # Tuberculosis (ver # C).

- S: Tos con expectoración. Fiebre y sudoración vespertina. Hiporexia. Pérdida de peso.
Gran decaimiento.
- O: Ex físico: Peso 73 kg Resto sin cambios con respecto al 8/8.
Baciloscopia directa positiva para TBC. PPD 15 mm.
- E: TBC
- P: Tx: Isoniacida 300 mg + Rifampicina 600 mg + Pirazinamida 1400 mg.
Ex: Rx Tórax y PPD a familiares.

Como se puede apreciar en este caso, el problema comienza definiéndose como *tos* (el médico, en ese momento, no sabe a qué se debe). Luego se sigue evolucionando por problemas siempre con tos hasta que se llega al diagnóstico de TBC, que es un problema crónico activo porque uno sabe que implica un seguimiento mayor de seis meses y recibe un número en la lista de problemas crónicos.

La primera hoja de la historia clínica con la lista de problemas del señor J. queda de la siguiente forma al día 24-03-2006:

Lista de problemas crónicos

ACTIVOS	fecha	INACTIVOS	fecha
1 # Control en Salud	21-10-2005		
2 # Obesidad	21-10-2005		
3 #		Padre con Cáncer de colon	21-10-2005
4 # Tabaquismo	21-10-2005		
	23-12-2005		
5 # Hipertensión arterial	12-01-2006		
6 # Tuberculosis	24-03-2006		

Lista de problemas transitorios

	fecha	fecha	fecha	fecha
A # Lumbalgia aguda	21-10-2005			
B # Registro alto de TA	21-10-2005	23-12-2005	12-01-2006	pasa a # 5
C # Tos	16-03-2006	18-03-2006	24-03-2006	pasa a # 6

Las notas de evolución organizadas según el sistema SOEP permiten la optimización del seguimiento a largo plazo de los problemas de los pacientes evitando la pérdida de datos y permitiendo el cuidado preventivo.



4

CLASIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Una clasificación de enfermedades es un sistema de categorías numéricas asignadas a entidades nosológicas de acuerdo con criterios establecidos previamente. Una clasificación se diferencia de una nomenclatura en que debe limitarse a un número restringido de categorías que incluya la totalidad de las enfermedades, agrupándolas para facilitar su estudio estadístico.

Toda enfermedad o problema tiene que tener un lugar definido de inclusión, con un número propio si su importancia lo justifica, o agrupada en un número común con otras enfermedades y problemas con los que se relaciona.

Hoy en día, es importante que los centros de atención médica primaria (AP) utilicen algún sistema de codificación que registre lo sucedido durante el encuentro entre el paciente o su familia y el sistema de salud. A pesar de que esto pueda tener un componente burocrático y agregar trabajo al sistema, los beneficios de poner en práctica un buen sistema de codificación en AP son claros y contundentes. La codificación AP permite: a) Describir ajustadamente la práctica en cada lugar de atención; b) Comparar distintos tipos de práctica (por ejemplo, la urbana con la rural; la privada con la seguridad social y la pública); c) Formular políticas de salud; d) Recolectar datos para investigación; e) Diseñar actividades de formación continua; f) Evaluar los episodios de cuidado; g) Realizar sistemas de perfilamiento de la práctica (*case-mix* o espectro de casos); h) Evaluar el manejo de los casos y las enfermedades (*disease management*); i) Lograr una historia clínica informatizada.

Los sistemas de codificación cumplen un rol fundamental para registrar lo sucedido entre los pacientes y el sistema de salud, brindando datos sobre los distintos tipos de práctica, el motivo de consulta más frecuente, etc., lo que permite realizar tareas de investigación, docencia y asistencia.

Hasta la década de 1970, la mayoría de los datos de morbilidad en AP utilizaban la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que comenzó siendo una clasificación de la mortalidad y solo a partir de su sexta edición pasó a ser una clasificación de enfermedades. No contemplaba muchos síntomas o problemas inespecíficos, tan frecuentes en la atención ambulatoria, y estaba muy centrada en la enfermedad y poco en el paciente. Teniendo en cuenta estas limitaciones, surgieron distintas clasificaciones orientadas a la AP, entre ellas: 1) el sistema de agrupamientos diagnósticos, y 2) la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP). La CIAP es el último sistema desarrollado específicamente para la AP por la Organización Mundial de Médicos Generales/de Familia (WONCA, su sigla en inglés).

1) Sistema de los agrupamientos diagnósticos (*diagnostic clusters*)

Es un sistema muy útil y compatible con la CIE, la CIAP y el Código Internacional de Problemas sobre Atención Primaria (CIPSAP), base del desarrollo de la CIAP. Es de baja complejidad, ya que el número de códigos (de 90 a 130) hace que la codificación pueda ser fácilmente realizable por el médico en los momentos posteriores a la consulta. No requiere de personal codificador, lo que hace que la codificación sea más confiable, ya que la realiza el propio médico, y más practicable en los medios con escasos recursos.

