# HISTORIA CLINICA ORIENTADA AL PROBLEMA

## INTRODUCCION

La Historia Clínica es unas de las herramientas más importante y útiles para la actividad cotidiana. Muchas veces menospreciada por lo tediosa y poco práctica, una historia clínica bien diseñada y utilizada es una aliada noble y de mucho valor para los médicos de atención primaria. Su función primordial es ordenar la información para mejorar y facilitar la atención del individuo y la familia; nos permite reflexionar sobre los pacientes y abrir un canal de comunicación entre los distintos agentes de salud que actúan sobre el mismo (Médicos de Familia, Clínicos, Personal de Enfermería, Psicólogos, Sociólogos, Trabajadores Sociales, Administrativos, etc.); además de facilitar evaluaciones que nos permitan garantizar la calidad de nuestra actividad.

Durante el Siglo XX se han realizado tres recomendaciones básicas que han marcado en forma decisiva el modelo de la historia clínica hospitalaria y de atención primaria actuales:

1. *Historia clínica única para cada paciente:* los hermanos Mayo, en 1907, en el St. Mary's Hospital (E.E.-U.U.), fueron pioneros en la introducción de una historia clínica única para cada paciente. Esto mejoró la *continuidad*, pero el necesario archivo centralizado implicaba grandes inversiones en infraestructura, enlenteciendo el acceso a la información.

2. *Método estandarizado de registro de datos:* en la década de 1920, los Hospitales norteamericanos decidieron que, para no omitir datos clínicos básicos, se debía unificar la recolección de información. Se consensuó el *conjunto mínimo básico de datos.*

3. *Historia clínica orientada a los problemas:* introducida por el Dr. Lawrence Weed a mediados de la década de 1960. Dentro del modelo biopsicosocial, al trabajar por problemas y registrarlos, necesitamos un instrumento idóneo que nos permita reflejar la realidad con la que interactuamos.

La Historia Clínica Orientada al Problema es un instrumento muy valioso para cualquier médico, nos permite acceder rápida y fácilmente a los de datos, registrar problemas de salud (tanto específicos como inespecíficos) incorporando a este concepto a muchas situaciones que no eran contempladas con otros modelos, seguir en forma continua la evolución de un problema en particular, implementar prácticamente los cuidados preventivos además de permitirnos desarrollar eficazmente las tareas de docencia e investigación . Sin duda como cualquier nueva herramienta se requiere tiempo para su ágil manejo, pero los beneficios bien valen adaptarnos al cambio.

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

El modelo clásico de Historia Clínica utilizado desde Hipócrates ordenaba los datos cronológicamente, se partía de antecedentes familiares, hábitos , antecedentes patológicos, enfermedad actual, exploración física, la evolución clínica y por último la epicrisis; a medida que la ciencia aportaba nuevos estudios diagnósticos la historia clínica se fue convirtiendo en documentos lentos y tediosos para su interpretación y, para algunos, con poco valor clínico; además de no considerar los problemas psicológicos o sociales de nuestros pacientes.

La historia clínica clásica que todos hemos aprendido padece de muchas carencias no por falta de datos sino por falta de utilidad. Muchas veces para ser más completos somos menos

efectivos, la sobrecarga de información en una historia clínica puede retrasarnos o confundirnos en la búsqueda del dato que necesitamos. La mayoría de los médicos terminan por no leer la historia y escribir directamente en la hoja de evolución, quizás repitiendo algún estudio ya solicitado.

Las diferencias fundamentales para nuestra práctica es que en la historia clásica no se registran problemas de salud. Los médicos de familia hablamos de problemas de salud con lo cual no nos limitamos a categorizar entidades nosológicas, sino que este concepto nos permite ampliar nuestro espectro de registro. En la historia clínica tradicional su orden cronológico hace difícil seguir la evolución de un problema determinado; además es difícil realizar evaluaciones de garantía de calidad; la información no se encuentra sistematizada por lo cual no es posible informatizarla; y por supuesto al no estar previsto, es dificultoso realizar y registrar los cuidado preventivo del paciente.

En la década del ’60 el Dr. Lawrence Weed introdujo el modelo de Historia Clínica orientada al problema. Así se aborda la atención del paciente a partir de una lista de problemas de salud a resolver y no en base a enfermedades o información médica ordenada cronológicamente.

El profesional a partir de datos básicos, la historia, exploración y estudios complementarios construye una lista de problemas tanto médicos, psicológicos o sociales del paciente. De cada problema de salud identificado se produce un plan diagnóstico, un plan terapéutico y la forma de seguimiento del mismo. De esta manera se ordena mejor la información para una mejor toma de decisiones.

