



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL GENERAL "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA" CENTRO MÉDICO
NACIONAL "LA RAZA"
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

"EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS A TRAVÉS DE UNA LISTA DE COTEJO VALIDADA
POR EXPERTOS, DE LA HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA, POSTERIOR A INTERVENCIÓN
EDUCATIVA."

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

PRESENTA:

DRA. MARTHA LETICIA ROSAS SALAZAR
MÉDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

ASESORA:

DRA. SILVIA GRACIELA MOYSÉN RAMÍREZ
MÉDICA ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
MAESTRA EN

COORDINADORA DE RESIDENTES DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRÍA

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2016





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

A mi madre por su apoyo incondicional, a mi padre por esfuerzo, trabajo y dedicación para mi formación.

A Griselda por ser mi ejemplo de esfuerzo, trabajo, honestidad y dedicación.

A Miguel que está tan cerca o tan lejos, pero que en su vida humana conocía totalmente mis virtudes, defectos y confiaba totalmente en mí.

A Elena, a Ezaú, a mis amigos, a mi asesora de tesis.

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS	4
2. RESUMEN	5
3. INTRODUCCIÓN	6
4. MARCO TEÓRICO	7
5. MATERIAL Y MÉTODOS	14
6. RESULTADOS	16
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
8. ANEXOS	19

1. ABREVIATURAS

HC: Historia clínica

UMAE: Unidad Médica de Alta Especialidad

HG: Hospital General

CMNR: Centro Médico Nacional La Raza

NOM: Norma Oficial Mexicana

RN: Recién nacido

2. RESUMEN

TÍTULO: “Evaluación por competencias a través de una lista de cotejo validada por expertos, de la historia clínica pediátrica, posterior a intervención educativa.”

Palabras clave: Historia clínica pediátrica, intervención educativa, competencias, lista de cotejo.

Introducción: La Historia Clínica Pediátrica es el documento más importante en Pediatría. La elaboración de la historia clínica pediátrica en este Hospital previamente a Junio del 2015, no llevaba ningún formato, realizando una intervención utilizando la historia clínica manejada en el hospital de pediatría de siglo XXI, complementándola con aportaciones de los profesores de pediatría para volverla el formato oficial en nuestros residentes, diseñando lista de cotejo como instrumento para su evaluación a través de competencias, comparando dos grupos: previo y posterior a intervención. **Objetivo:** Identificar el porcentaje de cambio entre las historias clínicas pediátricas previas y posteriores a la intervención educativa. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal, serie de casos. Se calculó tamaño de muestra $\alpha = 0,05$ un error de 0,1. Con 267 historias clínicas previas a la intervención educativa y otra muestra igual de historias clínicas posterior a intervención educativa. Para el análisis estadístico se aplicaron medidas de tendencia central y de dispersión y mediante paquete estadístico SPSS 14.0.1 para Windows (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA). **Resultados:** De los médicos residentes que participaron en la evaluación el 86.5% (462) cursaban el segundo año de pediatría y el 13.5% (72) cursaban el tercer año de pediatría. De los médicos residentes que participaron en la evaluación el 61.24% fueron del sexo femenino y 38.76% del sexo masculino. Evaluación de la historia clínica pediátrica: El 20.41% del sexo masculino obtuvieron calificación aprobatoria en la lista de cotejo de evaluación de la historia clínica, y el 33.52% (179) del sexo femenino. Se obtuvo una calificación media de 73.8 de las 534 historias clínicas pediátricas evaluadas.

De las historias clínicas sin intervención educativa evaluadas la calificación media fue 58.46. De las historias clínicas con intervención educativa evaluadas la calificación media fue de 89.13. De las 534 historias clínicas pediátricas evaluadas, la media de la calificación reprobatoria fue de 54.95%, la media de la calificación aprobatoria es de 89.90%.

3. INTRODUCCIÓN

La primera parte de la intervención del médico con un paciente radica en la obtención de información que conduzca al análisis del problema clínico; el eje de ese proceso ha sido la Historia Clínica.

La Historia Clínica Pediátrica es el documento más importante en Pediatría tanto si los niños están imposibilitados de referir sus dolencias como si son capaces de hacerlo y que a través de una anamnesis peculiar, bien planificada y un examen físico de caracteres particulares que siguen lineamientos especiales, permite plantear impresiones diagnósticas a partir de las cuales se pueden solicitar exámenes auxiliares del diagnóstico y diseñar perspectivas terapéuticas apropiadas. Al adquirir una connotación jurídica, se constituye una constancia para efectos de auditoría médica y de Medicina legal.

De aquí se deduce la notable importancia que tiene el hecho de que nuestros médicos hagan buenas historias clínicas.

La elaboración de la historia clínica pediátrica en este Hospital previamente a Junio del 2015, no llevaba ningún formato, dejándola realizar en forma libre, por lo que se tuvo que intervenir utilizando la historia manejada en el hospital de pediatría de siglo XXI, complementándola con aportaciones de los profesores de pediatría 2015-2016, para volverla el formato oficial en nuestros residentes.

Queremos demostrar que esta intervención educativa fue útil, por lo que se diseñó una lista de cotejo para su evaluación a través de competencias, y la forma de valorar si existe mejoría en esta es comparando dos grupos, uno antes de esta intervención y otro después.

4. MARCO TEORICO

4.1 EVALUACION POR COMPETENCIAS

Se define competencia como la integración de todos los conocimientos dirigida hacia una educación total del ser, basada en un aprendizaje significativo que le permita resolver los problemas que se le presenten a lo largo de la vida.

Se reconoce que las competencias propician un mayor acercamiento entre los conocimientos y el desempeño.

La evaluación es parte inherente al proceso educativo, detectará la eficacia de los procesos, el impacto de las estrategias de aprendizaje y orientará los procesos necesarios para transformar el desempeño académico de estudiantes y docentes.

Se define a la evaluación como un proceso sistemático de obtención de datos incorporado al proceso educativo desde su comienzo, que ofrece información continua y significativa acerca del modo en que se produce la enseñanza y el aprendizaje, permite valorar lo conseguido y en consecuencia tomar decisiones adecuadas para ajustar y mejorar progresivamente la calidad educativa.

Una evaluación eficaz es la que valora directamente el aprendizaje de los alumnos e indirectamente la planeación, organización y realización de las actividades, detecta las fallas y errores en todos los niveles. Debe ser objetiva, en el sentido de considerar los propósitos de lo evaluado; integral, porque requiere de contemplar conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes; sistemática, al tener un orden y secuencias planeados; permanente, porque se considerará durante todo el proceso; total, al discurrir en todos los factores que en ella intervienen; reflexiva, para que cada quien analice su participación y se autoevalúe con responsabilidad; y recíproca, al establecer la correspondencia de que cada quien evalúa a los demás: alumnos, profesores y autoridades. Es una oportunidad de mostrar el entendimiento y habilidades.

La evaluación por competencias es un proceso continuo de crecimiento en el cual existe un eje rector que es la mediación y el desarrollo. Cuando el alumno aprende, lo hace porque encontró una persona (maestro) mediadora que está en una constante búsqueda de estrategias para que él adquiera conocimientos y desarrolle sus capacidades, además de que evaluará continuamente sus logros.

La evaluación por competencias presenta, las ventajas para procesos de enseñanza y de aprendizaje.

Para la enseñanza: El profesor puede identificar las áreas que necesita mejorar, el docente puede constatar las competencias logradas por sus alumnos a nivel personal y grupal, reconoce las diferencias individuales y toma en cuenta la diversidad, aporta evidencias de conocimientos habilidades, destrezas, valores, actitudes y logros alcanzados.

