

**Principios de la Práctica Clínica. La Historia
Clínica.**

M. Durán, L. Lorente, M.A. Aller, J. Arias.

1. La Historia Clínica. Generalidades.

1.1 Concepto.

- Es una parte fundamental de la práctica médica.
- No es una técnica sencilla y para su aprendizaje se precisa de la práctica.

1.2 Características.

Ventajas:

- Nos lleva directamente al diagnóstico o nos lo facilita enormemente.
 - Diagnóstico aproximado sólo con la historia: 70% de los casos.
 - Diagnóstico aproximado con historia y exploración: 85 % de los casos.
- Nos ayuda a ganar la confianza del enfermo por lo que facilita la relación médico-enfermo y el tratamiento.

Fases:

En la **primera fase** se deja hablar al enfermo y una vez que este se ha expresado, empieza la **segunda fase** donde de manera paulatina y cautelosa, tomamos la dirección de la anamnesis.

Durante todo el proceso debemos:

- Percibir la sensación que tiene el enfermo de su enfermedad.
- Sacar los aspectos oscuros o no relatados de la enfermedad.
- Obtener datos precisos y no condicionar las respuestas del paciente.

2. Principios Generales.

- Situarse cerca del paciente respetando su espacio personal.
- Procurar dirigirse a él de frente para tener contacto visual.
- Identificarse: cargo, institución y objetivos.
- Tratar al paciente de usted, al menos en primera instancia.
- Inspirar confianza.
- Averiguar lo que le pasa y sus circunstancias.
- Preservar su intimidad y privacidad.
- Contarle lo que vamos a hacer en cada momento.
- Decirle como pensamos ayudarle.

3. Fases de la Historia Clínica.

1. Presentación. Búsqueda de comodidad.
2. Delimitar la demanda.
 - ¿Qué es lo que le pasa?
 - Apoyo narrativo.
3. Obtención de datos específicos: ¿cómo, dónde, cuándo?
4. Valorar la introspección (interno del entrevistador).
 - Comprender la visión que tiene el enfermo.
 - Comparar esta visión del paciente con la realidad.
5. Exploración Física.
6. Establecer los objetivos terapéuticos:
 - Uno abierto de acuerdo con la capacidad de introspección del enfermo.
 - Uno cerrado basado en la naturaleza de la enfermedad.
7. Tomar el control de la relación.
 - Demostrar pericia (que se es competente para resolver ese problema).
 - Ver el problema desde una perspectiva social: frecuencia, importancia, etc.
 - Comunicar que se está familiarizado y demostrar conocimientos.
 - Infundir esperanza respecto al futuro.
 - Hacer frente a las dudas. Admitir ignorancias propias.
 - Establecer el liderazgo y la capacidad para motivarle y guiarle.
 - Expresar nuestro interés por su bienestar.
 - Motivarle a cambiar.
 - Discutir con el paciente sus dificultades para aceptar el liderazgo.
- 8-. Equilibrio de papeles.
 - Según las expectativas del paciente (pasivo, experto, líder, oyente empático...) y actuar en consecuencia.
 - Establecer propuestas de acuerdo.
 - Medidas a tomar.
 - Aproximación negociada.
- 9-. Resolución.
 - Establecer los contactos próximos.
 - Toma de precauciones.
 - Despedida cordial.

4. Cualidades.

4.1 Respeto.

Es la aceptación positiva e incondicional del enfermo evitando todo tipo de juicio. Es entender al paciente. Lo opuesto es: ignorar al paciente, no explicar las cosas, no tenerle en consideración o ignorar algo incomodo o doloroso.

4.2 Sinceridad.

Es la necesidad de ser uno mismo, sin máscaras ni necesidad de esconderse. Es preciso demostrar al paciente nuestro interés a él como persona. Demostrar que también yo soy una persona y que también tengo problemas y enfermedades. Todo ello mediante la calidez, no se trata de comunicar mis problemas (que por cierto, serán probablemente muy parecidos).

4.3 Empatía.

Es la aptitud de escuchar y responder a un paciente, es decir CONECTAR. Es el nivel de comprensión, ponerse en el lugar del enfermo y ver como actuaríamos nosotros. Se trata de oír (escuchar) lo que nos cuenta y detectar

- sus miedos
- sus angustias
- sus esperanzas

para dar una respuesta a lo que nos está hablando.

