



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PROPUESTA DE HISTORIA CLÍNICA PARA LEVANTAR  
INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN JORNADAS DE  
SALUD DE LA DELEGACIÓN IZTACALCO.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N O   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

HUGO DAVID SÁNCHEZ MORENO

TUTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



---

## Agradecimientos

A mi madre, que es un ángel, por su inquebrantable virtud de encaminarme hacia la responsabilidad, de no darme pauta a la derrota y demostrarme que nunca es tarde para terminar, que no responde a las reglas terrenales, sino a las del corazón, incansable durante la adversidad e infinita en el amor.

A mi hermano, padre, y familia, por su apoyo incondicional en mi vida, y quienes celebran mis logros como propios, con lo que me dejan claro lo que es una familia.

A la C.D. María Concepción Ramírez Soberón, Mtra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo y a la C.D. Martha Concepción Chimal Sánchez, que transformaron la virtud de la enseñanza, y convirtieron mis defectos en virtudes, que me dieron un inigualable cobijo durante mi estancia en la facultad, por lo que sin temor a equivocarme sé, que forman parte de lo mejor académicamente, pero aun más trascendente, en los aspectos de la vida, porque si existe una familia más allá de la sangre y apellido, son ustedes.

A la Dra. Ana Silvia Peñaloza Aguilar, que me entendió de una y mil maneras, que me enseñó a sonreírle a la incertidumbre, y de quién aprendí lo que se significa forjar una verdadera amistad.

A la honorable Universidad Nacional Autónoma de México, que fué y será mi querida segunda casa, que alberga lo más valioso en el alma de cada uno de nosotros: los valores, y la esperanza de hacer un México en el que la igualdad sea una constante y no un ideal.



---

A la Facultad de Odontología, por abrirme las puertas en todo momento, por las alegrías, los desvelos y preocupaciones, pero más que nada por la bondad de los amigos, maestros y compañeros, que hoy puedo afirmar que son parte de la mejor etapa de mi vida, por el conocimiento que obtuve, hasta el final de mis días.

A Dios, que es mi guía, que siempre cuida de mí, y que junto todos ustedes, forman lo que algunos anhelan, pero que en mi vida es un hecho, la felicidad.



## ÍNDICE

Contenido	Página
INTRODUCCIÓN.....	7
1. PROPÓSITO.....	8
2. OBJETIVO.....	9
3. MARCO TEÓRICO.....	10
3.1. Antecedentes.....	10
3.2. Historia Clínica.....	19
3.3. Relación médico-paciente.....	21
3.4. Esquema general y registro de la historia clínica.....	28
3.5. Interrogatorio.....	30
3.5.1. Ficha de identificación.....	35
3.5.2. Inspección general.....	35
3.5.3. Padecimiento actual.....	39
3.5.4. Principales síntomas.....	40
3.5.5. Relato del padecimiento actual.....	40
3.5.6. Interrogatorio por aparatos y sistemas.....	41
3.5.7. Síntomas generales.....	47



---

3.5.8. Terapéutica empleada.....	47
3.6. Antecedentes o factores de riesgo.....	48
3.6.1. Antecedentes hereditarios y familiares.....	48
3.6.2. Antecedentes personales no patológicos.....	48
3.6.3. Antecedentes personales patológicos.....	49
3.6.6. Antecedentes quirúrgicos y traumáticos.....	49
3.6.5. Antecedentes inmunológicos, alérgicos, vacunaciones, transfusionales.....	50
3.6.7. Antecedentes ginecológicos y obstétricos.....	50
3.7. Examen físico... ..	50
3.7.1. Generalidades.....	51
3.7.2. Procedimientos básicos.....	51
3.7.3. Equipo e instrumentos.....	53
3.7.4. Signos vitales, estatura y peso.....	54
3.7.5. Sistema tegumentario.....	55
3.7.6. Cabeza y cuello.....	58
3.7.7. Tórax.....	64
3.7.8. Sistema osteomioarticular.....	65
3.8. Métodos auxiliares de diagnóstico.....	66
3.9. Diagnóstico.....	67



---

3.10. Pronóstico.....	68
3.11. Terapéutica.....	69
3.12. Consentimiento válidamente informado.....	69
4. DELEGACIÓN IZTACALCO.....	70
4.1. Geografía.....	70
4.2. Población.....	71
4.3. Propuesta de ficha de identificación.....	72
5. CONCLUSIONES.....	76
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77



## INTRODUCCIÓN

La historia clínica, tuvo variantes que la definieron en tiempos remotos, no obstante en la actualidad, existen normas en distintas partes del mundo que otorgan los parámetros que deben de regirla; son documentos de suma importancia, y hoy en día conforman lo que es un expediente clínico, que la mayoría de los colegas asume por cuestiones legales y de protocolo, sin embargo, estos apartados han demeritado la verdadera razón de llevarla a cabo, es por ello que la presente tesina, retoma la historia y fundamentos enfocados principalmente a su realización en el área de Odontología, sin que ello nos limite a dar propuestas, que se adapten a la conformación de una mejor atención en el ámbito del préstamo de servicios de salud, donde en muchas ocasiones no es posible dar cabida a todos los elementos necesarios para una intervención basta, debido a las condiciones de trabajo y demanda de la población.

Dentro de los fundamentos que se buscan en la adecuada elaboración de una historia clínica, son los de interpretar de manera correcta y oportuna signos y síntomas, para que, junto con el conocimiento y habilidad del profesional de la salud, deriven en un diagnóstico correcto, y por consiguiente aumenten la probabilidad de un pronóstico y tratamiento acertados.

En nuestro país, existen lineamientos respecto al ejercicio de la actividad médica desde 1986, los cuales han evolucionado a lo que en la actualidad se denomina Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, los cuales seguirán evolucionando, debido al avance del saber, y a la incorporación de la tecnología.



## 1. PROPÓSITO

En la Delegación Iztacalco se llevan a cabo Jornadas Médico-Odontológicas donde se realizan exámenes de promoción de la salud, tales como: química sanguínea, antígeno prostático, Papanicolaou, control de peso y nutricional, mastografías; así como identificación y prevención de las patologías orales de mayor frecuencia, sin embargo todos los pacientes ingresan y egresan sin existir un adecuado registro, por lo que es necesario realizar como mínimo una ficha de identificación, con número de folio, datos personales del paciente y algunos de importancia epidemiológica, para contar con una base de datos fiable , que permita obtener en forma cuantitativa los datos de cada paciente, y llevar a cabo un informe más detallado al final de cada ciclo.



## 2. OBJETIVO

Identificar la prevalencia de caries y enfermedad periodontal, a partir de la propuesta de una ficha de identificación y de un esquema epidemiológico de salud bucal, en pacientes que acuden a las jornadas Médico-Odontológicas de la delegación Iztacalco, D.F., por:

- Edad
- Sexo
- Edo. Civil
- Escolaridad
- Ocupación



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes

“Existen evidencias arqueológicas y documentales de la elaboración de notas durante el proceso de la atención médica, y de diversas observaciones surgen escritos sobre anatomía y diversas enfermedades entre los años 2000 - 3000 a. C.”<sup>1</sup>

Siendo así, que desde épocas remotas han sido importantes las implicaciones jurídicas y las sanciones de un ejercicio médico erróneo, esto está consignado en el código de Hammurabi. La importancia del registro del proceso de la atención médica es evidente y ha permitido el desarrollo de la medicina a través de las distintas épocas de la humanidad.<sup>2</sup>

La idea de codificar el trabajo médico y ajustarlo a normas establecidas, ya que si no se lograba la curación del paciente, pero el médico ha obedecido estrictamente estas reglas, el médico no se hacía acreedor a sanciones en el antiguo Egipto. Hoy en día los consejos de Esculapio permanecen con gran actualidad, lo mismo que los preceptos contenidos en el Juramento Hipocrático.<sup>2</sup>

En la invocación o plegaria de Maimónides se expresa el deseo del médico de acercarse a la divinidad para que le permita ejercer su profesión con elevadas expectativas.<sup>2</sup>

Mientras la medicina no era una ciencia la historia clínica fue superflua e innecesaria y ni siquiera se sospechó de su existencia, no fue hasta la época de Hipócrates cuando la medicina dejó de ser empírica, mágica y religiosa, para convertirse en científica y experimental; por lo que se afirma que



empezó con Hipócrates en el Corpus Hipocráticum, entre sus obras se encuentran los libros de epidemias I y III, son los que para ilustrar reunieron 42 historias clínicas.<sup>3</sup>

“Las historias hipocráticas presentaban las modificaciones de la enfermedad, las alteraciones de la physis o naturaleza producida en el paciente, sin distinguir lo subjetivo de lo objetivo, todas eran alteraciones de la physis, y los signos y síntomas tenían para el médico un valor semejante.; apenas se citó algún tratamiento y en muchos casos se dio por supuesto el conocimiento aforístico.”<sup>3</sup>

“Para la escuela hipocrática era fundamental la influencia del medio en el padecimiento”. A lo que denominaron “katástasis”, qué significa constitución, carácter o condición.<sup>3</sup>

Aristóteles propuso categorías para identificar cada problema a través de sus características: “substancia, cantidad, cualidad, relación, acción, pasión, lugar, tiempo, situación, hábitos”, para que se constituyera una base integradora de los principales síntomas, con lo cual se da cabida a lo planteado por Descartes en su Discurso del Método, cuando indica “el primero de estos preceptos consistía en no recibir como verdadero lo que con toda evidencia no reconociese como tal evitando cuidadosamente la precipitación y los prejuicios y no aceptando como cierto lo presente a mi espíritu de manera tan clara y distinta que acerca de su certeza no pudiera haber la menor duda”. Este pensamiento fue retomado tres siglos después por Weed, quien entre los años 1950 y 1970 propuso un sistema de orientación por problemas.<sup>2</sup>

“La historia clínica coincidió con un sistema filosófico, un motivo de estudio, un interés por la naturaleza”. Esto se produjo por primera vez en Grecia,



cuando los filósofos se interesaron por conocer el medio que nos rodea, la "physis" y, como un fenómeno natural, se describió la enfermedad.”<sup>3</sup>

El interés por investigar la "physis" produjo escuelas para observar, discutir y analizar todos los fenómenos naturales, la medicina griega no fue más que una consecuencia de todo ese interés.<sup>3</sup>

Algunos otros autores argumentan como antecedente primario algunos párrafos del papiro de Smith, y a las tablillas votivas en las que algunos asclepios aparecen consignados por nombre y enfermedad, sin embargo estas últimas son consideradas como prehistorias clínicas, en cambio: “las historias de Hipócrates fueron relatos minuciosos y objetivos de lo que el médico vio y observó; la historia se limitó a describir la enfermedad y, sin comentarios, se interesaba por la localización del enfermo y la época del año.”<sup>3</sup>

Por otra parte Galeno no escribió historia, probablemente no quiso que sus estudios hicieran referencias individuales, sino que fueran una tipificación general de enfermedades en las que basó su doctrina y su escuela más que en casos clínicos aislados. Ni en los bizantinos ni en los árabes se encuentran historias clínicas y aunque parezca inexplicable hasta diez siglos después se observan de nuevo estos documentos. “Durante este tiempo la medicina sin distinción de autores ni lugares vivió una influencia galénico arabista donde se produjeron evidentes progresos, pero siempre interesó más la teoría, la especulación acerca de la enfermedad y el acto terapéutico, sin considerar nunca el caso individual.”<sup>3</sup>

La historia clínica como documento básico del proceso propedéutico clínico ya se menciona en la medicina árabe del año 915 d.C., señalando la realización de 33 historias clínicas por el médico persa Rhazes.<sup>1</sup>



En los últimos siglos de la Edad Media surgió de nuevo la necesidad de escribir historias clínicas, pero no se pueden relacionar con las de la antigüedad clásica en la forma y el contenido, ni objeto.<sup>3</sup>

“Durante el siglo XII, el médico medieval salió de las aulas con gran preparación teórica, pero sin haber atendido pacientes; en éstas condiciones tuvo que iniciar su ejercicio de la medicina, lo que motivó que los médicos experimentados escribieran, para ayuda de los novatos, una serie de notas, que normaban sus acciones.” En general fueron relatos de enfermedades padecidas por los enfermos y la actitud que tuvieron con ellos, nunca correspondieron a un solo autor, sino que eran recopilaciones de casos escritos por notables médicos medievales, y se les conoce como “Consilia”. “La colección de Consilia más antigua es la que hizo Tadeo Albertini en el siglo XIII, compuesta por 107 casos y conservada en la Biblioteca Vaticana.”<sup>3</sup>

Aunque en la “Consilia” se solía referir a un caso clínico concreto, el recopilador especulaba en su comentario sobre los pros y contras de cada medicamento, los ambientes y climas más adecuados, el tipo de alimentación más conveniente, las horas precisas de sueño y vigilia, las fórmulas escritas de los medicamentos que debían administrarse con sus indicaciones de cantidad, horario y vía de administración. Todos los “Consilia” terminaban con una invocación religiosa que imploraba misericordia al “Altísimo” y salud para el paciente.<sup>3</sup>

No es posible establecer ninguna relación entre la Historia Hipocrática y ésta última, ya que corresponden a conceptos ideológicos y a propósitos muy diferentes.<sup>3</sup>