Una Historia Clínica útil para el Médico de Familia sería una que registre los problemas de salud de sus pacientes, no solo los problemas de origen biológico sino también los de la esfera psicológica y social. Debe estar diseñada para registrar no solo los problemas presentes sino aquellos que han pasado y por sus características puedan afectar la funcionalidad de nuestro paciente o grupo familiar; además debe registrar los elementos que nos permitan conocer el contexto en que se desarrollan los problemas de salud (condiciones sociales, económicas, red de apoyo familiar y social).

Existen condiciones que a pesar de parecer obvias deben ser consignadas y respetadas, como por ejemplo,

a) Que sea accesible y esté disponible siempre que se la necesite por cualquier miembro del equipo.

b) Que sea escrita en letra legible, en un lenguaje familiar y de fácil comprensión.

c) Los datos introducidos debería poder ser hallados rápida y fácilmente.

d) La historia clínica usada debe ofrecer la información adecuada a los auditores y a los agentes de justicia, y ser útil para las funciones de docencia e investigación (características prioritarias de la atención primaria).

e) Por último cada día es más necesario pensar en la informatización de la historia clínica, debido a la creciente necesidad de un manejo rápido y ágil de los datos; ya existen modelos de historia clínica orientada por problema informatizados que se pueden instalar en una computadora estándar para el manejo de su consultorio; incluso hay versiones para tablet con lo cual un médico de familia puede llevar consigo permanentemente todas las historias de la población que tiene a cargo en su bolsillo.

Los *objetivos* de la historia clínica orientada a los problemas son:

- Registrar los problemas por los que nuestro paciente está consultando.
- Registrar los hechos pasados, presentes o futuros que sean relevantes para la salud de nuestro paciente y su familia.
- Registrar no sólo los hechos relacionados con la enfermedad, sino también aquellos relacionados con la salud.
- Registrar el contexto en el que esta relación se está desarrollando.
- Registrar el nivel de utilización de los servicios de salud, a los fines de auditoria, evaluación de calidad, planificación, etcétera.
- Facilitar la continuidad por parte de otros integrantes del equipo de salud.
- Dar un marco administrativo legal para el ejercicio médico.

## *ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA*

Si bien el estilo puede ser distinto la Historia Clínica orientada al Problema estructura la información en tres partes principales:

1. Conjunto mínimo de Datos Básicos.
2. Lista de Problemas.
3. Notas de Evolución.

### 1. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS BÁSICOS

Los datos básicos son definidos previamente por los profesionales del equipo por lo cual es fundamental el consenso de estos sobre qué datos registrar en esta parte, ya que ellos serán los que pongan en práctica y utilicen la historia.

Cuando se comienza a pensar en que datos incluir o no, es adecuado tener en cuenta:

- ¿Qué objetivos asistenciales tiene el equipo profesionales?.
- ¿Cuáles son los problemas de salud más prevalentes en la población cargo?.
- ¿Con que tiempo y recursos se dispone para recolectar la información?.

En las siguientes tablas podemos observar diferentes propuestas sobre los datos a recolectar.

Propuesta del Royal College of General Practitioners

De Perez-Fernandez. 1990

**Datos Escenciales**

Apellido y Nombre
Fecha de Nacimiento
Nº del National Health Service
Nombre de Soltera
Sexo
Situación para prescripción
Fecha de entrada en la Lista
Fecha de salida de la Lista

**Datos Utiles**

Estado Civil
Profesión
Origen Etnico
Viajes al extranjero
Perfil de Hábitos

Propuesta del Comité de Medicina Familiar EE:UU.

De Perez-Fernandez. 1990

**Datos del Paciente**

| | | |
|---|---|---|
| Edad | Sexo | Profesión |
| Talla | Peso | T.A. |
| Hábitos | Estructura Familiar | |
| Nivel Socioeconomico | Tipo de actividad | |

**Factores de Riesgo**

| | |
|---|---|
| Enf. Hereditarias | Consumo de Alcohol |
| Estilo de Vida | Consumo de Tabaco |
| Stress | Alergias |

**Problemas de Salud y Planes**

| | |
|---|---|
| Enfermedades Previas | Intervenciones Previas |
| Problemas recurrentes previos | Problema Principal |
| Problemas Concurrentes | Medicación |
| Estado Inmunitario | Resultados de laboratorio |
| Seguimiento de los Problemas | Pruebas Diagnósticas |
| Plan Terapéutico | Educación Sanitaria |

En Argentina no hay propuesta de los organismos representativos más allá de las que cada uno realizamos en nuestro lugar de trabajo.