Dichos agrupamientos fueron validados en diferentes lugares de los Estados Unidos; y con ellos es posible clasificar por lo menos el 85% de los problemas de consulta. La versión inicial tenía 92 problemas de salud pero se fue modificando e, incluso, cada lugar particular puede hacer las modificaciones según su prevalencia de problemas (por ejemplo, si en el medio en el que se trabaja la hidatidosis es muy prevalente, se puede crear un nuevo código para esta entidad que sea más específico que el existente de parasitosis).

El sistema de agrupamientos diagnósticos facilita el análisis de las principales causas de morbilidad en AP porque reúne los diagnósticos que están relacionados y despiertan, en los médicos, una respuesta clínica similar. Su mayor ventaja se basa en que reduce el gran número de diagnósticos utilizados en la práctica ambulatoria a una lista clínicamente significativa y manejable que, además, permite desarrollar tareas docentes, asistenciales, de auditoría y de investigación.

En el *Anexose* puede observar una versión utilizada por un centro de medicina familiar de práctica urbana. Esta versión modificada incluye códigos que representan la severidad de algunos problemas que fueron considerados importantes (por ejemplo, se codifica con el número 41 la hipertensión arterial sin daño de órgano blanco y con el 42, la que sí lo tiene). Otra modificación con respecto a los grupos originales es que los códigos clasificados como "Otros" (sin código específico) fueron separados por aparato o sistema. Esto se hizo con el objetivo de obtener información más específica a la hora de evaluar los problemas vistos, monitorear la calidad o realizar trabajos de investigación.

2) Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP)

La CIAP es muy usada en Europa y Australia, y ha sido incorporada recientemente en algunos sistemas de salud de la Argentina. Fue realizada por el comité de clasificaciones de la WONCA y combina otras

clasificaciones previas: la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria para razones de consulta y diagnósticos, y la Clasificación Internacional de Proceso en Atención Primaria. Es más rica en cuanto a información que los grupos diagnósticos, pero algo más compleja como para ser codificada en la misma consulta por parte del médico. Esto hace que, a veces, se requieran codificadores externos, que pueden ser otros trabajadores del equipo de salud (en nuestro sistema, son enfermeros entrenados o estudiantes de medicina quienes la realizan).

Tiene la capacidad de registrar la información presente en la HCOP, evaluando la información subjetiva (por ejemplo, motivo de consulta, datos del interrogatorio, etc.), la interpretación diagnóstica y las intervenciones diagnósticas o terapéuticas. No clasifica los hallazgos objetivos (datos del examen físico, hallazgos del laboratorio, etc.). Es un sistema muy útil en caso de utilizarse historias clínicas informatizadas. La primera versión está disponible en español (1987) y se puede visitar en Internet: <http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/table-es.html> (en poco tiempo estará en español la segunda versión).

La CIAP es muy interesante ya que, a diferencia de otras clasificaciones, sirve para codificar no solo el problema de salud o enfermedad, sino también el motivo de consulta (lo que lleva al paciente a consultar) y el proceso de atención (lo que el médico hace o manda a hacer). La segunda versión permite, también, clasificar el estado de salud de los pacientes y la severidad de los problemas. Su principal desventaja es que, al ser más compleja, requiere de codificadores externos.

Tiene una estructura biaxial con 17 capítulos en un eje, que se refieren a los distintos órganos y sistemas (aparato circulatorio, neurológico, locomotor, generales no específicos, etc.), e incluye un capítulo adicional para problemas psicológicos y otro para problemas sociales.

En los estudios de campo realizados en los Estados Unidos, Europa y Australia por médicos motivados y durante cortos periodos de tiempo, la confiabilidad del sistema fue muy alta: se halló una tasa de error del 2 al 5% y una tasa de códigos faltantes del 1 al 6%. Es probable que, en la práctica longitudinal y con médicos menos entrenados, la confiabilidad sea algo menor, pero aun así podría ser buena. El acuerdo interobservador es razonablemente bueno.



5

CALIDAD DE LOS DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

La información es aquello que ayuda a tomar decisiones. La información relevante para tomar decisiones acerca del manejo de un paciente incluye los datos clínicos (interrogatorio, examen físico, resultados de exámenes complementarios) y el conocimiento clínico (conocimiento acerca de las enfermedades, cómo interpretar resultados del examen físico y de los estudios complementarios, cómo elegir tratamientos, etc.). En consecuencia, los datos clínicos varían de paciente en paciente, mientras que el conocimiento clínico se aplica a muchos pacientes. Algunos médicos llevan todo el conocimiento clínico en sus cabezas, mientras que la mayoría consulta revistas científicas, libros de texto, sistemas bibliográficos y, también, programas de computadoras. Sin embargo, cuando se quiere obtener información de los pacientes, las Historias Clínicas son esenciales.