“La gran novedad renacentista en la historia clínica no fue el relato del padecimiento que se hizo más concreto, más específico y más directamente observado, sino la incorporación del hallazgo necrósico”. En la anatomía de



Vesalio se pueden encontrar historias clínicas con resultados de necropsias, descripción de datos anatomopatológicos, no obstante fueron simples hallazgos casuales, pero sirvieron para motivar la idea de investigar el aspecto morfológico de la enfermedad.<sup>3</sup>

La “Consilia” se convierte en “observatio” y este hecho obtiene durante el siglo XVII tal importancia, al pasar de treinta los libros que durante este siglo se dedicaron a recopilar historias clínicas con estudios microscópicos, de los cuales el “Sepulcretum” de Teófilo Bonet en 1679 es el más completo y extenso.<sup>3</sup>

“La observatio fue una búsqueda del órgano enfermo y de la visión directa de la enfermedad en su aspecto morfológico.”<sup>3</sup>

“Entre el siglo XVII y XVIII la escuela Vienesá señala la importancia de la recopilación de las observaciones clínicas en el curso de las enfermedades y la importancia de las exploraciones anatomopatológicas.”<sup>1</sup>

De 1830 a 1840 se produjo un nuevo suceso de enorme importancia clínica la aparición del análisis clínico. Ya se había descubierto en 1812 que en los hidrúpicos la orina coagulaba con el calor o por la presencia de ácido nítrico. Probablemente el primero que aplicó esta observación para estudiar a sus pacientes y lo usó para diagnosticar, fue Bright, y se realizó el primer examen microscópico de orina.<sup>3</sup>

“La evolución de la historia clínica durante el siglo XVIII fue importante. Desde fines del XVII hasta principios el XIX existían dos tendencias: la historia organicista morfológica y la de interés sintomático clasificador, ambas evolucionaron y progresaron para unirse y completarse.”<sup>3</sup>

A finales del siglo XVIII el antiguo concepto del “contagion animatum” se concretó con los descubrimientos de Pasteur y, sobre todo, por los de sus



seguidores: Koch, Klebs y otros, quienes aportaron un conocimiento claro del origen de muchos procesos patológicos. Naturalmente, este nuevo conocimiento propició inmediatamente otro concepto; los autores con mentalidad bacteriológica, crearon lo que se denomina escuela etiopatológica; ya no se investigó la lesión anatómica, ni el síntoma o el signo de manera primordial, sino la clasificación de enfermedades por el agente que las produce.<sup>3</sup>

Poco después se descubrieron los rayos X, por el físico alemán Wilhelm Conrad Röntgen, de la Universidad de Würzburg, el 8 de noviembre de 1895.<sup>4</sup>

“Hasta principios del siglo XIX, la historia clínica fue el producto de la percepción sensorial del médico, se describió lo visible, lo que el paciente relataba y lo que podía observarse en la necropsia. Se describían la orina, heces, esputo, los vómitos o cualquier otra secreción, pero sólo se anotaba la apariencia y cantidad de estas materias”. En este lapso la historia clínica tuvo predominio anatomoclínico. Pasada la mitad de este siglo y a consecuencia de los avances en fisiología por los trabajos de Müller, Magendia, y sobre todo los de Claudio Bernard, un nuevo concepto, consideró al síntoma como parte de un proceso fisiopatológico producido por la enfermedad.<sup>3</sup>

Esta valoración del síntoma, en su aspecto fisiopatológico, permitió descubrir otros síntomas obtenidos con métodos de exploración inventados con base en los descubrimientos fisiológicos. De los más valiosos fue la valoración de la fiebre; una determinante de la creación de termómetros de la temperatura corporal, fueron las curvas termométricas de Wunderlich que trataron, desde 1860 de clasificar enfermedades según su curso térmico. El intento, que tuvo buen éxito, en muchos casos recibió algunas críticas, pero se incorporó de



manera definitiva a la historia clínica, que pocos años después se consideraba incompleta sin este dato.<sup>3</sup>

Los análisis clínicos se ampliaron con el laboratorio, se comenzó a cuantificar glucosa y urea en la sangre; mediante el microscopio se pudieron conocer las variaciones de los glóbulos; los aparatos de registro gráfico que inventó Etienne-Jules Marey pasaron a usarse en la clínica, así apareció el esfigmograma, antecesor del electrocardiograma.<sup>3</sup>

La Bioquímica progresó sin cesar y cada paso significó un nuevo método de exploración clínica; todo ello, aunado al desarrollo constante de la cirugía, de los nuevos fármacos y la superación en las pruebas de gabinete, hicieron que el relato de la enfermedad perdiera importancia, convirtiéndolo en una pequeña parte comparada con el capítulo de la exploración, de las pruebas funcionales y por gráficas y placas radiológicas, que en conjunto constituyen un verdadero expediente, imposible de interpretar por un solo médico en la mayoría de los casos, destinado a incorporarse a la base de datos de un mismo hospital, incluso de un mismo país, y finalmente al proceso de computación de datos de todas clases con las que se pretende comprender el estado sanitario, la actividad médica, la exactitud, los porcentajes de curación, e incluso satisfacer las necesidades materiales futuras, pronosticar situaciones patológicas en la población y muchos datos más de interés evidente y de necesidad absoluta para el buen funcionamiento de la medicina.<sup>3</sup>

El deseo de guardar información hizo que los franceses crearan una historia clínica que incluyera datos del individuo desde el momento de su nacimiento, es decir, un expediente biológico de la vida del individuo, interesante por el enorme contenido y poco útil para la práctica asistencial del diario, en cambio la tendencia sanitarista de la medicina ha convertido el expediente clínico en



una breve información sobre las enfermedades previamente contraídas por el paciente.<sup>3</sup>

Durante muchos años, fueron los principios de la “Lex Artis”, la Ética Médica y la Deontología los que guiaron y normaron los procedimientos para la atención de los pacientes, así como la elaboración de los documentos de registro de dicho acto y aun cuando existieron variaciones de la presentación y orden de dichos documentos, el punto medular de los mismos, es la historia clínica, las notas de evolución, notas quirúrgicas y anestésicas y de alta, eran muy similares entre las instituciones de salud públicas y privadas de México.<sup>1</sup>

“Como consecuencia del desarrollo de la atención hospitalaria y el surgimiento de los grandes centros hospitalarios en nuestro país, a fines del siglo XIX y en el siglo XX, se instrumenta el uso sistemático del expediente clínico en el acto de la atención médica”. En este último siglo, inicia el debate sobre la obligatoriedad social y legal de justificar los actos y conductas en la medicina, ganan importancia durante el año de 1950, basándose en el Juramento Hipocrático, que influye en la conducta de los profesionales de la medicina. En 1973 aparecen “los derechos de los pacientes, hospitalizados y las obligaciones de los médicos”, emitidos por la Asociación Americana de Hospitales, en los cuales se señala el derecho a la información sobre su enfermedad o padecimiento, mejor conocido como el consentimiento informado, el cual tiene actualmente fundamento legal en México.<sup>1</sup>

“En agosto de 1986 aparece la primera norma relativa al expediente clínico en nuestro país, que fue la Norma Técnica Número 52: para la elaboración, integración, y uso del expediente clínico”. En diciembre de 1998, dicha norma fue modificada, primero en el proyecto PROY-NOM-168-SSA1-1998, y posteriormente el 30 de septiembre de 1999 en la NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, la cual se modificó en agosto de 2003.<sup>1,5</sup>



En diciembre de 2001, se presenta la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, para la cual se consultaron a 1117 instituciones representantes de la salud y la sociedad mexicana, así como antecedentes internacionales; meses más tarde, el 2 de octubre de 2002 surgió el documento definitivo, que conforma la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, ambos documentos contribuyen a que la relación médico-paciente se beneficie con la clara identificación de los derechos y obligaciones de cada una de las partes, y así mejorar la imagen de la profesión médica ante la sociedad.<sup>6,7</sup>

Finalmente el 15 de octubre de 2012, las normas oficiales anteriores, dieron lugar a la NOM-004-SSA3-2012, publicada en el Diario Oficial de la Federación vigente actualmente.<sup>8</sup>

Este registro documental se dirige a sistematizar, homogenizar y actualizar el manejo del expediente clínico, que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y de rehabilitación; se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud y en su interpretación se consideran los principios científicos y éticos que orientan a la práctica médica, atendiendo además, las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se presentaron los servicios, así como el uso de medios electrónicos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico; además contempla la intervención de las autoridades competentes en los casos de litigios o demandas judiciales, con lo que se asegura que la integración de pruebas no será alterada.<sup>1,8</sup>

“En los últimos 30 años, los conocimientos y habilidades de la medicina se han incrementado y especializado como nunca antes, y el conocimiento es



tan vasto que no puede ser dominado por un solo individuo”. También surge la tendencia de elaborar un expediente clínico integrado exclusivamente por problemas del paciente, que en el aspecto administrativo facilita su evaluación.<sup>9</sup>

La justificación de la historia clínica está en su gran significancia para el progreso de la medicina, para el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, evitarla y/o curarla.<sup>3</sup>

### 3.2. Historia clínica

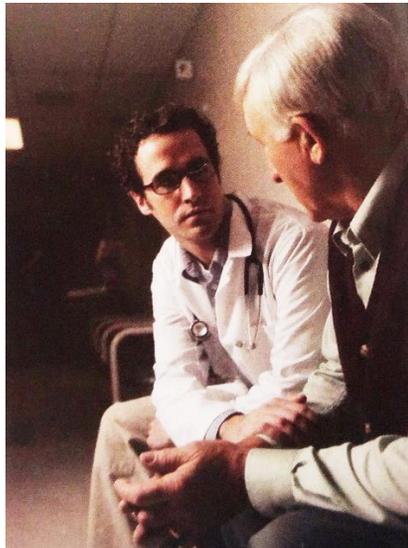
Es el documento central en el expediente clínico del enfermo, formará parte de un expediente clínico, propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos, y deberán ser conservados por un período mínimo de 5 años, a partir de la última consulta.<sup>3,8</sup>

“De su buena elaboración depende el éxito o fracaso del médico en conseguir el mayor provecho para su paciente. Es la biografía del individuo en relación a sus padecimientos físicos o mentales y por supuesto, incluye todos los datos antecedentes y actuales que puedan estar vinculados con ellos: su medio ambiente, sus hábitos, sus costumbres, sus características antropológicas, y los factores concernientes a su herencia. De su exactitud e integración dependen no sólo el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica del enfermo, sino también el conocimiento del entorno en que se desenvuelve, de su pensamiento, de sus alegrías y angustias, en fin, de todo aquello que permite al médico ayudarlo mas, y participar con mejores propuestas en las actividades de salud de la comunidad.”<sup>3</sup>

La exactitud y veracidad de los datos obtenidos, dependen no solo de la preparación profesional del médico, de los conocimientos en el área, o de su

fuerte deseo por obtenerlos, sino en gran parte de su capacidad de socializar, de su inteligencia para comprender al individuo que sufre, y de su habilidad para conseguir la información necesaria.<sup>3</sup>

“El médico debe tener paciencia, debe saber escuchar al enfermo, no solo oírlo, sino comprenderlo”. Al enfermo, la narración de ciertos aspectos íntimos de su vida puede, llenarle de ansiedad, angustia, inquietud; o por el contrario de alegría, satisfacción o tranquilidad.<sup>3</sup> Fig. 1<sup>10</sup>



*Fig. 1.* Generalidades sobre la exploración física y la anamnesis.