Para el aprendizaje: El aprendizaje mejora cuando el estudiante lo que se espera de él, motiva al alumno al saber cómo se evaluará su desempeño, ayuda al alumno a determinar su propio progreso y así identificar sus áreas fuertes y débiles y permite conocer las competencias logradas.

Los criterios de calidad en la evaluación por competencias son la autenticidad, complejidad cognitiva, imparcialidad, interpretación directa, transparencia y consecuencias educativas.

Autenticidad: Una evaluación auténtica requiere que integren conocimientos, habilidades y actitudes del mismo modo en que lo hacen los profesionales de la educación. La actividad de evaluación debe parecerse en el nivel de complejidad y responsabilidad al de la situación profesional en un aula o centro escolar de la vida real, los estudiantes deben percibir la tarea como relevante y significativa, el contexto físico de la actividad de evaluación debe parecerse a la disponibilidad de recursos educativos que existen habitualmente en un centro escolar.

Complejidad cognitiva: Los procesos de pensamiento y la acción que se evalúan en las tareas deben reflejar la presencia y el grado de habilidades cognitivas exigidas.

Imparcialidad: Todos los alumnos han de tener la oportunidad de demostrar sus competencias con su potencial a pleno.

Interpretación directa: Los evaluadores deben ser capaces de interpretar con claridad los resultados de la evaluación.

Transparencia: La evaluación por competencias debe ser clara y comprensible para profesores y estudiantes. Estos últimos deben conocer los criterios de calificación, quiénes son sus evaluadores y qué propósito tiene la evaluación, deben conocer lo que se espera de ellos.

Consecuencias educativas: Relacionado con los efectos positivos y negativos, esperados e inesperados que la evaluación por competencias tiene sobre el aprendizaje y la enseñanza, la evaluación por competencias debería ser utilizada como orientación y guía del aprendizaje.

4.2 HISTORIA CLINICA

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia. Se basa en el contacto interpersonal protagonizado por el enfermo que sufre y por el médico en quien aquél confía y al que acude para que cure o alivie sus dolencias.

La Historia Clínica es una de las formas de registro de acto médico, tiene cuatro características principales para su elaboración: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. La profesionalidad se refiere a que solo el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica. La ejecución es típica cuando se hace conforme a la denominada *lex artis ad hoc*: la medicina siempre se ejerce de acuerdo a las normas de excelencia de ese momento a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno. El objetivo de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud se debe a que la Norma Oficial Mexicana respalda la Historia Clínica como documento obligatorio en todo expediente clínico para la atención de un paciente, además de tener implicaciones médico legales como documento jurídico.

4.2.1 ANTECEDENTES

La historia clínica ha cursado con diferentes modalidades en las diversas escuelas de Medicina; todas ellas conformando el principio de la propedéutica médica. La evolución de la Historia Clínica inicia en la época griega, en la que el médico tenía un oficio más intuitivo en el desarrollo de sus actividades; se basaba más en lo que percibía del paciente y de la patología que estaba enfrentando. En esta modalidad de intervención el análisis clínico era altamente subjetivo, no permitía que los signos y síntomas de las enfermedades fueran tomados en cuenta en muchas ocasiones y menos aún, lo que el paciente expresaba de su enfermedad. Luego viene la edad media, la cual estuvo muy ligada a la forma egipcia, greco-romana de hacer medicina.

Posteriormente la escuela francesa, involucra el uso de lo que el paciente manifestaba como percepción propia de la enfermedad y el análisis clínico. Es aquí donde el individuo entra a formar parte del análisis clínico y se enriquece la semiología, en este mismo punto se comienzan a realizar las descripciones de cuadros clínicos de muchas enfermedades, ya se tienen en cuenta los signos y síntomas, se describen los hallazgos al examen físico aumentando el repertorio de datos semiológicos de una manera significativa. En el siglo XVII los ingleses agregan al pensar semiológico el concepto de la nosología, que es el plantearse de una manera sistemática una serie de posibles explicaciones a los problemas que se podían estar presentando, teniendo en cuenta lo que se venía conociendo de la descripción de signos, síntomas y de síndromes clínicos. Los ingleses, plantean hacer diagnósticos diferenciales, utilizar no solo los recursos clínicos semiológicos si no utilizar recursos paraclínicos y hacer integraciones mucho más estrictas de los cuadros clínicos. Con los ingleses desaparecen los escenarios específicos que trataban los pacientes por signos, síntomas y cuadros clínicos, apareciendo los nosocomios que son los primordios de hospitales por especialidades. Aparece en Canadá, una versión de la historia clínica inglesa que tiene una forma diferente de agrupar los problemas de la salud, es una forma de analizar la clínica haciendo una integración más completa del triángulo entre el ambiente, el huésped y la enfermedad, entrando en lo que se conoce como el enfoque basado en problemas. La formación que recibimos está centrada en el aprendizaje basado en problemas.

4.3 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998 DEL EXPEDIENTE CLINICO

La Norma Oficial del expediente clínico el cual está dirigido a sistematizar, homogeneizar 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, que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud en su apartado de Expediente de Consulta Externa y Expediente de Hospitalización refiere que deberá contar con Historia Clínica, la cual será elaborada por el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente.

El interrogatorio deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos y no patológicos, padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas.

La exploración física deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.

Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.

Terapéutica empleada y resultados obtenidos.

Diagnósticos o problemas clínicos.

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

4.4 HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Es el documento más importante en Pediatría tanto si los niños están en imposibilitados de referir sus dolencias como si son capaces de hacerlos y que a través de una anamnesis peculiar, bien planificada y un examen físico de caracteres particulares que siguen lineamientos especiales, permite plantear impresiones diagnósticas a partir de las cuales se pueden solicitar exámenes auxiliares de diagnóstico y diseñar perspectivas terapéuticas apropiadas, constituye una constancia para efectos de auditoría médica y de Medicina legal.

La Historia Clínica pediátrica es un documento que tiene todos los elementos de la Historia Clínica basada en problemas, pero goza de algunos privilegios que han marcado un hito haciendo que la Historia Clínica pediátrica se caracterice por ser muy completa, esto dado en razón a que la información obtenida para la construcción de un problema clínico en el niño no depende solo del sujeto enfermo, sino que depende de muchos elementos que están interviniendo dentro del problema, la versión de los padres, de los cuidadores, así como la versión del escenario donde se desenvuelve el niño.

Es imprescindible que el médico comprenda que el niño es parte de un trinomio: madre-hijo-padre. En el RN, lactante y gran parte de los preescolares el interrogatorio es indirecto. En preescolares y escolares se deberá obtener información que proporcione un cuadro de actitudes, talentos y vulnerabilidad del niño, de los obstáculos y frustraciones, y del estilo de enfrentar los problemas. En lactantes se debe deducir las principales inquietudes de la visita y detalle de cada una de ellas, especificar como afecta cada inquietud a la capacidad del niño para actuar de manera apropiada. Hablar con ellos, cargarlos en brazos, tranquilizarlos y dejarlos participar. Si ya tienen edad suficiente escucharlos con atención. Cuanto mayor es el niño más conveniente resulta incluirlo en la entrevista, preguntándole directamente. Recordar que las inquietudes o preocupaciones expuestas al principio de la entrevista por los padres o el mismo paciente pueden no ser la razón principal de la visita especialmente en jóvenes de 10 o más años.