4.4 Concreción.

No divagar en cosas superfluas. Ir al problema que nos compete sin despreciar toda la información que pueda darnos el paciente.

4.5 Comunicación no-Verbal.

Es preciso observar y detectar todos los elementos de la comunicación no verbal:

- paralenguaje → tipificar el lenguaje.
 - movimientos → movimientos de las extremidades y cuerpo.
 - gestos → contacto ocular para detectar gestos mínimos.
 - posición → postura, posición, actitud de brazos...
 - expresión facial → gestos característicos, rituales.
- Valorarlo de manera continua es la respuesta del paciente a nuestra actitud y es necesario, sobre todo al principio, estar muy atento.

- Comparar si esta comunicación coincide con lo que el enfermo esta diciendo de palabra.

4.6 Tiempo.

No se puede tener prisa ni el médico ni el enfermo. En caso contrario, es mejor posponer la entrevista.

Es necesario:

- Tiempo para aprender.
- Tiempo para hablar.
- Tiempo para escuchar.
- Tiempo para comprender.

4.7 Preparación.

Hay que preparar el lugar y tenemos que prepararnos nosotros. Es imprescindible que ambos médico y paciente estén cómodos y esto incluye desde la decoración del lugar (teniendo en cuenta que con frecuencia se realiza a la cabecera del enfermo) hasta la vestimenta del medico.

5. Técnicas de Ayuda.

5.1 Apoyo.

Ayudar al paciente a que inicie, continúe o amplíe su exposición:

- Escucha activa.
- Hacer manifestaciones verbales y no-verbales (ser un espejo inteligente del paciente).
- Repetir frases o palabras del enfermo.
- Pedir breves explicaciones puntuales.
- Utilizar el lenguaje del paciente.
- Respetar los silencios funcionales, no los cortantes.
- Baja reactividad a sus expresiones: es decir, procurar realizar pocas interrupciones.

5.2 Aclaración.

Ayudar al paciente a que se explique claramente:

- Especificación.
- Generalización.
- Revisión en voz alta de los síntomas relatados.
- Preguntas inductivas.
- Sondeo.

- Resumir lo elaborado hasta ese momento.
- Menú de sugerencias.

5.3 Conducción.

Ayudar al enfermo a que continúe o se dirija en una dirección determinada.

- **Continuación:** animar mediante gestos o palabras para que siga (por ejemplo, dígame algo más, qué pasó entonces, cuénteme algo más sobre ese síntoma...).
- **Hacer de eco:** repetir palabras o frases del paciente tentándolo para que siga hablando de eso (la palabra o frase repetida).
- **Redirigir:** volver al tema que nos interesa (es necesario a veces en ancianos).
- **Transiciones:** pueden ser suaves (causa implica efecto, son casi naturales) o bruscas (evitarlas todo lo posible). Siempre explicar al paciente el cambio y porque se realiza, por ejemplo al terminar la anamnesis y empezar la exploración.

6. Problemas asociados a la Historia Clínica.

6.1 Respecto al Hospital y/o los Médicos.

Se da una extraordinaria paradoja:

PARADOJAS

LA HISTORIA CLINICA ES

IMPORTANTISIMA

PERO

El **enfermo es secundario** las personas y sus molestias importan poco. Son más **importantes los datos**.

La historia es **poco científica**.
 Los datos obtenidos son muy **subjetivos**, por el filtro del enfermo, del entrevistador y del que las transcribe.
 Los únicos **datos fiables** son los obtenidos mediante **pruebas** diagnosticas.

El **tiempo consumido** es elevado, superior a los treinta minutos. Es una pérdida de tiempo, es más fácil rellenar casillas en los volantes de pruebas.

CONSECUENCIAS:
 NADIE LA QUIERE HACER
 NADIE LA LEE
 NADIE LA VALORA
 NADIE LA CORRIGE O EVALUA

Y ADEMAS

NO ES FACIL DE APRENDER

Y REQUIERE TIEMPO

6.2 Respetto a los Estudiantes.

La mayoría de los estudiantes se plantean alguna/s de estas circunstancias:

1) Consideran la historia como **una cosa superflua** (lo que perciben del ambiente) y como una obligación por la que hay que pasar. Como si fuera un examen.

