

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

Trabajo Final

“Nivel de conocimiento sobre confección de Historias Clínicas por Estudiantes de Medicina de 5to y 6to año de la Universidad Abierta Interamericana ”

Alumno/a: Victoria Carrere

Tutor/a: Dra. Florencia Kraft

Rosario, 2024

Resumen **2**
Introducción **3**
Marco teórico **5**
¿Qué es la Historia Clínica? 5
Creación y evolución de la Historia clínica 5
Tipos de Historias Clínicas 6
Historia clínica orientada al problema (HCOP) 6
Estructura de la HCOP 7
Base de datos 7
Lista de problemas 8
Notas de evolución 8
Hojas de Flujo. 9
Historia clínica tradicional 9
Partes de la Historia Clínica. 9
Anamnesis 9
Exámen físico. 13
Estudios complementarios y diagnóstico presuntivo 16
Métodos para la confección de una correcta Historia clínica 17
Los estudiantes y la Historia clínica 17
Objetivos **21**
Material y métodos **22**
Diseño del estudio 22
Ámbito de investigación 22
Población y Criterios de Selección de Muestra 22
Criterios de inclusión 22
Criterios de exclusión 22
Muestreo y tamaño muestral 22
Instrumentos 22
Definiciones 23
Variables 23
Análisis de datos 24
Consideraciones éticas 24
Resultados **25**
Discusión **28**
Limitaciones **29**
Conclusiones **30**
Referencias Bibliográficas **31**
Anexos **35**
Anexo 1: Encuesta 35
Anexo 2: Autorización dirección de carrera 39
Anexo 3: Autorización tutor/a 40

Resumen

Introducción: La Historia Clínica (HC) es un documento médico-legal indispensable, que contiene la información del paciente y los actos médicos realizados. Representa el registro detallado y cronológico de la relación médico-paciente, permitiendo documentar la anamnesis, el examen físico, los diagnósticos y los tratamientos realizados. No obstante, errores como desorganización, ilegibilidad y falta de conocimientos sobre la misma pueden comprometer su validez legal y su utilidad médica.

Objetivos: Describir los conocimientos de los estudiantes universitarios de 5to y 6to año de Medicina de la UAI para la realización de HC.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo con encuestas estructuradas a estudiantes de Medicina de 5° y 6° año de la UAI (Rosario). Los datos se analizaron con frecuencias, medidas de tendencia central y gráficos.

Resultados: El 50% de los estudiantes de 5° y el 57.69% de 6° presentaron un nivel medio de conocimiento. El 35.29% mostró errores en la secuencia del examen físico, y el 54.90% calificó su redacción de la enfermedad actual como "regular". El uso correcto del dato guía fue de 54.17% (5° año) y 37.04% (6° año). Más del 50% requiere una guía estructurada para la anamnesis.

Conclusiones: La mayoría de los estudiantes presentó un nivel de conocimiento medio en la confección de historias clínicas, con dificultades en la anamnesis, redacción de la enfermedad actual y ejecución del examen físico.

Palabras clave: Conocimiento, anamnesis, examen físico, historia clínica.

Introducción

La Historia Clínica (HC) es un documento con gran valor médico-legal ya que contiene no solo la información del paciente sino que también incluye todo acto médico que se haya realizado (Rosario, 2019).

Según La ley de derechos del paciente 26.529 debe ser cronológica, foliada y completa.

Es de gran importancia saber, que la misma se divide en distintas partes, con el objetivo de poder conocer cuál es el verdadero problema médico del paciente y poder llegar así a un diagnóstico con mayor certeza. En primer lugar, se encuentra la anamnesis, en la cual se dejará asentado los datos generales del paciente, el motivo de la consulta y la enfermedad actual. Luego se llevará a cabo el examen físico, para posteriormente desarrollar el posible diagnóstico presuntivo y solicitar los estudios complementarios correspondientes según se necesiten (Guzmán y Arias, 2012).

Durante el proceso de elaboración se tiene como objetivo recabar la mayor información posible. Y puede obtenerse de diferentes formas a través del método clínico y el trabajo semiológico (Rojas Loyola, 2021).

Cuando la HC es incomprensible y desordenada no solo perjudica tanto al médico como al personal sanitario que intervenga en ella, sino que también afecta al proceso evolutivo del paciente (Pérez et al., 2019).

Al momento de observar las HC es común encontrar su contenido de forma desorganizada, escritas con letra ilegible y con abreviaturas sin aclaración (Colegio de médicos de la provincia de Bs As, s.f).

Confeccionar la misma con impericia, es decir, con falta de conocimiento en dicho tema, hace que el profesional se arriesgue a ser sancionado en un juicio, no por haber actuado erróneamente desde el punto de vista médico, sino porque en el caso de ser acusado de mala praxis la HC no servirá para ser utilizada como defensa. Esto se debe a que cualquier acto médico que no se registre se entenderá como que no fue realizado (Colegio de médicos de la provincia de Bs As, s.f).

Por consiguiente, la misma, puede ser utilizada como prueba en procesos judiciales, y en la mayoría de las ocasiones determina las decisiones que se tomarán. La importancia y la veracidad que contiene radica en que se redacta en el momento de la atención y no a posterior (Antomas y Huarte del Barrio, 2011).

Se ha señalado la valía de que los profesionales realicen historias clínicas adecuadas por lo que se han realizado estudios en distintos centros hospitalarios que dejan entrever la

deficiencia en su calidad lo que ha llevado a que múltiples docentes planteen que estos documentos carecen de valor científico (Barreto, 2000).

Los estudios realizados indican que una parte significativa de los estudiantes, al desarrollar sus prácticas en diversos contextos, experimenta dificultades en la comunicación con los pacientes y sus familiares. Estas deficiencias, se manifiestan en la ejecución de las habilidades clínicas, particularmente en el proceso de interrogar y examinar al paciente (Bravo López et al., 2017).

En relación con la organización de la información obtenida durante la entrevista para conformar la historia clínica, en ocasiones se observa la ausencia de aspectos esenciales e imprescindibles (Almanza-Reyes et al., 2023).

La calidad en su elaboración, puede estar condicionada por diferentes factores, y entre ellos se puede observar el nivel de aprendizaje de quienes la confeccionan, atribuido al desconocimiento del tema (González Rodríguez y Cardentey García, 2015).

Debido a lo mencionado es por lo que se decide realizar un estudio, el cual dará la respuesta a la siguiente pregunta ¿Qué nivel de conocimiento tienen los estudiantes de 5to y 6to año de la carrera de Medicina en la Universidad Abierta Interamericana, sede Rosario, para la elaboración de la historia clínica?

Marco teórico

¿Qué es la Historia Clínica?

Es una narración detallada y ordenada de los acontecimientos de una persona que surge del resultado de la anamnesis, el examen físico y la elaboración propia del médico, lo que le permitirá posteriormente poder llegar a un diagnóstico (Argente y Álvarez, 2013).

Se puede definir a la HC desde varios aspectos:

-Como un documento médico en el cual se describen los hallazgos semiológicos, el diagnóstico y las medidas terapéuticas que se implementarán.

-Documento científico, ya que se detallan las manifestaciones y la evolución de la enfermedad, lo que permite tener un mayor conocimiento de la patología en cuestión.

-Como documento legal, por lo que todos los datos del paciente, y el testimonio que da sobre su enfermedad explican las distintas medidas terapéuticas que se utilizaron.

-Documento económico porque todas las prácticas médicas registradas poseen un valor que deberá ser abonado por el paciente, la obra social o por la institución.

-Documento humano, debido a que refleja la relación médico-paciente, el primero no debe dejar pasar por alto ningún detalle que sea de interés para el mejor conocimiento de su paciente y la curación del mismo (Árgente y Álvarez, 2013).

Además, debe considerarse un documento confidencial que puede ser utilizado en procesos judiciales, por lo que debe incluir la información del paciente, seguir un orden cronológico, y al final, el médico responsable debe identificarse (Antomas y Huarte, 2011).

La HC también tiene como propósito demostrar los conocimientos del profesional y la calidad de su labor (Wuani, 2010).

Es de importante conocimiento saber que en la práctica es obligatoria. Ningún acto médico debe ser realizado sin registrarse en este documento (Guzmán y Arias, 2012). Como lo estipula la Ley de derechos del paciente 26.529, acto médico hará referencia tanto a las prescripciones, suministro de medicamentos, estudios solicitados, diagnóstico como a los ingresos y altas médicas.

Creación y evolución de la Historia clínica

La HC fue diseñada por Hipócrates quien apoyó la creación de este documento que se desarrolló desde que hubo las primeras epidemias. Durante la etapa del renacimiento, se conoce la HC como observatio y se agrega en esta época el método anatomoclínico a la

misma, que hasta hoy en el siglo XXI permanece presente y se exige en las HC de todas las instituciones de salud. (Fombella y Cerejio, 2012).

A medida que van pasando los años, se fueron perfeccionando las técnicas, y agregándose otras tales como las fisiopatológicas, en las cuales se utiliza la percusión, auscultación, utilización de termómetros y todo aquello que sea útil para una mejor descripción del paciente y que resulte más sencillo poder llegar a un diagnóstico (Fombella y Cereijo, 2012).