Propuesta del Estudio de Consenso . España

De Perez-Fernandez. 1990

| | |
|---|---|
| Nº de Historia | Datos de T.A., Peso y Talla |
| Nº de Seguridad Social | Control Ginecologico |
| Fecha de Apertura | Lista de Problemas |
| Apellido y Nombre | Medicamentos crónicos |
| Fecha de Nacimiento | Proovedor médico |
| Domicilio Postal | |
| Telefono | |
| Sexo | |
| Estudios | |
| Profesión | |
| Situación Laboral | |
| Riesgos Laborales ( actuales y pasados) | |
| Estado Civil / Situación Familiar | |
| Antecedentes Personales | |
| Intervenciones Quirurgicas | |
| Alergias a Medicamentos | |
| Estado de Inmunización según edad y sexo | |
| Factores de Riesgo | |
| Hábitos Toxicos | |
| Tipo o grado de invalidez física o psiquica | |

**¿Qué es el N.B.I.?**

En ciertas regiones cuando pensamos en un conjunto mínimo de datos para nuestra historia clínica es necesario incorpararle al mismo el indicador (N.B.I.) Necesidades Básicas Insatisfechas; como su nombre lo refiere este indicador nos señala las necesidades básicas que nuestra población no tiene cubiertas. El N.B.I. evalúa:

- Escolaridad: Tener algún niño en edad escolar (6-12 años) que no asista a la escuela.
- Hacinamiento: Presencia de tres o más personas por cuarto .
- Vivienda: Habitar en una vivienda de “tipo inconveniente”, como inquilinato o vivienda precaria. Esto excluye casa, rancho o departamento.
- Servicio: Habitar en viviendas sin retrete con descarga de agua .