Por estas y otras razones, es prácticamente imposible definir una metodología específica en el método de estudio del paciente. Algunas veces conviene iniciarse con el interrogatorio y otras simultáneamente con la exploración física. En ocasiones el médico escuchará primero la información de los familiares; en otras, solo podrá practicar el examen físico y ayudarse con información de terceros.<sup>3</sup>

En las situaciones que no sea posible establecer la distribución idónea que ha de seguir el estudio clínico del enfermo, se analizarán los distintos



capítulos que lo comprenden, en un determinado orden, que estará basado en la lógica y la costumbre, éstos son: interrogatorio, exploración física y estudios complementarios.<sup>3</sup>

### 3.3. Relación médico-paciente

“La práctica de la medicina es una ciencia y también es un arte. Ambos aspectos deben combinarse y es tan importante la ciencia médica que se practica en el laboratorio, como la porción clínica o arte que toma lugar frente al paciente”, sin embargo, la forma en que el médico interactúa con sus pacientes afecta, tanto la ciencia como el arte de la medicina y constituye un factor determinante de la calidad de la atención médica.<sup>3</sup>

Todo paciente es una persona que acude a consulta con un problema de salud. El problema puede ser cualquier síntoma, signo, dato de laboratorio anormal, situación social o cualquier cosa que perturbe, modifique o ponga en peligro el estado de salud del individuo.<sup>3</sup>

Es ante esta situación, que el médico deberá primeramente identificarse con la persona, a fin de poder aprovechar sus conocimientos de la mejor manera con el paciente.<sup>3</sup>

Este aspecto humano, de la identificación de la persona que esconde cada paciente, es tan importante que no se puede pasar por alto, aun asumiendo la función del médico desde un punto de vista rigurosamente científico, puesto que el médico debe observar y registrar datos; los cuales serán analizados con el fin de llegar a conclusiones.<sup>3</sup>

La habilidad del médico de relacionarse con el paciente, cuya finalidad de observar, obtener y registrar datos verídicos, constituye la piedra angular del diagnóstico clínico, porque de ello depende la veracidad y confiabilidad de



los datos, que servirán de base para las etapas subsiguientes del procedimiento científico.<sup>3</sup>

“El proceso diagnóstico comienza invariablemente con una serie de observaciones que pueden ser verbales, físicas o de laboratorio”; por lo general, una mezcla de las tres, tratar de separarlas resultaría equívoca porque son dependientes una de otra.<sup>3</sup>

Es en la entrevista con el paciente, donde el médico debe realizar una historia clínica confiable, ya que es el procedimiento clínico más sofisticado que existe y es una técnica investigativa extraordinaria: en pocas ocasiones la investigación biológica y el material observado “hablan”, y la obtención de información por este proceso verbal es tan compleja, que no puede aprenderse a través de otro medio.<sup>3</sup>

Percibir las necesidades del paciente, de ser tolerante a la idiosincrasia de su percepción de fe, esperanza, caridad, amor y otros elementos del espíritu y de las emociones humanas, es lo que genera propiedades de cuidado, compasión y simpatía, que aunque muchas veces son referidas simplemente como “buena relación médico-paciente”, son los aspectos más importantes y fundamentales de un buen médico clínico.<sup>3</sup> *Fig.2*<sup>10</sup>

“Los atributos humanos van más allá de las dimensiones medibles de su estructura morfológica o de su función...”; éstas pueden ser observadas, definidas, catalogadas y enumeradas científicamente cuando son determinadas por el único instrumento capaz de hacerlo, por ser lo suficientemente sagaz, versátil, perceptivo y adaptable para examinar al hombre desde ésta perspectiva: el observador humano. Este observador debe ser preparado y educado para llevar a cabo su labor de manera eficiente, desde los primeros años de estudio, en ningún momento, los conocimientos científicos de la medicina deberán opacar la importancia de

los del “arte” dentro de la formación académica de los estudiantes, con la esperanza de que más tarde con la práctica y experiencia, podrán ser suplidas las deficiencias resultantes. “Es importante recordar que los buenos o malos hábitos clínicos se establecen temprano en la carrera y los estudios de post-grado no están designados a remediar las deficiencias en habilidades clínicas básicas”.<sup>3</sup>

Es elemental comprender, que si la medicina clínica fracasa en demostrar aspectos científicos de su área, el error se debe a que los clínicos desprecian o ignoran el potencial científico de las habilidades y destrezas clínicas.<sup>3</sup>



*Fig.2. Técnicas para una entrevista cualificada.*

A estas alturas, es indispensable intentar definir mejor y determinar ¿Qué? y ¿Cuáles? son las habilidades clínicas fundamentales; las cuales difícilmente serán reemplazadas por la tecnología, puesto que proveen los medios para la interacción humana, que es el corazón de la atención médica y la fuente de información en la que se basan muchas decisiones.<sup>3</sup>



En términos generales, se puede decir que estas habilidades consisten en:<sup>3</sup>

- 1- Relacionarse con el paciente creando un ambiente de confianza.
- 2- Recolectar y registrar información útil para la identificación y solución de los problemas del paciente.
- 3- Identificar y registrar de forma fiel, clara y específica los problemas del paciente.
- 4- Proponer y llevar a cabo planes encaminados a la solución de los problemas.

No es trabajo fácil, identificar de manera correcta cada una de las habilidades específicas dentro de los componentes mencionados, y se han realizado muchos esfuerzos serios por psicólogos y por médicos especializados en la ciencia de la conducta, con el fin de definir las y clasificarlas concretamente. De entre las clasificaciones, la presentada por Byrning y Long en 1975, en la que destacan áreas generales, de las cuales interesan de forma especial las que se refieren a la habilidad de recolectar información, identificándose los siguientes cinco puntos:<sup>3</sup>

- 1- Toma de historia (interrogatorio).
- 2- Examen físico.
- 3- El uso de investigaciones o procedimientos.
- 4- Registro de la información.
- 5- Interpretación de la información.

Anderson y Day presentan la siguiente clasificación de las habilidades específicas comprendidas en el interrogatorio:<sup>3</sup>

- a) Alcanzar la relación con el paciente.
- b) Conseguir máxima comprensión entre paciente y médico.
- c) Obtener información esencial.



- d) Entrevistar lógicamente.
- e) Adquirir la habilidad de interrumpir.
- f) Adquirir la habilidad de escuchar.
- g) Reconocer claves no verbales.
- h) Interpretar adecuadamente la entrevista.

Es de resaltar, que estos autores incluyen en su lista de habilidades clínicas la interpretación de la información, que define la base del razonamiento clínico como una de las habilidades primordiales para el interrogatorio y recolección de datos.<sup>3</sup>

“Este razonamiento clínico constituye una habilidad indispensable a todos niveles del proceso de atención médica”.<sup>3</sup>

Esta clasificación puede tomarse como punto de partida para el establecimiento de uno de los puntos generales de la propedéutica: “Establecer una buena relación con los pacientes con el fin de recolectar la mayor cantidad de datos útiles en el mejor tiempo posible y con el mínimo de molestias para el paciente”.<sup>3</sup>

Este objetivo por sí solo, es mucho más ambicioso de lo que se pudiera pensar después de una consideración superficial, puesto que implica tanto el dominio de ciertas habilidades y destrezas, así como el desarrollo de actitudes que ejercerán una influencia dinámica y positiva, sobre la respuesta individual de los pacientes y de las situaciones con las cuales se relacionan. Se puede afirmar que este objetivo es básico para una buena atención médica y que requiere, además de conocimiento médico, una serie de actitudes que reflejan un interés genuino hacia el paciente.<sup>3</sup>

La adquisición y desarrollo gradual de estas habilidades es de suma importancia, ya que son percibidas por el paciente, y se reflejan, tanto en la



opinión personal que se forma el paciente acerca del médico, como en su actitud hacia las prescripciones y recomendaciones del mismo.<sup>3</sup>

“Las actitudes básicas de compasión o cortesía, se reflejan claramente en las acciones del médico mientras demuestra sus habilidades en comunicación con su paciente y mientras lo examina”.<sup>3</sup>

El médico debe obtener la confianza del paciente, para que éste ofrezca una historia veraz y completa como sea posible, y además, coopere con los planes de tratamiento y cuidado futuro. “Como un observador de seres humanos y de reacciones humanas, el clínico puede beneficiarse de cualquier divisa inanimada que mejore su agudeza sensorial; pero debe reconocer que él es un aparato único, talentoso y efectivo para percibir las propiedades que distinguen a las personas de los animales y de todos los otros objetos de investigación. Para progresar el arte y la ciencia del examen clínico, el equipo que un clínico necesita mejorar, es él mismo”.<sup>3</sup>

Morgan y Engel, al analizar la relación médico-enfermo realizan las siguientes aseveraciones:<sup>3</sup>

”La naturaleza de las relaciones entre un médico dado y su enfermo dependen más de las circunstancias que rodean la enfermedad, que de las características personales del médico y del enfermo y de las experiencias anteriores de cada uno”.

En lo que respecta al estudiante de medicina, es imprescindible mencionar el análisis que los autores hacen de los factores que influyen en su comportamiento frente al paciente:<sup>3</sup>

- Inseguridad en su nuevo papel de médico.
- Juventud e inexperiencia.
- Las actitudes personales y problemas psicológicos.

Conseguir y mantener la confianza del paciente, debe ser el objetivo primordial de toda relación médico-paciente. Podrá ser difícil para el estudiante de medicina el enfrentarse a sus primeros pacientes; sin embargo, cuando la enfermedad convierte a una persona en paciente, ésta tendrá que haber reconocido su dependencia y necesidad de ayuda antes de acudir al médico.<sup>3</sup>

Por el simple hecho de escoger a determinado médico, el paciente está exhibiendo un grado incipiente de confianza, que puede surgir de aspectos tan subjetivos como recomendaciones de conocidos que fueron atendidos por tal médico; a partir de este momento, está en las manos del profesional el destruir o cultivar esta confianza.<sup>3</sup>

“Son los minutos iniciales de la entrevista los que generalmente marcan el rumbo de la relación médico-paciente”. En ellos, el paciente regularmente es el que estudia y observa al médico, su comportamiento y el ambiente en que éste trabaja. Por lo general el paciente tiene una idea pre-establecida del médico, y la comunicación mejorará en la medida en que el médico o estudiante de medicina se adecúen más al concepto “ideal”, que de él tiene el paciente.<sup>3</sup> Fig.3<sup>3</sup>

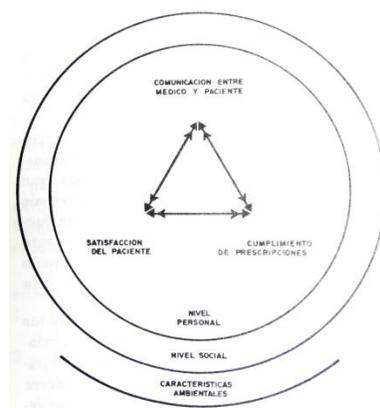


Fig.3. Modelo conceptual de la interacción médico-paciente.



### 3.4. Esquema general y registro de la historia clínica

Se debe tener presente que en Latinoamérica el estudio clínico del enfermo sigue ocupando un lugar preponderante sobre la utilización de exámenes auxiliares de laboratorio y gabinete, debido principalmente por el costo, viabilidad, y concentración principalmente en las grandes urbes.<sup>3</sup>

“La historia clínica debe llenar ciertos requisitos para hacerla práctica, útil y actual. Uno de ellos es el de tomar en cuenta los padecimientos frecuentes del medio”. Deben ser consideradas siempre las circunstancias, ya sean favorables o no, pero que tengan relación con el padecimiento actual, o bien con el área en que se desarrolla la enfermedad.<sup>3</sup>.

“A la medicina preventiva se le ha reconocido un papel de importancia insospechada”; la inmunización adquiere mayor importancia, ya que cada día se descubren y aplican nuevas vacunas y el conocimiento de la genética se ha desarrollado exponencialmente en las últimas décadas.<sup>3</sup>

La historia clínica debe comprender un interrogatorio de datos, tanto próximos como remotos, con preguntas generales que orienten o detecten algún padecimiento, e identificado un problema, se realizarán preguntas dirigidas tanto en antecedentes como en el aparato o sistema que pudiera resultar comprometido, y los datos mínimos pero completos de la exploración somática general, que den idea del terreno en que se desarrolla un padecimiento y la descripción precisa y clara de las alteraciones físicas encontradas. Algunos datos no deben preguntarse por lo difícil o complicado de la respuesta, como los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en familiares.<sup>3</sup> *Fig.4*<sup>10</sup>

El lenguaje debe condicionarse al propio de la medicina, familiarizarse y adaptarse con el lenguaje y modismos de la gente, y solo en el caso que el



vocabulario científico no alcanzara a definir un significado, lo relatado por el paciente se anotará entre comillas.<sup>3</sup>

“El estilo concebirá una historia precisa, clara y fácil de comprender, ya sea para un auditorio o para el lector que la consulta, y debe estar relatada, como si éste fuera el propio explorador o interrogador”.<sup>3</sup>

Dependiendo del momento clínico y en beneficio de la calidad del documento, la extensión quedará a criterio del médico, y la técnica de redacción se adaptará de acuerdo con las finalidades de una historia clínica, considerando:<sup>3</sup>

- a) Para conocimiento del paciente, de la evolución del padecimiento, pronóstico y curación.
- b) Como registro de consulta personal.
- c) Como registro hospitalario.
- d) Para fines estadísticos.
- e) Para aplicación de sistemas de evaluación del expediente clínico.
- f) Para material de publicación.

“Se deben valorar las tres formas posibles de un esquema-formato de Historia Clínica General, pues cada especialidad requerirá de determinados datos en particular”:<sup>3</sup>

1. En forma de capítulos con su correspondiente espacio en blanco.
2. En forma de capítulos con distintos incisos a interrogar o explorar, que sirven de recordatorio al médico que la elabora.
3. Formato resumido en:
  - a) Ficha de identificación.
  - b) Antecedentes.

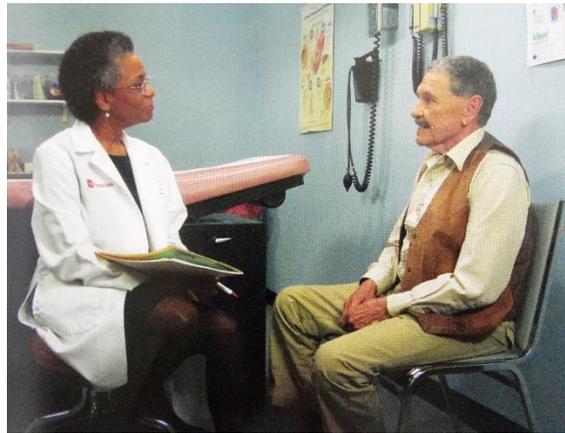
- c) Padecimiento actual.
- d) Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- e) Exploración somática.



*Fig.4.* Entrevista e historia de salud.