La HC como documento legal surge en el siglo XX donde se crean leyes para proteger la intimidad del paciente (Vargas, 2018).

Tipos de Historias Clínicas

Existen diversos tipos de historias clínicas, entre ellas se encuentran:

-Historia clínica orientada al problema (HCOP), también denominada ambulatoria

-Historia clínica tradicional. (Argente y Álvarez, 2013).

Historia clínica orientada al problema (HCOP)

En la práctica médica ambulatoria el profesional cuenta con escaso tiempo para poder recolectar los datos necesarios, es por esta razón que es importante contar con un modelo de HC que sea útil para la situación y debe poseer las siguientes características: que sea ordenada, completa, de fácil interpretación y legible (Argente y Álvarez, 2013).

La HCOP ordenará y tratará de expresar de forma eficaz los distintos inconvenientes del paciente. (Argente y Álvarez, 2013).

Estos problemas pueden clasificarse según distintos criterios. En la tabla I se muestra una clasificación de los mismos.

TABLA I. Clasificación de los problemas del paciente según criterios de aparición duración y registro (Cantale, 2003).

Criterios	Tipo
Según aparición	Nuevos Conocidos
Según su duración	Agudos Crónicos

Según su registro	Estudiados/atendidos Principales Asociados Activos Pasivos Catalogados

Estructura de la HCOP

Este tipo de HC cuenta con las siguientes partes: Base de datos, lista de problemas, notas de evolución y hojas de flujo (Cantale, 2003).

Base de datos

Está constituida por la información obtenida del interrogatorio, del examen físico y de los resultados de estudios complementarios. En esta sección, se deben considerar los antecedentes personales y familiares, el familiograma (como se muestra en la Figura I), el problema de salud del paciente, la exploración física previamente mencionada (observar Figura II) y los exámenes realizados antes de la consulta (Cantale, 2003).

Figura I: representación gráfica de los datos familiares (Cantale, 2003).

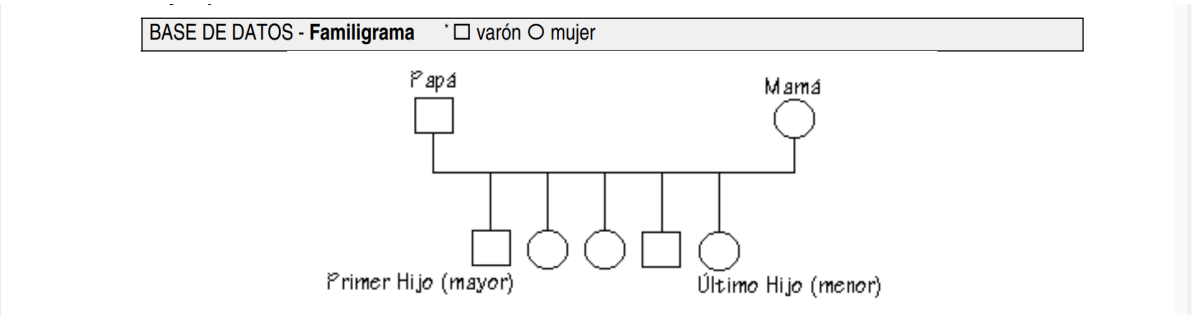
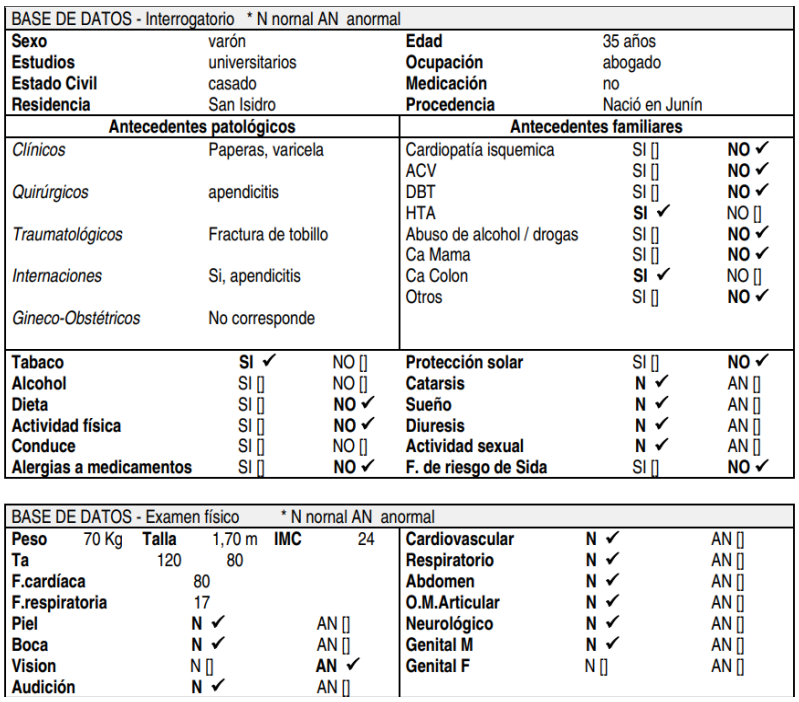


Figura II: Ejemplo de interrogatorio (Cantale, 2003).



BASE DE DATOS - Interrogatorio * N nornal AN anormal

Sexo	varón	**Edad**	35 años
Estudios	universitarios	**Ocupación**	abogado
Estado Civil	casado	**Medicación**	no
Residencia	San Isidro	**Procedencia**	Nació en Junín

Antecedentes patológicos		**Antecedentes familiares**		
Clínicos	Paperas, varicela	Cardiopatía isquemica	SI []	**NO ✓**
		ACV	SI []	**NO ✓**
Quirúrgicos	apendicitis	DBT	SI []	**NO ✓**
		HTA	**SI ✓**	NO []
Traumatológicos	Fractura de tobillo	Abuso de alcohol / drogas	SI []	**NO ✓**
		Ca Mama	SI []	**NO ✓**
Internaciones	Si, apendicitis	Ca Colon	**SI ✓**	NO []
		Otros	SI []	**NO ✓**
Gineco-Obstétricos	No corresponde			

Tabaco	**SI ✓**	NO []	**Protección solar**	SI []	**NO ✓**
Alcohol	SI []	NO []	**Catarsis**	**N ✓**	AN []
Dieta	SI []	**NO ✓**	**Sueño**	**N ✓**	AN []
Actividad física	SI []	**NO ✓**	**Diuresis**	**N ✓**	AN []
Conduce	SI []	NO []	**Actividad sexual**	**N ✓**	AN []
Alergias a medicamentos	SI []	**NO ✓**	**F. de riesgo de Sida**	SI []	**NO ✓**

BASE DE DATOS - Examen físico * N nornal AN anormal

Peso	70 Kg	**Talla**	1,70 m	**IMC**	24	**Cardiovascular**	**N ✓** AN []
Ta	120	80				**Respiratorio**	**N ✓** AN []
F.cardíaca	80					**Abdomen**	**N ✓** AN []
F.respiratoria	17					**O.M.Articular**	**N ✓** AN []
Piel	**N ✓**	AN []				**Neurológico**	**N ✓** AN []
Boca	**N ✓**	AN []				**Genital M**	**N ✓** AN []
Vision	N []	**AN ✓**				**Genital F**	N [] AN []
Audición	**N ✓**	AN []					

Lista de problemas

Siguiendo el orden de la estructura, se ubica luego de los datos personales. Se realiza a partir de los problemas del paciente y estos se deben enumerar según aparición (Cantale, 2003).

Notas de evolución

Para la HC de consultorio, las notas de evolución orientadas a problemas están constituidas por cuatro partes como se observa en la TABLA II (Cantale, 2003).

TABLA II: Partes de las notas de evolución (Cantale 2003).

S	Subjective	Subjetivo
O	Objective	Objetivo
A	Assessment	Evaluación
P	Plan	Plan

Hojas de Flujo.

Son apartados en la HC donde se deja registrado los resultados de los exámenes complementarios, la medicación prescrita y la evolución de algún dato que sea de interés sin tener que revisar toda la HC (Cantale, 2003).

Historia clínica tradicional

Partes de la Historia Clínica.

La historia clínica se divide en secciones, incluyendo la anamnesis, donde se registran los datos del paciente, el motivo de consulta y la enfermedad actual. Luego se realiza el examen físico, y finalmente se concluye con un diagnóstico presuntivo, acompañado de los estudios complementarios pertinentes (Guzmán y Arias, 2012).

Anamnesis

La anamnesis es la sección más importante de la HC ya que permite llegar a un diagnóstico en más del 50% de los casos. Por medio de preguntas se indagará sobre las características de la enfermedad. La misma debe seguir un orden para evitar omisiones (Argente y Álvarez, 2013).

En primer lugar se colocan los datos personales del paciente, que incluye nombre y apellido, estado civil, nacionalidad, ocupación, domicilio y persona responsable si se requiere (Tabla III). Luego se deberá continuar con el motivo de consulta, el mismo debe poder en pocas palabras orientar hacia el sistema afectado. Luego se prosigue con la enfermedad actual, donde se debe describir los signos y síntomas del paciente en orden cronológico. En el caso de que este posea antecedentes personales relacionados con la enfermedad actual, se debe dejar asentado al inicio de la redacción (Argente y Álvarez, 2013).

