

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

ÁNGELO VALENCIA, M.D.¹, PAOLA DAZA, M.D.²

RESUMEN

La primera parte de la intervención del médico con un paciente radica en la obtención de información que conduzca al análisis del problema clínico; ésta tarea ha sido trabajada a lo largo del tiempo de formas muy diferentes y ha marcado la manera en cómo se enfocan los problemas de la salud. El eje de ese proceso ha sido la historia clínica, que ha cursado en diferentes modalidades en las diversas escuelas de Medicina; todas ellas conformando el principio de la propedéutica médica.

Palabras claves: Historia clínica, Niños

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; ésta tarea ha sido trabajada a lo largo del tiempo de formas muy diferentes y ha marcado la manera en cómo se enfocan los problemas de la salud. El eje de ese proceso ha sido la historia clínica (HC), que ha cursado en diferentes modalidades en las diversas escuelas de Medicina; todas ellas conformando el principio de la propedéutica médica¹.

HISTORIA

La evolución de la HC 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 tenidos 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

SUMMARY

The first part of the intervention with a patient is to obtain information leading to the analysis of the clinical problem, this task has been worked over time in very different ways and has marked the way how to approach problems health. The heart of this process has been the medical history, which has taken different forms in different medical schools, all of them conforming to the principle of medical propaedeutic.

Key words: Medical history, Children

egipcia, greco-romana de hacer medicina. Posteriormente, interviene una escuela muy importante, la francesa, que 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. Es por esto que se encuentran en la medicina muchísimos términos y denominaciones que tienen un origen en el francés. Después del siglo XVII aparece la marca de los ingleses en el desarrollo de la medicina, son estos quienes le agregan al pensar semiológico francés tan perfeccionista y descriptivo 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 cosas como 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. Se puede ver ésta integración, por ejemplo, al recordar los tubercularios franceses que eran sitios donde se colocaban todas las personas que tenían un cuadro clínico que denominaban la tisis, así se ubicaban en estos entornos todos los

¹MD. Pediatra. Profesor. Universidad del Valle. Cali, Colombia

²MD. Estudiante de postgrado en Pediatría. Universidad del Valle. Cali, Colombia

Recibido para publicación: septiembre 15, 2010
Aceptada para publicación: diciembre 15, 2010

pacientes que presentaban un síndrome clínico que era tos prolongada y expectoración, muchos pacientes tenían tuberculosis como origen de este cuadro clínico, pero seguramente no todos tenían tuberculosis, enmarcándose en este cuadro clínico que podría sugerir dicha condición sin tenerla. Con los ingleses desaparece el concepto de tubercularios y de escenarios específicos que trataban los pacientes por signos, síntomas y cuadros clínicos, apareciendo los nosocomios que son los primordios de hospitales por especialidades. En nuestro medio existe una mayor influencia de la escuela inglesa que escuela francesa, porque se integran las áreas del conocimiento preclínico dentro de la clínica. Con todo el desarrollo de la HC, aparece en Canadá, en la Universidad de MacMaster, una versión de la historia clínica inglesa que tiene una forma diferente de agrupar los problemas de la salud y ésta forma ha venido perfundiendo la enseñanza médica de manera muy proactiva, porque es una forma de analizar la clínica haciendo una integración más completa del triángulo entre el ambiente, el huésped y la enfermedad. Este triángulo es muy importante en esta forma de ver la intervención clínica, ya que da una forma más holística del sujeto y su enfermedad, propone un planteamiento del problema clínico y del diagnóstico diferencial, entrando en lo que se conoce como el enfoque basado en problemas. La formación que recibimos está centrada en el aprendizaje basado en problemas, siendo esta una forma adecuada de hacer el enfoque clínico de un paciente.

COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

La HC, instrumento del aprendizaje basado en problemas, tiene una serie de componentes, los cuales son móviles de acuerdo a las diferentes especialidades a las cuales pueda ser ligada, no es una HC estática, varía de acuerdo a los diferentes etapas del paciente bien sea neonatal, pediátrica, adulta o concepcional, generando diversas modificaciones². Los componentes de la HC son: la identificación del sujeto, el motivo de consulta, la enfermedad actual, los antecedentes, la revisión por sistemas, el examen físico, el análisis basado en problemas, el planteamiento del

Tabla 1
Componentes de la historia clínica pediátrica

Identificación
Motivo de consulta
Enfermedad actual
Revisión por sistemas
Antecedentes personales
Antecedentes perinatales, neonatales
Desarrollo psicomotor
Hábitos
Alimentación
Patológicos
Quirúrgicos
Alérgicos
Inmunizaciones
Antecedentes familiares
Antecedentes epidemiológicos
Examen físico
Impresión diagnóstica
Diagnósticos diferenciales
Plan diagnóstico o paraclínico
Diagnóstico final
Plan terapéutico
Firma y sello del médico

diagnóstico diferencial, el plan diagnóstico y el plan terapéutico. Todo esto enmarcado en las normas vigentes para la HC que son internacionales e independientes del modelo de HC que se siga; éstas normativas incluyen que la HC sea confidencial, siendo un documento con carácter legal³, por ende debe ser custodiada, ser veraz y ejecutada por una persona idónea. Tiene que ser llevada a cabo dentro de un marco legal que la rija³. La HC pediátrica es un documento que tiene todos los elementos de la HC basada en problemas, pero goza de algunos privilegios que han marcado un hito haciendo que la HC 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; todos estos elementos, son parte de esa información que muchas veces en la HC del adulto son sustraídas⁴.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

En Colombia, la primera condición que debe poseer un sujeto para algún tipo de beneficio como persona jurídica es que este registrado ante la ley, este registro civil se logra desde el momento que se termina el embarazo y obtiene el registro de nacido vivo. Es perentorio que como pediatra o médico que atiende pacientes en edad pediátrica, se certifique que el niño tiene un registro civil, esto le va a conferir al menor todos los beneficios de ciudadano que no tiene hasta que se logre su inclusión dentro de la base de datos de la registraduría nacional; porque de ahí deriva una serie de percepciones acerca de la manutención del niño, y hasta que este no se registre civilmente, si sufre alguna enfermedad de alto costo o que requiera una intervención, va a tener una atención limitada en el tiempo amparada por su mamá, que para el caso de Colombia protege la salud de los niños menores de un año. En la identificación se debe registrar la documentación, la edad, el sexo, la fecha de nacimiento; se debe verificar la diferencia entre fecha de nacimiento y la fecha en la que se está atendiendo el paciente. Recordar que las edades de los niños se han agrupado en una clasificación nominal (Tabla 2), de una manera sistemática por grupos etarios, lo cual facilita el análisis de los datos y la ubicación de ciertos factores de riesgo para determinadas enfermedades. Al identificar la edad numérica del paciente, es importante su clasificación por grupos etarios que define al neonato, como aquel niño desde su nacimiento hasta los 28 días de vida. Luego viene la etapa de lactante, que tiene 3 momentos importantes el primero de 1-11 meses y 29 días, lactante menor y el lactante mayor que va desde los 12 hasta los 36 meses de edad. Se define la etapa del preescolar,