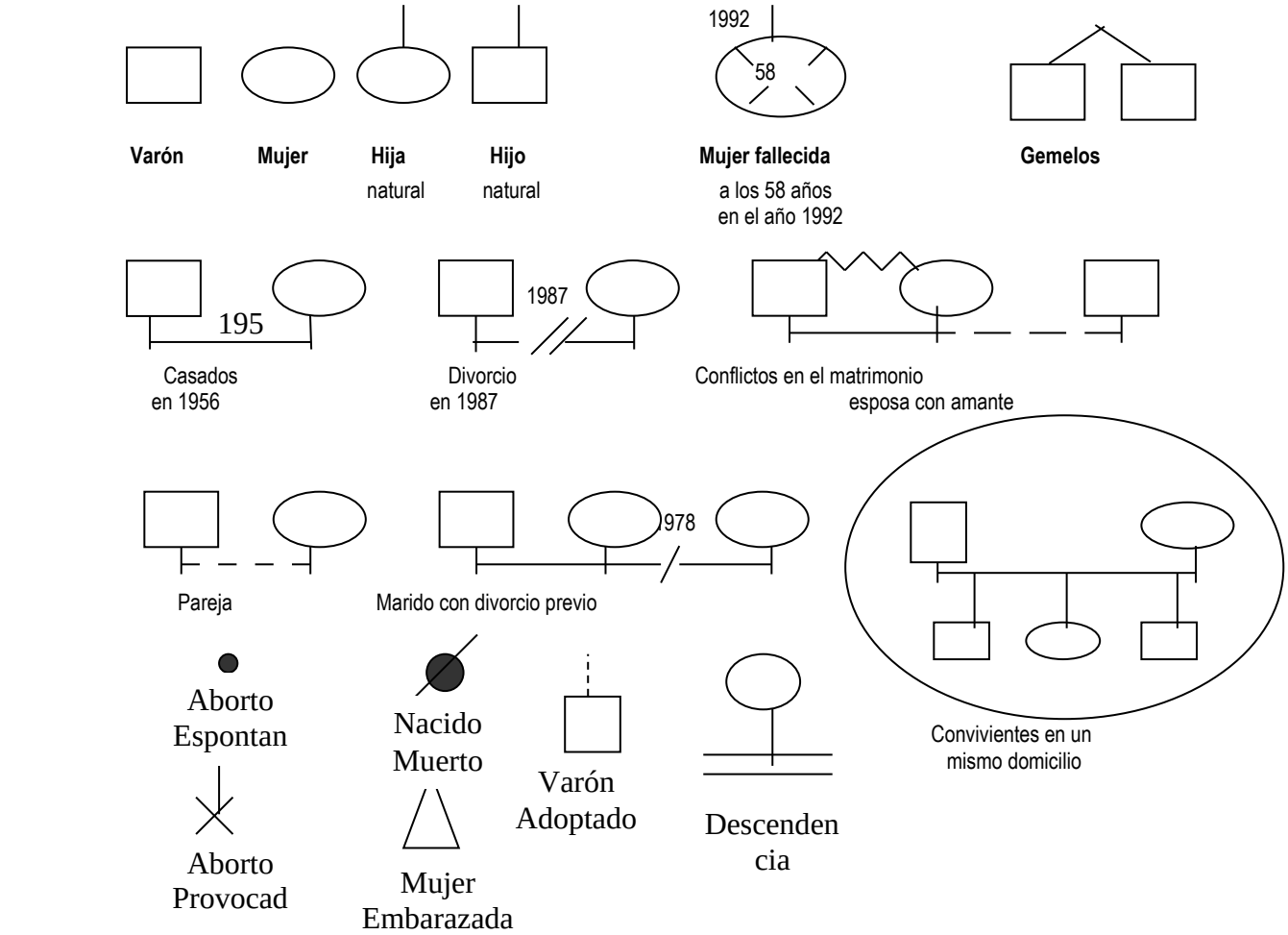
## Genograma

Dentro del conjunto mínimo de datos incluimos el Genograma que es la representación gráfica de la estructura familiar, y de acuerdo al grado de entrenamiento del médico, nos informa su funcionamiento. Utiliza símbolos seleccionados por convención, lo que permite su interpretación por cualquier médico capacitado. Todos los símbolos y sus significados se encuentran en la Figura 1. A partir del genograma podemos conocer el contexto familiar con el que nuestro paciente vive, evidenciar la calidad de las relaciones con las que se vincula, conocer rapidamente antecedentes familiares de importancia.

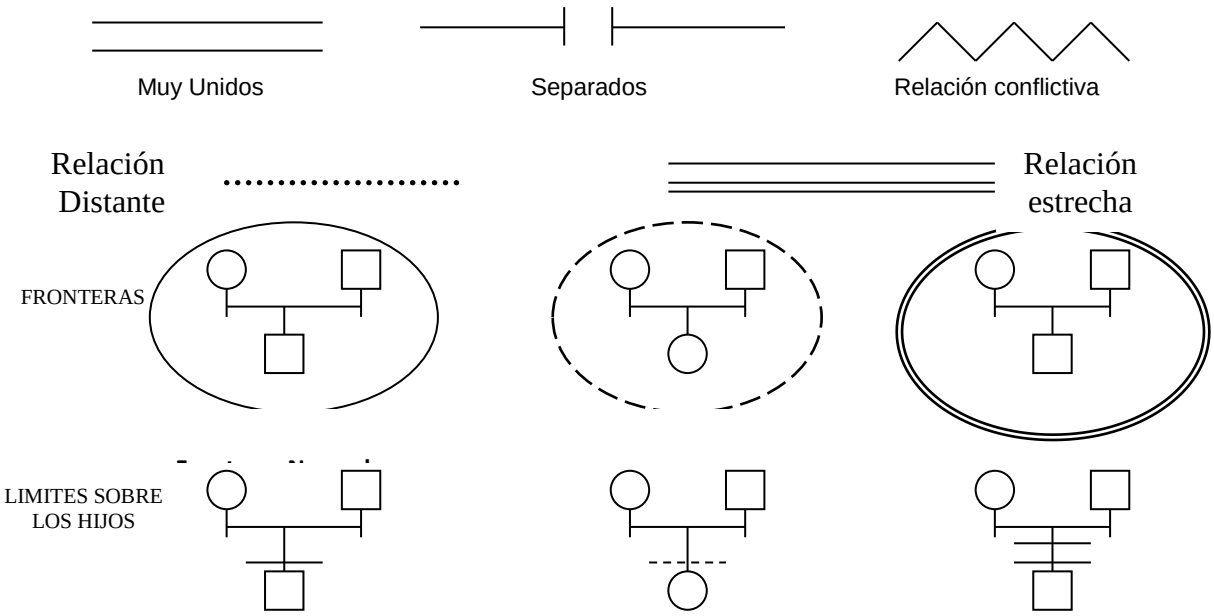
Además, el construir un buen genograma nos permitirá conocer los nombre de los familiares de nuestro paciente, lo cual nos crea un principio de vinculo afectivo en la relación médico-paciente que no solo es especial sino que evidencia nuestro interés y preocupación. Si bien, como toda herramienta nueva, nos puede requerir un tiempo su aprendizaje; la inversión nos redundará en mayor conocimiento y eficacia en su manejo.

El Genograma es unas de las herramientas fundamentales en la práctica del Médico de Familia; nos permite visualizar el contexto de nuestros pacientes rápida y fácilmente. Es una buena opción utilizarlo para optimizar nuestro tiempo en la consulta y profundizar el conocimiento sobre la relación médico-paciente-familia.

**Figura 1: Símbolos utilizados en el Genograma/Familigrama :**




También podemos simbolizar el funcionamiento familiar:




Recordar que los hijos se ubican de izquierda a derecha según el orden de nacimiento. Cada miembro de la familia debe llevar nombre y año de nacimiento.