4.4.1 CARACTERÍSTICAS QUE INTERVIENEN EN LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La historia clínica pediátrica en el paciente pediátrico presenta diferencias importantes con los lineamientos que se siguen con el adulto, tanto en la fase de interrogatorio como en la exploración. La información debe obtenerse principalmente en forma indirecta de la persona que acompaña al niño. Aunque casi siempre es la madre la que proporciona los datos es muy importante que el médico esté alerta para valorar su capacidad para entender y proporcionar la información solicitada y en algunos casos, extremar la habilidad para plantear de forma adecuada el interrogatorio e interpretar correctamente las respuestas, nunca se debe dejar de lado el

interrogatorio directo al niño que ya es capaz de expresarse y mantener comunicación con la entrevista.

Se debe disponer de tiempo suficiente, mostrar actitud favorable y benévola en todas las acciones, tanto anamnesis como de la exploración física, procurando aliviar tensiones en los interrogados y mejor comunicación con ellos y con el paciente.

El respeto y afecto que el pediatra debe sentir hacia los niños es un requisito. La semiología y puericultura aconsejan ciertas pautas o trampas pediátricas que permiten el acercamiento menos traumático del niño: no usar bata blanca, usar juguetes, ofrecer dulces, etc. Se debe tener paciencia, escuchar ciertos puntos de vista respecto a ciertas entidades, esclareciéndolos si son erróneos, fortalecer la vocación de servicio del médico evitando todo trato despectivo.

Se debe utilizar un lenguaje sencillo, recurriendo a intérprete si los informantes se expresan en otras lenguas, realizando un interrogatorio preciso, ordenado, secuencial, considerando limitantes en los interrogados.

En toda oportunidad promover y motivar la participación del niño según edad, en la referencia de su dolencia, reiterar, dirigir a ampliar interrogatorio a fin de ratificar o rectificar datos inicialmente obtenidos.

Debemos disponer de un ambiente adecuado y el material necesario para un examen físico completo, contemplando las variabilidades de los grupos etarios.

Respetar todos los aspectos éticos tanto en la anamnesis y sobre todo en la exploración física considerando la actitud de recato, pudor o vergüenza en ciertas edades y según sexo; realizar exámenes (sobre todo de la esfera sexual-anal) en presencia obligatoria de padres o en compañía de una enfermera y evitar comentarios o reclamos referente a su higiene o aspectos similares que puedan lastimar al niño, dado que estos son problemas de culturalidad e incluso de disponibilidad del saneamiento básico.

4.4.2 COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA PEDIATRICA

La Historia clínica instrumento del aprendizaje basado en problemas, tiene una serie de componentes, no es una HC estática, varía de acuerdo a los diferentes etapas del paciente bien sea neonatal, pediátrica, adulta o concepcional, generando diversas modificaciones.

Deberá procurarse que la fuente de información sea siempre la madre o bien la persona que por convivir con el niño esté más capacitada para proporcionar la información pertinente, el médico deberá tomar siempre en cuenta del informante: la edad, escolaridad, condiciones socioculturales y capacidad de expresión para interpretar adecuadamente los datos. Se deberá poner de manifiesto al inicio de la historia clínica los datos del informante y parentesco.

El primer componente de toda historia clínica es la ficha de identificación la cual deberá tener el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, edad, género, ocupación, estado civil, lugar de origen y residencia actual, la fuente de datos.

En los antecedentes familiares debemos obtener el estado de salud y edad de los padres, hermanos, tíos o abuelos con escolaridad y estado laboral, enfermedades previas, situación económica, situación social (hijo legítimo, adoptado, consanguinidad, etc.). Registrar

enfermedades hereditarias potenciales como obesidad, diabetes, hipertensión. Hacer un árbol genealógico, valorar la dinámica familiar.

Dentro de los antecedentes no patológicos corresponden a los hábitos del enfermo, el medio que los rodea y las influencias de este. Convivencia con personas, al cuidado de quién está, estado marital de los padres u otras formas de vida. En habitación describir número de cuartos, tamaño, ventilación, iluminación y si es compartida por otras personas. Describir hacinamiento, promiscuidad, convivencia con animales, detección de fauna nociva, manejo de la basura, servicios sanitarios. Facilidad para dormir y preparar alimentos. Historia de alimentación describiendo el tipo de alimentación que ha recibido el niño desde su nacimiento hasta la actualidad. Aseo personal. Viajes a lugares endémicos. Inmunizaciones aplicadas y pendientes. Tamiz metabólico y auditivo. Antecedentes escolares donde se deberá especificar el nivel educativo, curso actual, rendimiento escolar, problemas conductuales o de relaciones interpersonales, trastornos para el aprendizaje. Hábitos y estilos de vida donde se describen las actividades extraescolares ya sean deportivas o culturales, relaciones de pareja, tipo de religión, síntomas emocionales, dificultades para dormir. Se deben describir los hitos de desarrollo logrados. Personalidad.

Los antecedentes perinatales incluye información de la etapa prenatal y neonatal, dentro de los prenatales se considera en general el medio ambiente externo (macroambiente), hereditario o materno (matroambiente) y el intrauterino (microambiente) y los neonatales valoran las condiciones de salud o enfermedad al nacer. Los antecedentes prenatales valoran la evolución del embarazo, infecciones, enfermedades metabólicas, cardiovasculares, inmunológicas, consumo de drogas, alcoholismo, tabaquismo. Los factores adversos prenatales no sólo alteran el crecimiento y el desarrollo sino que llegan a producir deformidad, incapacidad o muerte.

Los antecedentes neonatales donde se reporta la vía de nacimiento, antropometría, características y clasificación del RN, anexos como la placenta y el cordón umbilical, se debe reportar si hubo algún incidente durante el nacimiento o patología del RN.

En los antecedentes patológicos se interrogará de enfermedades que ha sufrido previamente y cuando las padeció, consumo de tabaco o tabaquismo en el hogar, alcoholismo, consumo de drogas, antecedentes quirúrgicos, traumáticos, enfermedades de transmisión sexual, alergias, transfusión de hemoderivados o hemocomponentes.

Descripción del padecimiento actual mediante una buena anamnesis representa la mitad del diagnóstico. Incluye la explicación completa, clara y cronológica de los problemas que llevan al paciente buscar la atención. La descripción debe incluir el inicio de la anomalía, circunstancias en que se desarrolló, manifestaciones y cualquier tratamiento. Los síntomas principales deben describirse en términos de localización, calidad, cantidad o intensidad, tiempos incluidos el inicio, duración y frecuencia, situaciones en los que se presentan, factores que agravan o alivian los síntomas, manifestaciones acompañantes. Datos positivos pertinentes y datos negativos pertinentes, deben registrarse los medicamentos ingeridos incluyendo nombre, dosis, vías de administración y frecuencia de uso, remedios caseros.

En el apartado de interrogatorio por aparatos y sistemas designarán la presencia o ausencia de síntomas relevantes para el diagnóstico diferencial. Se preguntará intencionadamente por síntomas pertenecientes a cada aparato o sistema, digestivo, cardiovascular, respiratorio, nefro-urinario, hematológico, endocrino, nutrición, músculo-esquelético, sistema nervioso.

La exploración física debe comenzar con aquellas áreas que no provoquen molestias en el niño y que tengan menos probabilidades de que el niño llore o se excite; más frecuente en niños pequeños. Para ser completa la exploración debe ser ordenada y seguir un orden lógico: actitud, facies, estado de nutrición, hábito corporal, cabeza, ojos, oídos, nariz, boca, cuello, tórax, mamas, abdomen, genitales, ano y recto, columna vertebral, articulaciones, extremidades, piel.