entre los 3-6 años y los escolares, entre los 6 -12 años. Esto es muy importante a la hora de hacer el análisis clínico, porque hay patologías circunscritas a cada etapa. Dependiendo de la aparición de la pubarca, se demarca la adolescencia: en las niñas inicia con la telarca y en los niños con el aumento del tamaño testicular, que se inicia hasta los 18 años de edad, dependiendo del desarrollo de cada individuo, para luego entrar a la etapa de adultos jóvenes. Hasta la adolescencia se hace la intervención de HC pediátrica como tal. El origen y la procedencia son importantes, ya que hay patologías circunscritas a determinadas áreas geográficas. Se debe involucrar a los padres, y describir la fuente de la información, pues es primordial a la hora de realizar un análisis o planteamiento del problema, así como la edad de éstos, el estado de salud con el que cursan en el momento de la consulta, y la ocupación⁴. El credo familiar es importante dado que hay patologías que tienen una variación de acuerdo a éste, sobre todo en la obtención de información acerca de ellas, así como la toma de algunas decisiones clínicas y terapéuticas. Hay que recordar que en cuestión de normas legales³, los niños tienen una custodia transitoria por sus padres hasta que cumplan la mayoría de edad, pero desde el nacimiento hasta los 7 años de vida, la no presencia de una capacidad individual para tomar decisiones, que tendría que ser certificada por alguien idóneo (en Colombia, por psicólogo, psiquiatra y neurólogo clínico), deben ser tomadas en conjunto por los padres y el personal de salud. En caso de que haya una negación por parte de los padres que amenace la vida del niño, éste puede ser cambiado de custodia, a la defensoría del pueblo, representantes de bienestar familiar, personería; y en éstos casos, el médico tiene que obrar como interdictor para definir que el niño no debe estar bajo la custodia de sus padres. Por encima de los 7 años, el niño tiene una capacidad cognitiva para tomar decisiones sobre su bienestar y debe ser consultada toda conducta⁵; como esta es una normativa que no se tiene muy presente a la hora de hacer análisis en intervención, es mandatorio tenerla en cuenta, incluso hasta la omisión de realizar alguna actividad en el niño que no tenga la capacidad de tomar decisiones. Por último, si

Tabla 2
Grupos etarios en la edad pediátrica

Edad	Grupo etario
	Neonato
1-12 meses	Lactante menor
12-36 meses	Lactante mayor
3-6 años	Preescolar
6-12 años	Escolar
12-18 años	Adolecente

es el caso, hay que registrar la ocupación del menor y mencionar el estrato socioeconómico.

MOTIVO DE CONSULTA

El motivo de consulta es un momento de la HC donde se relata de manera descriptiva en palabras del informante el problema de salud que aqueja al paciente en ese momento en forma breve, concreta y objetiva, es una herramienta que permite orientar el interrogatorio. El motivo de consulta no necesita ser planteado en términos médicos, se deben colocar en comillas utilizando las palabras textuales, populares con las que el paciente describe los signos y síntomas; se permite registrar terminologías como, "es que el niño tiene mocos y tos", "mi niño está bajito de peso".

ENFERMEDAD ACTUAL

En la enfermedad actual se inicia la participación técnica del médico dentro de la conducción y registro de los datos dentro de la HC; esto exige que se haga una descripción cronológica retrospectiva, pero con una direccionalidad prospectiva de los cambios en el estado de salud que generaron el motivo de consulta; el primer día de la enfermedad actual corresponde al momento que cambió el estado de salud del paciente, si un paciente tiene condiciones de base al inicio de su enfermedad actual, eso debe estar registrado en el módulo de antecedentes personales. En la enfermedad actual se hace una descripción cronológica de lo que modificó el estado de salud del paciente. El examinador conduce la entrevista para relatar de una forma coherente los síntomas y signos la enfermedad actual; debe ser muy rica en coherencia y pobre

en asindesis, debe tener un carácter descriptivo muy minucioso y ser lo más circunstancial posible, tomar cada dato como elemento y transformarlo a un lenguaje médico, explorándolo hasta agotarlo, describiendo cada signo y síntoma desde cuando inició, cómo se introdujo dentro del cuadro actual, cómo ha evolucionado en el tiempo, cuándo desapareció y qué medidas se tomaron para atenuarlo, mejorarlo o corregirlo ya sean medidas tomadas por los cuidadores o en un servicio de salud. En la tabla 3, se registra el ejemplo clásico de dos enfermedades actuales que se podrían citar y tratar de ver si son el mismo paciente.

Caso 1: En ésta enfermedad actual se observa claramente la descripción de un paciente que tiene una serie de problemas de salud claros de antaño, problemas que poseía el paciente que ya habían suscitado una intervención clínica y se está dejando solo un renglón para describir el problema de salud que lo llevó a consultar; el médico en ésta enfermedad actual va a tener una orientación muy sesgada que va estar ligada a la enfermedad anterior del paciente.