### 3.5 Interrogatorio

También llamado anamnesis, es trascendente porque nos informa de datos subjetivos que solo pueden ser obtenidos mediante la entrevista con el paciente; tiene valor diagnóstico y terapéutico, pues este diálogo entre paciente y médico crea una relación con influencia recíproca. El médico tiene la oportunidad de dar los primeros pasos hacia el razonamiento clínico y la obtención de datos de la inspección general, ambos generadores de hipótesis, y el paciente encuentra en esta conversación un apoyo que puede ser el único.<sup>2</sup> *Fig.5*<sup>10</sup>



*Fig.5.Secuencia de la entrevista.*

La imposibilidad de realizar el interrogatorio directo, como es el caso de pacientes en coma, con trastornos mentales o algún otro impedimento físico o psíquico, obligan a que se realice indirectamente con las personas allegadas al paciente.<sup>2</sup>

Sin embargo, no deja de ser una conversación entre dos personas, por lo que si algo no parece del todo bien, por lo general existe una razón.<sup>2</sup>

El interrogatorio es sin duda la parte más difícil de la metodología de la historia clínica, es un arte sujeto a las siguientes reglas:<sup>2</sup>

1. Debe realizarse en un sitio adecuado, en un ambiente de comodidad para el paciente, así como para el médico, en condiciones de temperatura, iluminación, ventilación y tranquilidad, que faciliten la conversación con la cual debe iniciarse la relación médico-paciente. Se debe contar con la asistencia de un familiar, médico o enfermera que auxilien en la práctica de la historia clínica, salvo en condiciones especiales en las que por urgencia, no se pueda contar con ellos para ayudar a colocar al paciente en posiciones adecuadas para su exploración, quitarse la ropa, sostener



algún instrumento, o simplemente para completar algunos datos que el enfermo sea incapaz de proporcionar.

2. Después de un breve relato del padecimiento, el médico se orienta al aparato o sistema afectado, captando los síntomas o signos relevantes, con los que tratará de integrar o descubrir la presunción de un síndrome. Para ello, fijará las características del síntoma o signo relatado por el enfermo, o encontrado por el médico, con plena identificación del mismo, registrando por escrito estos datos, y buscando sus relaciones con otros signos, síntomas o partes de la historia clínica en el mismo padecimiento actual, en los antecedentes, e incluso en la exploración física o bien en otros aparatos y sistemas, con el fin de complementar el dato interrogado, que se pueda anotar cuando menos en forma provisional mientras se estructura el padecimiento actual.
3. La pregunta debe ser directa, no debe sugerir respuestas, para obtener una contestación positiva, directa e inequívoca.
4. La pregunta debe ser corta, para obtener una respuesta concreta, debe abarcar un solo problema, con el fin de que la respuesta sea sobre el tema interrogado. Se pueden alternar con breves relatos del paciente, que van formando el marco histórico del padecimiento actual, y el clínico irá moderando la exposición del enfermo.
5. El interrogado debe tener confianza para responder libremente y no debe sentirse presionado o coaccionado.
6. La actitud del médico, desde su tono de voz hasta su lenguaje corporal, deben ser de comprensión, cordialidad, pero no familiaridad, pues esta relación médico-paciente debe mantenerse en un plano de respeto mutuo.
7. Evitar repeticiones, puesto que no ayudan a un diagnóstico certero, ya que solo absorben tiempo y dan la impresión de inseguridad.



8. Se reitera que los datos recogidos deben ser plenamente identificados. El médico tiene la obligación de que los términos técnicos que utilice, sean explicados de tal manera que tengan el mismo significado para ambas partes.
9. Los datos que se obtengan deben ser congruentes. Si falta ésta, deberá indagarse en donde está el error; estar consciente de que podrán existir discrepancias que aclarar, con la necesidad de estudiar el problema y conseguir documentación veraz que apoye la investigación.
10. El médico debe de hacer un interrogatorio que manifieste su sinceridad e interés por saber que le pasa al paciente, como primer paso para ayudarlo a recuperar su salud, involucrándolo en este proceso de atención médica.
11. No se deben asumir todas las respuestas de forma literal (en su mayoría monosílabos), en ocasiones es necesario cuantificarlas.
12. Recordar que los datos obtenidos pueden cambiar de acuerdo a la persona que se interroga, aun siendo la misma; la variación se presenta de acuerdo al factor tiempo, promoviendo que la respuesta pueda cambiar si el paciente es interrogado en momentos diferentes, de ahí que la evaluación de estas circunstancias sea importante para obtener datos bien definidos.
13. Cuando se ha terminado el interrogatorio del padecimiento actual, se está en condiciones de esbozar los episodios de su historia, con la identificación de los síntomas, signos o síndromes predominantes que caracterizarán a dichas etapas.

En los encuentros iniciales, resulta complicado realizar las preguntas correctas, y clasificar la información en las categorías adecuadas, pero con el tiempo el médico desarrollará un estilo propio de entrevista, que ayudará con la integración adecuada de los datos.<sup>2</sup>



Las partes de la historia clínica tienen cierta independencia, cada una posee una identidad, justificación de su existencia, objetivo y partes que la integran, manteniendo entre ellas la unidad, una secuencia lógica que confiere a la historia coherencia, equilibrio, armonía entre sus partes, de tal forma que no existan contradicciones que conduzcan a juicios equívocos.<sup>2</sup>

Es importante no consignar las deducciones como evidencia; de momento lo más importante es la evidencia; por ello se insiste en que se deben identificar los datos que se obtengan durante la elaboración de la historia clínica, para que a partir de ellos pueda realizarse el diagnóstico.<sup>2</sup>

Los datos que se vayan obteniendo deben insertarse en el apartado que les corresponda; de esta manera la historia clínica se enriquece al modificar su contenido, y si surgen hipótesis, se anotan y provisionalmente se van tomando en cuenta, hasta que al final permitan integrar síndromes, pero siempre bajo el principio de identificación, del síntoma al signo y de ambos al síndrome.<sup>2</sup>

En el interrogatorio, es conveniente que se esté convencido de que todos los datos deben identificarse y registrarse. Es precisamente la identificación la que concede seguridad a los hechos observados, como asevera Jiménez Díaz en: “el secreto de la mayor parte de los diagnósticos está en que sean muy firmes las bases en que se apoyan...Un diagnóstico se basa en muy pocos datos, muy pocos, a condición de que sean seguros”.<sup>2</sup>

Los datos que se capturan, formarán el inicio de la lista de problemas plenamente reconocidos, y ofrecerán la panorámica de las dolencias del enfermo, considerando su orden de aparición.<sup>2</sup>



### 3.5.1. Ficha de identificación

La historia clínica comienza en el momento en que el médico establece su relación con el paciente, de tal manera que al saludarlo, obtiene simultáneamente los primeros datos de la ficha de identificación, del “habitus” exterior o inspección general, y de las impresiones iniciales del enfermo, como edad aparente, facies, fonación, actitud, complexión, movimientos anormales, marcha; al mismo tiempo se pueden o no generar hipótesis, que se irán completando en el curso de la elaboración de la historia clínica.<sup>2</sup>

En la ficha de identificación se anotarán: nombre del paciente, edad, sexo, lugar de origen, lugar de residencia, domicilio, teléfono, ocupación, escolaridad, tutor; también el sitio donde es estudiado el enfermo (hospital, dependencia, sala, pabellón, cama, institución), la religión y raza, internamientos previos en otros nosocomios y diagnósticos médicos, histológicos, operatorios, radiológicos, endoscópicos u otros; número de expediente, nombre de quien autorizó el estudio, internamiento y elaboración de la historia clínica, fecha y hora de elaboración, médico tratante, dirección, teléfono o institución que refiere al paciente; finalmente anotar fecha, hora y nombre del médico que ha supervisado la elaboración de la historia clínica.<sup>2</sup>

### 3.5.2. Inspección general

Con la inspección general hay mayores posibilidades de confirmar las hipótesis generadas a partir de la ficha de identificación.<sup>2</sup>

Aquí, se registran datos del entorno del paciente, actitud que ofrece él y/o sus familiares, así como la edad aparente y su relación con la secuencia de eventos elaborada en la ficha de identificación.<sup>2</sup>



Convencionalmente, se han considerado como parte de la inspección general las observaciones sobre sexo, edad aparente, facies, constitución, conformación, complexión, actitud, movimientos anormales, estado de la conciencia y marcha.<sup>2</sup>

La componen:<sup>2</sup>

Facies. El aspecto del rostro del paciente forma parte de la evaluación de su edad aparente, la existencia de arrugas, disminución del panículo adiposo, laxitud de la piel, canas, calvicie, carencia de piezas dentales, falta de vivacidad, voz cascada o temblorosa, temblores seniles, conformación encorvada, son datos a considerar para catalogar al paciente con edad mayor de la que tiene.

Las facies pueden o no ser características; entre éstas están la leonina, parkinsoniana, acromegálica, hipotiroidea, hipertiroidea, mofletuda, caquética, con hipertrofia parotídea; la cara con rasgos fijos, de máscara, de la enfermedad de Parkinson.

En la observación de la cara tienen importancia los aspectos dinámicos de los movimientos, simetría, inmovilidad, contracciones, inexpressión. Se divide la cara en tres partes, por líneas horizontales, en las que sobresale la frente en los cerebrales, la nariz en los respiratorios atléticos, la boca y el mentón en los que predomina el comer. Se ha reiterado la gran expresividad de la cara para revelar estados de ánimo, desde la alegría a la melancolía, desaliento, depresión, ira, odio, vergüenza, etc., y son una guía para comprender el estado emocional del enfermo. Se ha dicho que el rostro es el “espejo del alma”.

Al estudio de los aspectos de la cara, por las repercusiones de la enfermedad, se le ha llamado patognomonía o prosoposcopia.



Constitución. Comprende los aspectos de biotipos, con el intento de representar la “arquitectura corpórea y carácter” según la escuela de Kretschmer, tenemos los siguientes patrones: normolíneo, brevilíneo y longilíneo, así como su proyección caracterológica de normal, ciclotímico y esquizoide. De la complexión, se debe recordar la trascendencia que pueda tener el observar a un sujeto normal, adelgazado o débil, así como robusto, pícnico o atlético. En la conformación, se determinará si el sujeto está íntegro, normal, deforme o no está íntegro por falta de algún segmento corporal.

Actitudes. Se pueden clasificar como: instintiva, forzada, libremente escogida, pasiva, indiferente, agresiva, defensiva, sumisa.

Se puede catalogar como actitud libremente escogida, si es la voluntad del paciente la que impera; forzada, por alguna extremidad enyesada, vendaje, sondas, etc. La posición de pie, sedente o decúbito implican la participación compleja del sistema nervioso, óseo, articular, muscular, de la vista y del oído; debe observarse si esto provoca dolor, malestar o existe dificultad para realizar los movimientos.

Movimientos anormales, coordinación, equilibrio. Tienen orígenes distintos; los temblores son movimientos musculares oscilatorios que van de uno a otro lado del eje, generalizados o localizados, de intensidad variable, se producen en serie y sucesión, van de temblores del escalofrío que precede a la fiebre, temblores de sujetos seniles, por intoxicaciones exógenas (alcoholismo, tabaquismo, saturnismo), o endógenas (tiroxicosis). Se pueden producir cuando se realizan movimientos intencionales (esclerosis múltiple) o sin que haya esta movilidad voluntaria (reposo, Parkinson), así mismo cuando se realiza alguna actividad.



Marcha. Debe ser con una dirección rectilínea; una de las extremidades inferiores es de apoyo y la otra de avance; el miembro de apoyo tiene una posición firme, con una ligera flexión, debe permanecer seguro, sin temblores, con la fuerza necesaria para sostener al individuo, mientras el miembro de avance se va moviendo simultáneamente, pero en sentido opuesto al de apoyo, de manera firme, coordinada, con suficiente fuerza y el equilibrio adecuado de cada uno de los segmentos del cuerpo. Apreciar la longitud de los pasos; se debe poner atención en como se inicia, realiza y finaliza la marcha, para lo cual participan el cerebro, cerebelo, médula espinal, nervios periféricos, músculos, huesos, articulaciones, piel, tejidos subcutáneos, vísceras, ojos, oídos.

Se debe observar desde distintos ángulos, de cerca y de lejos, por delante y por detrás, a los lados, como se detiene y como pasa de una modalidad a otra. Observar los movimientos de la cabeza, cuello, tronco, cintura, hombros, balanceo de los miembros superiores e inferiores, etc.

Estado de la conciencia. Observar las condiciones generales del paciente, si responde a las preguntas o indicaciones del médico, si sus respuestas son congruentes o difíciles de obtener.

Entorno. Es de suma importancia evaluar el medio del paciente, como lo son las personas que lo rodean, su actitud; tipo de cama, colchón, ropa, muebles, alfombra, etc.