Los métodos complementarios como su nombre lo dice completan la exploración clínica facilitando el diagnóstico, comprender los exámenes de laboratorio y los métodos gráficos.

La impresión diagnóstica mediante el análisis de la información que se recaba.

La terapéutica se establece de acuerdo al diagnóstico probable que se integra.

Se finaliza con información general de quién realiza el documento.

Cabe mencionar que como se comentó al inicio, la Historia clínica no es estática, se modifica de acuerdo a la etapa del niño. Omitiendo en la HC pediátrica neonatal los antecedentes personales patológicos y no patológicos probablemente. Agregando a la Historia clínica pediátrica del adolescente descripción del desarrollo sexual.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

A todo paciente hospitalizado en algún servicio pediátrico de la UMAE, Hospital General Centro Médico La Raza, se le elabora una historia clínica pediátrica, la cual consta de varios rubros, los cuales están establecidos previamente, nuestro hospital es un hospital escuela en la formación de residentes de pediatría, con lo cual conlleva tener establecido un formato para unificar los puntos a investigar en cada rubro.

Antes de Junio de 2015, se dejaba de manera libre la elaboración de la historia clínica pediátrica, por lo que el grupo de profesores del 2015-16, tomando como base la historia clínica pediátrica que maneja el hospital de pediatría Siglo XXI, se enriqueció, para hacerla más completa, se realizó una intervención educativa mostrándola y trabajando con ella.

El motivo de este trabajo fue evaluar la mejora por porcentaje de cambio, en la elaboración de la historia clínica desde la intervención educativa mencionada, comparando historias clínicas realizadas por los residentes de pediatría en el servicio de Medicina Interna Pediátrica de la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” Centro Médico Nacional “La Raza” previas a esta intervención y posterior a esta, con un instrumento de evaluación. Por lo que se diseñó una lista de cotejo para su evaluación a través de competencias previamente validado por panel de expertos involucrados 3 maestros en educación, 11 pediatras y un maestro en ciencias médicas.

Se pensó que la historia clínica pediátrica posterior a la intervención educativa, mejoraría la evaluación más allá de 40 puntos.

Fue un estudio epidemiológico, descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal, serie de casos, realizado en expedientes de pacientes pediátricos del servicio de Medicina Interna Pediátrica de la UMAE HG CMNR que ingresaron del 1º de junio de 2014 al 1 de junio de 2016, los cuales se eligieron por asignación aleatoria, constituyendo dos grupos, expedientes previo a la intervención educativa y expedientes posterior a la intervención educativa.

Se excluyeron los expedientes que no contaban con historia clínica.

Se utilizó el método aleatorio simple para tamaño de población finita con la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 \alpha \cdot N \cdot p \cdot q / i^2 (N - 1) + Z^2 \alpha \cdot p \cdot q$$

Dónde:

N	Tamaño muestral.
N	Tamaños de la población, número total de historias.
Z	Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1,96 para $\alpha=0,05$.

P	Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En caso de desconocerse aplicar la opción más desfavorable ($p=0,5$), que hace mayor el tamaño muestral.
Q	$1-p$
I	Error que se prevé cometer. Para un error del 10%, introduciremos en la fórmula el valor 0,1. Con un error del 10%, si el parámetro estimado resulta del 80%, tendríamos una seguridad del 95% (para $\alpha=0,05$) del que el parámetro real se sitúa entre el 70% y el 90%. Por lo tanto, la amplitud total del intervalo es el doble del error que introducimos en la fórmula.

Se utilizó para calcular los tamaños de la muestras para $\alpha= 0,05$ un error de 0,1, de acuerdo a las recomendaciones para este tipo de estudio un error de 10% es suficiente.

La cantidad total de historia clínica de pacientes egresados en el año 2015 fue de 422.

Para este tamaño poblacional la muestra calculada fue de 267 historias clínicas, esta cantidad se seleccionó para la evaluación previa a la intervención educativa y una muestra igual posterior a la intervención educativa.

Se evaluó la historia clínica mediante la lista de cotejo, adaptada por competencias, previamente validada por juicio de expertos, la cual suma un puntaje máximo de 100 y mínimo de 0.

La estadística descriptiva de acuerdo a los datos, se llevó a cabo mediante medidas de tendencia central y de dispersión, para las variables numéricas se utilizó prueba de X² con corrección de Yates. La información se capturó en una base de datos de Excel 2003, y se utilizó el paquete estadístico SPSS 14.0.1 para Windows (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA).

El costo de la hospitalización es parte de la terapéutica utilizada por el hospital para el manejo de estos pacientes y por lo tanto no implicó mayor gasto para el hospital.

Los expedientes son los documentos legales que se generan al estar hospitalizados los pacientes de la UMAE Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, lo cual no generó mayor gasto para el hospital.

Se llevó a cabo el estudio de acuerdo con los principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki, la ley General de Salud de la República Mexicana y la normatividad del Instituto Mexicano del seguro Social y que tienen consistencia con las Buenas Prácticas Clínicas y los requerimientos regulatorios aplicables. Con riesgo menor al mínimo y no ameritó carta de consentimiento informado.

6. RESULTADOS

Se analizaron 534 historias clínicas pediátricas de los cuales el 57.3% pertenecen al sexo masculino y el 42.7% sexo femenino. (Gráfico1)

De la proporción de historias clínicas con intervención se obtuvo un 28.65% del sexo masculino y un 21.35% del sexo femenino. En comparación de la proporción de historias clínicas sin intervención se obtuvo un 24.4% sexo masculino y un 25.66% sexo femenino. (Gráfico 2)

De los médicos residentes que participaron en la evaluación el 86.5% (462) cursaban el segundo año de pediatría y el 13.5% (72) cursaban el tercer año de pediatría.

De los médicos residentes que participaron en la evaluación el 61.24% fueron del sexo femenino y 38.76% del sexo masculino. (Gráfico 4)

De la proporción de historias clínicas con intervención se obtuvo un 20.22% del sexo masculino y 29.78% sexo femenino en comparación con la población de historias clínicas sin intervención de las cuales el 18.54% realizadas por el sexo masculino y 31.46% realizada por el sexo femenino. (Gráfico 5)

Evaluación de la historia clínica pediátrica: De las 534 historias clínicas evaluadas hechas por los residentes de 2do y 3er año, el 18.35% (98) de médicos residentes de sexo masculino tuvieron calificación reprobatoria, y el 27.72% (148) médicos del sexo femenino.

El 20.41% del sexo masculino obtuvieron calificación aprobatoria en la lista de cotejo de evaluación de la historia clínica, y el 33.52% (179) del sexo femenino.

Se reporta 3.56% (19) médicos obtuvieron calificación reprobatoria con intervención. El 46.44% (248) obtuvieron calificación aprobatoria con intervención educativa.

Se reporta que el 42.51% (227) obtuvieron calificación reprobatoria y calificación aprobatoria el 7.49% (40) de los médicos sin intervención educativa.

De los médicos residentes del sexo masculino que realizaron la historia clínica pediátrica con intervención educativa el 4.35% (9) obtuvieron calificación reprobatoria y el 47.83% (99) obtuvieron calificación aprobatoria.

De los médicos residentes del sexo masculino que realizaron la historia clínica pediátrica sin intervención educativa el 43% (89) obtuvieron calificación reprobatoria y el 4.83% (10) obtuvieron calificación aprobatoria.

De los médicos residentes del sexo femenino que realizaron la historia clínica pediátrica sin intervención educativa el 42.20% (138) obtuvieron calificación reprobatoria y el 9.17% (30) obtuvieron calificación aprobatoria.