No se puede entender ni redactar la enfermedad actual sin conocer la historia del paciente. Sus datos y detalles personales son de gran relevancia para la atención médica. (Suneja et al., 2021).

Los antecedentes personales pueden dividirse en: fisiológicos, se dejan asentados aquellos aspectos relacionados con su nacimiento, en caso de la mujer, la edad de menarca, fecha de última menstruación, comienzo de relaciones sexuales. Patológicos, los cuales a su vez se subdividen en enfermedades de la infancia, enfermedades médicas, antecedentes alérgicos, quirúrgicos y traumáticos. De medio, es decir, aquellos vinculados con su lugar de

residencia, acceso a los servicios sanitarios, contacto con animales, exposición a tóxicos, ocupación, núcleo familiar y nivel de escolaridad (Argente y Álvarez, 2013).

Dentro de la anamnesis también se hará hincapié en los hábitos del paciente. Se deberá interrogar sobre su alimentación, si hay intolerancia a ciertos alimentos, si tuvo modificaciones en su apetito, como es su catarsis intestinal, evaluar la diuresis, su ritmo de sueño, si consume alcohol, drogas, tabaco, si se automedica, se interrogará sobre sus prácticas sexuales y si realiza actividad física (Argente y Álvarez, 2013).

El médico debe insistir en que el paciente brinde la información necesaria sobre sus síntomas, pudiendo explicar cómo son, dónde se localizan, la intensidad y el patrón temporal del mismo. Es importante que se puedan cuantificar los síntomas. (Suneja et al., 2021).

Una manera eficaz de llevar a cabo un interrogatorio adecuado es mediante la anamnesis por aparatos, interrogando de acuerdo con los distintos sistemas del cuerpo como se observa en la tabla III. Esto puede ayudar a recordar síntomas olvidados o incluso a descubrir nuevos que el paciente no había mencionado. Así, es posible que este enfoque nos conduzca a un diagnóstico previamente no considerado (Cabrera Aguiar et al., 2011).

Es por esta razón que es conveniente utilizar un modelo de HC que sea lo más amplio posible para que se identifiquen todos los problemas clínicos que presenta el paciente (Farreras-Rozman, 2020).

TABLA III. Ejemplo de historia clínica (Hospital Carrasco, 2024).

HISTORIA CLÍNICA
DATOS PERSONALES Fecha de ingreso: Nombre y Apellido: Edad: Domicilio: Procedencia: Ocupación: Estado civil: Fecha de nacimiento: Escolaridad:

Vivienda:	
MOTIVO DE CONSULTA:	
ENFERMEDAD ACTUAL:	
ANAMNESIS POR APARATOS	
Piel y mucosas:	Alergia a drogas, alimentos, infecciones de piel, lesiones névicas benignas y malignas, prurito, dolor, fotosensibilidad, etc.
Aparato respiratorio:	Rinitis, sinusitis, adenoiditis, tos, expectoración, esputo hemoptoico, disnea, dolor torácico, puntada de costado, disfonía, afonía, cianosis, derrame pleural, etc.
Aparato cardiovascular:	Dolor precordial (localización, irradiación, características, duración, relación con el esfuerzo, frecuencia, cronología, influencia con la medicación), disnea, ortopnea, hipertensión, hipotensión, palpitaciones, edemas, nocturia, etc.
Aparato digestivo:	Náuseas, vómitos, dispepsia, disfagia, odinofagia, sialorrea, ardor retroesternal, regurgitación, pirosis, dolor abdominal, hematemesis, melena, enterorragia, proctorragia, ictericia, coluria, acolia, diarrea, constipación, cambios del hábito evacuatorio, tenesmo y pujo rectal, hemorroides, etc.
Aparato urinario:	Dolor lumbar, cólicos, hematuria, disuria, polaquiuria, ardor, incontinencia, retención,

	alteración macroscópica de la orina, oliguria.
Aparato genital masculino:	Testiculo en ascenso, fimosis, líbido, potencia sexual, enfermedades venéreas.
Aparato gineco-obstétrico:	Menarca, ritmo menstrual, menopausia, FUM, dismenorrea, embarazos, partos, lactancia, ginecorragia, metrorragia, flujo, prurito vulvar, nódulos mamarios, fecha del último PAP, enfermedades venéreas.
Aparato locomotor:	Artralgias, artritis, mialgias, lumbalgias, impotencia funcional, rigidez articular.
Neuro-psiquiátrico:	Cefaleas, mareos, vértigos, agudeza visual, hipoacusia, olfato, gusto, acúfenos,sensibilidad, parálisis, paresia, parestesias, hipoestesias, disestesias, anestesias, anestesias, temblores, debilidad, trastornos de la marcha y equilibrio, convulsiones, coma, funciones superiores, epilepsia, trastornos de la conducta.
Aparato endocrino:	Diabetes, hiper o hipotiroidismo, gota, dislipemia, bocio.
Hematológico:	Anemia, púrpura, hemorragias, etc.
ANTECEDENTES PERSONALES	
Enfermedades de la infancia: Traumáticos: Quirúrgicos: Enfermedades del adulto: Hábitos:	

Tabaco: Alcohol: Drogas: Medicación: Sexualidad: Fiebre: Apetito: Diuresis: Catarsis: Peso:
ANTECEDENTES FAMILIARES
Padre: Madre: Hermanos: Hijos:

Exámen físico.

Los elementos esenciales del examen físico incluyen la inspección, tanto física como psicológica, la palpación para detectar anomalías, la percusión para determinar los bordes y el tamaño de los órganos, y finalmente la auscultación para identificar irregularidades. Este procedimiento debe realizarse de manera exhaustiva y toda la información obtenida debe ser registrada en la historia clínica (López Oliva et al; 2022).

Antes de cualquier maniobra semiológica, se observará al paciente y se evaluará su impresión general. Se considerará el nivel de conciencia, la orientación en tiempo y espacio, la actitud o postura, el estado nutricional y de hidratación. Además, se examinará la superficie de la piel y las faneras para detectar cambios en la coloración, cicatrices, trofismo o lesiones dermatológicas (Argente y Álvarez, 2013).

A continuación, se examinará el tejido celular subcutáneo, compuesto por tejido adiposo en el espacio subdérmico, buscando la presencia de edema, especialmente en las extremidades inferiores. Se procederá con la evaluación del sistema linfático, observando si hay adenopatías (Argente y Álvarez, 2013).

En el examen físico de cabeza y cuello, se explorarán los pabellones auriculares, los ojos, las fosas nasales, la cavidad bucal, la simetría del cuello, la movilidad cervical y la presencia de bocio (Argente y Álvarez, 2013).

Al llegar al tórax, se evaluará el tipo respiratorio, la frecuencia y la profundidad de la respiración. Durante la palpación, se examinarán la expansión de vértices y bases, y se buscarán puntos dolorosos. La percusión del tórax buscará sonoridad o matidez. En la auscultación, se estudiarán los ruidos respiratorios y también los cardíacos, tanto normales como patológicos. En el examen físico abdominal, se considerarán el aparato digestivo y el genitourinario. Se buscará la presencia de cicatrices, circulación colateral y latidos. Se realizará palpación superficial y profunda, percusión y auscultación abdominal. Finalmente, en el sistema nervioso, se evaluarán las funciones superiores y los pares craneales de forma independiente (Argente y Álvarez, 2013).

TABLA IV. Ejemplo de examen físico (Hospital Carrasco, 2024).

EXAMEN FÍSICO:
Impresión general:
Signos vitales: TA: FC: FR: T°: Peso:
PIEL Y FANERAS: Palidez, cianosis, ictericia, humedad, temperatura. Lesiones: tipo, forma, color, consistencia, disposición, distribución, extensión, tiempo de evolución. Sensibilidad: trofismo, cabello, uñas, adenopatías.
CABEZA Y CUELLO: <u>*Cabeza:*</u> *Ojos:* conjuntivas, escleras, pupilas, reflejos, motilidad extrínseca, párpados. *Fosas nasales:* *Cavidad bucal:* mucosas, piezas dentarias, orofaringe, lengua. *Oídos:* pabellones, trago, secreciones. *Cuello:* forma, ingurgitación yugular, pulsos carotídeos, tiroides, adenopatías.
TÓRAX:

Conformación:

Columna:

Mamas:

Percusión:

APARATO RESPIRATORIO:

Tipo de respiración:

Expansión de bases y vértices:

Vibraciones vocales:

Sonoridad:

Excursión de bases:

Murmullo vesicular:

APARATO CARDIOVASCULAR:

Latidos:

Choque de punta:

Ruidos:

Soplos:

ABDOMEN:

Inspección:

Palpación:

Hígado: (Borde superior): (Borde inferior):

Bazo:

Traube:

Riñones:

Hernias:

Ruidos hidroaéreos:

EXTREMIDADES:

Superiores:

Trofismo:

Tono:

Fuerza: Motilidad: Pulsos: Temperatura: *Inferiores:* Trofismo: Tono: Fuerza: Pulsos: Adenopatías: Edemas:
NEUROLÓGICO:
Funciones superiores: Glasgow: Pares craneales: Motilidad: Tono muscular: Reflejos osteotendinosos: Marcha: Pruebas cerebelosas: Romberg: Dedo-naríz: Talón-rodilla: Sensibilidad:
EXAMEN GENITAL:
TACTO RECTAL:

Estudios complementarios y diagnóstico presuntivo

Luego de realizar el exámen físico se hará un posible diagnóstico presuntivo y se procederá a solicitar los estudios complementarios que nos darán la certeza diagnóstica. Dentro de estos

se incluyen tanto el laboratorio, las imágenes, pruebas funcionales y son de utilidad para poder confirmar las sospechas clínicas. (Guzmán y Arias, 2012).