La combinación de estas estrategias es lo que puede proporcionar la mejor metodología.<sup>2</sup>



### 3.5.3. Padecimiento actual

Una corta exposición del paciente sobre su padecimiento, a manera de lenguaje coloquial que el médico deberá anotar, servirá de base para iniciar la selección de los principales síntomas, ligada o no a datos de inspección general de la ficha de identificación, de informes previos de familiares, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales e instituciones. La estructura de los principales síntomas establecen en forma inicial las etapas de este padecimiento actual, que se va enriqueciendo a medida que avanza el interrogatorio y que continúa en la exploración física, evaluándolos para considerarlos como hipótesis y no pasen inadvertidos. Los principales síntomas integran de forma inicial las etapas del padecimiento actual.<sup>2</sup>

Los signos o síntomas que se van detectando están sujetos a un análisis, en primer lugar para identificarlos; el siguiente paso en el estudio del dato obtenido, es investigar sus características, después asociarlo con otros e intentar integrar el síndrome, cuyo conocimiento es necesario para realizar un interrogatorio con orientación fisiopatológica.<sup>2</sup>

Este dato o datos son el germen de lo que será la historia clínica, cuyo desarrollo exige cierta metodología que el médico deberá dominar a través de las asociaciones que van surgiendo de acuerdo a los conocimientos y experiencia, al mismo que efectúa su evaluación para darle su categoría de síntomas principales, que no son otra cosa que los problemas activos del paciente, los cuales se evaluarán según su importancia, ya que pueden ser una amenaza para la vida o constituir eslabones trascendentes en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Una vez etiquetados como principales se ordenan según su aparición, es decir cronológicamente. De una u otra forma es el punto de partida de las hipótesis iniciales, pero siempre a partir de datos que no ofrezcan duda.<sup>2</sup>



#### 3.5.4. Principales síntomas

Los síntomas principales deben ser identificados plenamente, a pesar de todas las limitaciones que pueda tener el interrogatorio. Puede ser necesario en el curso de la elaboración de la historia clínica regresar reiteradamente a los principales síntomas, para que se registren con los valores semiológicos y diagnósticos que le correspondan, incluso cuando la HC se considera “terminada”, pues siempre se debe tener la mente abierta a nuevos datos que la mejoren y enriquezcan.<sup>2,12</sup>

Son el primer renglón del padecimiento actual; ninguna redacción podrá ser válida si el primer renglón del padecimiento actual no registra los síntomas principales. No se debe esperar que surjan a las primeras preguntas o impresiones, y es posible que sea necesario reestructurarlos al terminar la HC.<sup>2</sup>

Estos síntomas tienen el calificativo de principales, porque efectivamente poseen todas las características para alcanzar esta categoría.<sup>2</sup>

#### 3.5.5. Relato del Padecimiento Actual

Está conformado por la narración cronológica de los síntomas principales, es recomendable que de ser posible la cronología lleve fecha, día, mes y año, y si el padecimiento es agudo agregar la hora.<sup>2</sup>

Los síntomas son subjetivos, solo los percibe el paciente, pero el médico es quien debe de interpretarlos.<sup>2</sup>

El padecimiento actual implica conocerlo, para fijar sus etapas y establecer el curso natural del mismo, destacando en cada una de ellas los datos significativos o representativos para conformar el diagnóstico.<sup>2</sup>



No perder de vista que al paciente se le tiene que estudiar como unidad biopsicosocial.<sup>2</sup>

### 3.5.6. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Obliga a tener presente las manifestaciones de dolor en cada uno de ellos, de acuerdo a las alteraciones fisiopatológicas, y que el médico debe conocer su origen y evolución, así como los tecnicismos empleados para designarlas en:<sup>2</sup>

#### Aparato digestivo

Se cuestiona sobre náuseas (sensación o deseo de vomitar), vómito (expulsión a través de la boca del contenido gástrico siempre precedido de náuseas), hematemesis (vómito de sangre negra o marrón oscuro), odinofagia (dolor al deglutir), regurgitación (expulsión del contenido gástrico a través de la boca involuntariamente, sin estar precedido de náuseas), disfagia (sensación dolorosa al pasar los alimentos a través del esófago), dispepsia (digestión imperfecta o dolorosa caracterizada por molestias abdominales, ardor, eructos, náuseas, vómitos y pérdida del apetito), pirosis, agruras, etc.<sup>11</sup>

#### Aparato cardiorrespiratorio

Indagar sobre los síntomas más importantes como tos, expectoración, disnea, hemoptisis, cianosis, dolor torácico. Otros síntomas relacionados son los trastornos de la fonación, sibilancia, edema, diaforesis, lipotimia, síncope,



dolor precordial con relación a esfuerzos, palpitaciones regulares o irregulares, taquicardia, anemia y alteraciones vasomotoras periféricas referidas por el paciente.<sup>11</sup>

Es importante registrar: forma de aparición, intensidad, evolución (mejor, peor o igual) y frecuencia en todos estos síntomas.<sup>11</sup>

### Aparato urinario

En cuanto a la orina es importante su aspecto, comenzando por el color, olor; algunas vitaminas u alimentos alteran el olor normal de la orina, lo mismo que la fenilcetonuria; frecuencia y volumen de la orina, así como calibre o fuerza del chorro de la misma.<sup>11</sup>

También es importante la presencia de piuria, hematuria y secreciones, incontinencia e infecciones urinarias.<sup>11</sup>

### Aparato genital

#### Masculino

Se debe preguntar por la presencia de hernias, masas testiculares, hemorragias genitales, secreciones o úlceras en el pene, dolor testicular, prurito en genitales, así como cualquier enfermedad de transmisión sexual y su tratamiento. También cuestionar sobre la vida sexual, libido, impotencia, priapismo entre otras.<sup>11</sup>

#### Femenino

Debatir sobre la menarca (edad de primera menstruación), amenorrea (ausencia de la menstruación); en cuanto a las características de la



menstruación, si es normal: eumenorrea (menstruación normal), oligomenorrea (ciclos menstruales poco frecuentes o escasos), metrorragia, dismenorrea (menstruación difícil y dolorosa), menorragia (hemorragia anormalmente intensa o prolongada), ciclo menstrual (tiempo, duración, cantidad y periodicidad de los mismos), menopausia, dispareunia, sinusorragia, entre otros.<sup>11</sup>

### Sistema endócrino

Caída de vello o pelo, ginecomastia, atrofia mamaria, atrofia testicular, crecimiento tiroideo, taquicardia, hirsutismo, virilización, acromegalia, enanismo, obesidad, etc.<sup>2</sup>

### Sistema nervioso

Es sumamente complejo, debe realizarse meticulosamente considerando todos los detalles, e incluyendo otros aspectos que previamente se han interrogado, las alteraciones más comunes son:<sup>12</sup>

Cefalea, convulsiones, somnolencia, depresión, cambios de carácter, fobias, trastornos de memoria, temblores, falta de coordinación, alteraciones del lenguaje, vértigo, etc.<sup>12</sup>

### Sistema músculo - esquelético

Cuestionar por síntomas como: artralgia, artritis, edema, limitación a los movimientos, temblor, parálisis, parestesias, trastornos de la marcha, dolor en las extremidades.<sup>12</sup>



En el caso de las molestias articulares, deben caracterizarse por señalar si existe dolor, aumento de volumen, dificultad en la movilidad y predominio nocturno, esto último orienta hacia un problema reumatológico.<sup>12</sup>

La rigidez articular es un síntoma que el paciente puede indicar, en especial si se presenta por las mañanas, síntoma que orienta hacia el diagnóstico de artritis reumatoide; otro síntoma es la debilidad, que es la impotencia funcional de una articulación.<sup>12</sup>

Se debe cuestionar acerca de lesiones en la piel, cambio de coloración, traumatismo (en sospecha de fracturas).<sup>12</sup>

### Sistema oftalmológico

Indagar sobre los principales síntomas del globo ocular como lo son: el dolor, secreciones, ardor, prurito, agudeza visual, fotofobia, diplopía, enrojecimiento y pérdida de la visión.<sup>12</sup>

La visión lejana confusa es relacionada principalmente con miopía, cataratas nucleares y la diabetes; la visión próxima confusa es común con grandes dosis de ciclopéjicos, también en la acomodación anormal y presbicia, pero principalmente en la hipermetropía. La pérdida súbita o paulatina de la visión de un ojo está relacionada con la obstrucción de la vena central, neuritis óptica, iritis agudo, neuritis retrobulbar y glaucoma agudo.<sup>12</sup>



## Sistema otorrinolaringológico

### Oídos

Se profundiza en la presencia de otalgia (con o sin hipoacusia), cambios en la agudeza auditiva, y si ésta fue súbita o gradual; si ha sufrido lesiones en la oreja, prurito, infección, tinnitus, otorrea, secreciones, en las cuales es importante indagar el tipo (sangre, pus, líquido cefalorraquídeo), lo cual resulta vital en el diagnóstico de una fractura en la base del cráneo; se debe precisar cantidad, color y olor. <sup>12</sup>

El oído juega un papel primordial ante la presencia de vértigos, y se debe hacer un diagnóstico diferencial con los mareos.<sup>12</sup>

### Nariz

Se puede encontrar: rinorrea, epistaxis, traumatismo y obstrucción nasal; la nariz también puede tener alteraciones traumáticas. <sup>12</sup>

Los huesos de la nariz se rompen más frecuentemente que otros huesos de la cara, la membrana mucosa que cubre la nariz, suele desgarrarse causando una hemorragia.<sup>12</sup>

Las úlceras y los agujeros (perforaciones) del tabique nasal, pueden estar causados por una cirugía, o una irritación repetida como la que se produce al limpiarse la nariz, las infecciones como la tuberculosis y la sífilis, así como el consumo de cocaína aspirada por la misma.<sup>12</sup>

Las personas que presentan pequeñas perforaciones en el tabique pueden emitir un sonido similar a un silbido mientras respiran.<sup>12</sup>

## Sistema estomatognático y garganta

Se debe interrogar por úlceras (*Fig.6*<sup>13</sup>), vesículas. Sobre las úlceras, es importante profundizar en la evolución, pues las úlceras recurrentes en la lengua, a menudo suelen ser una lesión pre-cancerosa.<sup>12</sup>



*Fig.6.*Úlceras orales recurrentes.

## Región facial y cuello

Se debe cuestionar sobre: dolor, edema, adenopatías, limitación de movimientos, masas tumorales, aumento de vasos, ya sean venosos o arteriales.<sup>12</sup>

La dificultad en el movimiento del cuello, puede indicar tortícolis; si existe algún cambio en la forma se puede pensar en escoliosis. Con respecto a las masas en el cuello se debe preguntar específicamente en qué zonas del cuello se encuentran, ya que ayudan a un futuro diagnóstico.<sup>12</sup>

Con respecto a las pulsaciones a nivel del cuello, pueden ser arteriales o venosas, pero habitualmente son visibles las segundas. Las causas más frecuentes de ingurgitación yugular son: insuficiencia cardiaca derecha, tumores del mediastino anterior y superior, derrames pericárdicos y pericarditis constrictiva.<sup>12</sup>



## Cavidad oral

Se pueden encontrar: glosodinia (dolor en la lengua), glositis (inflamación lingual), macroglosia (lengua grande), anquiloglosia, disgeusia (disminución del gusto), halitosis, sialorrea, gingivitis, odontalgia, dentición, prótesis, odinofagia, disfagia.<sup>12</sup>

## Garganta

Ardor, dolor faríngeo, faringitis, disfonía, afonía; la disfonía crónica está estrechamente relacionada con nódulos en la cuerda vocal (lo cual es benigno, causado por abuso de la voz) y con cáncer laríngeo, común en el fumador.<sup>12</sup>

### 3.5.7. Síntomas generales

Se les considera generales porque precisamente afectan al individuo de cabeza a pies, como anorexia, adelgazamiento, anemia, fiebre; no tienen especificidad, sin embargo son trascendentes porque repercuten en todo el organismo; el médico tiene la obligación de desarrollar su pensamiento más allá de estas evidencias, en su búsqueda de la enfermedad en aparatos y sistemas que conduzcan al diagnóstico.<sup>2</sup>

### 3.5.8. Terapéutica empleada

Útil de interrogar, tanto si se respondió favorablemente como negativamente a los tratamientos administrados, así como efectos secundarios, tóxicos o de sensibilidad; revisar las recetas que tenga el enfermo.<sup>2</sup>



### 3.6. Antecedentes o factores de riesgo

El interrogatorio de antecedentes implica la búsqueda de los factores de riesgo que condicionan el padecimiento actual, entendido como el conjunto de problemas activos del paciente. Es posterior a la obtención de datos del padecimiento actual, ya que de su conocimiento deriva la investigación de los factores de riesgo, y no debe de ser un interrogatorio estereotipado, debe enfocarse en encontrar el origen del padecimiento actual; se pueden obtener datos que pudieran ser de importancia epidemiológica.<sup>2</sup>

#### 3.6.1. Antecedentes hereditarios y familiares

Tiene por objeto recopilar datos de tipo hereditario, congénito, familiar y de predisposición familiar. Averiguar si los padres, hijos, abuelos, tíos del paciente, sufren de algún padecimiento que sea similar o igual al del enfermo, para establecer una relación genética. En cuanto a la consanguinidad, averiguar si existen alteraciones del mismo aparato o sistema en los familiares.<sup>2</sup>

#### 3.6.2. Antecedentes personales no patológicos (APNP)

El objeto de esta sección es investigar la calidad de vida del paciente, sus hábitos, interrogando sobre la vivienda, alimentación, higiene, inmunizaciones, actividad física.<sup>12</sup>

Integran en la historia clínica la alimentación, el tabaquismo, adicciones, entre otros; en este apartado es importante conocer la duración de hábitos y costumbres.<sup>12</sup>



### 3.6.3. Antecedentes personales patológicos

Son todos aquellos datos de interés, asociados de manera directa o indirecta al desarrollo y padecimiento de una patología sufrida con anterioridad, que pueda influir en el desarrollo de la HC para llegar al diagnóstico del actual cuadro clínico.<sup>12</sup>

Esta parte de la HC comprende:

1. Las explicaciones detalladas de cada una de las enfermedades que ha padecido.
2. Las hospitalizaciones y la causa de ellas.
3. El desglose de todos los medicamentos que utiliza de manera habitual.
4. Cada de una de ellas debe ser explicada claramente, incluyendo fechas lo más exacta posibles, y apegándose a medida de las posibilidades a su cronología.
5. Si en el desarrollo del padecimiento actual se mencionó una patología crónica, padecida por el paciente, es en esta sección en donde se debe profundizar sobre el diagnóstico.