De los médicos residentes del sexo femenino que realizaron la historia clínica pediátrica con intervención educativa el 3.06% (10) obtuvieron calificación reprobatoria y el 45.57% (149) obtuvieron calificación aprobatoria.

Se obtuvo una calificación media de 73.8 de las 534 historias clínicas pediátricas evaluadas.

De las historias clínicas sin intervención educativa evaluadas la calificación media fue 58.46

De las historias clínicas con intervención educativa evaluadas la calificación media fue de 89.13

De las 534 historias clínicas pediátricas evaluadas, la media de la calificación reprobatoria fue de 54.95%, la media de la calificación aprobatoria es de 89.90%.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán F, Arias CA. La Historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Revista colombiana de Cirugía; 2012; (27): 15-24.
2. Segredo A, Reyes D. Diseño curricular por competencias. Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba. Correo Médico de Holguin 2004; 8 (3):1-7.
3. Valverde J, Revuelta FI, Fernández MR. Modelos de evaluación por competencias a través de un sistema de gestión de aprendizaje. Revista Iberoamericana de Educación. 2012;(60):51-62.
4. Touriñan JM. Intervención educativa, intervención pedagógica y educación: La mirada Pedagógica. Revista Portuguesa de Pedagogía. 2011; Extraserie: 283-307.
5. Lain P. La Historia Clínica: Historia y teoría del relato patográfico. 1ª ed. Madrid: Editorial Diana Artes Gráficas; 1950.
6. García A, Quero J. La Historia Clínica. 1a ed. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2012.
7. Cerecedo V. Historia Clínica. Metodología didáctica. 1a ed. México: Editorial Panamericana; 2003.
8. Júdeza J, Nicolas P, Delgado M. La confidencialidad en la práctica clínica: Historia Clínica y gestión de la información. Rev Med Clin (Barc) 2002; 118 (1): 18-37.
9. Criado M. Aspectos médico-legales de la Historia Clínica. Rev Med Clin (Barc) 1999; 112: 24-28.
10. Valencia A, Daza P. Historia clínica pediátrica. Revista GastroHnup. 2011; 13(1):S28-S37.
11. Tamayo L. La Historia Clínica en Pediatría. Texto de la cátedra de Pediatría. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz: p. 16-23.
12. Games J, Troconis G. Introducción a la Pediatría. 7ª ed. México: Mendez Editores; 2010.
13. Martínez R. La salud del niño y del adolescente. 5ª ed. México: editorial El Manual Moderno; 2005.
14. Kliegman R, Behrman R, Jenson H. Nelson Tratado de Pediatría. 19ª ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2013.
15. Surós A, Surós J. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. 8ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2001.
16. Argente H, Alvarez M. Semiología Médica, fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2013.
17. Bickley L, Szilagyí P. Bates Guía de exploración física e Historia Clínica. 8ª ed. Texas: Editorial McGraw-Hill; 2003.
18. Lauriente A. Semiología, examen físico y desarrollo de los niños. Guías para la supervisión de la salud de niños y adolescentes, Sociedad Argentina de Pediatría. Argentina; 2002: p. 1-59.
19. Montesano JR. Manual del Protocolo de Investigación. 1a ed. México: Editorial Auroch S.A de C.V; 2001.
20. Munch L, Angeles E. Métodos y técnicas de investigación. 1a ed. México: Editorial Trillas; 2015
21. Riondet B. Evaluación estadística de la calidad de la Historia Clínica en un servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de la Plata (Tesis doctoral). La Plata: Universidad nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Médicas; 2007.

22. Dawson B, Trapp R. Bioestadística médica. 4ta ed. Indiana: Editorial Manual Moderno; 2005.
23. Guías para elaborar referencias bibliográficas estilo Vancouver. Rev. Fac. Cien. Méd. 2008; 75:80.
24. Comité Internacional de Editores de Revistas de Medicina. Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas. (en línea). May 2000 (Fecha de acceso sept. 6 2005) Disponible en: [http:// www.fisterra.com/recursos_web/mbe/ vancouver.asp](http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp)
International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. (En Línea) Updated Oct. 2004. (Fecha de Acceso sept. 6 2005). Disponible en: <http://www.icmje.org/index.html>.
25. [Universidad Nacional Autónoma de México. \(Homepage en internet\). México: Facultad de Medicina; c2011\(actualizado 24 mayo del 2016, consultada el 26 de mayo 2016\).](http://www.facmed.unam.mx) Disponible en <http://www.facmed.unam.mx>.
26. Díaz F, Hernández G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo una interpretación constructivista. 2da ed. México: Editorial Mc Graw Hill; 2002.

8. ANEXOS:

8.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	FEBRERO 2016	MARZO 2016	ABRIL 2016	MAYO 2016	JUNIO 2016	JULIO 2016	AGOSTO 2016	SEPT 2016	OCT 2016
Planteamiento del problema	✓								
Revisión bibliográfica	✓	✓	✓						
Elaboración de protocolo	✓	✓	✓						
Presentación de protocolo ante el comité de Ética e Investigación local				✓					
Aprobación de protocolo					✓				
Fase clínica					✓	✓			
Análisis estadístico							✓		
Elaboración de informe final								*	*
Presentación									*

Actividades realizadas: ✓

Actividades programadas: *

8.2 HISTORIA CLÍNICA:



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL GENERAL GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
HISTORIA CLINICA PEDIATRICA**



FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE:
EDAD:
Género:
F. NACIMIENTO:
L. ORIGEN:
L. RESIDENCIA:
DIRECCIÓN:
TEEFONO:
GPO SANGUINEO:
RELIGION:
CLINICA/DELEGACION
INFORMANTE: (PARENTESCO)
FECHA DE REALIZACIÓN:
Servicio
Cama

ANTECEDENTES HERDOFAMILIARES

Padre: Edad, Lugar de Origen y residencia, Escolaridad, ocupación, ingresos y porcentaje de aporte al gasto familiar, Religión, grupo sanguíneo, estado civil, estado de salud, enfermedades importantes, fecha de nacimiento, tatuajes, parejas sexuales No.

Madre: Edad, Lugar de Origen y residencia, Escolaridad, ocupación, ingresos y porcentaje de aporte al gasto familiar, Religión, grupo sanguíneo, estado civil, estado de salud, enfermedades importantes, fecha de nacimiento, tatuajes, transfusiones.

AGO: menarca, IVSA, Ritmo, G, P C, A , metodos anticonceptivos, parejas sexuales, circn, periodo intergenèsico, pesos de los productos.

Hermanos: edad, estado de salud

Abuelo Paterno: Edad y estado de salud

Abuela Paterna: Edad y estado de salud

Abuelo Materno: Edad y estado de salud

Abuela materna : edad y estado de salud

Otros que intervengan para el padecimiento actual: por ejemplo padrastro, madrastra, etc.

Después de interrogar familiares directos preguntar en forma dirigida padecimientos familiares comunes: DM2, HAS, enfermedad autoinmunes, atopias, epilepsia, genéticas, cardiopatías, oncohematológicos, defunciones de bebés en primer año de vida, malformaciones congénitas, retraso en neurodesarrollo, hipoacusia, acusia, enfermedad renal crónica, hematuria, proteinuria, litiasis renal o vesical, antecedente de trasplante renal o terapias de sustitución renal (diálisis peritoneal o hemodiálisis), consanguinidad.