Las Historias Clínicas son esenciales para mantener la información de los pacientes. Es por ello que los datos que se vuelcan en ellas deben tener la máxima exactitud posible para garantizar la mejor toma de decisiones acerca de los pacientes.

Fuentes de error en los datos clínicos

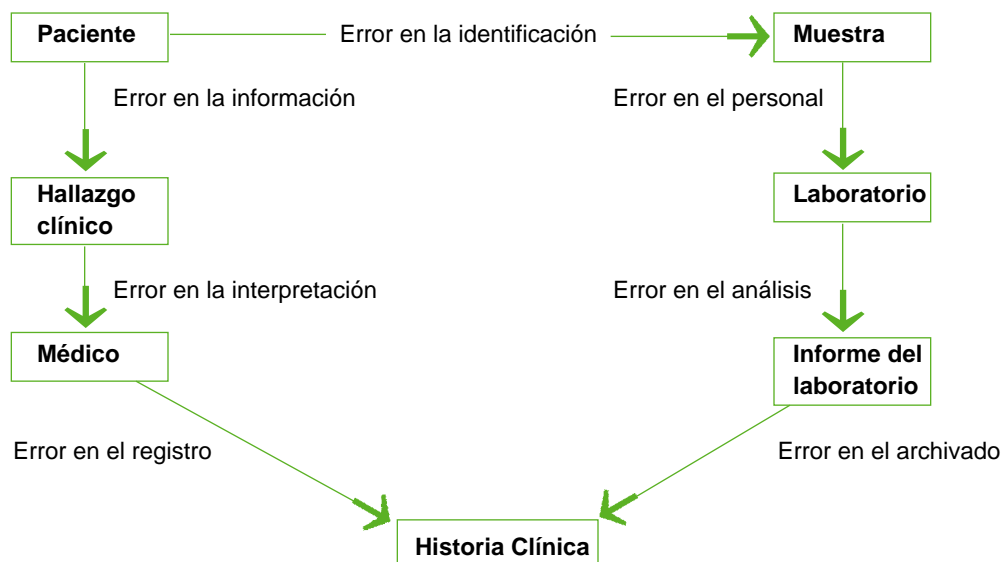
Los datos de los pacientes se pueden originar directamente de los pacientes, en los servicios de diagnóstico, en la historia clínica o en el médico u otro profesional de la salud. Cada uno de los datos que ingresan en la Historia Clínica debe poseer suficiente confiabilidad y validez, es decir, debe reflejar lo más fielmente posible la realidad a la que se refiere y debe ser interpretado de la misma manera por el mismo o diferentes profesionales que recaban esa información.

En la Figura 1 se observan posibles fuentes de error en la elaboración del dato clínico, desde los errores de memoria de los pacientes cuando son interrogados sobre eventos pasados hasta la mala interpretación de signos clínicos o el mal registro de los datos en la Historia Clínica. Por otra parte, los datos que provienen de los servicios de diagnóstico complementario pueden presentar errores al ser volcados en la historia clínica.

Los datos que se registren en la Historia Clínica deben poseer suficiente confiabilidad y validez, es decir, deben reflejar lo más fielmente posible la realidad del paciente y deben poder ser interpretados de la misma manera por el mismo o por diferentes profesionales.

Algunos autores sugieren que actualmente muchos errores son deliberadamente mal registrados para evitar juicios por parte de los pacientes. Un estudio llevado a cabo con anestesistas en los Estados Unidos mostró que no se registraron valores de TA sistólica superiores a 205 mmHg o de TA diastólica superiores a 110 mmHg, aun cuando fueron documentados por un aparato cuidadosamente calibrado. Se sugiere que “los pocos datos extremos registrados en la Historia Clínica escrita a mano podría ser una estrategia defensiva inconsciente”.

Figura 1



En el registro de datos pueden surgir errores de diferentes tipos. Es importante que el médico de familia conozca las fuentes de error para disminuir el número de datos erróneos volcados en la Historia Clínica.

Algunas sugerencias para mejorar la validez y confiabilidad del sistema de Historias Clínicas

Existen cuatro formas diferentes de mejorar la Historia Clínica manuscrita: a) Cambiar su contenido; b) Cambiar su formato; c) Guardar la información de diferente manera; y d) Cambiar la forma de registrar la información.

a) Cambio en el contenido

En este sentido, la HCOP ofrece, sin dudas, varias de las condiciones que un sistema de registro de datos clínicos debería tener. En AP, además de la función de los datos clínicos para la toma de decisiones, la HCOP ofrece una excelente oportunidad de proveer información para docencia e investigación.

b) Cambio en el formato

Como se ha sugerido a lo largo del capítulo, la inclusión de una base de datos en formato preimpreso, definida en forma predeterminada y sistematizada por el grupo médico y para ser llenada como una lista de cotejo salud (en forma de sí/no) por parte del paciente o del profesional permite alcanzar un registro más completo, estandarizado y legible de la Historia Clínica. Se ha demostrado que este formato puede aumentar la exactitud de los datos aunque, en algunos casos, los médicos no lo aplican porque sienten que les lleva tiempo hacerlo.