2) No tengo experiencia

Claro, precisamente de eso se trata, de conseguirla. Es una dificultad que hay que superar.

3) Me entra una sensación enorme de ansiedad

Es el miedo o la timidez de enfrentarse a una persona desconocida (no se que preguntar).

Para superarlo solo hay que recordar dos cosas:

- el enfermo esta abierto a nosotros (quiere que le ayudemos)
- escuchar al paciente en vez de estar pensando en cual es la siguiente pregunta que toca.

Pero sobre todo **cambiar el centro de atención**, deja de pensar en ti y centrate en el paciente que es el que necesita ayuda.

No se suficiente patología...

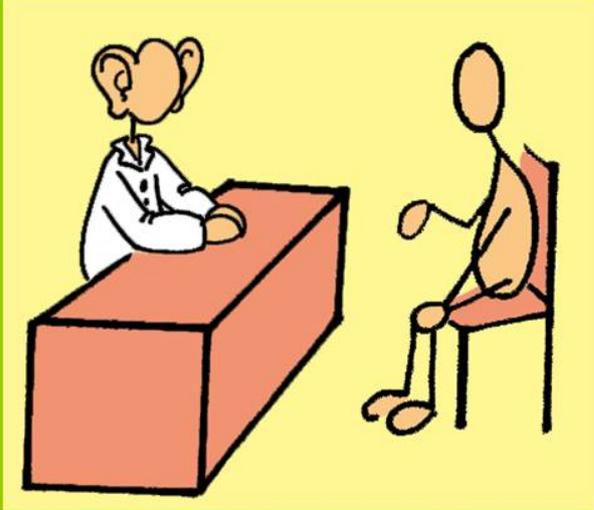
LO QUE PIENSAN LOS ESTUDIANTES



The cartoon depicts a doctor in a white coat holding a large book, looking at a patient who is struggling. The doctor's speech bubble says "Es que no lo he dado" (It's because I haven't given it). The patient's speech bubble says "Me ahogo" (I'm drowning), with a large exclamation mark above their head, indicating distress or confusion.

) No se suficiente patología o fisiopatología
El objetivo principal no es llegar al diagnóstico, eso lo hará quien sea responsable del enfermo, sino aprender a hablar con el enfermo y sobretodo aprender a escuchar. **Lo importante es el proceso**, es decir aprender a crear un ambiente de relación cómodo y escuchar-hablar de una forma útil.

No puedo hacer nada por el enfermo...