Caso 2: En ésta otra forma de enfermedad actual, se tienen en cuenta los mismos elementos que se describieron en el paciente anterior, sin hacer referencia a los antecedentes personales, haciendo una descripción cronológica de lo que cambió el estado de salud del paciente en ése momento. Se intuye que Juan que es ese niño de 32 semanas, prematuro, debe tener una condición de base para tener una traqueotomía y una gastrostomía, pero realmente se está concentrado en los cambios respiratorios y digestivos que se están presentando en el momento de la consulta. Éste concepto es muy importante, porque la

Tabla 3
Ejemplo de historias clínicas pediátricas

Caso 1	Caso 2
Niño prematuro de 32 semanas con Síndrome de Down y una cardiopatía congénita tipo Comunicación Intraventricular, que se operó hace 3 meses, quien toma Captopril y beta metildigoxina ; estuvo hospitalizado hace 1 mes por neumonía cuando realizan una traqueostomía y una gastrostomía por trastorno de la succión deglución y ahora tiene fiebre y tos	Juan conserva un estado de salud aceptable hasta hace 8 días. Desde ese momento inicia rinorrea acuosa , tos húmeda y se observa incremento de las secreciones por la traqueostomía; dice la madre que desde hace 4 días toene fiebre alta de 39°C y hace 2 días presenta vómito, cuando se le administra la alimentación por la gastrostomía

mayoría de las HC que son realizadas actualmente carecen de éste orden y se remiten a realizar descripciones extensas de los antecedentes personales del paciente, condición que aumenta el escenario clínico complejo, dado que los pacientes son remitidos de otras entidades ya con antecedentes previos.

ANTECEDENTES

Aquí se incluyen los antecedentes personales, que deben considerarse en todos los pacientes, los patológicos, los farmacológicos, los quirúrgicos, los transfusionales, los alérgicos, los familiares, los de tipo tumoral o canceroso. Éstos son componentes que todas las HC poseen, independiente del grupo etario al cual se esté refiriendo. Existen 5 antecedentes, o condiciones previas al problema de salud que está presentando el niño, que deben ser tenidos en cuenta: antecedentes perinatales, vacunales⁶, epidemiológicos, alimentarios, y desarrollo psicomotor, los cuales componen de una manera singular la HC pediátrica.

Perinatales: Es necesario describir el embarazo, los eventos clínicos que acompañan este proceso, desde la etapa preconcepcional, como la edad de la madre, el estado nutricional, si el embarazo fue fruto de una planeación o fue un embarazo furtivo, si hubo controles prenatales, o patologías que acompañaron el embarazo; hacer un acercamiento al tercer trimestre, indagar sobre la forma de terminación del embarazo; en cuanto al nacimiento, se debe registrar la edad gestacional, el peso, la talla y si es posible el perímetro cefálico al nacer, ya que se sabe que éstos son datos de punto de apoyo para un seguimiento antropométrico. Interrogar sobre si hubo necesidad de reanimación u oxígeno al momento del nacimiento, hospitalizaciones y el tiempo de duración. Se debe realizar un análisis muy detallado de los valores antropométricos obtenidos al nacer, porque éstos pueden dar idea de cómo estuvo el embarazo y cómo fue el bienestar fetal del niño que está consultando; éstos datos pueden ser el centro de muchas enfermedades observadas en la edad posnatal y que no tienen explicación en una causa adquirida reciente y pueden orientar hacia un problema clínico; entonces, no olvidar tomar los datos

antropométricos al nacer y se deben llevar a las tablas de las poblaciones de referencia, las que han definido grupos de riesgo para el peso: peso bajo al nacer (<2500 g), peso alto al nacer (> 4000 g), talla baja o alta para la edad gestacional; todo ello circunscrito a un punto de corte de la población de referencia que casi siempre está entre el percentil 95-97% . Se puede hacer un análisis del peso para la edad gestacional teniendo en cuenta que se involucra a toda la población prematura que va a tener menos de 2500 g. Con estos datos se plantea un diagnóstico, que incluye prematuridad, macrosomía o retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) que puede ser simétrico o asimétrico (compromiso mayor del peso que de la talla). Actualmente se piensa que muchas enfermedades crónicas del niño y del adulto, se originan en éstos trastornos del crecimiento fetal. Se ha plantado la participación del RCIU dentro del desarrollo de hipertensión, diabetes, trastorno inmune y del desarrollo cognitivo.