c) Cambio en el almacenamiento


Una manera de mejorar la accesibilidad a las Historias Clínicas de los pacientes y permitir un mejor flujo de información entre la AP y los otros niveles de cuidado es darle la Historia Clínica al paciente. Se han llevado a cabo experiencias en las que los pacientes llevan su Historia Clínica a los diferentes médicos del sistema con satisfacción por parte de los pacientes y sin “efectos adversos”. En nuestro medio no se conocen experiencias a gran escala de esta modalidad.

d) Cambio en la forma de registrar la información

En relación con la cantidad de papel generado por el registro de información en las Historias Clínicas, se han propuesto diferentes soluciones. El microfilmado de las Historias y su posterior destrucción es barato y permite el acopio de gran cantidad de copias. Sin embargo, no permite guardar material en color o escrito con tintas claras. Una opción más cara es el escaneo de las HC y su almacenamiento en discos ópticos. La ventaja es que se puede ingresar desde diferentes puntos del sistema a la vez y se soluciona el problema de espacio. Sin embargo, no es una HC electrónica ya que es solo una imagen de la página de la HC escrita a mano, que no permite modificaciones. Para buscar información, es necesario mirar toda la historia clínica, ya que la información no está discriminada.

La historia clínica electrónica

En las últimas décadas, la rápida evolución de las ciencias de la computación ha llevado al desarrollo y uso de la Historia Clínica Electrónica (HCE). La HCE tiene múltiples ventajas teóricas sobre la manuscrita, incluyendo la facilidad para transferir información entre los diferentes profesionales de la salud y centros de atención que actúan en el sistema de cuidados médicos, la facilidad de obtener información para desarrollar un sistema de investigación y de mejoramiento de la calidad, y la capacidad de expandir el rango de documentación en la HC al incorporar elementos multimedia, tales como fotografías digitalizadas, sonidos pulmonares o cardíacos e incluso videos de entrevistas con pacientes.



A pesar de las ventajas teóricas, la implementación de la HCE en AP es baja, especialmente en nuestro país, muchas veces por motivos económicos más que técnicos. Sin embargo, si la evidencia mostrara que, a pesar de la inversión inicial elevada, se mejorarían a largo plazo los indicadores de salud de la población, la decisión sería más clara.

Con la evidencia disponible no es posible concluir si la implementación de un sistema de HCE mejora los indicadores de salud de la población. Sin embargo, los sistemas de HCE que generan recordatorios a los médicos o recordatorios de llamados telefónicos a las enfermeras para la realización de prácticas preventivas han mostrado una tasa superior de prácticas de rastreo que los sistemas tradicionales. Este estudio sugiere que el uso de la HCE puede mejorar algunos indicadores en AP (como las prácticas preventivas), aunque para recomendar su implementación en forma generalizada, es necesario contar con ensayos clínicos que evalúen el impacto sobre mortalidad y morbilidad.

D)

RESUMEN FINAL

La HCOP es un instrumento fundamental para la práctica del médico de familia. Su estructura y funciones permiten utilizarla para brindar un cuidado de alta calidad a los pacientes, así como realizar medicina preventiva, auditoría e investigación.

Las cuatro partes de la HCOP son:

a- **La lista de problemas:** permite establecer rápidamente el estado clínico del paciente.

b- **La base de datos definida:** es la información del paciente y su familia obtenida en forma sistemática. Se realiza en la primera consulta y consta de:

- información de rutina;
- información específica de los problemas de la primera consulta;
- genograma.

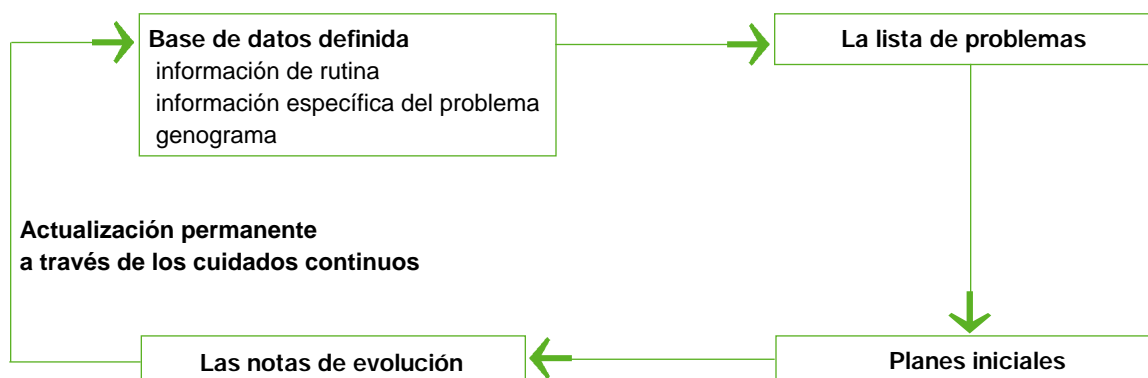
c- **El plan inicial:** es la estrategia de manejo diseñada por el médico de familia para cada problema identificado en la primera consulta. Sus partes son:

- Dx: recolección de mayor información diagnóstica.
- Mx: recolección de datos para el monitoreo de variables clínicas.
- Tx: registro de los tratamientos que se están administrando para el problema en cuestión.
- Ex: breve descripción de la información dada al paciente acerca de su enfermedad, su manejo y su pronóstico, necesaria para su comprensión y adherencia al tratamiento.

d- **Las notas de evolución:** se dividen en cuatro secciones:

- **S:** información subjetiva; registra los cambios en los síntomas del paciente o la falta de los cambios esperados.
- **O:** información objetiva; registra los cambios en los signos del paciente y los resultados de exámenes complementarios realizados para aclarar el problema.
- **E:** interpretación y reevaluación del problema en función de la evidencia registrada en las dos secciones previas.
- **P:** los planes de seguimiento se estructuran como los planes iniciales con sus cuatro secciones.

El siguiente es un esquema del proceso funcional de la HCOP:



E)

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Britt H, *et al.* The reliability and validity of doctor-recorded morbidity data in active data collection systems. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16(1): 50-5.

Gervás J. Códigos y clasificaciones en medicina general/ de familia. *Aten Primaria* 1997; 20(7): 343-4.

Jerant AF, *et al.* Does the use of electronic medical records improve surrogate patient outcomes in outpatient settings? *J Fam Pract* 2000; 49(4): 349-57.

Lamberts H, (editor), *et al.* CIAP. Clasificación Internacional de Atención Primaria. Barcelona: Masson, 1990 (primera versión, única disponible en español hasta la fecha).

Lamberts H, *et al.* International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. *Fam Pract* 1992; 9(3): 330-9.

Mandl KD, *et al.* Public standards and patients' control: how to keep electronic medical records accessible but private. *BMJ* 2001; 322(7281): 283-7.

Schneeweiss R, *et al.* Diagnosis clusters: a new tool for analyzing the content of ambulatory medical care. *Med Care* 1983; 21(1): 105-22.

World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General

Practitioners/Family Physicians. Classification Committee. ICPC-2: international classification of primary care. 2nd ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 1998. (Oxford Medical Publications) (en idioma inglés). CIPSAP-2-D.

Wyatt JC. Clinical data systems, Part 1: Data and medical records. *Lancet* 1994; 344(8936): 1543-7.

ANEXO

A continuación se presenta el modelo de Historia Clínica utilizado en la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano hasta la reciente implementación de la Historia Clínica Electrónica. Cada centro de Salud deberá adaptarla sobre la base de la prevalencia de sus problemas.

En los niños, se utilizan las hojas 1, 3, 4, 7, 9 y 10; en los adultos, las hojas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y PREVENTIVA HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

APELLIDOS:.....

NOMBRES:.....

NÚMERO DE AFILIADO:.....

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:.....

DOMICILIO:.....

TELÉFONO:.....

DATOS PERSONALES:

fecha de nacimiento:

estudios primarios:	completos <input type="checkbox"/>	incompletos <input type="checkbox"/>
estudios secundarios:	completos <input type="checkbox"/>	incompletos <input type="checkbox"/>
estudios universitarios:	completos <input type="checkbox"/>	incompletos <input type="checkbox"/>

ocupación :

MÉDICO DE FAMILIA :.....

PLANILLA DE CUIDADOS PREVENTIVOS PARA MAYORES DE 16 AÑOS

fechas:	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TA							
Peso							
Examen dental							
Palpación mamaria							
MX							
Auscultación cardíaca							
Papanicolaou							
Agudeza visual							
Agudeza auditiva							
Aneurisma de Ao abd.							
Colesterol total							
Prevención de lesiones no intencionales							
Consejo sobre adicciones							
Prevención de ETS							
Vac. antitetánica							
Vac. antirubeólica							
Vac. antineumocócica							
Vac. antigripal							

RECOMENDACIONES DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS:

TA: medir desde los 3 años de edad en adelante. En adultos, cada 2 años si TA < 140/ 85, o cada año si TA diastólica es > 85- 89.

Peso: control cada 4 años.

Examen dental: anualmente.

Palpación mamaria: anualmente desde los 40 años. Con alto riesgo, desde los 35 años.

MX: cada 2 años desde los 50 y hasta los 75 años. Con alto riesgo, anual desde los 35 años.

Auscultación cardíaca: una vez.

Papanicolaou: cada 1 a 3 años (dependiendo de los factores de riesgo) desde el inicio de la actividad sexual y luego de 2 pruebas normales, hasta los 65 años.

Agudeza visual: en mayores de 60 años, anualmente.