### 3.6.4. Antecedentes quirúrgicos y traumáticos

Se señalan todas las cirugías que se le hayan practicado al paciente, ya sea mediante hospitalización o llevadas a cabo de manera ambulatoria. Se explican las razones por las que se realizaron, las complicaciones y resultados de la misma.<sup>12</sup>

Se incluyen desde extracciones de quistes que no hayan requerido hospitalización, procedimientos de drenaje de abscesos, y hasta cirugías que hayan requerido largas estadías en el hospital.<sup>12</sup>



También se señalarán todos los accidentes de importancia, como caídas y accidentes automovilísticos, o de cualquier otra índole que hubiesen causado algún daño pasajero o permanente en el paciente.<sup>12</sup>

Es importante hacer hincapié en traumas craneoencefálicos, detallando la sintomatología presentada posterior a éste, y se debe señalar como se trataron las heridas resultantes.<sup>12</sup>

### 3.6.5. Antecedentes alérgicos y transfusionales

Las alergias pueden explicar el cuadro actual que presenta el paciente, pero lo más relevante es que pueden establecer el manejo que se le dará a la enfermedad, ya sea de una alergia medicamentada o las sustancias necesarias para realizar algún procedimiento.<sup>12</sup>

Además se describirán todas las transfusiones hechas al paciente. Se debe destacar la razón por la que se realizó, así como el lugar donde se llevó a cabo, puesto que brindará información acerca de patologías previas.<sup>12</sup>

### 3.6.6. Antecedentes ginecológicos y obstétricos

Se cuestiona sobre el inicio de actividad sexual, menarca, ritmo, embarazos, toxemias, enfermedades de transmisión sexual métodos anticonceptivos, menopausia, etc.<sup>14</sup>

## 3.7. Examen físico (EF)

Es una de las partes principales del caso clínico, "...se define como el examen del cuerpo para comprobar los signos generales de enfermedad".<sup>12</sup>



Un buen examen físico ayuda a determinar no sólo la condición actual del paciente, sino posibles complicaciones, y dictamina en gran porcentaje el diagnóstico del mismo.<sup>12</sup>

Es importante mencionar que en la presentación o publicación de un caso clínico, el examen físico debe estar enfocado a la patología del paciente, y sólo se debe mencionar las partes del examen físico involucradas.<sup>12</sup>

### 3.7.1. Generalidades

Precedido y orientado por el interrogatorio: permite dirigir el examen al órgano o región donde se ubica la lesión. Sólo basta la anamnesis para establecer una hipótesis diagnóstica.<sup>12</sup>

Metódico: ir de lo general a lo particular (segmentario).<sup>12</sup>

### 3.7.2. Procedimientos Básicos

Al momento del examen, el médico se colocará frente al paciente cuando éste se encuentre de pie o sentado; se colocará al lado derecho si está acostado, cuando el explorador es diestro, y al lado contrario si es zurdo. Asimismo, debe colocarse de espalda a la luz para facilitar la visualización.<sup>12</sup>

Se basan en la utilización de los sentidos, y se dividen en:<sup>12</sup>

#### Inspección

Empieza con la observación del paciente desde el momento en que entra. Se observan características como:<sup>12</sup>



- Forma de caminar del paciente.
- Posición.
- Expresión facial y gestos.
- Color de la piel.
- Localización, tamaño y límites de alteraciones como cambios de coloración, aumentos de volumen, etc.

## Palpación

Sentir mediante el tacto:<sup>12</sup>

- Se debe hacer con pulpejos de los dedos en forma suave. Sintiendo distintas texturas.
- -Se debe emplear la mano desnuda (sin guantes), excepto cuando exista riesgo de contaminación.
- Puede ser bimanual o monomanual; cuando se introduce uno o más dedos en orificios corporales se conoce como tacto.

## Percusión

Consiste en la apreciación de fenómenos acústicos o respuestas corporales que se generan al golpear la superficie del cuerpo. Se puede realizar con las manos (dedos) o con instrumentos como el martillo de reflejos.<sup>12</sup>

## Auscultación

Consiste en la apreciación con la audición de los fenómenos acústicos producidos en diferentes partes del cuerpo, especialmente en la actividad cardiovascular, entrada-salida de aire, y tránsito por el tubo digestivo.<sup>12</sup>



## Olfacción

Consiste en la percepción olfatoria de la presencia de olores característicos, que pudiesen aportar claves para el diagnóstico de patologías específicas.<sup>12</sup>

### 3.7.3. Equipo e instrumentos

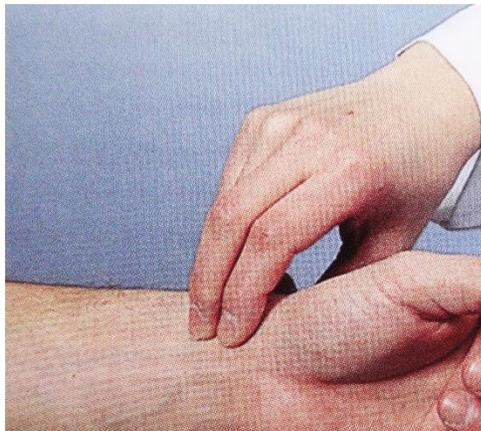
Para realizar una exploración física adecuada y que cumpla sus objetivos, es necesario, además de dominar la técnica y enfoque necesario, constar de equipo apropiado. Los instrumentos que forman parte del equipo necesario para el examen físico general son:<sup>12</sup>

- Estetoscopio: auscultación.
- Esfingomanómetro: valoración de la presión arterial.
- Oftalmoscopio: examen del fondo de ojo.
- Linterna (luz blanca): valoración de la cavidad oral, reflejos oculares, etc.
- Cartilla de Rosenbaum: valoración de la agudeza visual.
- Otoscopio: examen del conducto auditivo externo y membrana timpánica.
- Diapasón: empleado el estudio de la función auditiva y la sensibilidad a la vibración.
  - Generalmente se usan de 512 o 1024 Hz.
- Martillo de reflejos: evaluación de los reflejos osteotendinosos.
- Cinta métrica: medición del perímetro abdominal, cefálico, etc.
- Además de los arriba listados, existen instrumentos que son necesarios para un examen más exhaustivo de las diferentes regiones, órganos y funciones.

### 3.7.4. Signos vitales, estatura, peso y temperatura corporal

Son medidas objetivas que nos ayudan a evaluar las funciones corporales más básicas; son datos que no deben faltar en un buen examen físico:<sup>12</sup>

- Presión arterial (*Fig.7<sup>10</sup>*).
- Frecuencia cardíaca y pulso (*Fig.8<sup>10</sup>*).
- Frecuencia respiratoria.
- Temperatura corporal.



*Fig.7.*Frecuencia y ritmo cardíacos.



*Fig.8.*Presión arterial.



### 3.7.5. Sistema tegumentario (piel, pelo y uñas)

#### Piel

Para un examen minucioso de la piel se debe desnudar al enfermo, respetando, sin embargo, los mandatos del pudor, y evitando algún evento adverso, especialmente si se trata de una mujer, en la que solo lo haremos parcialmente y con la mayor delicadeza.<sup>12</sup>

Si no se cuenta con una bata de examen o reconocimiento (bata hasta por encima de las rodillas, sin mangas, cerrada por delante y abierta atrás, con tiras de tela para abrochar a nivel del cuello, espalda y cintura), la persona puede quedarse en ropa interior y taparse con una sábana, toalla o tela apropiada.<sup>15</sup>

Cuando la persona examinada es joven y del sexo opuesto, es recomendable hacerse acompañar por otro personal de la salud; si el sujeto deambula o el examen se realiza en consulta externa, generalmente se examina primero la piel de las partes expuestas (extremidades, cabeza, cuello, espalda y tórax masculino) con la persona sentada, y posteriormente el resto, descubriendo por partes el área a examinar con la persona acostada.<sup>15</sup>

En esta sección solo se detallarán los hallazgos normales, las anormalidades serán estudiadas en la de propedéutica clínica.<sup>15</sup>

#### Color y pigmentación

La coloración normal de la piel varía según las diferentes razas, edades y regiones del cuerpo. También se tendrán en cuenta las variaciones estacionales y ocupacionales.<sup>15</sup>



Asimismo, existen variaciones normales de la coloración de la piel de ciertas partes del cuerpo, en particular en la cara, extremidades, genitales y partes expuestas a los roces, o a la intemperie (cintura, antebrazos).<sup>15</sup>

### Palpación de la piel

Debe ser superficial y ligera, formando pequeños pliegues entre el pulgar y el índice o demás dedos de la mano.<sup>15</sup>

- Humedad
  - La piel normal generalmente es seca al tacto, pero la humedad puede acumularse en los pliegues cutáneos.
- Temperatura
  - La piel normotérmica es tibia al tacto; las temperaturas frías, pueden ser también normales si la frialdad se acompaña de una piel seca. El descenso de la temperatura se observa en la vasoconstricción, tanto fisiológica como durante el frío.
- Textura y grosor
  - La piel no expuesta es lisa, mientras que la expuesta puede ser rugosa.
- Turgencia y movilidad
  - La piel normal tiene una turgencia elástica y rápidamente vuelve a su forma original, cuando se presiona entre el pulgar y el índice. Cuando hay deshidratación celular la piel tiene pobre turgencia; es lenta para recobrar su forma original.

## Pelo

Se explora por medio de la inspección y la palpación, tratando de establecer las variaciones, tanto en estado normal como patológico, que puedan presentar sus características, que son:<sup>15</sup>

- Cantidad.
- Distribución.
- Implantación.
- Calidad, que se traducen en: aspecto, color, largo, espesor, resistencia y estado trófico en general.

## Uñas

En ellas se debe estudiar su forma, aspecto, resistencia, crecimiento y color, que pueden presentar alteraciones en las más diversas enfermedades internas, particularmente en las de orden metabólico, infeccioso, neurovegetativo.<sup>15</sup> Fig.9<sup>10</sup>

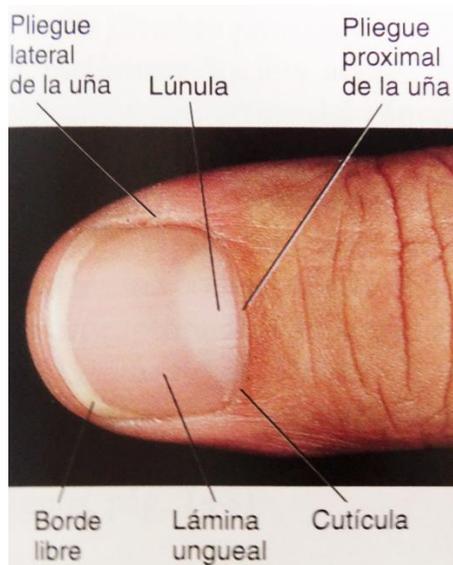


Fig.9.La piel, el pelo y las uñas.



El estado de la fanera, particularmente de los cabellos, tiene una gran importancia semiológica, puesto que en condiciones normales, ella refleja en gran parte la forma (en intensidad y ritmo), en que se cumplen las diversas etapas del desarrollo, que está regido por el funcionamiento del sistema endócrino.<sup>15</sup>

### 3.7.6. Cabeza y Cuello

#### Cráneo<sup>12</sup>

- Debe ser evaluado en cuanto a su tamaño (normocéfalo, microcéfalo, macrocéfalo), forma (braquicéfalo, dolicocéfalo) y simetría.
- Se debe palpar el cráneo en busca de depresiones o elevaciones.
- En niños se mide el perímetro craneano.
- Se debe palpar el área temporal para detectar cualquier engrosamiento o sensibilidad de las arterias temporales, los cuales pudieran estar asociadas a arteritis temporal.
- Evaluar la articulación temporomandibular.

#### Cuero cabelludo<sup>12</sup>

- Se explora observando la inserción del cabello y la presencia de lesiones, parásitos, alopecia, zonas sensibles al tacto, etc. Importante también es notar y registrar las características del cabello en cuanto a distribución, textura, etc. *Fig.10*<sup>10</sup>



*Fig. 10. Alopecia areata.*

## Cara<sup>12</sup>

- Se examinan los diferentes rasgos de la cara como son: las cejas, párpados, nariz, pliegues nasolabiales, pliegues de la frente, etc.; se evalúa la simetría, aumento de volumen, movimientos involuntarios y presencia de lesiones. Cuando se encuentra asimetría facial, verificar si compromete sólo la porción inferior o superior.
- Evaluar y registrar áreas dolorosas a la palpación.