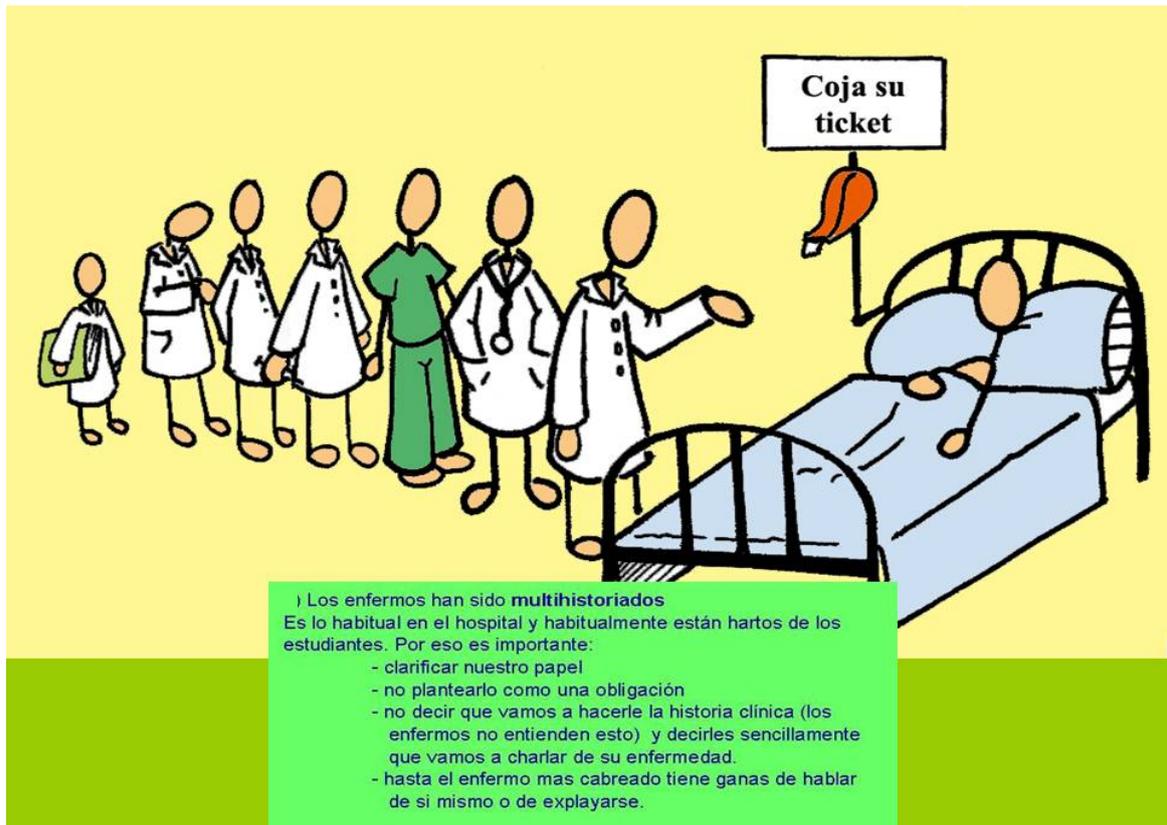


) **No puedo hacer nada por el enfermo**

Escuchar ya es una forma de tratamiento (sobre todo en los hospitales, donde todo el mundo oye pero nadie escucha). Además podemos ser útiles:

- si el paciente tiene una queja podemos transmitirla
- si tiene una duda podemos aclarársela o pedir a alguien que se la aclare
- solo escuchando con empatía, el enfermo se va a sentir mejor.

Los enfermos han sido multihistoriados (urgencias, residentes, otros estudiantes, etc.).



7. Otros Aspectos.

7.1 Relación Médico – Enfermo.

El problema de la relación medico-enfermo es definir como tiene que ser esa relación: amistad, paternalista, de iguales, subordinación, otras...

Como este aspecto puede tener muchas posibilidades y criterios, lo mas sencillo es centrarse en que para nosotros se trata de **un servicio al enfermo**, es decir nuestro objetivo es intentar ayudar en lo posible a una persona enferma.

Para poder realizar esta función es imprescindible en primer lugar **“ponerse en el lugar del paciente”** es decir, entender al enfermo:

- Entender su enfermedad, vivencias de su enfermedad y sus síntomas.
- Entender las repercusiones que tiene en su persona, a nivel familiar, social y laboral.
- Entender la distancia que hay entre lo que siente el enfermo y la realidad.

En segundo lugar es imprescindible **“estar pendiente del enfermo”** (con los cinco sentidos) en ese momento y durante toda la relación que tengamos con el.

Confianza

La base de la relación médico-enfermo es la confianza que el enfermo tiene en nosotros. El problema es que ésta **se ha remplazado por el cientificismo**, el enfermo se fía de la máquina, del medicamento o del protocolo y presta poca o ninguna atención al médico (que es el administrador de ese conocimiento). Por eso cada vez es más difícil explicar al enfermo o familiares que las cosas han ido mal o se han complicado (asumiendo las repercusiones que esta situación conlleva).

La confianza puede venir de diferentes fuentes:

- lo que el enfermo ha oído o leído de nosotros.
- puede ser personal o lo más habitual institucional (el enfermo se fía del hospital o del servicio).

En cualquier caso, esta confianza se debe de **reforzar mediante la comunicación directa**. A nivel hospitalario esta comunicación se diluye como lo hace la responsabilidad y la comunicación en general.