Agudeza auditiva: en mayores de 60 años, anualmente

Examen de abdomen (aneurisma de Ao abd.): en mayores de 60 años, anualmente

Colesterol total: desde los 25 años sin factores de riesgo y cada 5 años, si es normal.

Prevención de lesiones no intencionales: según riesgos evaluados.

Consejo sobre adicciones: según riesgos evaluados

Prevención de ETS: según riesgos evaluados

Vac. antirubeola: mujeres en edad fértil sin evidencia serológica o sin vacunación previa.

Vac. antitetánica: con el esquema completo, un refuerzo de vacuna doble a los 50 años.

Vac. antigripal: anualmente desde los 65 años, o antes en pacientes con enfermedades cardiopulmonares o inmunodepresión.

Vac. antineumocócica: una vez a los 65 años, o antes en pacientes con enfermedades cardiopulmonares o inmunodepresión.

LISTA DE PROBLEMAS CRÓNICOS

ACTIVOS	fecha	PASIVOS	fecha
1 #			
2 #			
3 #			
4 #			
5 #			
6 #			
7 #			
8 #			
9 #			
10 #			
11 #			
12 #			
13 #			

LISTA DE PROBLEMAS TRANSITORIOS

fechas						observaciones:
A #						
B #						
C #						
D #						
E #						
F #						
G #						
H #						
I #						
J #						
K #						
L #						

C O N F I D E N C I A L

Esta hoja ha sido diseñada para ayudar a su médico de cabecera a conocerlo a Ud. y sus problemas médicos. Esta información es confidencial. Si Ud. no desea responder a alguna de las preguntas, deje el espacio sin llenar; su doctor le contestará cualquier duda.

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguien de su familia tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?:

	MADRE	PADRE	HERMANOS
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas antes de los 55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de colon o de recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros cánceres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de drogas o de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES MÉDICOS

Alergias a medicaciones: ☐ no ☐ sí, en este caso, a cuáles:

Alergias por otras causas: ☐ no ☐ sí, en este caso, cuáles:

¿Toma medicamentos? ☐ no ☐ sí, en este caso, cuáles:

Nombre y dosis: 1)..... 2)..... 3)..... 4).....

¿cuántas veces al día? 1)..... 2)..... 3)..... 4).....

Internaciones/ Operaciones / Accidentes: ☐ no ☐ sí

Motivo: 1)..... 2)..... 3)..... 4).....

Año: 1)..... 2)..... 3)..... 4).....

Transfusiones de sangre: ☐ no ☐ sí, en este caso, cuándo:.....

Fecha de la última vacunación antitetánica:.....

¿Ha padecido alguna vez enfermedades de transmisión sexual?

☐ no ☐ sí, en este caso, indique cuáles:

gonorrea ☐ sífilis ☐ herpes ☐ tricomonas ☐ HIV / SIDA ☐ Clamidia ☐ HPV ☐

HÁBITOS

Tabaco: fumo ☐ nunca fumé ☐ dejé de fumar ☐ (fecha:.....)
1 atado/ día o menos ☐ 1 atado/día o más ☐

Alcohol: no bebo ☐ tomo con las comidas ☐
¿Lo ha criticado alguien porque tomaba? sí ☐ no ☐
¿Sintió alguna vez ganas de disminuir la bebida? sí ☐ no ☐
¿Se sintió alguna vez culpable porque tomaba mucho? sí ☐ no ☐
¿Toma a veces algo en la mañana para sentirse mejor? sí ☐ no ☐

Ejercicio: no hago ejercicio ☐ hago ejercicio ☐ días por semana
Tipo: caminar ☐ correr ☐ bicicleta ☐ nadar ☐ pesas ☐ gimnasia ☐

¿Usa cinturón de seguridad o casco? a veces ☐ siempre ☐ nunca ☐
¿Ha probado drogas alguna vez? ☐ no ☐ sí, en este caso, cuáles:
¿Se ha inyectado drogas alguna vez? ☐ no ☐ sí, cuáles :

Refiera brevemente cualquier **condición o enfermedad crónica** que padezca:

1).....
.....
2).....
.....
3).....
.....

Por favor, mencione cualquier **problema que actualmente** lo afecte:

.....
.....
.....
.....

¿Ha habido algún episodio de violencia entre los miembros de su familia? ☐ no ☐ sí

SECCIÓN GINECOLÓGICA

¿A qué edad comenzaron sus menstruaciones? años
Número de embarazos: Número de abortos:
¿Usa algún método anticonceptivo? ☐ no ☐ sí, en este caso, cuál:
pastillas ☐ DIU (espiral) ☐ profilácticos ☐ diafragma ☐ fechas ☐ otros ☐
¿Se ha realizado alguna vez un Papanicolaou? ☐ no ☐ sí, en este caso, indique:
Fecha del último PAP : ¿normal? ¿anormal?
¿Se ha realizado alguna vez una mamografía? ☐ no ☐ sí, en este caso, indique:
Fecha de la última : ¿normal? ¿anormal?
¿Ha padecido rubéola? ☐ sí ☐ no, en este caso, indique si se ha vacunado: ☐ no ☐ sí