Vacunación: Desde el punto de vista vacunal, se debe hacer una descripción histórica de las vacunas que ha recibido en el transcurso de la vida⁶. En Colombia, existen 2 esquemas de vacunación en la actualidad, el esquema ofrecido por el Programa Ampliado de Inmunización Colombiano (PAI), y el esquema complementario (Tabla 4).

En la descripción de los antecedentes vacunales, puede emerger el diagnóstico de una vacunación incompleta y esto es un diagnóstico que puede ser considerado como una urgencia en salud pediátrica, porque exigiría una intervención inmediata, así se esté capturando el paciente en una vía como control, o realización de una certificación para el colegio⁶.

Desarrollo psicomotor: La escala de desarrollo psicomotor abreviado es la forma de hacer evaluación del desarrollo psicomotor en la HC; todo paciente que consulte independiente del motivo de consulta, debe ser analizado con la realización de la escala de desarrollo psicomotor. La más aceptada es la Escala de Denver, que requiere un instrumento, y entrenamiento para poder realizarse, es dispendiosa y extensa en su ejecución. Lo importante de su realización es que

Tabla 5
Hitos del desarrollo

Edad	Motor grueso	Motor fino	Lenguaje	Sociabilidad
2 meses	Sostiene la cabeza en línea media, levanta el tórax		Sonríe frente al estímulo	Reconoce a sus padres
4 meses	Gira de abdomen a espalda y se apoya en las muñecas	Alcanza objetos con ambas manos	Se ríe fuerte y se orienta al sonido	
6 meses	Se sienta sin apoyo por segundos, lleva los pies a la boca acostado	Toma objetos con movimiento rastrillo	Balucea	Reconoce a extraños
8 meses	Se incorpora a sentarse, gatea		Dice disílabos	
9 meses	Se pone de pie apoyado y camina de lado apoyado	Toma objetos con los dedos, comienza uso del índice, afirma biberón y tira objetos al suelo	Entiende el "no" hace señas de adiós 10 m : dice Papa y mama	Explora el entorno, aplaude
12 meses	Camina solo	Raya con lápiz, un papel	Dice 2 palabras, además De papa y mama Jerga incomprensible	Ayuda a vestirse, Viene al llamarlo Imita acciones
15 meses	Gatea escaleras arriba, camina hacia atrás	Imita rayas con lápiz, imita torre con dos cubos	Dice 4 a 6 palabras	15-18 m; usa cuchara, Toma agua en vaso solo
18 meses	Corre coordinado lanza un objeto sin perder el	Rayado circular espontáneo, construye torre	Combina dos palabras	Juega con otros niños, Imita a padres

Tabla 4
Esquema Nacional de Vacunación (PAI)

EDAD	VACUNA	DOSIS
Recién nacido	Antituberculosa - BCG	Única
	Hepatitis B	De recién nacido
A partir de los 2 meses	PENTAVALENTE*	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B
	Vacuna oral de polio - VOP	Primera
A partir de los 4 meses	PENTAVALENTE*	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B
	Vacuna oral de polio - VOP	Segunda
A partir de los 6 meses	PENTAVALENTE*	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B
	Vacuna oral de polio - VOP	Tercera
De 6 meses a 23 meses	Vacuna de influenza	Primera
		Segunda a las cuatro semanas de la primera
A los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)	Única
	Fiebre amarilla (FA)	Única
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)	Primer refuerzo
	Vacuna oral de polio - VOP	Primer refuerzo
A los 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)	Segundo refuerzo
	Vacuna oral de polio - VOP	Segundo refuerzo
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo
Mujeres en edad fértil (MEF) Entre los 10 y 49 años**	Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td)	MEF** 5 dosis Td1: dosis inicial Td2: al mes de Td1 Td3: a los 6 meses de Td1 Td4: al año de la Td3 Td5: al año de la Td4 Si la MEF tiene antecedente de 5 dosis de DPT (tres de esquema y dos refuerzos, aplicar un refuerzo cada 10 años (15, 25, 35 y 45)