Es **necesario tener un buen nivel de confianza** con el enfermo, esto es especialmente útil en:

- Enfermos problemáticos.
- Enfermos con situaciones graves o complejas.
- Enfermos que se pueden complicar (¿se puede predecir esto?).
- Enfermos que necesitan apoyo terapéutico, por que las cosas no son fáciles, y se necesita una continuidad en el tratamiento, por ejemplo en oncología.
- Cirugía (ponen su vida en nuestras manos), al menos algunas veces.

Recordar que conseguir la confianza del enfermo-familiares es extremadamente difícil cuando las cosas se han empezado a torcer o aparecen las complicaciones.

7.2 Errores Frecuentes.

a) Mostrar “desorden” personal o en la consulta.

b) No tener contacto visual:

- Escribir o leer informes mientras le hablan.
- Esta situación es especialmente frecuente con el uso de la historia clínica electrónica al requerir gran cantidad de tiempo de consulta en labores
- Informáticas.

c) Interrumpir la relación:

- Hablar por teléfono.
- Interrupciones por compañeros.
- Estar ocupado en otra cosa.

d) Ser impersonal o distante:

- Usar terminología técnica.
- No dar explicaciones.

- Ignorar las preguntas del paciente.
 - Restar importancia a los problemas de forma despectiva.
- e) Mostrar hostilidad hacia el paciente:
- Forzar el hablar de temas que el enfermo no quiere.
 - Emplear muchas preguntas cerradas (como si fuera un cuestionario).
 - No prestar atención a lo que nos cuenta (se vuelve a repetir algo ya preguntado).

7.3 El Paciente Agresivo.

Es una situación compleja de manejo difícil pero como norma general nuestra actitud será de:

- No intentar “razonar” con un paciente hostil, si negociar puntos de acuerdo.
 - Echarse a un lado.
 - Buscar sus razones (interiormente).
 - Evitar razonar, ponerse a la defensiva o al contraataque.
 - Negociar.
- Contrabalanceo emocional.
 - Reconocer errores.
 - Dejarle hablar de sus tensiones y enfados.
 - Reconducir por objetivos pequeños intentando que se sienta cómodo hablando.
 - Manifestar sentimientos.

Si es preciso posponer la entrevista negociándolo con el paciente sobre todo si al inicio de esta se repiten las fases de agresividad.

8. El Proceso Paso a Paso.

8.1 Escenario.

Los sitios más habituales para la realización de la historia clínica son:

- La consulta: ideal por medios y tranquilidad.
- La habitación: no suele haber sillas y suelen estar familiares y otros enfermos.
- Urgencias: hay que estar pie y hacerla deprisa.

8.2 Recordar.

- El hospital, por principio, no es un sitio cómodo para el paciente.
- Es muy importante no mostrar prisa ni indiferencia u obligación.
- Es imprescindible que el paciente este cómodo y nosotros también.

- No invadir su espacio personal.
- Mantener su privacidad aunque solo sea visual (una cortina) y, por supuesto, pedir a familiares y visitas que salgan del escenario de la entrevista.
- Situarse a la misma altura con buen contacto visual.
- Inclinar hacia delante es signo de interés, lo opuesto es echarse hacia atrás.
- Tratarle siempre de usted, al menos en primera instancia, excepto en niños.
- Contarle siempre lo que vamos a hacer.



8.3 ¿Cómo empezar?

1. Presentarse y explicar nuestro papel.
 - **No:** “me pidieron que le haga la historia clínica”. El “pidieron” implica obligatoriedad y no se debe empezar así. No olvidemos que la mayoría de los enfermos desconocen lo que es la historia clínica.
 - **Si:** “me gustaría hablar con usted sobre su enfermedad o por qué está aquí”.
2. Preguntar los datos al enfermo.
 - Nombre y apellidos. Esto deberíamos de saberlo antes de entrar en la habitación.
 - Lugar de residencia/nacimiento.
3. Hay que “romper el hielo” hablando sobre algo suyo.

- De lo joven que parece si se trata de una persona mayor (mujer) por ejemplo.
- Su lugar de origen que “casualmente” es el sitio que visitamos este verano y es maravilloso. O cualquier otro tema corriente. Es FUNDAMENTAL establecer un puente con el enfermo.