Tipo familia

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

1) Personales Perinatales:

Prenatal: edad materna a la concepción, Gesta, curso del embarazo, control prenatal, y que tipo de medico (familiar, general, gineco) medicamentos ingeridos, teratógenos (Rx, medicamentos, etc) inmunizaciones. Infecciones, caídas, USG obstétrico, presencia de oligo o polihidramnios (en caso de ectasia o hidronefrosis en el feto, preguntar semana de gestación al momento del diagnóstico), amenazas de aborto o parto pretermino, otras enfermedades maternas en el embarazo.

b. Natal: **Inicio de trabajo de parto, ruptura de membranas, vía de nacimiento:** parto o cesarea, motivo de cesárea en su caso, distocias, tipo de anestesia, Capurro, Apgar, peso y talla, PC, complicaciones.
Alteraciones de cordón umbilical, uso de catéteres umbilicales, uso de medicamentos nefrotóxicos

c. Posnatal: **complicaciones, egreso, hasta los 28 días. Cuándo presenta primera evacuación y si es espontánea o no?. En caso de haber sido hospitalizado cateterismo umbilical.**

2) Alimentación

- a) Seno materno: inicio, duración, exclusivo cuánto tiempo y a partir de cuando complementa y con qué fórmulas o no y con que complementaba.
- b) Fórmulas industrializadas: tipo, inicio tiempo, cambio de fórmulas y cuáles, hasta la fecha. Número de tomas, número de onzas y medidas. Edad de introducción de leche entera.
- c) Ablactación: Edad de inicio, con qué empezó y cómo progresó Inicio tipo.
- d) Introducción de alimentos alergénicos: huevo, cítricos, chocolate, fresa, cacahuete, nuez, pescado.
- e) Alimentación actual: ejm pollo 3/7.
- f) Ingesta de líquidos (polidipsia)
- g) Ingesta de refrescos y comida chatarra
- 3) Habitación: propia o rentada: casa, departamento o choza propia o rentada, tipo de construcción (materiales), cuantas personas habitan la casa, no. De habitaciones, con quien duerme, servicios, en que cocinan, humedad, polvo, basura, recolección frecuencia de desechos, fauna, flora, fabricas cerca, pavimentación-
- 4) Higiene: baño, cambio de ropa interior y exterior, lavado de manos, aseo dental y cambio de ropa de cama. Limpieza en domicilio, productos.
- 5) Inmunizaciones: Describir las que contiene y a qué edad se administraron y si muestra cartilla y si se administraron otras vacunas que no están en cartilla nacional. Al final concluir si el esquema está completo o no.
Desarrollo Psicomotor:
 - a) Motor fino: **ejemplos** Pinza fina hacer rayas hacer una cruz hacer un triángulo, hacer un cuadrado, hacer un rectángulo, hacer un rombo, Escribe palabras.

1. b) Motor grueso: Sostén cefálico 3 meses, Rodamiento 5 meses, Sedestación con ayuda 5 meses, Sedestación solo 6 meses, Gateo 8-10 meses, Bipedestación 12-15 meses, Subir y bajar escaleras sin alternar los pies 2 años, Brincar en dos pies 2 años, Subir y bajar alternando los pies 4 años, Brincar en un pie 4-5 años

2. c) control de esfínter vesical y anal.
d) Lenguaje: Sonidos guturales, Monosílabos, Bisílabos, Frases de 3 palabras, lenguaje fluido de más de 3 palabras, Comprensión de cosas abstractas, Pronunciación de la R y S.

e) social adaptativo: 1ra. Angustia de separación, 2da angustia de separación, Juego en paralelo, Juego en grupo, Relación con sus compañeros y familiares

Hábitos recreativos: Escuchar música, salir con amistades.

Actividades deportivas

Hábitos de sueño:

Acude a guardería o al cuidado de quienes está....

Escolaridad actual, desempeño escolar.

6) Viajes en el último año.

7) Antecedentes ginecológicos

En niñas:

En etapa Escolar y Adolescente, incluir

Edad de inicio de Telarca

Edad de inicio de Pubarca

Edad de inicio de Adrenarca

Edad de Menarca

Edad Ginecológica (Tiempo transcurrido entre la menarca y el momento de evaluación)

Ciclos Menstruales: Frecuencia

Duración

Cantidad (num. toallas promedio/ día)

Dismenorrea Si/ No

En niños: En varones sería conveniente incluir: Inicio de Pubarca Inicio de Adrenarca Edad de espermaquia

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

1. Enfermedades exantemáticas

2. Quirúrgicos (colocación de catéter de tenckhoff o mahurkar, localización del acceso vascular).

Gastro: pacientes con múltiples accesos vascular poner fechas de colocación de catéter y localización de acceso vascular. En caso de biopsias fecha de realización y hallazgos. En caso de resecciones intestinales: describir fecha, procedimiento realizado y segmentos resecados.

3. Alérgicos: alimentos, ambiente, medicamentos y otros.
4. Intoxicaciones
5. Transfusiones: fechas, qué transfundieron
6. Hospitalizaciones: fechas, duración, hospital, motivo y manejo
7. Traumáticos
8. IVAS y diarreas por año
9. Cuadros de sibilancias o neumonías hasta la fecha.
10. Otras enfermedades: infecciones de vías urinarias de repetición: cistitis, pielonefritis
11. Valoraciones por otros servicios con diagnósticos y tratamientos
12. Medicamentos que toma actualmente, dosis tiempo de administración si se aplica medicamentos tópicos, Uso frecuente de medicamentos (nefrotóxicos, AINES)
13. En caso de diálisis modalidad (DPCA, DPA y prescripción de diálisis, número de recambios, volumen de llenado)

PADECIMIENTO ACTUAL:

- A. Sacar lo principal del padecimiento actual, sacando los días en cronología hasta su ingreso al hospital. Motivo de ingreso en esta hospitalización en pacientes crónicos

Evento de asfixia _____ 3 días

Dificultad respiratoria _____ 3 días

Disfonía _____ 2 días

Disfagia _____ 1 día

Dolor Abdominal _____ 1 día

- B. Semiología de cada signo y síntoma anotado anteriormente.
- C. Evolución: (del inicio del PA hasta su ingreso a neumopediatría), haciendo un resumen desde el inicio del padecimiento actual, hasta su ingreso, ya no incluyendo la semiología, mencionando lo que fueron haciendo o se le dio de tratamiento hasta su llegada a esta unidad. Por ejemplo:

Inicia el domingo 14 de mayo del presente año a las 19 horas aproximadamente, tras ingerir accidentalmente un alfiler que sostenía, con la boca luego de ocurrirle un episodio de risa. Dio aviso a sus padres al día siguiente y es llevada a su centro de salud, donde es referida a este hospital para su posterior extracción. Se le realizó broncoscopio el día martes, en la cual se describió el cuerpo extraño, en bronquio del lóbulo inferior derecho, siendo imposible extraerlo. Se envía a valoración en esta unidad.

2. Interrogatorio por aparatos y sistemas.

NOTA: Estos datos son interrogados al tiempo del padecimiento actual, si son de hace 1 mes, un año, etc y ya no están, serían personales patológicos.