evalúe las 4 esferas del desarrollo como son la esfera motora gruesa, motora fina, del desarrollo lenguaje y social. La Escala de Denver, ubica los 3 meses como la primera edad, en los hitos del desarrollo motor grueso se debe obtener el sostén cefálico en prono; en el desarrollo motor fino, la apertura espontánea de las manos, que puede ser presente pero intermitente; en cuanto a lo social, la aparición de la sonrisa social imitativa no propositiva es importante y el lenguaje manifiesto es el laleo. A los 6 meses de edad, el niño debe ya sentarse; en cuanto al desarrollo motor fino, el niño pasa objetos entre sus manos, lo que está asociado al reconocimiento de la línea media, y a una adecuada interacción interhemisférica y del cuerpo calloso; momento en el que hay presencia de una sonrisa propositiva, con manifestación de agrados y desagradados y balbuceo. A los 9 meses, hay una maduración en el tono y el niño puede pasar de la posición de gateo a una posición de pie; en el motor fino, adquiere la pinza palmar, logra la utilización de la mano como instrumento, juega con objetos al tratar de incluirlos en una cavidad, en el lenguaje emite sonidos por imitación. A los 12 meses, camina cogido de la mano, obedece órdenes simples, dice palabras entendibles (Tabla 5).

Alimentación: En relación a la alimentación, se debe registrar la duración y el tipo de lactancia que recibió el niño; cuánto tiempo tuvo lactancia exclusiva; cuándo inició la alimentación complementaria, las características y el método. Se considera que el niño debe recibir lactancia exclusiva por los primeros meses de vida. Se llama alimentación complementaria a la introducción sistemática de alimentos que reemplazan la leche materna o por fórmula infantil, como fuente principal de alimento. Se debe describir cómo fue ésta alimentación complementaria, si hubo preferencias. Igualmente indagar sobre el hábito de la defecación, y si hay manifestaciones de intolerancias alimentarias tanto en sus formas digestivas como sus manifestaciones en otros sistemas como el cutáneo y respiratorio.

Epidemiológicos: En este punto se debe describir cómo es la residencia del niño, su

microambiente, si vive en condiciones rurales o urbanas y básicamente esto se limita a la presencia de vectores transmisores de enfermedad que difieren según sea de zona rural o urbana. Interrogar sobre la presencia de servicios públicos domiciliarios que no solo se remiten al manejo de las excretas, sino al suministro de agua potable, que es un punto importante en el desarrollo de algunas patologías; describir el núcleo familiar, cuántas personas viven en la casa, cuántas duermen en el cuarto, definir si existen condiciones de hacinamiento o colecho, describir si hay posibilidad o riesgo de zoonosis por la existencia de vectores transmisores de enfermedades, o si hay endemias para patógenos en el área de donde procede, si ha visitado áreas especiales en el período que preceda la consulta, la presencia de mascotas y la manutención de la mascota.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS POR SISTEMAS

Es un interrogatorio sistemático sobre los síntomas, con el fin de identificar elementos no detectados durante la anamnesis. Esta revisión no debe ser muy larga, ya que se supone que los principales problemas ya fueron identificados en la anamnesis. Si al hacer este ejercicio aparecen síntomas que resultan importantes y que todavía no habían sido explorados, es posible que el conjunto de estas nuevas manifestaciones deban ser incorporadas a la anamnesis. En la revisión por sistemas no se debe repetir lo que ya se mencionó en la anamnesis, sino que se mencionan sólo algunos síntomas o manifestaciones que están presentes, pero que tienen un papel menos importante. La extensión de esta sección debe ser breve. Una forma de ordenar esta revisión, es realizándola por sistemas, y en cada uno de ellos se investigan manifestaciones que podrían presentarse. Síntomas generales: Fiebre, cambios en el peso, malestar general, apetito, tránsito intestinal, sudoración nocturna, insomnio, angustia, entre otros. **Sistema respiratorio:** Disnea, tos, expectoración, hemoptisis, puntada de costado, obstrucción bronquial, entre otros. **Sistema cardiovascular:** Disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema de extremidades inferiores, dolor precordia¹⁷. **Sistema digestivo:** Apetito, náuseas, vómito,