Estar SUPERATENTO a las señales no-verbales y RESPONDER a ellas:

- con los mismos mecanismos.
- conectar con el lenguaje del paciente.

Durante esta fase el enfermo tiene que **sentirse cómodo hablando** con nosotros y esto es **fundamental e imprescindible** ya que va a marcar toda la relación.

En algún momento debemos explicarle que vamos a tomar notas (para poder escribir luego la historia). No apuntar al pie de la letra, excepto la queja principal. Sólo tomar alguna nota, ya que sino va a parecer un interrogatorio y perderemos el contacto visual.

En una fase siguiente pasaremos a preguntarle sobre el motivo por el que esta en el hospital (o donde estemos). Esto se puede hacer de manera clara dividiendo la entrevista claramente en fases, explicando siempre que se va hacer otra cosa y porque se hace. También se puede pasar de una a otra de manera imperceptible, hablando de un tema se va a otro sin que haya líneas divisorias claras, por ejemplo hablar de ¿dónde vive? – ¿echa de menos a alguien? ¿cuánto lleva aquí? ¿por qué vino?...

8.4 Enfermedad Actual

Hay que descubrir el sufrimiento (la enfermedad). Recordar que “darme un punto de apoyo y...”

La pregunta clave de la entrevista puede ser formulada de muchas maneras:

- ¿Qué es lo que le pasa?
- ¿Qué le pasa o qué le molesta?
- ¿Por qué ha venido al hospital?
- ¿Cuál es su problema o enfermedad?

Recordar:

- La razón real de la consulta no siempre es la razón aparente (miedo, vergüenza, familia...).
- En algún momento, en esta fase, nos tenemos que plantear ¿Por qué el enfermo ha venido ahora si la enfermedad es de hace meses? En urgencias esto suele ser evidente pero hay que estar seguro. Incluso se puede plantear esta pregunta al enfermo.

1. Obtener la Queja Principal.

- Utilizamos las frases expuestas.

- Hay que dejar hablar al paciente y
- Estimularle a que lo haga: asintiendo durante su exposición, señales no verbales, o añadiendo alguna pregunta amplia.
 - ¿Qué más me puede contar?
 - ¿Cómo le afecta esto?
 - ¿Cuénteme algo más de...?
- Esta fase puede durar 2-3 min.
- El paciente se expresa y nosotros apoyamos su exposición.

2. Concretar la Queja Principal.

Estrechar el rango de las preguntas:

- Cómo: características.
- Dónde: localización, se irradia, desliza o es fijo.
- Cuándo: época, ritmo, frecuencia...
- Por qué: a que lo achaca, porque le preocupa.
- Qué lo aumenta, disminuye.
- Quién: quien es el afectado y que consecuencia tiene.
- Evolución, tratamientos.

Concretar los síntomas y precisarlos procurando no dirigir la respuesta.

Usar por ejemplo preguntas opciones múltiples, el dolor es apagado u opresivo o punzante...

Esta fase suele durar 2-3 min.

El paciente habla libremente pero con nuestra dirección, vamos poco a poco tomando el control poco a poco.

3. Resolución – Resumen.

- Resumir para el enfermo lo que nos ha contado, para perfilar los cabos sueltos o para centrar el problema.
- Preguntar por otros problemas que le afecten (evitar el ya que esta aquí).

8.5 Antecedentes Personales.

Se puede hacer de muchas maneras, una de las más sencillas es recordar las siglas “AMPLIAS”.

- Alergias.
- Medicaciones.
- Patologías.
- Libaciones.
- Injurys.
- Adicciones.
- Sexuales.

1. Enfermedades previas (adulto y niño).
2. Alergias e intolerancias.
3. Medicaciones habituales e inmunizaciones.
4. Patologías actuales y tratamientos seguidos.
5. Hábitos alimentarios e higiénicos (sueño, ejercicio).

6. Accidentes sufridos, operaciones, ingresos y transfusiones.
7. Adicciones drogas, tabaco, bebida...
8. Ginecológicos, obstétricos y sexuales.