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

EXAMEN FÍSICO

TA:	FC:	PESO:	TALLA:	BMI:
antecedentes gineco-obstétricos:		menarca: G P Ab	RM: método anticonceptivo:	FUM:

instructivo: ☒ significa normal. Describir el hallazgo anormal en la sección correspondiente.

piel: ☐ sin lesiones significativas
 ojos: ¿usa lentes? ☐ no ☐ sí último control:
 agudeza visual: OD: OI:
 oídos: ☐ otoscopía normal
 agudeza auditiva: OD: OI:
 dentadura: ☐ en buen estado
 pulmones: ☐ sin ruidos agregados
 corazón: ☐ ritmo regular, sin soplos
 abdomen: ☐ blando, indoloro, sin visceromegalias
 genitales externos: ☐ normales- Tanner I II III IV V
 mamas: ☐ sin nódulos-Tanner I II III IV V

hallazgos anormales

Datos adicionales del examen físico y exámenes complementarios:

PLANES INICIALES

	Interpretación del problema	Plan inicial
# 1	Plan de cuidados preventivos	
# 2		
# 3		
# 4		
# 5		
# 6		

PRIMERA CONSULTA DEL NIÑO (hasta 12 años)

Fecha:

Edad:

Fecha de nacimiento:

ANTECEDENTES NEONATALES

Parto: Edad gestacional: APGAR al minuto 5min
Ictericia: Días de internación: Caída del cordón:
TSH: Fenilcetonuria
Peso al nacer: Pc: Talla al nacer: Pc:
Perímetro cefálico: Pc: Peso de alta: Pc:
Observaciones:
.....
.....
.....

EXAMEN FÍSICO

Peso:	Perc:	Talla:	Perc:	Per. cef:	Perc:	TA:	Perc:
-------	-------	--------	-------	-----------	-------	-----	-------

instructivo: ☒ significa normal. Describir el hallazgo anormal en la sección correspondiente.

fontanela anterior :	<input type="checkbox"/>	reflejo rojo :	<input type="checkbox"/>
dentición:	<input type="checkbox"/>	paladar:	<input type="checkbox"/>
audición:	<input type="checkbox"/>	agudeza visual:	<input type="checkbox"/>
ojos:	<input type="checkbox"/>	corazón:	<input type="checkbox"/>
pulsos periféricos:	<input type="checkbox"/>	abdomen:	<input type="checkbox"/>
pulmones:	<input type="checkbox"/>	genitales externos:	<input type="checkbox"/>
ano:	<input type="checkbox"/>	hernias:	<input type="checkbox"/>
Ortolani:	<input type="checkbox"/>	locomotor:	<input type="checkbox"/>

hallazgos anormales**VACUNACIÓN**

EDAD	1 m	2 m	4 m	6 m	12 m	18 m	Ing Esc	16 años	Observaciones
BCG	O						O		
DPT							O		
Sabín		O	O	O		O	O		
Doble								O	
MMR					O		O		
Cuádruple		O	O	O		O			
Hep. B	O	O		O					
Hep. A					O				

Marcar con una cruz el casillero cuando ya fue aplicada .
Cuádruple = DPT + antiHaemophilus.

DESARROLLO MADURATIVO.

	1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	6 m	7 m	8 m	9 m	10 m	11 m	12 m	12 a 15
Seguimiento rostro	P												
Fijación ocular	P	P											
Ojos de muñeca	P	P											
End. y marcha	P	P	P										
TCA	P	P	P	P									
Prensión palmar	P	P	P	P									
Sonrisa social		P	P										
Moro	P	P	P	P									
Cabeza erecta			P	P									
Línea media				P	P								
Manos a la boca				P	P	P							
Pinza cubital					P	P							
Balbuceo			P	P	P								
Ta-ta-ma-ma					P	P	P	P					
Se sienta solo							P	P	P				
Gatea									P	P			
Camina con sostén									P	P	P	P	
Camina solo												P	P
Come solo												P	P

Control de esfínteres : mayor de 18 meses.

TCA: tónico cervical asimétrico.

P: Significa presente en ese mes.

Recordar siempre prevención de lesiones no intencionales (accidentes) de acuerdo con la edad del niño

Observaciones:.....

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS

Lactancia materna	desde el nacimiento hasta el año.
Jugo de frutas	3 a 4 meses.
Papilla	4 a 5 meses.
Yema de huevo, carne de vaca	
hígado	6 meses.
Trigo, avena, cebada y centeno	6 meses.
Pan, galletitas	6 a 8 meses.
Pollo, fideos	7 a 8 meses.
Flan, postres	7 a 8 meses.
Pescado	8 a 10 meses.
Dieta variada	al año.
Flúor	del 1er. mes al año.