Síntomas generales: fiebre, astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso

- ⊕ Aparato respiratorio: Disnea, alteraciones de la voz, tos, cianosis, expectoración, sibilancias, rinorrea, dolor torácico, dificultad respiratoria, hemoptisis, vómica.
- ⊕ Aparato cardiovascular: disnea, disnea de esfuerzo, ortopnea, cianosis, lipotimia, síncope, mareo, edema, dolor precordial, palpitaciones, acúfenos, fosfenos.
- ⊕ Aparato digestivo: , queilitis, odinofagia, sialorrea, , halitosis, disfagia, regurgitación, rumiación, hematemesis, vómito, pirosis, eructo, hipo, epigastralgia, distensión abdominal, dolor abdominal, (asociación con alimentos o con evacuación), evacuaciones: Bristol, frecuencia, consistencia, lientería, hematoquezia, melena, expulsión de moco, sangre (rectorragia) o pus al evacuar, dolor al defecar, meteorismo, flatulencias, prurito anal, pujo, tenesmo, manchado de ropa interior con heces. Ictericia, acolia, coluria.
- ⊕ Aparato renal y urinario: disuria, polaquiuria, pujo, tenesmo vesical, poliuria, polidipsia, hematuria macroscópica, orina espumosa, alteraciones del chorro urinario, oliguria, enuresis, nicturia, incontinencia urinaria, edemas, aliento urémico, palidez, acusia, hipoacusia.
- ⊕ **Sistema endocrino:** intolerancia al frío o calor, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, piel seca, o hiperhidrosis, hiperactividad, hipoactividad, nerviosismo, obesidad, cambios en forma y tamaño de cuello interrogados y negados.
- ⊕ **Sistema hematopoyético y linfático: hemorragias, petequias, equimosis, palidez, adenomegalias**
- ⊕ Sistema musculoesquelético: mialgias, artralgias, limitación de movimientos, dolor, deformidades, alteraciones en la marcha, rigidez matutina, debilidad.
- ⊕ Sistema nervioso: cefalea, mareo, vértigo, parestesias, disestesias, convulsiones, paresia, alteraciones en estado de despierto, confusión, obnubilación, anomalías del sueño
- ⊕ Aparato reproductor: En caso necesario.
- ⊕ Órganos de los sentidos: vista, audición, gusto, olfato, tacto.
- ⊕ Piel y faneras: caída de cabello, prurito, palidez, disminución de temperatura, xerodermia, alteraciones en uñas: color, tamaño, grosor.
- ⊕ Esfera Psíquica: alteraciones en conducta.

3. Exploración Física.

Signos Vitales y somatometría

FC: _____ FR: _____ TA percentilar: _____ T°: _____

Peso: percentilar

Talla: percentilar

Percentilas < 5 años: peso/edad, talla/edad, peso/talla, peso ideal para talla, perímetro cefálico

Percentilas > 5 años: peso/edad, talla/edad, IMC, peso ideal para talla

Deberán estar pesados y medidos por residente sin ropa y pañal

En gastropediatría se calcula Gasto energético basal y gasto energético total

Sat. De O2 con FiO2 21%

Sat de O2 con ¿? FiO2:

Perímetro cefálico:

Perímetro del brazo:

Perímetro abdominal

INCLUIR GRAFICAS DE PESO Y TALLA: CDC

- a. Inspección General. Género, edad aparente (igual, mayor o menor a cronológica), conformidad, estado nutricional aparente, expresión facial o fascie característica, actitud, somatotipo, constitución, marcha, movimientos espontáneos o anormales, características del llanto, tipo de respiración, estado de alerta, cooperación, características del lenguaje, y si el paciente está acompañado. En pacientes mayores si está orientado en tiempo, espacio y persona
- b. PIEL Y FANERAS. Coloración, humedad, sensibilidad temperatura local y generalizada erupciones, descamaciones, ulceraciones cicatrices, edema bipalpebral o facial, nódulos, equimosis hemangiomas, petequias, huellas de rascado, manchas mongólicas hipercrómicas e hipocrómicas. Características del pelo de cabeza, axilar, pubiano. Coloración de la unas, forma, fragilidad de la piel.
- c. Habitus exterior:
- d. Cabeza:
 - Cráneo: Forma del cráneo, implantación del cabello, color, tipo, fragilidad, opacidad, tiña, impétigo, forúnculos, parásitos. Tamaño y tensión de las fontanelas. Suturas abiertas, cerradas, puntiformes, cabalgadas. Craneotabes, anomalías óseas otras.
 - Cara: Asimetría facial, debilidad muscular. Cefalohematoma. Hematoma Subgaleal. Fractura parietal con hundimiento, edema, eritema malar.
Cejas y pestañas
 - Ojos: simetría Agudeza visual, nistagmus, parálisis. Párpados (lagrimeo, blefaroespásmo, ptosis, celulitis, chalazión). Conjuntiva y córnea (queratitis, conjuntivitis, ictericia etc). Pupilas(simetría, reacción a la luz, acomodamiento, fotofobia). Fondo de ojo (papiledema, atrofia de papila, vasos.
 - Oídos: Implantación de pabellones auriculares, limpieza, agudeza auditiva Conducto auditivo externo y membrana timpánica, presencia de poliotia o mamelones preauriculares, hipoplasia de pabellones auriculares.
 - Nariz: Tipo Mucosa (coloración, ulceración, costras hemáticas, puentes hialinos, secreción, obstrucción: desviación del tabique, pólipos, cuerpo extraño e hipertrofia de cornetes.
 - Boca: Labios, paladar: integridad y aspecto. Dientes: higiene y número de piezas, caries, manchas y mala oclusión. Mucosa bucal, color, humedad, lesiones ulcerosas, petequias, Lengua, tamaño, tipo geográfica, inflamación, saburral, frenillo, tumoraciones Faringe Amígdalas, hiperemia, hipertróficas, edema, úlcera, exudado, pseudomembranas, abscesos

- e. Cuello: **Inspección:** Forma, tamaño, edema, ingurgitación yugular.
Palpación: dolor a la palpación, flexibilidad, posición y movilidad de la tráquea, tiroides(tamaño, consistencia y desplazamiento), tiroides, pulsos describir, adenomegalias, quistes branquiales.
Percusión: en caso necesario.
Auscultación: soplos.
- f. Tórax:
 Campos pulmonares: Todo **describiendo en que zona de acuerdo a líneas convencionales y espacios se encuentra.**
 a) **Inspección:** tamaño, forma, simetría, movimientos, dificultad respiratoria,
 b) **Palpación:** VV, TV.
 c) **Percusión:** claro pulmonar, etc..
 d) **Auscultación:** tipo de estertor encontrado.
Región precordial:
 a) Inspección: simetría de tórax, identificar deformidades, choque de la punta.
 b) Palpación: choque de la punta, precordial normodinamico, hiperdinámico o quieto; fremito o thrill,
 c) Auscultación: Ruidos cardiacos: ritmo, detección de soplos, semiología de soplos, identificación del 2º. Ruido y su intensidad, frote pericárdico.
 d) Palpación Extra cardíaca: pulsos en las cuatro extremidades y comparativamente.
- g. Abdomen:
Inspección: Forma, cicatrices quirúrgicas, red venosa, cicatriz umbilical, equimosis, manchas, presencia de fistulas, estomas coloración y gasto por el mismo, dibujo de asas
Palpación superficial. reflejos abdominales, hiperestesia, tono muscular, dolor superficial **Palpación profunda,** ascitis, rebote, signos abdominales, Tumorações describir localización de acuerdo a sitio anatómico, consistencia, dolor y movilidad., puntos ureterales, globo vesical, etc. Hígado: tamaño medir de acuerdo a línea convencionales y si rebasa línea media consistencia, dolor, bazo tamaño, consistencia, riñon.
Percusión: timpanismo, matidez, ascitis. Giordano.
Auscultación: soplo abdominal, perístasis.
- h. Extremidades superiores e inferiores: inspección de piel, coloración, Forma, uñas piel, uñas, deformidades: geno valgo, o varo, presencia de edemas. **Espasticidad movimientos involuntarios mioclonias, movimientos atetósicos fasciculaciones coreicos tics, convulsiones** , Deformidades **Adquiridas:** raquitismo, sífilis, tuberculosis. **Dolor, temperatura Tono, fuerza y tacto en extremidades, pulsos características, Godete.** Articulaciones: color, aumento de tamaño, temperatura, sensibilidad, y exploración de arcos de movilidad de articulaciones hombro, codo muñeca, la cadera (coxa vara), rodillas, tobillos.
- i. Genitales: ambigüedad de genitales, **Deformidades, hernias, Pene: fimosis, adherencias prepuciales hipospadias).** Testículos: tamaño, hidrocele, criptorquidia, transluminación, tumores, cordón, espermático, varicocele. Vulva: himen, adherencias, secreción, clítoris, integridad. Evaluar Tanner.
 Ano: Aspecto, posición, presencia de eritema, fisuras, tumoraciones, atresia datos de sangrado, condilomas, prolapso rectal, abscesos, hemorroides.
 Tacto rectal En caso de requerirse realizar tacto rectal previo consentimiento de familiar y no en sospecha de abuso, describir tono, presencia o ausencia de materia fecal en ámpula rectal, tumoraciones, (tamaño aproximado, consistencia, movilidad) a salida de dedo, el guante tiene sangre o no, hay salida de evacuación líquida explosiva, etc. Si no se realiza se describe como diferido
- j. Columna vertebral: **Signos meníngeos, rigidez de nuca, kernig brudzinski cefálico y contralateral,** curvaturas normales, espasmos musculares, flexiones, opistótonos, mielomeningocele, escoliosis, xifosis, quiste pilonidal.
Exploración neurológica: Estado mental, Nivel de conciencia, conducta, cooperación, orientación (tiempo, lugar y persona), pensamiento, estado emocional, actitudes o movimientos anormales, memoria, irritabilidad, lenguaje
Reflejos primarios: reflejo de Moro, irritabilidad, grito cefálico, reflejos de búsqueda, prensión succión y deglución Lenguaje. Perímetro cefálico,