Métodos para la confección de una correcta Historia clínica

Hipócrates fue uno de los primeros en utilizar el método clínico, y expresó que este debía contar con cuatro características: conocimiento, sabiduría, humanidad y probidad. (Moreno rodriguez, 2010, 2012).

El método clínico es el resultado de las habilidades que posee el médico para poder brindar una buena atención. E incluye la entrevista médica, el exámen físico y el razonamiento diagnóstico (Corona Martínez y Fonseca Hernández, 2019).

Para poder tener dominio de este método es importante recalcar que si no se conocen los síntomas de las enfermedades, y las características de las mismas, no se podrá realizar un correcto interrogatorio, ni llegar posteriormente a una hipótesis diagnóstica. Además hay estudios que dejan entrever que muchos estudiantes no tienen la disposición de interactuar con los pacientes, por lo que esto afecta directamente la adquisición de estás habilidades y la práctica de este método clínico. (Corona Martínez y Fonseca Hernández, 2019).

Los estudiantes y la Historia clínica

Uno de los primeros acercamientos del estudiante de medicina con el paciente, lo realiza a través del interrogatorio, durante la entrevista médica. Se trata de empezar a adquirir técnicas que promuevan una buena relación médico paciente. (Escobar Yéndez. et al;. 2019).

El estudiante de medicina debe durante el interrogatorio recopilar la mayor cantidad de información posible, para que luego, cuando realice el análisis pueda aprender a distinguir cuales son los datos importantes y cuáles no lo son (Sanabria, 2023).

Desde la primera etapa de formación, los alumnos deben capacitarse para poder elaborar HC. Y aunque se adquieran los conocimientos teóricos, en múltiples ocasiones no cuentan con la oportunidad de realizar las prácticas necesarias en los centros sanitarios (Cervera-Barba et al; 2024).

Dentro de la carrera, en la asignatura de Semiología clínica se deben enseñar las técnicas y procedimientos que lleva un médico durante la práctica habitual. Esta asignatura introduce a los estudiantes en la confección de la HC proporcionando técnicas útiles para llevar a cabo la

anamnesis, buscar signos y síntomas correspondientes, e incentivar la habilidad y el desarrollo del pensamiento clínico (Flores Serna, 2017).

En la Universidad Abierta Interamericana, en la materia Medicina Interna, dentro de la unidad 1 se desarrolla principalmente el tema historia clínica que incluye el siguiente contenido que se observa en la tabla V (Universidad Abierta Interamericana, 2022).

TABLA V. Unidad 1 del programa de estudio de medicina interna (Universidad Abierta Interamericana, 2022).

<table>
<tr><td colspan="2">Nociones Básicas. Signos, síntomas, síndrome, enfermedad, semiología, semiotecnia, clínica, clínica médica y medicina interna. Pasos: Anamnesis, examen físico, diagnóstico, tratamiento, evolución y epicrisis. Tipos de historias clínicas: ambulatorias e internación.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Métodos para la realización de la historia clínica. Relación médico-paciente. Comunicación: instrumentos y herramientas. Interrogatorio: importancia en la búsqueda y pesquisa de los antecedentes y hábitos del paciente.</td></tr>
<tr><td>Partes de la historia clínica</td><td>Anamnesis: datos de filiación, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales y familiares, y motivo de internación.
Examen físico: inspección, palpación, percusión y auscultación.
Diagnóstico: sindrómico, presuntivos, diferenciales y etiológicos.
Exámenes complementarios: laboratorio, imágenes y anatomía patológica.
Tratamiento.
Evolución.
Epicrisis.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Síntomas y signos. Temperatura: tipos, causas y formas de registros. Mecanismo de regulación de la temperatura corporal. Fiebre: tipos y fisiopatología. Dolor: tipos y características, vías y fisiopatología. Actitud. Decúbitos. Marcha.</td></tr>
</table>

Un estudio de investigación retrospectivo que se realizó en el 2017 en una universidad diferente, realizó una valoración de la calidad de las HC elaboradas por aquellos estudiantes que estaban realizando el internado rotatorio. Para esto se tuvieron en cuenta los siguientes criterios que se muestran en la tabla VI (Flores Serna, 2017).

TABLA VI. (Flore Serna, 2017).

Criterio	Aplica	No aplica	
1.Motivo de consulta: Utiliza expresiones del paciente, uso de acrónimos, coloca varios motivos			
2.Enfermedad actual: el contenido tiene vinculación con punto 1, es un relato cronológico, utiliza lenguaje técnico, señala funciones biológicas, efectúa anamnesis por sistemas.			
3.Examen físico; incluye signos vitales, describe estado general, la exploración tiene relación con los datos señalados en punto 1 y 2, señala datos positivos y negativos.			
4.Diagnóstico presuntivo: están basados y coherentes con los puntos 1, 2 y 3, tipo de diagnóstico, señala diagnósticos diferenciales con vínculo al diagnóstico presuntivo.			
5. Terapéutica sugerida: está sistematizada, se agregan los tratamientos adecuados.			
Calificación N° de criterios	5=Aceptable	4=Insuficient	= o menos de 3

		e	inaceptable

El mismo obtuvo como resultado que de 32 HC creadas 10 de ellas eran consideradas aceptables, 6 insuficientes y 16 inaceptables como se observa en la tabla VII. (Flores Serna, 2017).

TABLA VII. (Flores Serna, 2017).

Calidad de la HC	N°	%
Aceptable	10	31.3
Insuficiente	6	18.8
Inaceptable	16	50
Total	32	100

Objetivos

Objetivo general:

-Describir los conocimientos de los estudiantes universitarios de 5to y 6to año de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana para la realización de HC.

Objetivos específicos:

-Identificar las herramientas utilizadas para la obtención de información necesaria en la anamnesis.

-Cuantificar el uso del dato guía para poder establecer las posibles hipótesis diagnósticas.

-Caracterizar la capacidad autopercibida de redacción de la enfermedad actual en base a información recabada.

-Describir la habilidad que se tiene para realizar el examen físico siguiendo una metodología práctica.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó una investigación de tipo observacional, con un diseño cuantitativo, descriptivo y una recolección de datos prospectiva. Se trató de un estudio transversal. El período de investigación se desarrolló desde agosto de 2024 hasta diciembre de 2024.

Ámbito de investigación

La investigación se llevó a cabo en la Universidad Abierta Interamericana, una institución privada ubicada en Avenida Ovidio Lagos 944, Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina. Sede universitaria donde se dictan las carreras pertenecientes a las Ciencias de la Salud.

Población y Criterios de Selección de Muestra

Estudiantes mayores de 18 años, sin distinción de sexo, que se encuentren cursando la Carrera de Medicina.

Criterios de inclusión

Estudiantes de Medicina de la Universidad abierta Interamericana cursando 5to y 6to año de la carrera, que aceptaron participar del estudio.

Criterios de exclusión

Estudiantes de la Universidad Abierta Interamericana de 5to y 6to año que se negaron a la participación de dicho estudio.
Encuestas que fueron iniciadas pero no completadas en su totalidad.

Muestreo y tamaño muestral

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Instrumentos

Se evaluaron los niveles de conocimiento de los estudiantes de 5to y 6to año a través de encuestas, tituladas “Conocimiento de los estudiantes sobre la Historia clínica” (ver anexo 1). Las encuestas fueron difundidas entre los mismos mediante el envío del enlace correspondiente. Inicialmente, la distribución se realizó a través de los grupos de

comunicación utilizados en la universidad, y posteriormente se optó por un contacto directo con los estudiantes de manera individual a través de mensajes privados, con el objetivo de incrementar la cantidad de respuestas obtenidas. Además, se llevó a cabo una prueba piloto en la que participó una población similar, con el fin de evaluar su claridad y comprensibilidad.

En cuanto a la estructura del cuestionario, las primeras diez preguntas estuvieron orientadas a evaluar los conocimientos teóricos de los estudiantes respecto a la historia clínica, con el propósito de determinar su nivel de comprensión sobre el tema. Las preguntas restantes se enfocaron en aspectos de autoevaluación práctica, indagando sobre la forma en que los estudiantes elaboran la historia clínica, la redacción de la enfermedad actual, la realización del examen físico y otros elementos fundamentales del proceso clínico.