## Ojos<sup>12</sup>

- En cuanto a los ojos se encuentran aspectos importantes a evaluar como la agudeza visual, campo visual, características de las conjuntivas y escleras, córnea, pupila, cristalino, movimientos extraoculares, fondo de ojo (retina, papila, vasos retinianos). Se evalúa el tamaño (exoftalmos, enoftalmos) y la tensión del globo ocular, así como el uso de anteojos.
- Se deben observar y anotar las características y anomalías encontradas en las estructuras visibles del ojo como: la conjuntiva bulbar



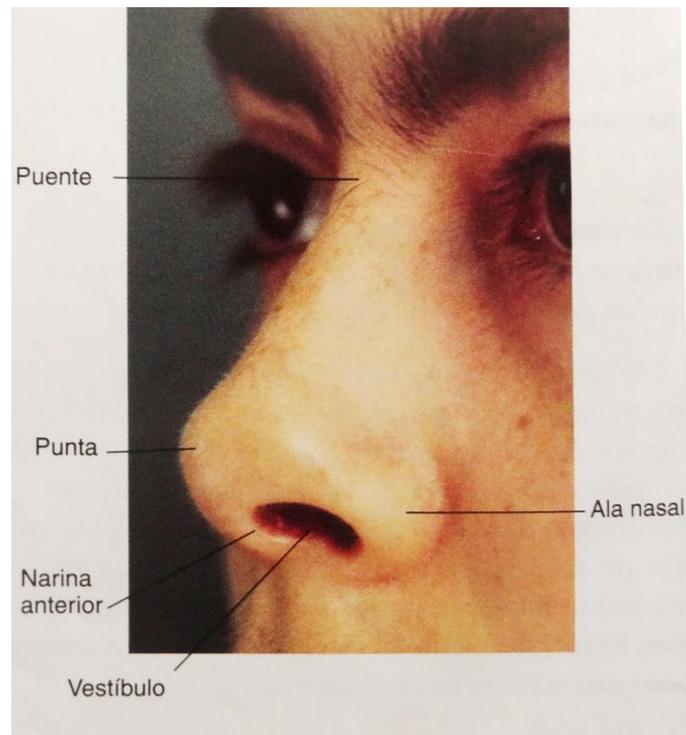
y palpebral (edema, hiperemia, etc.), esclerótica (ictericia, zonas irregulares, etc.), córnea (abrasiones, opacidades, etc.), iris (coloboma), pupila (tamaño, forma y simetría), aparato lagrimal y cristalino.

- Se evalúa también la función ocular en cuanto a:
  - a) Agudeza visual: se examina con y sin anteojos (de usarlos), empleando la cartilla de Snellen o de Rosenbaum.
  - b) Campo visual: campimetría por confrontación, y detectar hemianopsias, cuadrantanopsias, escotomas, amaurosis, etc.

### Nariz y Senos paranasales

Se debe examinar la nariz en cuanto a su tamaño, forma, simetría, posición del tabique nasal, mucosa nasal, permeabilidad, olfato. Anotar y registrar la presencia de deformidades, sensibilidad, cuerpos extraños, secreciones, aleteo nasal, lesiones.<sup>12</sup>

Las estructuras internas se exploran con la ayuda de una fuente de luz (como un otoscopio), y en ocasiones con un espéculo nasal.<sup>12</sup> *Fig. 11*<sup>10</sup>



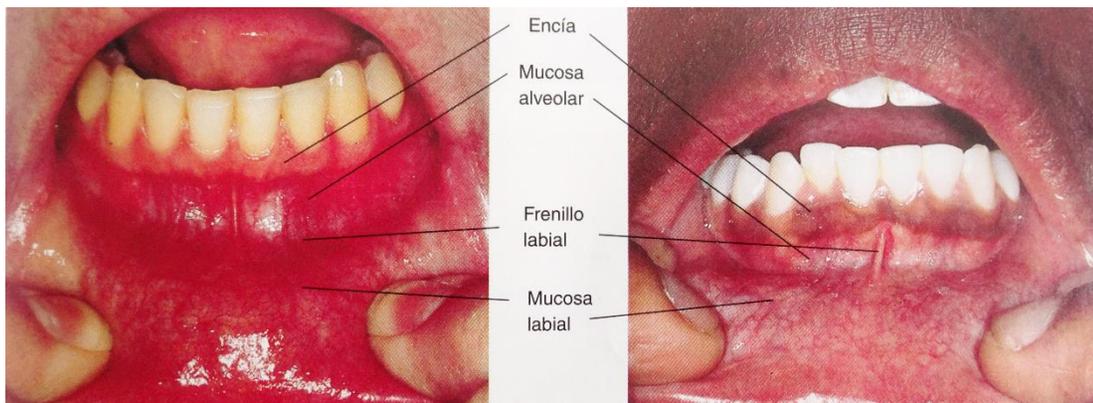
*Fig.11.*La nariz y los senos paranasales.

## Aparato Estomatognático

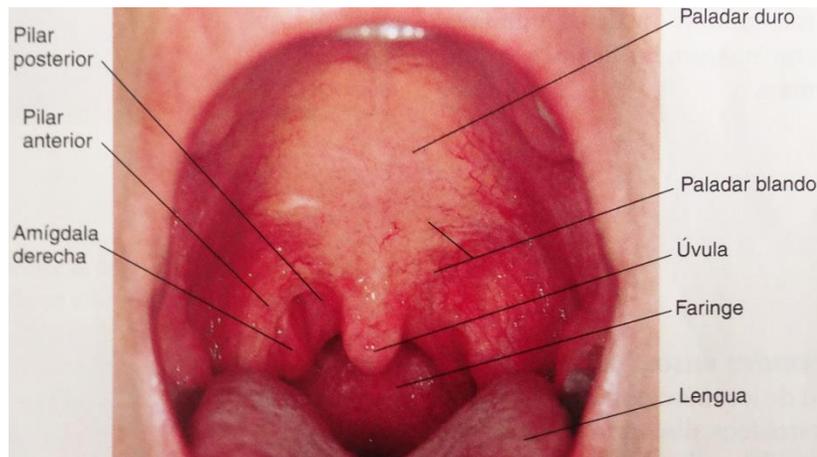
En la cavidad oral se exploran: <sup>12</sup>

- a) Estructuras externas - labios, comisuras labiales.
- b) Estructuras internas - encías, dentadura, lengua (volumen, movilidad, color, humedad, lesiones, simetría), paladar duro y blando, faringe y amígdalas (hiperemia, pus).

Observar la salivación, higiene, gusto, masticación, deglución y la presencia de halitosis, caries dentales, úlceras y otras lesiones. <sup>12</sup> *Fig.12*<sup>10</sup>, <sup>13</sup><sup>10</sup>



*Fig. 12.*La boca y la faringe.



*Fig. 13.*La boca y la faringe.

## Oídos

Explorar el pabellón auricular por implantación, deformidades, lesiones cutáneas, posición, inflamación, secreciones, entre otras.<sup>12</sup>

Para observar el conducto auditivo externo (CAE) y oído medio, se tracciona el pabellón auricular en sentido posterosuperior y alejándolo de la cabeza, y

se utiliza el otoscopio. Observar por hiperemia, secreciones, cuerpos extraños, cerumen, etc.<sup>12</sup>

Dolor a la movilización del pabellón sugiere otitis externa. Se palpa además la región mastoidea buscando sensibilidad la cual sugiere otitis media.<sup>12</sup>

*Fig. 14*<sup>10</sup>



*Fig. 14.*El oído.

## Cuello

Al examinar el cuello se debe observar a su simetría, alineación de la tráquea, presencia de masas o cicatrices, ingurgitación yugular, prominencia de las arterias carótidas.<sup>12</sup>

Palpar el pulso carotideo, los movimientos de los cartílagos tiroides y cricoides, el hueso hioides al tragar, la glándula tiroides (tamaño, forma, lóbulos, consistencia, sensibilidad, nódulos).<sup>12</sup>

Cada explorador tiene una técnica de preferencia para la palpación del cuello, pero se sugiere hacerla con el paciente sentado, y el explorador situado por detrás y posteriormente por delante.<sup>12</sup>



## Examen de los ganglios de la cabeza y el cuello

Es una parte muy importante del examen regional, que con frecuencia se pasa por alto.<sup>12</sup>

Los ganglios de la cabeza y el cuello están distribuidos por grupos ganglionares, de los cuales los más importantes son:<sup>12</sup>

- Preauriculares: delante del trago de la oreja.
- Retroauriculares: sobre la apófisis mastoides.
- Occipitales: en la base del cráneo.
- Tonsilares o amigdalinos: en el ángulo de la mandíbula.
- Submaxilares: a media distancia entre el ángulo de la mandíbula y el mentón.
- Submentonianos: en la línea media detrás del mentón.
- Cadena cervical superficial: sobre el esternocleidomastoideo.
- Cadena cervical posterior: en el borde anterior del trapecio.
- Cadena cervical profunda: embebida en el esternocleidomastoideo.
- Supraclaviculares: en el ángulo entre el esternocleidomastoideo y la clavícula.

La descripción de los ganglios linfáticos palpables se hace en términos de localización, tamaño, forma, consistencia, movilidad y sensibilidad.<sup>12</sup>

### 3.7.7. Tórax

Se debe evaluar el tórax en su aspecto anterior así como el posterior. Se examina su forma, simetría, color, prominencias óseas, sensibilidad, masas, ruidos pulmonares, ruidos cardiacos, frémitos, lesiones, deformidades (tórax en tonel, excavatum, carinatum, etc.), cicatrices y movilidad (expansión,

simetría, uso musculatura accesoria, retracción o abombamiento de espacios intercostales).<sup>12</sup>

### 3.7.8. Sistema Osteomioarticular

Debe explorarse en términos de su simetría y alineación, facilidad y amplitud de los movimientos, masa y tono muscular, fuerza muscular, características de las zonas articulares (estabilidad, signos inflamatorios), y la presencia de dolor, crepitación o deformidades. Se hace mediante la inspección, palpación y empleo de maniobras específicas por zona. El examen se hace por regiones:<sup>12</sup>

- a) Articulación temporomandibular: rango de movimientos, palpación del espacio articular (chasquidos, dolor), fuerza de los músculos temporales. *Fig. 15*<sup>10</sup>



*Fig. 15.*V nervio craneal: trigémino.



### 3.8. Métodos auxiliares de diagnóstico

Son aquellos exámenes de los que el médico se puede servir para apoyar o descartar el diagnóstico, que reportan el comportamiento de parámetros específicos del organismo (cuantitativamente la mayoría de las veces), o el estado del mismo mediante su apreciación sensorial (principalmente visual).<sup>15</sup>

Entre los métodos auxiliares de diagnóstico se tienen:<sup>16</sup>

- a) Exámenes de gabinete
- b) Son aquellos que no necesitan ningún tipo de secreción del cuerpo, es decir son estudios de imagen (ultrasonido, radiografía, tomografías, resonancia magnética), en los cuales se puede observar directamente cualquier órgano para ver la existencia de alteraciones.
- c) Exámenes de laboratorio
- d) Son necesarios algún tipo de secreción, ya sea orina o sangre; algunos son:
  - Biometría hemática
  - Es un conteo de las células de la sangre, con este estudio podemos averiguar si hay anemia (un descenso en los glóbulos rojos) y las posibles causas de la misma (por ejemplo, deficiencia de hierro). También podemos saber si el organismo está infectado por alguna bacteria (manifestado por la elevación de los glóbulos blancos o eritrocitos), o si existe algún tipo de cáncer de la sangre (leucemia o linfoma).
  - Química sanguínea
  - Se mide principalmente la glucosa (que se eleva con la diabetes), la urea y creatinina (que se elevan cuando hay trastornos en los riñones).



- Perfil de lípidos
- Mide el colesterol y triglicéridos, los cuales aumentan el riesgo cardiovascular si se encuentran elevados.
- Pruebas de función hepática
- Miden las transaminasas y las bilirrubinas, productos del metabolismo del hígado. Estos niveles nos dan una idea del estado de este órgano y ayudan a detectar cirrosis o hepatitis.

### 3.9. Diagnóstico

Es la determinación, calificación o identificación de una enfermedad mediante los signos y síntomas que presenta el paciente. Para poder tener un buen diagnóstico, es imprescindible llevar a cabo correctamente:<sup>17</sup>

- El interrogatorio o anamnesis.
- El examen físico.
- Exámenes complementarios.

Se contará con dos tipos de diagnóstico:<sup>18</sup>

1. Presuntivo o de ingreso – Es aquel sin confirmar por medio de métodos auxiliares; es hipotético, refleja la condición del paciente en el momento de la admisión, y orienta el tratamiento.
2. Definitivo – Es el aportado por medios clínicos y de apoyo diagnóstico, se descarta o confirma un diagnóstico presuntivo, confirma el plan de tratamiento y encauza el pronóstico del paciente.