## 2. CONCEPTO DE PROBLEMA.

En la consulta cotidiana del Médico de Familia es muy frecuente que no se llegue a un diagnóstico, que no podamos encontrar una entidad nosológica específica, debido a la alta frecuencia en nuestra práctica cotidiana de problemas indiferenciados. Es más correcto hablar de problema, o sea, una situación no deseada que debemos resolver; además así se extiende el concepto al campo psicológico y al social, que en nuestras consultas alcanzan una frecuencia muy elevada. Según el diccionario Problema: Es una cuestión que se procura aclarar; o también, Proposición para averiguar el modo de hallar un resultado conociendo ciertos datos. Pero ¿Qué entendemos por Problema Salud? Existen varias definiciones que nos pueden ayudar:

El médico define cada problema dándole un nombre, el que reflejará el conocimiento que el médico tiene del mismo. En la primer consulta puede registrarse como problema Disuria y luego de los estudios adecuados, el problema se registrará, por ejemplo como Cistitis.

- Problema es toda situación padecida por el paciente o su familia, que requiere o puede requerir una acción por parte del médico o de algún otro miembro del equipo de salud.

- Problema es cualquier queja, observación o hecho que el paciente o el agente de salud perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, puede afectar o afecta la capacidad funcional del paciente.

- Zurro considera un problema a toda enfermedad, trastorno o anomalía dentro del campo biopsicosocial de la salud del paciente que deba ser objeto de atención por parte de los profesionales.

**Cuando un problema de salud es registrado en la historia clínica el médico de familia debe tomar una conducta o acción con el fin de resolverlo.**

En nuestra práctica ¿A que debemos considerar problemas de salud? Existe una gran lista, aquí van algunos ejemplos:

| | |
|---|---|
| **El diagnostico de una enfermedad** | Infarto agudo de miocardio, Diabetes, Hipertensión Arterial, Carcinoma de Próstata, Neumonía,etc. |
| **Una deficiencia o incapacidad** | Parálisis post poliomielitis, Ceguera, Amputación de algún miembro, etc. |
| **Los síntomas** | Palpitaciones, Dolor abdominal, Nauseas, Cefaleas, Tos, Disnea, Mialgias, Disuria, Pirosis, etc. |
| **Los signos** | Taquicardia, Fiebre, Midriasis, Ictericia, Nevo, Cianosis, Sibilancias, Signo de Murphy +, Signo de Lassegue +, Signo de godet, etc. |
| **El resultado de un estudio complementario alterado** | Colesterol alto, Hiperglucemia, Hiperuricemia, Onda T negativa e infradesnivel del ST, Velamiento del seno costofrenico izquierdo, lesión ocupante de espacio en ecografía hepática, etc. |
| **Un antecedente familiar** | Padre con hipertensión arterial, Madre con cáncer de mama, Padre con cáncer de colon, Madre con diabetes, etc. |
| **Una alergia** | Alergia a cualquier sustancia, Ambiental, Fármacos, Alimentaria, etc. |
| **Una lesión** | Fracturas, Esguinces, Contusiones, Herida cortante, etc. |
| **El efecto adverso de una medicación** | Rush cutaneo, Tos (enalapril), etc. |
| **Cualquier síndrome diagnosticado** | Síndrome del Túnel Carpiano, Síndrome de Sertoli, Sindrome Mediastínico, Síndrome Cerebeloso, Síndrome Anémico, etc. |
| **Una intervención quirúrgica** | Colecistectomía, Apendicectomía, etc. |
| **Cualquier factor de riesgo** | Tabaquismo, Sedentarismo, Sobrepeso, Trabajador de minas de carbón, etc. |
| **Trastornos Psicológicos** | Depresión Mayor, Distímia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, Enfermedad Bipolar, Demencia, etc. |
| **El seguimiento de un paciente clínico o quirúrgico** | Seguimiento de pacientes postquirurgicos, Crónicos reagudizados, etc. |
| **Cualquier alteración familiar o laboral** | Muerte del Cónyuge, Divorcio, Hijo abandona el hogar, enfermedad de familiar, Perdida del empleo, Stress laboral. |

Y ¿Cuáles no lo son?

No consideramos problemas de salud a términos confusos, vagos o poco definidos. Por ejemplo si nuestro paciente nos refiere sentirse con la cabeza ligera, o sentirse en las nubes, necesitaremos intensificar el interrogatorio y especificar los signos y síntomas que nos lleven a un problema concreto (mareos).

Tampoco es un problema una posibilidad diagnóstica. Por ejemplo, si nuestro paciente presenta constipación, sequedad de piel, bradicardia, no colocaremos en la historia “probable hipotiroidismo”; nuestro problema será enunciado como “ N°4 : Constipación, Sequedad de piel y Bradicardia.”, luego de la TSH al confirmar el diagnóstico pasará a denominarse Hipotiroidismo.