Definiciones

Nivel de conocimiento: grado de comprensión, dominio y manejo que poseen los estudiantes sobre la HC, el cual fue evaluado mediante las respuestas que los mismos seleccionaron como correctas en las primeras diez preguntas del cuestionario que prosiguieron luego de el consentimiento informado y de la selección del año al que pertenecían.

Capacidad autopercibida para redactar enfermedad actual: es la valoración que los alumnos tienen sobre su habilidad para documentar de manera clara y precisa esta sección de la historia clínica, la cual se evaluó a través de la auto percepción de los estudiantes, considerándose una capacidad adecuada cuando seleccionaron la opción “Buena” y deficiente cuando eligieron “Regular” o “Deficiente”.

Habilidad para examen físico según pasos a seguir: Se refiere a la correcta aplicación de inspección, palpación, percusión y auscultación la cual se evaluó con preguntas sobre su orden y aplicación, considerándose adecuada si seleccionaron la secuencia correcta y afirmaron seguirla en la práctica

Variables

-Nivel de conocimiento: Cualitativa ordinal. Operacionalización: Según cantidad de respuestas correctas: bajo (de 1 a 4 respuestas correctas), medio (de 5 a 7 respuestas correctas), alto (de 8 a 10 respuestas correctas).

-Herramientas utilizadas para la anamnesis: Cualitativa nominal politómica. Operacionalización: cuestionarios/notas/ entrevistas abiertas

-Uso de dato guía: Cualitativa dicotómica. Operacionalización: Si/No
-Capacidad autopercibida para redactar enfermedad actual: Cualitativa ordinal. Operacionalización: Buena/Regular/Deficiente
-Presencia de habilidad para examen físico según pasos a seguir: Cualitativa dicotómica. Operacionalización: SI/NO

Análisis de datos

En el presente estudio se realizó el análisis descriptivo de los resultados obtenidos a partir de la encuesta de Google form que se distribuirá entre los estudiantes de 5to y 6to año.
Las respuestas se descargaron y se importaron los datos a Excel.
Las variables cualitativas se presentaron a través de valores absolutos y porcentuales.
Las variables cuantitativas se expusieron a través de medidas de posición centrales: media, mediana y modo y medidas de dispersión: rango y desvío estándar.
Se elaboraron gráficos y tablas para visualizar los datos y se redactó un informe detallando los hallazgos y conclusiones.

Consideraciones éticas

Esta investigación se llevó a cabo cumpliendo estrictamente los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.
Además, se cumplió con lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326) de Argentina.
Asimismo, se contó con el aval de la Dirección de la Carrera de Medicina (ver anexo 2). Para la realización de las encuestas, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, el cual se encontraba al inicio de la misma (ver anexo 1).
La información recopilada fue utilizada exclusivamente para fines académicos y científicos, garantizando su uso confidencial y seguro.

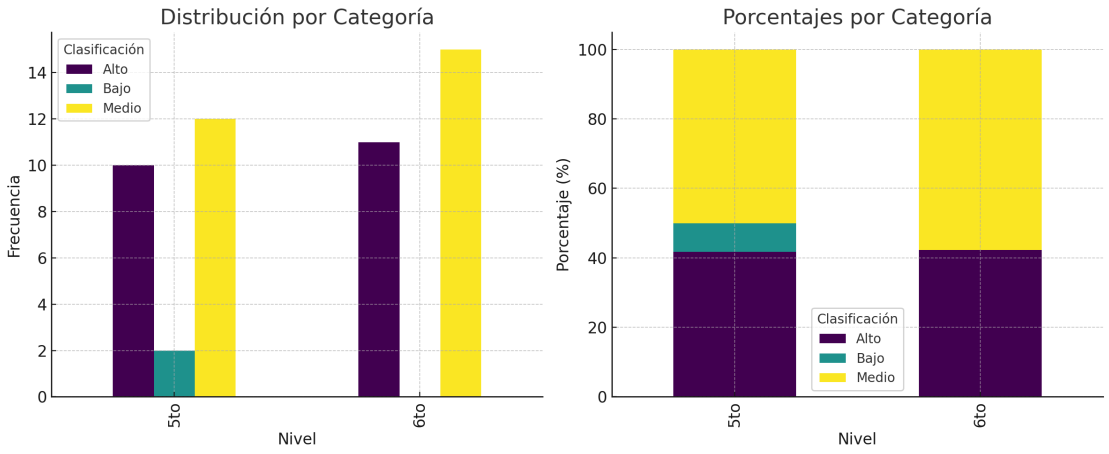
Resultados

En el periodo comprendido de la investigación se analizaron un total de 51 encuestas de las cuales 27 (53%) pertenecieron a alumnos de 6to año y 24 (47%) de 5to año.

A partir de las respuestas obtenidas se llegó a los siguientes resultados:

-En relación con el nivel de conocimiento en la elaboración de la historia clínica, de los alumnos de 5to año, 10 (41.67%) y 11 (42.31%) de 6to, alcanzaron un nivel alto. 12 (50%) de 5to y 15 (57.69%) de 6to, obtuvieron un nivel medio. Mientras que, de 5to, 2 (8.33%) presentaron un nivel bajo (Figura III).

Figura III. Resultados calculados sobre el nivel de conocimiento de los estudiantes.

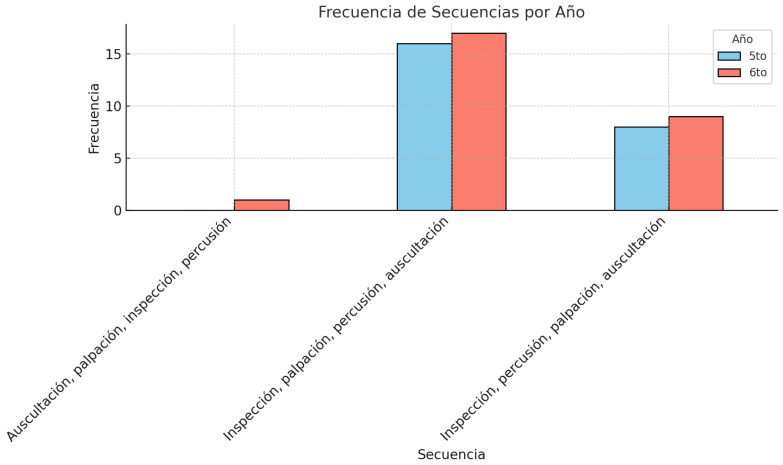


-En el análisis de las respuestas obtenidas, se constató que 18 alumnos (35.29%) no proporcionaron la respuesta correcta en cuanto al orden que debe seguirse en la realización del examen físico. De este total, 8 alumnos (15.69%) pertenecían al grupo de 5to año y 9 (17.65%) al grupo de 6to año. Los mismos, seleccionaron la opción incorrecta de "Inspección, percusión, palpación y auscultación".

Además, 1 alumno (1.96%) de 6to año optó por la opción errónea de "Auscultación, palpación, inspección y percusión".

-La opción correcta "inspección, palpación, percusión y auscultación" fue elegida por 16 estudiantes de 5to año (66.67%) y por 17 de 6to (62.96%), siendo la más seleccionada, como se observa en la figura IV.

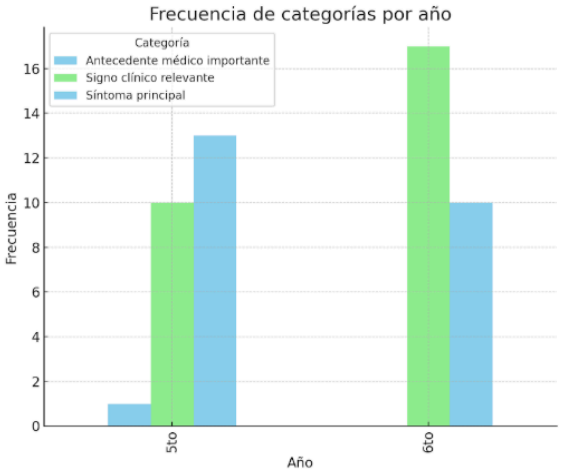
Figura IV. Frecuencia de secuencias por año



-Al explorar la utilización del dato guía, la totalidad de encuestados respondió afirmativamente. No obstante, al ser cuestionados sobre la definición de dato guía 10 (41.67%) de los estudiantes de 5to y 17 (62.96%) de 6to eligieron la opción incorrecta, la cual era "signo clínico relevante". Adicionalmente, 1 (4.17%) estudiante de 5to optó por "antecedente médico importante" (figura V).

-La respuesta correcta "síntoma principal" fue seleccionada por 13 (54.17%) de los estudiantes de 5to y 10 (37.04%) de de 6to (figura V).