8.6 Anamnesis por Aparatos.

Preguntando por síntomas concretos de los diferentes apartados. Aquí es importante adaptar nuestro lenguaje médico al del paciente.

a) Digestivo

- Tiene buen apetito.
- Tiene mucha sed.
- Dificultad para tragar.
- Le sienta bien la comida.
- Nota ardor, dolor, pesadez.
- Tiene náuseas o vómitos.
- Nota ruidos de vientre o retortijones.
- Ritmo intestinal, como son las deposiciones.
- Ha notado bultos o hinchazones en el vientre.

b) Respiratorio

- Tiene tos: cuando, como es...
- Tiene expectoración, como son los esputos.
- Respira bien o se fatiga, ha tenido sensación de ahogo.
- Nota ruidos en el pecho al respirar.
- Dificultad al respirar.
- Siente dolor en el pecho.

c) Circulatorio

- Nota palpitaciones o taquicardias.
- Ha tenido dolor precordial, ¿dónde, cómo, cuándo?
- Se fatiga con el esfuerzo o en reposo.
- Ha tenido frialdad en las extremidades, se le hinchan las piernas.

d) Genito-Urinario

- Orina bien o con dificultad, cuantas veces, por la noche...
- Aspecto de la orina, cambios.
- Tiene dolores en los riñones.
- Ovulación-menstruación.
- Alteraciones sexuales.

e) Metabolismo

- Ha tenido fiebre, escalofríos o destemplanza.
- Ha tenido sudoración o sofocos.
- Polidipsia o polifagia.

f) Locomotor

- Dolores articulares, óseos o musculares.
- Inflamaciones o deformaciones.
- Limitaciones funcionales.
- Pérdida de fuerza.

g) Nervioso

- Se encuentra cansado o con malestar.
- Duerme y descansa bien.
- Ha tenido cefaleas, frecuencia y características.
- Tiene hormigueos o zonas de anestesia.
- Ha notado pérdida de fuerza en algún movimiento.
- Tiene temblores, calambres o convulsiones.
- Ha tenido mareos o pérdidas de conciencia.
- Tiene pérdida de visión o de audición.
- Tiene olvidos o confusiones.
- Se encuentra tranquilo, triste, angustiado.

h) General

- Astenia, anorexia.
- Ha ganado o perdido peso, ¿desde cuándo, por qué?
- Lesiones o bultos superficiales, prurito...

8.7 Antecedentes Familiares

| | | |
|-----------------|------------------------------|----------|
| Edad y sexo | | Padres |
| Enfermedades | Familiares inmediatos | Hermanos |
| Causa de muerte | | Hijos |

Ocasionalmente de abuelos y tíos.

8.8 Filiación y Aspectos Psicosociales

- Lugar de nacimiento, hechos importantes de la infancia.
- Educación.
- Trabajo: puesto, ocupación, satisfacción y expectativas.
- Ambiente: vivienda, creencias, situación familiar y económica.
- Hábitos y tiempo libre.
- Autoconcepto: visión de sí mismo, presente y futuro, sexo y matrimonio.
- Capacidad de adaptación: tensión emocional, humor habitual, reacción al estrés.

8.9 Exploración

Se expone en el siguiente capítulo.

8.10. ¿Cómo terminar?

Al finalizar la exploración nos despedimos del enfermo, le agradecemos su colaboración y le deseamos que todo evolucione bien. Una buena y saludable costumbre para el alumno, aunque ya no esté realizando prácticas en esa planta, es ir de vez en cuando a saludar al enfermo y enterarse de su evolución.

Bibliografía

1. Arias J, Aller MA., Fernández-Miranda E., Lorente L, Arias JI. “Historia Clínica” En: Propedéutica Quirúrgica. Arias J., Aller MA., Fernández-Miranda E., Arias JI., Lorente L. Ed. Tebar. Madrid, 33-50, 2004.
2. Hoppenfeld S. Exploración Física de la Columna Vertebral y las Extremidades. Ed El Manual Moderno. México, 2001.
3. Llanio R, Perdomo G. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Ed. Ciencias Médicas. Cuba. 2003.
4. Rey-Joly C. El examen clínico. Ed. Toray. Barcelona. 1-272, 2004.
5. Seidel, H. Mosby’s guide to physical examination. 3ª Ed. Mosby. St. Louis. 2003.