La lista de problemas es una parte importante de la historia; nos permite una rápida evaluación de la situación en un momento determinado.

¿Cómo se clasifican los problemas de salud?

Los problemas se clasifican en :

- **Problemas Crónicos :** Son los problemas que llevan más de 6 meses de evolución.

  Problemas Crónicos Activos: Son aquellos que requieren una acción en el momento actual.

  Problemas Crónicos Pasivos: Estos No requieren una acción en el momento, pero es útil registrarlos porque su existencia afecta el manejo de otros .

A los problemas crónicos se lo identifica con un número en la lista de problemas crónicos, junto con la fecha de su registro. Los problemas pasivos pueden volverse activos o al revés. Tal cambio debe consignarse en la historia clínica.

- **Problemas Agudos :** Son los problemas que presentan menos de 6 meses de evolución.

Así como a los problemas crónicos se los identifica con un número a los problemas agudos o transitorios se les asigna una letra con la que se los identificará en la lista de problemas, y por supuesto debe consignarse su fecha de registro. Los problemas agudos que evolucionan durante más de 6 meses o que se repiten pueden pasar a ser problemas crónicos según el criterio médico.

A medida que el médico de familia va realizando el seguimiento del paciente, recoge más información de este, de su contexto, historias personales y familiares. Así se podrán agregar nuevos problemas o redefinir los ya registrados.

Esta forma de estructurar la Historia Clínica por Problema nos permite optimizar el proceso de pensamiento y razonamiento médico porque :

- Nos exige pensar y discriminar sobre lo que es normal y lo que no lo es.
- Nos obliga a registrar los problemas de salud con la más alta precisión posible; nunca debemos definir un problema más allá de los elementos que de el disponemos.
- Nos facilita una visión global e integradora.

## 3. PLAN INICIAL

Weed sugiere realizar un plan inicial de cada uno de los problemas registrados en la primer consulta. Luego de elaborar la lista de problemas el médico debe realizar un plan inicial de abordaje de estos que incluya, un plan diagnóstico, un plan terapéutico, un plan de educación, cada uno de estos serán desarrollados en las Notas de Evolución. Si bien es de utilidad no todos los modelos de historias clínicas orientadas al problema incluyen este plan inicial.

## 4. EVOLUCIÓN

En las historias tradicionales las evoluciones son pobres y tediosas , esto se debe entre muchas cosas por la falta de una metodología consensuada por los médicos . En la Historia Clínica Orientada al Problema la evolución se realiza por el método del S.O.E.P. ( Subjetivo, Objetivo Evaluación y Plan ).
Hay 4 partes en la evolución de un problema:

**S:** Es la información subjetiva: lo que nos dice el paciente , los cambios o no en los síntomas. Muchas veces es muy útil consignar las mismas palabras o términos que utiliza nuestro paciente " " para poder valorar esta información.

**O:** Es la información objetiva, aquí se describe el examen físico (los signos del paciente, si hubo o no cambios, etc.), el valor de scores clínicos y los resultados de exámenes complementarios (laboratorio, imágenes, etc.) realizados para aclarar el problema.

**E:** Se refiere a la interpretación del problema y su reevaluación.

**P:** El Plan. Se consta de 4 partes:

1. **Dx**. (Plan Diagnostico) :
   Aquí se consignan los resultados de laboratorio, estudios por imágenes, test, etc., que se soliciten para especificar el problema.
2. **Tx.** (Terapéutica) :
   Se refiere a los tratamientos que se le han indicado al paciente para ese problema.
   ( Medidas Higienico-Dietéticas, Medicación, Cirugía, Fisioterapia, etc. )
3. **Mx.** (Monitoreo) :
   Aquí se debe especificar como se realizará monitoreo del problema.

( HTA: control de T.A. , DBT: Glucemias , Hb glicosilada, etc. ) .

4. **Ex.** (Educación) :
   Aquí se describe la información que se le da al paciente para la comprensión y/o prevención de su problema, y las estrategias utilizadas para aumentar la adherencia terapéutica.

En muchas ocasiones en la evolución de un problema puede no requerirse evolucionar cierta parte del S.O.E.P. Deben evolucionarse todos los problemas tratados en la consulta. Las notas de evolución deberán ser firmadas por el médico de familia o el agente del equipo (enfermera, psicólogos, tabajo social) que hubiera actuado en la consulta.

***Para tener en cuenta . . .***

- En la Historia Clínica es muy útil que se desarrolle una hoja exclusiva de *"Tratamiento"* donde se coloquen los medicamentos que nuestro paciente toma. Así con un vistazo, ordenadamente en una hoja sabemos toda la medicación que le fue prescripta a nuestro paciente, por nosotros o cualquier otro profesional.