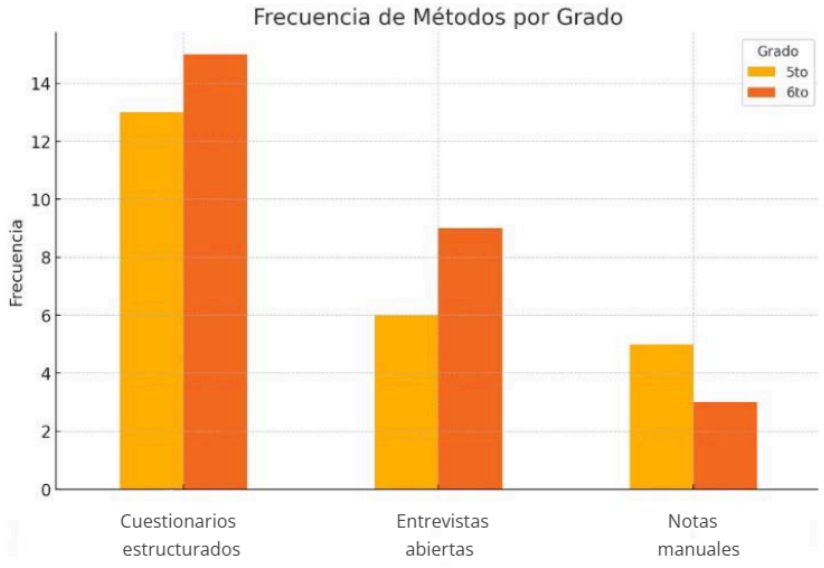
Figura V. Frecuencia de categorías por año.



-En relación con las herramientas empleadas en la anamnesis, se observó que 13 estudiantes (54.17%) de 5to año y 15 (55.56%) de 6to año manifestaron la necesidad de utilizar un

cuestionario estructurado, es decir, una historia clínica como guía, para llevar a cabo adecuadamente el interrogatorio al paciente (figura VI).

Figura VI. Frecuencia de cada método utilizado por los estudiantes.



-De los 51 alumnos que realizaron la encuesta, 28 (54.90%) consideran y categorizan su capacidad para redactar la enfermedad actual en la HC de forma "Regular", 20 (39.28%) estudiantes de forma "buena" y 3 (5.88%) de ellos de manera "deficiente".

-Del total encuestado, 32 (62%) de los alumnos indicaron aplicar cada técnica del exámen físico de forma "regular" y 19 (37.25%) "muy bien". Además que 29 (56.86%) de ellos afirman seguir los pasos en orden durante el exámen físico, mientras que 22 (43.14%) refiere hacerlo solo "a veces".

Discusión

En cuanto al conocimiento sobre la elaboración de la HC, los resultados indicaron que tanto los estudiantes de 5to como de 6to año tienen un nivel "medio" según los parámetros encuestales utilizados, siendo el 50% de los estudiantes de 5to y el 57.69% de los de 6to año pertenecientes a esta categoría. Mientras que del total de alumnos el 41,18% presenta un nivel "alto".

En el estudio realizado por Flores Serna en 2017, se evaluó la calidad de las HC elaboradas por estudiantes durante su internado rotatorio, reportó que de un total de 32, solo el 31, 25% fueron consideradas aceptables, 18,75% insuficientes y el 50% inaceptables.

En cuanto a la investigación realizada en 2024 con alumnos de la Universidad Francisco de Vitoria en Madrid, España, la cual se centraba en establecer la concordancia entre lo recogido durante la entrevista con el paciente y lo registrado luego en la HC para poder analizar en qué partes de la misma se observaban mayor cantidad de falencias, se encontró que solo el 38% de las HC revisadas cumplían con un nivel aceptable de precisión y concordancia con la información obtenida en la consulta médica, mientras que el 62% presentaban errores, omisiones o información insuficiente.

Si bien en los dos estudios mencionados previamente y en nuestro trabajo de investigación se evaluaron de diversas maneras a los estudiantes, se puede visualizar que en el total de ellos, menos del 50% de los participantes no presentan dificultades en la elaboración de la HC.

En relación al uso del dato guía, de acuerdo con los hallazgos derivados del análisis de nuestra encuesta, el 100% indicó utilizarlo. Sin embargo, se observó que una gran parte de los estudiantes seleccionó la opción incorrecta en cuanto definir dato guía, lo que podría dejar entrever una confusión de conceptos.

Respecto a las herramientas utilizadas en la anamnesis, la mayoría de los alumnos de ambos años afirmaron necesitar un cuestionario estructurado para poder realizar el interrogatorio al paciente. Por lo que es posible que la mayoría de ellos sienta más seguridad al trabajar con una estructura definida, ya que facilita la recolección de información relevante durante la consulta médica.

En el estudio de la Universidad de Francisco de Vitoria, se observó que el 50% de las HC presentaban inconsistencias en los antecedentes médicos, lo cual pone de manifiesto la importancia de contar con herramientas estructuradas para asegurar la precisión y exhaustividad en la recopilación de datos.

En uno de los interrogantes formulados en el contexto de nuestra encuesta, la mayoría de los alumnos calificaron su capacidad para redactar la enfermedad actual como "regular" (54,90%) o "buena" (39,28%), con un porcentaje de 5.88% considerándose deficientes en esta área.

Con respecto al exámen físico, en nuestra investigación la falta de precisión en la secuencia del mismo (35.29% de respuestas incorrectas) resultó ser un hallazgo importante, ya que la correcta ejecución de las maniobras es esencial para un diagnóstico médico adecuado. Los alumnos mostraron confusión respecto al orden que deben seguir.

Aunque la mayoría marcó la opción correcta (más del 60%), el porcentaje de los participantes que seleccionaron la respuesta incorrecta es significativo.

También cabe destacar que más de la mitad implementa las técnicas del exámen físico de forma “regular” y solo un 37.25% marcó la opción “muy bien”.

En el estudio de la Universidad Francisco de Vitoria, se encontró que el 40% de las historias clínicas presentaban descripciones incompletas o incorrectas del examen físico, lo cual refleja una dificultad similar en la correcta ejecución y documentación de este procedimiento.

Los hallazgos de estos estudios evidencian que, incluso en etapas avanzadas de su formación, los estudiantes de medicina aún enfrentan desafíos en la elaboración de la HC. Si bien demuestran una comprensión general de su importancia, persisten áreas que requieren un mayor fortalecimiento y profundización para lograr un desempeño más completo en esta habilidad fundamental.

La limitada literatura disponible dificulta la comparación de los hallazgos del trabajo de investigación realizado con más estudios similares, lo que resalta la necesidad de seguir explorando la temática. En este sentido, este trabajo busca aportar nuevos datos que contribuyan al fortalecimiento de la formación médica.

Limitaciones

El número de encuestas analizadas (51 en total) puede no ser representativo de la población estudiantil de la carrera de Medicina de la UAI. Al tratarse de un estudio unicéntrico se limita la generalización de los resultados. Asimismo, presenta una evaluación del conocimiento basada en una encuesta, lo que podría influir en la precisión de los hallazgos.

Conclusiones

El estudio evidenció que la mayoría de los estudiantes de 5.º y 6.º año de Medicina de la UAI posee un nivel de conocimiento medio en la confección de historias clínicas (50% y 57,69%, respectivamente). Más del 50% requiere una guía estructurada para la anamnesis, y aunque el 100% emplea el dato guía, el 51,96% presentó errores en su definición. Además, el 54,90% calificó su capacidad de redacción de la enfermedad actual como “regular”, lo que indica dificultades en la estructuración de la información. En cuanto al examen físico, el 35,29% cometió errores en su secuencia y el 43,14% no sigue siempre el orden recomendado.

Referencias Bibliográficas

Almanza-Reyes, E., R., Vara Delgado, A., E., Lima-Álvarez, M., Labrada-Carmenantes, A. (2023). Programa de escritura para estudiantes sobre la redacción de historias clínicas estomatológicas. *Revista Información Científica 102*. DOI: 10.5281/zenodo.7551821

Antomas J. y Huarte del Barrio S. (2011). Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. *An. Sist. Sanit. Navar 34*(1). https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision2.pdf

Argente A., H y Álvarez, M., E. (2013). Historia clínica del paciente ambulatorio. En R. Fayanás (Ed.), *Semiología médica. Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. Enseñanza-aprendizaje centrada en la persona* (pp. 57-60). Panamericana.