CLUSTERS DIAGNÓSTICOS

MEDICINA PREVENTIVA

Control de Salud	1
Anticoncepción	154

PROB. ENDOCR., NUTRICIÓN Y METAB. (117)

Diabetes Mellitus	141-142
Obesidad y sobrepeso	21
Enfermedad de la tiroides	133
Hiperlipemias	110
Anorexia / bulimia / T.A.N.E.	115
Osteoporosis	134
Gota	156

PIEL Y TCS (118)

Micosis	66
Acné y rosácea	12
Dermatitis y eczema	16
Infección NO micótica de piel y TCS	27
Psoriasis	61
Enfermedad del cabello y folículo piloso	69
Nevos	135
Verruga viral	33
Exantemas virales (incl. herpes) y erupciones	57

ENF. INFECCIOSAS/ PARASIT. (119)

Enfermedad viral inespecífica	101
VIH-SIDA	114
Diarrea, gastroenteritis (excl. helmintiasis)	30
ETS e infecciones asociadas (excl. vaginitis)	36
Mononucleosis infecciosa y hepatitis viral	79
Ecto y endoparásitos	87

HERIDAS, EFECTOS ADVERSOS (120)

Laceraciones, contusiones y abrasiones	7
Fracturas y luxaciones (todas)	10
Quemaduras (todas)	72
Efectos adversos de medicamentos	137

TRAST. PSICOSOCIALES/ ADICCIÓN (121)

Prob. psicosociales, individuales y de familia	89
Depresión	51-52
Ansiedad, crisis de angustia (pánico)	91-92
Violencia familiar y abuso	150
Desórdenes graves de la personalidad	44
Insomnio	136
Abuso de alcohol y drogas	71
Tabaquismo	113

SIST. NERV. Y ORG. DE LOS SENTIDOS (122)

Otitis externa/ media	6
Cerumen en oído	65
Hipoacusia y acúfenos	84
Ojo rojo	38
Glaucoma	153
Cataratas	26
Síndromes vertiginosos, mareos y síncope	155
Neuropatía periférica y neuritis	48
Desórdenes convulsivos	67
Enfermedad de Parkinson, temblores	95

NEOPLASIAS

Neoplasias malignas	171-172
Neoplasias benignas y sin especificar (excl. piel)	25

ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS (123)

Anemia ferropénica y otros tipos de déficit	55
---	----

MUSCULOESQUELÉTICAS Y CONECTIVO (124)

Disten. y torceduras agudas musculoesquel.	8
Artrosis	15
Lumbalgia y cervicalgia, síndromes relac.	22

Bursitis, sinovitis y tenosinovitis	23
Artritis reumatoidea y síndromes relac.	45
Fibromialgia, mialgias, artralgias	32

APARATO CIRCULATORIO (125)

Hipertensión	41-42
Enfermedad cardíaca isquémica	131-132
Arritmias	50
Enfermedad cerebrovascular	55
Insuficiencia cardíaca congestiva	59
Trombosis venosa (excl. embolia pulmonar)	70
Venas varicosas de MMII	75
Arteriopatía periférica	138
Valvulopatía cardíaca adquirida	90

APARATO GASTROINTESTINAL (126)

Dispepsia	24
Hemorroides, alteraciones anorrectales	35
Hernias abdominales externas	46
Colon irritable	62
Colelitiasis y colecistitis	68
Enfermedad diverticular del colon	82
Constipación	106
Hemorragia digestiva alta y baja	145

APARATO GENITOURINARIO (127)

Infección de la vía urinaria (excl. uretritis)	19
Vaginitis, vulvitis, cervicitis	28
Desórdenes menstruales o metrorragia	37
Incontinencia urinaria	144
Síntomas menopáusicos	56
H.P.B y prostatitis	43
Disfunción sexual masculina	139
Displasia mamaria	63
Litiasis renal	78
Infertilidad	86
Nódulo mamario	88
Mamografía anormal	140
Hematuria	98

APARATO RESPIRATORIO (128)

Inf. aguda del tracto resp. superior (excl. faring.)	2
Faringitis	157
Inf. aguda del tracto respiratorio inferior	11
Rinitis crónica	20
Asma bronquial	291-292
Sinusitis aguda y crónica	31
EPOC	391-392
Tos	107

EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO (129)

Cuidados del embarazo, parto y puerperio	3
--	---

NIÑOS (130)

Trastornos de crecimiento y desarrollo	147
--	-----

GERIATRÍA (158)

Trastornos de memoria y demencia	143
Caídas y trastornos de la marcha	146

SIGNOS/SÍNTOMAS MAL DEF. / ESTUDIOS (116)

Cefaleas (incl. migraña)	34
Dolor abdominal (excl. dolor pelviano)	60
Dolor de pecho	73
Malestar y fatiga	105
Fiebre	148
Edema	112
Estudio anormal (laboratorio, Rx, etc.)	149
Hallazgo anormal del examen físico	151
Procesos administrativos	152