- También puede ser muy práctico agregar una hoja de *"Seguimiento"* en la cual podríamos monitorear la evolución de ciertos parámetros; por ejemplo : si nuestro paciente es hipertenso y diabético, en la hoja de seguimiento colocaríamos los registros de T.A. y glucemias / Hb. Glicosilada , además de escribirlos en las notas de evolución. La ventaja es que en una línea podemos observar los valores de las últimas consultas.

- Casi indispensable para una buena H.C.O.P. es tener una hoja dedicada a los *"Cuidados Preventivos"* de nuestro paciente. Estos cuidados son programados para los próximos 5 o 10 años. Sirve como recordatorio para los médicos y permite que se pueda auditar el nivel de cuidados preventivos que el equipo de salud provee a los pacientes.

- Todos recordamos el Apgar de vitalidad del recién nacido, existe un APGAR Familiar que revela el grados de apoyo que la familia brinda al individuo. Si bien este APGAR ofrece información subjetiva no deja de mostrarnos como nuestro paciente percibe el funcionamiento de su propia familia. Este cuestionario ha sido validado en muchos estudios internacionales sobre distintas comunidades (Latinas, Anglosajonas, etc.). Es de mucha utilidad si se lo decide usar. (Ver capitulo Relación Médico- Paciente -Familia)

## SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

Es fundamental que exista un sistema de códigos diagnósticos para poder clasificar los problemas que el médico de familia atiende cotidianamente. En muchas instituciones se usan códigos que no reflejan la realidad de la práctica de la atención primaria. Cuando hablamos de clasificación nos referimos a un sistema que nos permita asignar un código de identificación (generalmente alfanumérico) a un problema de salud de acuerdo a ciertos criterios consensuados. Uno de los sistemas más utilizados es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que ya está por su décima revisión (CIE-10), con más de 3000 códigos diagnósticos, tantos códigos son difíciles de llevar a la práctica en un consultorio de atención primaria. Hace algunos años, se comenzó a utilizar el CIPSAP (Clasificación Internacional para los Problemas de Salud en la Atención Primaria), y luego en (1983) el CISAP-II, con 378 ítems. que es más a fin con nuestra práctica diaria.
En los últimos años también se comenzaron a desarrollar los Clústers (agrupamientos) diagnósticos. Los clústers nos permiten reducir la cantidad de códigos, agrupándolos en una lista que representa los problemas que tiene mayor importancia en la práctica ambulatoria. Se tomaron, aproximadamente, l00 códigos los cuales debían tener una prevalencia en la población superior al 0,1 % ; estos códigos representan el 85 % de los problemas de salud. De esta manera el médico de familia puede tener a su alcance y en una sola hoja, codificados los problemas de salud más frecuentes permitiendo su registro más facil y eficaz.
Actualmente el Comité Internacional de Clasificación de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) presentó la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2) que permite codificar varios elementos como por ejemplo la razón de consulta (lo que señala el paciente), el problema de

salud (lo que interpreta el médico), el proceso de atención ( lo que se hace o se envió a hacer durante la consulta), la capacidad funcional del paciente y la gravedad del problema atendido.
El CIAP-2 engloba todas las clasificaciones presentadas por la WONCA anteriormente (CIPSAP) y fue concebido para ser compatibilizado con el CIE-9 y el CIE-10).
En Argentina no hay un sistema de códigos oficial que los médicos podamos adoptar. Sin embargo con la reforma del sistema de salud cada vez será más necesario clasificar los problemas y así obtener un gran capacidad de relevamiento estadístico, brindar información real y clara a los auditores, desarrollar mejor las tareas de docencia e investigación y nos permitirá sacar conclusiones sobre qué tipo de problemas atendemos con mayor frecuencia y planificar, así, nuestras actividades.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA


- Atención Primaria. / M. Zurro . Tercera Edición, Mosby / Doyma. 1994 .
- Medicina de Familia. / Ian R. McWhinney . Ediciones Doyma . 1995 .
- Primary Care Medicine. Office Evaluation & Management of the adult Patient . Goroll . / Third Editión , J.B. Lippincont Company . 1995
- Medicina Familiar, Principios y Prácticas . Robert B.Taylor . / 4º Edición . 1995 .
- Indec . 1996 /1999
- Conjunto mínimo de datos en atención primaria. Un estudio Delphi . Atención Primaria 1990; 7 (2):112-118.
- Genogramas en la evaluación familiar. McGoldrick-Gerson. Barcelona. 1993.
- The family APGAR : Aproposal for a family function test and its use by physicians. Family Practice 1978,6:12-31
- Atención Primaria, Monografías Clínicas. Programación y Protocolización de actividades./J. Jimenez Villa .Ediciones Doyma. 1990 .
- Profam: Programa de Educación a Distancia de Medicina Familiar y Ambulatoria/ Esteban Rubinstein, dir.Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires, Departamento de Docencia e Investigación, c1997.
- Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2 , Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. 1999, 2º Edición. Editorial Masson.
- Medicina Familiar . Tomo I . Principios y Herramientas. / Roa , Ruiz Morosini, Siede . c Ediciones Akadia. 1997 .