Barreto J. (2000). La historia clínica: documento científico del médico. *Ateneo 1*(1) 50-55. https://www.studocu.com/gt/document/universidad-mesoamericana/clinicas-2/hx-clinica-documento-cientifico-del-medico/47070453

Bravo López, G., Jurado Ronquillo, M., Tejer Concepción., J., F. (2019). La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. *Revista Cubana de Medicina Militar 48*(2). 471-486. https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/401/336

Blanco Alvarado, D., J. (2019). La Historia clínica: Algunos comentarios desde la Medicina y el Derecho. *Revista Verba Iuris 14*(42). 153-162. https://doi.org/10.18041/0121-3474/verbaiuris.42.566

Cabrera Aguiar, F., J., Pinilla Llorente, B., Gomez Antunez, M., Muiño Miguez, A. (2011). *La Historia Clínica.* Cátedra de educación médica fundación

Lilly-UCM. https://medicina.ucm.es/data/cont/media/www/pag-17227/La%20Historia%20Cl%C3%ADnica.pdf

Cantale, C., R. (2003). Historia Clínica Orientada al problema. *USC-University of Southen California.* *https://jaimebueso.wordpress.com/wp-content/uploads/2007/07/historia-clinica-orientada-a-problemas.pdf*

Cervera-Barba, E., Denizon-Arranz, S., Mateos-Rodríguez, A. y Neria-Serrano, F. (2024). Concordancia y calidad de las historias clínicas en los alumnos de medicina: ¿reflejan la realidad de la consulta? *Educación médica 25*(3). https://doi.org/10.1016/j.edumed.2024.100907

Corona-Martínez L. y Fonseca-Hernández M. (2019). El aprendizaje del método clínico en la formación médica actual. Una reflexión polémica, necesaria e impostergable. *Revista Medisur 17*(2) 173-179. https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4202/2797

Flores Serna. A., F. (2017). CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS ELABORADAS POR INTERNOS DE MEDICINA-UMSA LA PAZ 2017. *Cuadernos Hospital de Clínicas 59*(1). http://scielo.org.bo/pdf/chc/v59n1/v59n1_a03.pdf

Fombella J. y Cerejio. J. (2012). Historia de la historia clínica. *Revista Galicia Clínica 73*(1) 21-26. https://doi.org/10.22546/16/291

González Rodríguez R, Cardentey García J. (2015). La historia clínica médica como documento médico legal. *Rev Méd Electrón 37*(6). http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v37n6/rme110615.pdf

Guzmán F. y Arias C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista colombiana de cirugía* *27*(1) 15-24. https://www.redalyc.org/pdf/3555/355535148002.pdf

López Oliva, J., Vargas Chaves, I. y Alarcón Peña, A. (2022). La historia clínica: un medio de prueba estelar en los procesos de responsabilidad médica. *Revista Jurídica Mario Alario D´Filippo* *14*(27) 137-154. https://doi.org/10.32997/2256-2796-vol.14-num.27-2022-3813

Pérez, E., Pedraza, E., & González, V. (2019). Un llamado a la responsabilidad con la historia clínica en manos de los estudiantes. *Revista Cubana de Medicina* 58(2) 303. https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmed/cm-2019/cm192a.pdf

Rojas Loyola, G. (2021). La historia clínica: Una mirada desde la bioética. *Gaceta Médica Caracas* *129*(3) 707-716. https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.3.18

Rosario, R. (2019). Valor médico legal de la historia clínica e implementaciones legales del ejercicio de la medicina. *Revista Gicos* *4*(2), 19-32. http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view/15820/21921926945

Rozman, C., Cardellach, F. (2020). Ética médica. En D., Gracia Guillén (Ed.), *Medicina Interna* (pp. 29-36). ELSEVIER.

Sanabria, Á. (2023). De interpretar a transcribir. ¿Qué hemos perdido en el camino? *Revista Colombiana de Cirugía* *38*(4) 610-612. https://doi.org/10.30944/20117582.236

Suneja, M.,Szot, J., F., LeBlond, R., F. y Brown, D., D. (2021). Historia médica y registro médico. *DeGowin. Examen diagnóstico.* McGraw-Hill Education. https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=256429291&bookid=3046&Resultclick=2

Vargas A. (2018). Los límites y las consecuencias reales del discurso jurídico de la autonomía privada de la voluntad en el individuo. *Revista IUSTA 49* 91-114. https://doi.org/10.15332/s1900-0448.2018.0049.04

Wuani. H. (2010). La historia clínica. Evolución histórica, objetivos. Su importancia. La tecnología y la relación médico-paciente, hoy y mañana. *Medicina interna Caracas* *26*(3) 139-151. https://www.svmi.web.ve/wp-content/uploads/2022/07/V26_N3.pdf

Anexos

Anexo 1: Encuesta

Nivel de conocimiento de los estudiantes sobre la elaboración de la Historia Clínica
La información que se proporcione será utilizada exclusivamente con fines de investigación y será tratada con la máxima confidencialidad. Los datos recopilados serán analizados de forma anónima. Al continuar con este cuestionario, estás otorgando tu consentimiento para que los datos que proporciones sean utilizados en este estudio. Si estás de acuerdo con los términos mencionados y deseas participar, por favor procede con el cuestionario. ☐ SI ☐ NO
Cuestionario
1. ¿Qué año de la carrera estás cursando? ☐ 5to año ☐ 6to año 2. ¿Qué es la historia clínica? ☐ Es un documento en el cual se deja asentada la información del paciente ☐ Es un relato de la vida del paciente ☐ Es un documento con valor médico-legal en el cual está registrado los datos del paciente, los procedimientos realizados, y el diagnóstico de su enfermedad 3. ¿Cuál es el primer paso que se realiza al iniciar una anamnesis? ☐ Saludar al paciente y presentarse, preguntar por el motivo de consulta, recoger datos personales. ☐ Saludar al paciente y presentarse, preguntar su obra social, preguntar por su situación socio económica (de que trabaja, donde vive, si cuenta con los servicios básicos), preguntar motivo de consulta, preguntar por sus

antecedentes

- ☐ Saludar al paciente y presentarse, preguntar por su situación socioeconómica (de que trabaja, donde vive, si cuenta con los servicios básicos), preguntar motivo de consulta, signos y síntomas
- ☐ Saludar al paciente y presentarse, preguntar por el motivo de consulta, signos y síntomas asociados, recoger datos personales

4. ¿Qué es la anamnesis por aparatos en la historia clínica?
   - ☐ Un análisis detallado de los síntomas y antecedentes de un único sistema corporal
   - ☐ Un interrogatorio sistemático que revisa los síntomas relacionados con cada sistema o aparato del cuerpo
   - ☐ Una evaluación de los síntomas relacionados con la condición física general del paciente
5. ¿Qué elementos son más importantes al redactar la enfermedad actual?
   - ☐ Precisión de los síntomas, ubicarlos en orden cronológico, colocar los antecedentes personales relevantes
   - ☐ Precisión de los síntomas, ubicarlos en orden cronológico, no es necesario agregar los antecedentes en la enfermedad actual
   - ☐ Precisión de los síntomas, ubicarlos en orden cronológico, agregar si hubo alivio de los síntomas con algún fármaco, colocar los antecedentes personales
6. ¿Qué entiendes por dato guía en el contexto de una historia clínica?
   - ☐ Síntoma principal
   - ☐ Signo clínico relevante
   - ☐ Antecedente médico importante
7. ¿Qué es el SOAP en el contexto de la historia clínica?
   - ☐ Un método de codificación de diagnósticos
   - ☐ Una técnica para registrar notas clínicas
   - ☐ Un sistema de almacenamiento de historias clínicas
   - ☐ Una herramienta de evaluación del paciente
8. ¿Qué aspecto NO debe incluirse en la historia clínica?
   - ☐ Información subjetiva del paciente

- ☐ Opiniones personales del médico
- ☐ Resultados de exámenes de laboratorio
- ☐ Diagnóstico provisional

9. ¿Cuáles son los pasos a seguir durante el examen físico?
   - ☐ Inspección, percusión, palpación, auscultación
   - ☐ Inspección, palpación, percusión, auscultación
   - ☐ Palpación, percusión, inspección, auscultación
   - ☐ Auscultación, palpación, inspección, percusión
10. ¿Cuál es la posición anatómica estándar del paciente durante un examen físico?
   - ☐ Sentado
   - ☐ Decúbito supino (acostado boca arriba)
   - ☐ Decúbito prono (acostado boca abajo)
   - ☐ Bipedestación (de pie)
11. ¿Cuál es el propósito de un diagnóstico presuntivo?
   - ☐ Confirmar la enfermedad sin necesidad de pruebas adicionales
   - ☐ Guiar las pruebas diagnósticas y el tratamiento inicial
   - ☐ Descartar cualquier otra condición
   - ☐ Definir el tratamiento definitivo

12. ¿Qué herramientas utilizas para recopilar información durante la anamnesis?
   - ☐ Cuestionarios estructurados (Tener una historia clínica como guía)
   - ☐ Notas manuales (Ir anotando lo que el paciente cuenta)
   - ☐ Entrevistas abiertas (Ida y vuelta de preguntas y respuestas)
13. ¿Utilizas el dato guía en la elaboración de una hipótesis diagnóstica?
   - ☐ Si
   - ☐ No
14. ¿Cómo calificas tu habilidad para estructurar información de manera clara y concisa en la enfermedad actual?
   - ☐ Buena