### 3.10. Pronóstico

El pronóstico es la previsión del surgimiento, el carácter del desarrollo y el término de la enfermedad, basada en el conocimiento de las regularidades del curso de los procesos patológicos. Se refiere a los resultados de una enfermedad y a la frecuencia con que se espera que ocurran. En la práctica médica es constante el ejercicio de la predicción del curso futuro de una enfermedad, de sus resultados y de su frecuencia; esta previsión puede ser importante para la decisión de tratar a un paciente y cómo tratarlo, reducir su ansiedad, así como promover determinadas conductas en las personas que atendemos.<sup>12</sup>

Además de ser el pronóstico algo indispensable para un tratamiento exitoso, si es correcto, aumenta la autoridad del médico y la confianza del enfermo en él. Lo primero que interesa al médico y al paciente es si es o no mortal la enfermedad, y si es mortal, cuánto tiempo va a vivir el enfermo; lo segundo es, si se curará o no por completo, si la afección va a dejar secuelas o incapacidades, qué tiempo va a durar, cómo va a transcurrir la enfermedad al principio y en lo posterior, si hay recidivas o remisiones; si es una enfermedad crónica, qué limitaciones va a producir en la vida del paciente, cuáles son las complicaciones de la enfermedad, y cuáles son los efectos de los tratamientos existentes en el curso de esta.<sup>19</sup>

Todos estos aspectos deben ser de dominio del médico para optimizar el tratamiento y su relación con el paciente y familia.<sup>19</sup>



### 3.11. Terapéutica

Es la especialidad medicinal encargada de los medios para el tratamiento de dolencias y afecciones con la finalidad de lograr la curación o minimizar los síntomas.<sup>20</sup>

Un tratamiento terapéutico, tiene como objetivo máximo la curación del paciente, puede incluir la provisión de fármacos y la indicación de diversas acciones (reposo, un cierto tipo de alimentación, ejercicios físicos) para lograr que la enfermedad se revierta en su totalidad.<sup>20</sup>

### 3.12. Consentimiento válidamente informado

Es un principio ético fundamental, de comunicación entre el médico y el paciente, que legitima el acto médico y otorga obligaciones y derechos para ambas partes.<sup>21</sup>

El objetivo primario es tranquilizar al paciente o sus familiares, para ello debemos brindar información clara y suficiente para explicarle qué procedimientos se le realizarán, el motivo del procedimiento, los riesgos inherentes al mismo, las complicaciones que se pueden presentar, las posibilidades de éxito y otras alternativas para tratar su enfermedad, para que juntos, médico y paciente, con toda la información comprendida, tomen la mejor decisión; sin ser demasiado breve y resumida, pero tampoco exhaustiva, complicada e incomprensible, que sólo persiga obtener la firma del paciente o del familiar involucrado.<sup>22</sup>

Desde el punto de vista jurídico el consentimiento válidamente informado se puede definir como el acto jurídico, no solemne, personal, revocable y libre del paciente, para admitir o rehusar, por sí o a través de su representante



legal, uno o varios actos biomédicos concretos en su persona, con fines de atención médica.<sup>22</sup>

El objetivo secundario del consentimiento informado es dar cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012 en la materia y tener un atenuante legal en caso de una demanda sin evidencia de mala práctica.<sup>22</sup>

Es un deber de los profesionales de la salud, el proporcionar información suficiente e idónea para que el paciente a través del consentimiento informado, ejerza su derecho al respeto a su autonomía y otorgue su permiso, toda vez que las acciones planteadas se realizarán en su beneficio, respetando en todo momento su voluntad.<sup>8</sup>

Debe tener fecha y firma del paciente o de su representante legal, así como nombre y firma del profesional de la salud que obtiene el consentimiento informado.<sup>23</sup>

## 4. DELEGACIÓN IZTACALCO

Iztacalco es una de las 16 delegaciones del Distrito Federal mexicano.<sup>24</sup>

### 4.1. Geografía

Localizada en la zona centro-oriente, limita al norte con la delegación Venustiano Carranza y Cuauhtémoc, al poniente con Benito Juárez, al sur con Iztapalapa y al oriente con el municipio de Nezahualcóyotl en el Estado de México. Es la delegación más pequeña del Distrito Federal, con poco más de 23 km<sup>2</sup> que conforman su territorio.<sup>24</sup>

No existe ninguna elevación importante del terreno, y se sitúa a unos 2 mil 250 metros sobre el nivel del mar.<sup>24</sup>

## 4.2. Población

Alberga una población cercana a los 400 mil habitantes.<sup>25</sup> Fig.16<sup>25</sup>,17<sup>25</sup>

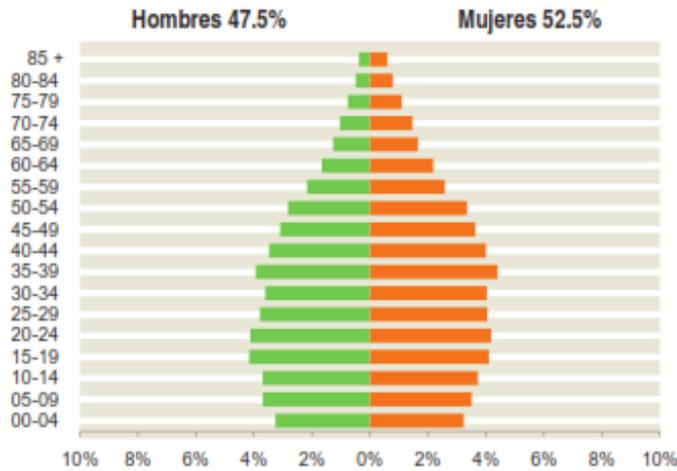


Fig.16.Grupo quinquenal de edad.

### Composición por edad y sexo

<b>Población total:</b>	<b>384 326</b>
Representa el 4.3% de la población de la entidad.	
<b>Relación hombres-mujeres:</b>	<b>90.5</b>
Hay 91 hombres por cada 100 mujeres.	
<b>Edad mediana:</b>	<b>32</b>
La mitad de la población tiene 32 años o menos.	
<b>Razón de dependencia por edad:</b>	<b>44.2</b>
Por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años) hay 44 en edad de dependencia (menores de 15 años o mayores de 64 años).	



Densidad de población (hab./km <sup>2</sup> ):	16 637.5
Total de localidades:	1
Localidad y su población:	
Iztacalco	384 326

Fig.17.Delegación Iztacalco.



### 4.3. Propuesta de ficha de identificación

Se puede definir, como el documento en el cual se registran algunos datos de importancia epidemiológica y administrativa, respecto a un caso. Estos datos están destinados a tabularse y ser presentados para su interpretación.<sup>26</sup>

De un modo general la encuesta de cada caso persigue los siguientes propósitos:<sup>26</sup>

- Investigar la posible fuente de infección.
- Investigar la existencia de otros casos, confirmados o sospechosos, entre las personas allegadas.
- Adoptar medidas de control y prevención en el grupo afectado.
- La ficha es necesaria por las siguientes razones:
  - Porque en ella se ordena en forma sistemática los datos que se desea recoger.
  - Porque facilita de este modo la investigación.
  - Sirve para evitar olvidos y omisiones.
  - Porque sólo mediante una ficha se investiga lo que estrictamente es necesario anotar.
  - Porque una anotación sistemática permite ser tabulada.

Por constituir la ficha de identificación el primer paso de todo un proceso que va a finalizar en análisis y conclusiones, debe estudiarse muy cuidadosamente.<sup>26</sup>

Existen ciertos principios generales para toda ficha, que deben tenerse presentes:<sup>26</sup>

1. Debe existir una definición clara de propósitos.



2. La ficha debe ser adecuada al tipo y calidad de personal que la va a manejar.
3. La ficha debe ser simple.

La presente propuesta contempla generar información relevante, especialmente del estado de salud bucal en la población de la demarcación Iztacalco, con el fin de orientar y profesionalizar las acciones y programas encaminados a la prevención y tratamiento de afecciones bucodentales.<sup>27</sup>

No obstante se recomienda la realización de una historia clínica basada en la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, que favorezca la obtención de un diagnóstico, pronóstico y tratamiento desde un enfoque multidisciplinario, para lo cual se referirá al paciente a instituciones de salud pública y/o privada.<sup>8</sup>

Por razones del entorno laboral, limitantes geográficas, así como de la demanda de atención en las jornadas Médico-Odontológicas, se propone la siguiente ficha de identificación:<sup>27</sup> Fig.18,19,20



Vista Anterior



## Ficha de Identificación



Responsable de la elaboración: \_\_\_\_\_

Folio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Lugar de elaboración \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ Edad \_\_\_ Edo. Civil \_\_\_  
A. Paterno A. Materno Nombre(s)

Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Derechohabencia \_\_\_\_\_

### Consentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que he recibido y entendido la información correspondiente al estado general de mis/sus piezas dentarias, aceptando los procedimientos de exploración y quirúrgicos necesarios para la recuperación de mi/su salud dental.

En el caso de una eventualidad, autorizo su traslado a un hospital o centro de mayor especialización.

México, D.F. a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Dr. tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente, padre o tutor





## 5. CONCLUSIONES

En la práctica Médico-Odontológica que involucra procesos terapéuticos, siempre será necesario llevar a cabo una historia clínica que integre un expediente clínico del área, y multidisciplinario en caso de ser una clínica, hospital u otra institución pública o privada.

En casos específicos en donde por razones laborales, geográficas u operativas no sea posible la elaboración de una historia clínica, se podrá optar por la realización de un documento que sea de utilidad epidemiológica y estadística, lo que permitirá mejorar los programas y servicios de salud, asimismo beneficiar a la población, delimitando el área de acción/aplicación de éstos.

La práctica médica, es una ciencia y arte, que siempre se encuentra en constante evolución, y por lo tanto es necesario adaptarla en medida de lo posible a las necesidades, expectativas y exigencias de salud de los pacientes, además de la evolución de la enfermedad.

Dada la cantidad de personas que se presentan en la delegación Iztacalco para las jornadas Médico-Odontológicas, y el poco tiempo que se tiene para llevar a cabo la revisión de la cavidad oral se propone esta ficha de identificación, para tener un registro de la cantidad exacta de personas que acuden, así como escolaridad, género, edo. civil, ocupación y sobre todo el estado de la cavidad oral, y de esta manera poderlas remitir para llevar a cabo el tratamiento oportuno.



## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/expediente\\_clinico.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/expediente_clinico.pdf)
2. Cerecedo Cortina V. B. Historia clínica: Metodología didáctica. Primera ed. México, D.F. Medica Panamericana S.A. de C.V.; 2003.
3. Martin – Abreu L. Fundamentos del diagnóstico: Las Bases fisiopatológicas para la interpretación de los fenómenos clínicos. Novena ed. México, D.F.: Méndez Editores, S.A. de C.V.; 1996.
4. [https://es.wikipedia.org/wiki/Wilhelm\\_R%C3%B6ntgen](https://es.wikipedia.org/wiki/Wilhelm_R%C3%B6ntgen)
5. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998
6. Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Historia clínica académica. Tercera ed. México, D.F.: U.N.A.M.; 2007.
7. [http://www.cmpimss.org.mx/temas/pdf/derechos\\_de\\_los\\_medicos.pdf](http://www.cmpimss.org.mx/temas/pdf/derechos_de_los_medicos.pdf)
8. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre de 2012.
9. Sánchez-González JM, Ramírez-Barba E.J. El expediente clínico en México, reflexiones sobre un tema en debate. Rev Mex Patol Clin 2006,



Julio-Septiembre; 53(3): 166-173. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2006/pt063g.pdf>. Consultado  
Septiembre 23, 2015.

10. S. Bickley L, G. Szilagyi, P. Bates guía de exploración física & historia clínica. Novena ed. EE.UU., PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking
11. [http://www.academia.edu/8769867/MANUAL\\_DE\\_SIGLAS\\_ABREVIATURAS\\_ACRONIMOS\\_Y\\_SIMBOLOS\\_2013](http://www.academia.edu/8769867/MANUAL_DE_SIGLAS_ABREVIATURAS_ACRONIMOS_Y_SIMBOLOS_2013)
12. Ortega Loubon C, Correa Marquez, R., et al. Casos clínicos: Semiología y publicación. Primera ed. Panamá: Comité de casos clínicos y revisión bibliográfica de la asociación de estudiantes de Medicina de Panamá; 2010.
13. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071610182007000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071610182007000300007&script=sci_arttext)
14. [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20\\_2\\_04/mgi05204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_2_04/mgi05204.htm)
15. <http://exakta.goplek.com/contenido/463/Importancia-de-los-M%C3%A9todos-Auxiliares-de-Diagn%C3%B3stico-en-la-Salud..html>
16. <http://ludi.com.mx/blog/y-los-estudios-de-laboratorio-y-gabinete-para-que/>



- 
17. <http://es.slideshare.net/AmauryVengeance/el-expediente-clnico-y-la-historia-clnica>
18. <http://es.slideshare.net/martovp/historia-clinica-presentacion-2013>
19. [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20\\_2\\_04/mgi05204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_2_04/mgi05204.htm)
20. <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098022.pdf>
21. Tena Tamayo C, Hernández, G. La comunicación humana en la relación médico-paciente. Primera ed. México, D.F.: Prado, S.A. de C.V.; 2005. 245.
22. M Tierney L Jr, C. Henderson Mark. Historia clínica del paciente: Método basado en evidencias. Segunda ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2007. The patient history: Evidence-based approach
23. Schott H, Wilhem Müller I, Roelcke V, Wolf-Braun B, Schadewaldt H, Bleker J, et al. Crónica de la Medicina. Tercera ed. México, D.F.: Intersistemas, S.A. de C.V.; 2003.
24. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-013-SSA2-2014. Diario Oficial de la Federación, 27 de noviembre de 2014.
25. <https://es.wikipedia.org/wiki/Iztacalco>



---

26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía: Panorama sociodemográfico del Distrito Federal.

27. Fuente propia.