| DEPARTAMENTO MEDICINA FAMILIAR UBA | HISTORIA CLINICA | Tipo y nº de Documento |
|---|---|---|
| | Centro de atención | HC nº |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apellido y nombre | | | | Fecha de admisión | |
| Dirección | | | | | |
| Localidad | | | | Código Postal | |
| Teléfono | | Obra social | | N° Afiliado | |
| Fecha de nacimiento | | Lugar Nacim. | | | |
| Estado civil | | Sexo | M F | Escolaridad | |

# FAMILIGRAMA

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | TIPO | Casa | | Depto | | Inquilinato | | Pensión | | Hotel | | Asentamiento | | |
| | | Villa | | Hogar | | Geriátrico | | Calle | | Otra | | | | |
| | TENENCIA | | Propia | | | Alquilada | | Otra | | | | | | |
| | Agua corriente | | SI | | NO | | Dentro de vivienda | | SI | | NO | | | |
| | Baño compartido | | SI | | NO | | Cloacas | | SI | | NO | | | |
| | Nº de habitaciones | | | | | | Nº de convivientes | | | | B | | | |
| | Ascensor | | SI | | NO | | Escaleras | | SI | | NO | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellido y nombre | | | | | | Fecha de admisión | |
| Dirección | | | | | | | |
| Localidad | | | | | | Código Postal | |
| Teléfono | | Obra social | | | | N° Afiliado | |
| Fecha de nacimiento | | Lugar Nacim. | | | | | |
| Estado civil | | Sexo | M | F | | Escolaridad | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA** | Activo ocupado | | Activo desocupado | | | |
| | Activo subocupado | | Inactivo | | | |
| | **Ocupación Actual** | | Ocupaciones u oficios anteriores | | | |
| **PLAN SOCIAL, SUBSIDIO, AYUDA SOCIAL** | SI | | NO | | ¿Cuál? | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tabaco | SI | | NO | | Cigarrillos/día | | Edad de comienzo | años | | | |
| Alcohol | SI | | NO | | Tipo | | | | | | |
| Drogas | Si | | NO | | Tipo | | Intravenosa | SI | | NO | |
| Ejercicio | SI | | NO | | Tipo | | Días por semana | | | | |

**ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Menarca | si | | años | NO | | Menopausia | SI | | Años | NO | |
| Edad de primer embarazo | | | ¿ Usa o usó algún método anticonceptivo? | | | | SI | | NO | | |
| ¿Qué método usó? | **Pastillas** | | **Diafragma** | | **Preservativo** | | | | | | |
| | Espiral (DIU) | | **Fechas** | | **Coito Interruptus** | | | | | | |
| ¿Hace cuanto lo usa? | años | ¿Tuvo algún problema? | SI | NO | ¿Con que método? | | | | | | |
| Fecha último PAP: | | G: | P: | A: | C: | Lactancia | SI | | NO | | |
| Fecha última mamografía | | Ritmo / | | Inicio relaciones sexuales | | | | | años | | |

| **Año** | **ANTECEDENTES/INTERNACIONES / OPERACIONES / ACCIDENTES**<br>Mencionar enfermedades serias, internaciones , operaciones, transfusiones |
|---|---|
| | 1. |
| | 2. |
| | 3. |
| | 4. |
| | 5. |
| | 6 |
| **ETS** | Gonorrea \ Sífilis \ Herpes \ Trichomonas \ Clamydia \ HPV \ H.I.V – SIDA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Violencia Familiar** | Si | | NO | | |

| Nª | PROBLEMAS CRONICOS ACTIVOS | | Fecha de registro |
|---|---|---|---|
| 1. | Control de salud | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| | **PROBLEMAS CRONICOS PASIVOS** | | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| | **PROBLEMAS TRANSITORIOS** | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
| A. | | | |
| B. | | | |
| C. | | | |
| D. | | | |
| E. | | | |
| F. | | | |
| G. | | | |
| H. | | | |
| I. | | | |
| J. | | | |
| K. | | | |
| L. | | | |
| M. | | | |
| N. | | | |
| O. | | | |
| P. | | | |
| Q. | | | |
| R. | | | |
| S. | | | |
| T. | | | |
| U. | | | |
| V. | | | |
| W. | | | |

# EVOLUCION

Consignar: Fecha /Especialidad/ Evolucionar: Subjetivo/ Objetivo/ Evaluación/ Plan (Diagnóstico, Terapéutico, Monitoreo, educación)