PARES CRANEALES

- I Olfatorio: se explora en casos especiales
- II Óptico: campos visuales, fondo de ojo.
- III, IV, V. Pupilas: tamaño, simetría, respuesta de la luz, acomodación, reflejo consensual. Movimientos oculares, nistagmus, estrabismo, ptosis y parálisis

- VI Motor, estrabismo convergente
- VII Asimetría facial, percepción gustativa 2/3 anteriores lengua
- VIII Agudeza auditiva, conducción aérea, ataxia
- IX, X Desviación de la úvula. Reflejo nauseoso, acumulo de secreciones.
- XI Exploración de esternocleidomastoideo y trapecio
- XII Protrusión de la lengua, atrofia, temblor y fibrilación.

REFLEJOS: •Osteotendinosos: bicipital, tricipital, radial, patelar, aquiliano, clonus patelar, clonus aquiliano. •Superficiales: abdominales, cremasteriano patelar, hoffman, oppenheim, chaddock.

4. Exámenes de Laboratorio:

Biometría Hemática.			
Leucocitos		Plaquetas	
Eritrocitos		VPM	
Hb		Neutrófilos	
Htc		Linfocitos	
VCM		Monocitos	
CMHb		Eosinófilos	
CCMb		Basófilos	

Química sanguínea, Electrolitos séricos completos si cuenta con ellos

Pruebas de funcionamiento hepático: AST, ALT; FA DHL; GGT; proteínas, albúmina, globulina, bilirrubinas, Perfil de lípidos, Tiempos de coagulación, EGO.

Cultivos: tipo, fecha, aislamiento y sensibilidad

Pruebas especiales : enzimas pancreáticas, inmunoglobulinas percentiladas de acuerdo a edad, C3 y C4 percentilado de acuerdo a edad, anticuerpos, cloruros en sudor, gasometrías, amonio, subpoblaciones de linfocitos, perfil tiroideo, tamiz, etc

5. Gabinete: fechas y hallazgos

a. Radiografías

- Tórax PA, lateral
- Abdomen AP de pie, decúbito o lateral
- **Cráneo, huesos largos**
- SEGD
- Tránsito intestinal
- Colon por enema convencional o con técnica de Hirschsprung
- Otros

b. Ultrasonidos

- **Transfontaneal,**
- **Abdominal**
- **Renal: tamaño renal y percentilas**
- **Doppler o especiales**

c. Gammagrama:

d. Tomografía

Interpretación estudios.

6. Diagnósticos:

Sintomático

Signológico

Sindromático

Etiológico

Presuntivo

Diferenciales

Nosológico

Integral

Pediátrico- nutricional

7. Tratamiento:

8. Pronóstico

9. Datos de la persona que realiza y supervisa

Nombre de la persona que realizo la historia:

Matrícula y Cédula profesional

Firma:

Nombre y firma de la persona que revisó la historia clínica.

Matrícula y Cédula profesional

Historia Clínica basada en la que se maneja en el Hospital de Pediatría Siglo XXI, modificada por el grupo de profesores del curso en especialización en pediatría CMN La Raza (2015-2016).

8.3 LISTA DE COTEJO. HISTORIA CLINICA. DOCUMENTO.

NO. PACIENTE: _____ Servicio: _____ Grado: _____ Intervención educativa: SI No Calificación: _____

Elaboro: Dra. Silvia Graciela Moysén Ramírez, basada en historia clínica pediátrica manejada en hospital de pediatría de siglo XXI; modificada por el grupo

No.	Habilidad a evaluar		NO(0)	Incompleto(1)	SI (2)		
1	Historia Clínica	Ficha de Identificación					
		Antecedentes heredo familiares	Padre				
			Madre				
			Hermanos				
			Abuelos				
			Otros				
		Antecedentes personales no patológicos	Perinatales	Prenatales			
				Natales			
				Postnatales			
			Alimentación				
			Casa habitación				
			Higiene				
			Inmunizaciones				
			Crecimiento y Desarrollo				
			Hobbies. HEEDSSS.				
		Antecedentes personales patológicos	Exantemáticas				
			Quirúrgicos				
			Alérgicos				
			Intoxicaciones				
			Traumáticos				
			Transfusionales				
Hospitalizaciones							
Entrada por salida a Urgencias							
Diagnósticos crónicos							
Padecimiento Actual	Signos y síntomas principales		(2)	(4)			
	Semiología		(2)	(4)			
	Evolución		(2)	(4)			
Interrogatorio por aparatos y sistemas							
Exploración física	Signos vitales y somatometría						
	Graficas de crecimiento y desarrollo						
	Exploración física	General		(1.5)	(3)		
Específica			(1.5)	(3)			
2	Descripción de estudios de laboratorio y gabinete	Laboratorios					
		Rayos X					
		Otros		(2)	(4)		
3	Diagnóstico	Nosológico		(2)	(4)		
		Pediátrico-Nutricional					
4	Actitudes	Limpieza					
		Orden y Títulos					
		Redacción					
		Ortografía					
		Nombre, CP, matricula y firma de quien la realizó		(0.5)	(1)		
		Nombre, CP, Matricula y firma de quien la revisó		(0.5)	(1)		
		Veracidad. (En caso de ser datos inventados se bajaran 30 puntos)		(2)	(4)		
		(0-100) PUNTAJE. CALIFICACION					

de profesores CMN La Raza(2015-2016). Adaptada para valoración en competencias.

Nombre del evaluador: _____ Firma: _____