☐ Regular

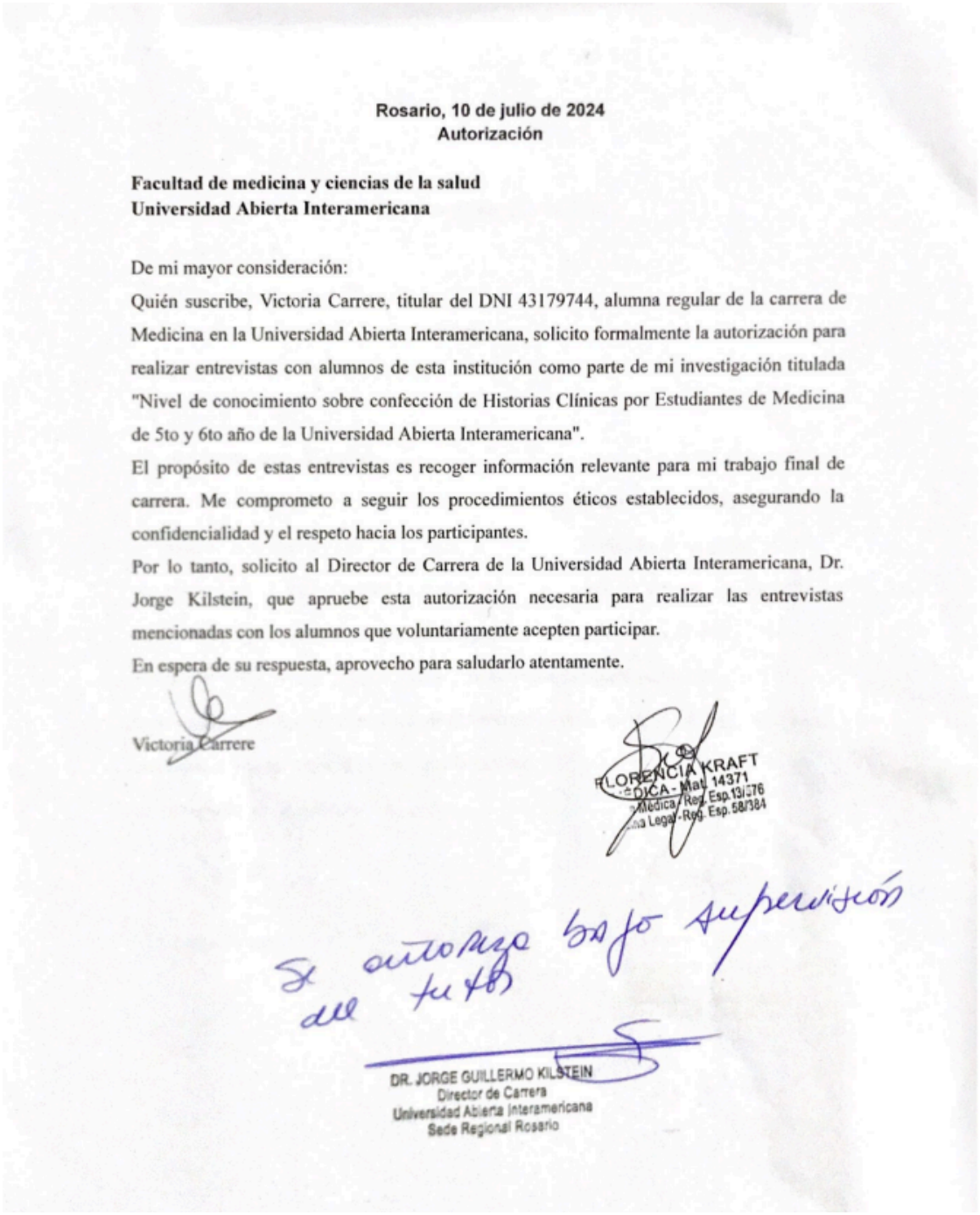
☐ Deficiente

15. ¿Sigues los pasos recomendados para realizar un examen físico completo (inspección, palpación, percusión y auscultación) en el orden correcto?

☐ Si

☐ No

Anexo 2: Autorización dirección de carrera



Rosario, 10 de julio de 2024
Autorización

Facultad de medicina y ciencias de la salud
Universidad Abierta Interamericana

De mi mayor consideración:

Quién suscribe, Victoria Carrere, titular del DNI 43179744, alumna regular de la carrera de Medicina en la Universidad Abierta Interamericana, solicito formalmente la autorización para realizar entrevistas con alumnos de esta institución como parte de mi investigación titulada "Nivel de conocimiento sobre confección de Historias Clínicas por Estudiantes de Medicina de 5to y 6to año de la Universidad Abierta Interamericana".

El propósito de estas entrevistas es recoger información relevante para mi trabajo final de carrera. Me comprometo a seguir los procedimientos éticos establecidos, asegurando la confidencialidad y el respeto hacia los participantes.

Por lo tanto, solicito al Director de Carrera de la Universidad Abierta Interamericana, Dr. Jorge Kilstein, que apruebe esta autorización necesaria para realizar las entrevistas mencionadas con los alumnos que voluntariamente acepten participar.

En espera de su respuesta, aprovecho para saludarlo atentamente.

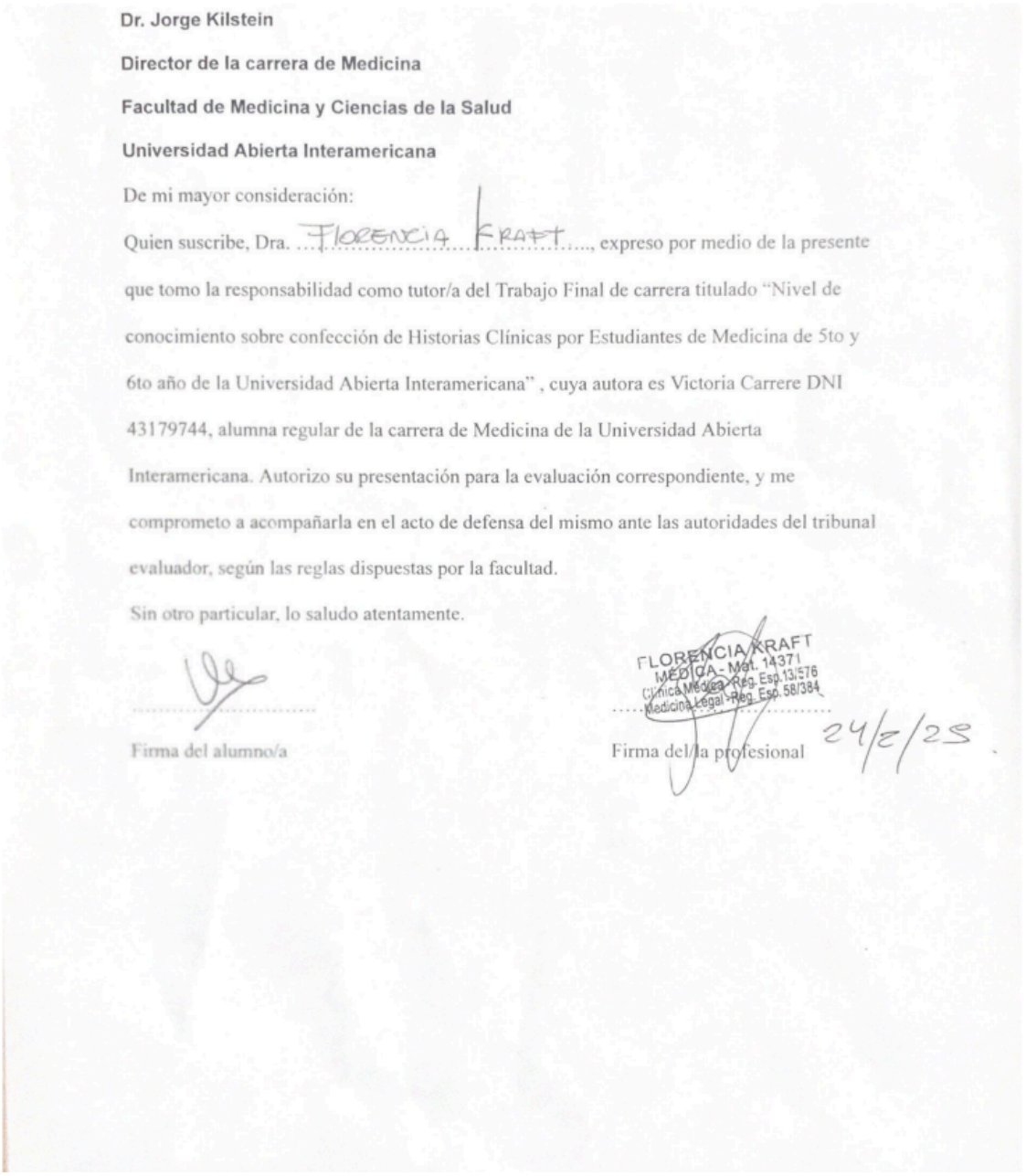
Victoria Carrere

FLORENCIA KRAFT
MEDICA - Mat. 14371
Medica - Reg. Esp. 13[illegible]76
Legal - Reg. Esp. 58/384

Se autoriza bajo supervisión de tutor

DR. JORGE GUILLERMO KILSTEIN
Director de Carrera
Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario

Anexo 3: Autorización tutor/a



Dr. Jorge Kilstein

Director de la carrera de Medicina

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Dra. FLORENCIA KRAFT, expreso por medio de la presente que tomo la responsabilidad como tutor/a del Trabajo Final de carrera titulado "Nivel de conocimiento sobre confección de Historias Clínicas por Estudiantes de Medicina de 5to y 6to año de la Universidad Abierta Interamericana" , cuya autora es Victoria Carrere DNI 43179744, alumna regular de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana. Autorizo su presentación para la evaluación correspondiente, y me comprometo a acompañarla en el acto de defensa del mismo ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.

Sin otro particular, lo saludo atentamente.

Firma del alumno/a

FLORENCIA KRAFT
MEDICA - Mat. 14371
Clínica Médica - Reg. Esp. 13/576
Medicina Legal - Reg. Esp. 58/384

Firma del/la profesional

24/2/25