disfagia, pirosis, diarrea, estreñimiento, melena. **Sistema genitourinario:** Disuria dolorosa⁷ o de esfuerzo, poliaquiuria, poliuria, nicturia, alteración del chorro urinario, hematuria, dolor⁷ en fosas lumbares. **Sistema endocrino:** Baja de peso, intolerancia al frío o al calor, temblor fino, polidefecación, ronquera, somnolencia, sequedad de la piel. **Sistema neurológico:** Cefalea, mareos, problemas de coordinación, parestias, parestesias. Se debe evitar que esta revisión por sistemas resulte más extensa que la sección de los antecedentes.

EXAMEN FÍSICO

En cuanto a la estructura del examen físico, se debe realizar la medición de signos vitales; somatometría como peso, talla, y perímetro cefálico; temperatura⁸, pulso, frecuencia respiratoria, tensión arterial^{5,9-17}. La exploración física se debe realizar en forma segmentaria y se recomienda la siguiente secuencia: piel, mucosas y faneras; sistema linfático; cráneo; oídos; nariz; cuello, boca y garganta; tórax y pulmones; sistema cardiovascular; abdomen; genitourinario y anal; columna y extremidades, y sistema nervioso^{12,18}. Son importantes recomendaciones como adoptar una conducta lo más afectiva posible con el niño. Dejar las exploraciones molestas para el final del examen físico. Siempre se debe contar con un ambiente higiénico, cálido e iluminado en el cual se disponga de equipo e instrumentos adecuados pediátricos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, PLAN DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Planteamiento del problema: Se inicia haciendo referencia al sujeto de éste; debe iniciar mencionando que se tiene un neonato, lactante, preescolar, escolar o adolescente enfermo, dado que esto hace más circunscrito el problema. Se debe describir la temporalidad de la patología, planteando si la presentación clínica fue aguda (menor de 7 días), persistente o subaguda (entre 7 y 15 días) o crónica si supera los 30 días. También se debe definir la severidad, ya que es diferente cuando se tiene un problema que es limitante o cuando se tiene un problema que no interfiere el

libre desarrollo o calidad de vida del niño. Se habla de una entidad severa cuando comprometa la función básica o vital para el grupo etario al cual pertenece el niño, por ejemplo, cuando se tiene un lactante menor que presenta una entidad que compromete la alimentación, esta es una función vital que ese lactante debe realizar porque es la única forma que se tiene para hidratarlo, nutrirlo y es esto lo que le corresponde realizar en esta etapa de su vida; entonces se va a definir como severa, toda entidad que comprometa la alimentación en el grupo etario de los lactantes. Otro ejemplo, es si se tiene un escolar que presenta inapetencia asociada a su patología versus otro escolar que además de la inapetencia, no quiere jugar. Se considera severo al niño que tiene una entidad que le impida jugar, porque el juego hace parte de las funciones fisiológicas básicas del niño en la etapa en la que se encuentra, entonces es muy importante denotar la severidad del problema y de clasificar como severo, lo que compromete la función vital básica para el grupo etario y leve al que no compromete esta función. Existe un grupo intermedio subclínico o subagudo y es aquel que tiene intermitencia en el compromiso de sus funciones vitales; hay patologías que se diagnostican porque la severidad del problema es subclínica; el ejemplo de ello, es la endocarditis bacteriana, que compromete sujetos de cualquier grupo etario, pero la característica principal es que no es aguda sino subaguda o crónica y que tiene una severidad subclínica. Impresión diagnóstica: Luego de plantear el problema, se debe hacer una descripción donde no se vuelve a citar la enfermedad actual ni los antecedentes personales, sino que se refiere a las condiciones clínicas definidas en la literatura como síndromes, que involucren signos y síntomas y antecedentes en la descripción del problema.

Plan diagnóstico: Finalmente se hace un plan diagnóstico que permita corroborar la hipótesis diagnóstica, un diagnóstico diferencial para cada problema planteado y por último se define el correspondiente manejo terapéutico.

Se debe referir que cada problema que se plantee en un niño debe tener un diagnóstico diferencial; la sugerencia es que siempre se inicie con el diagnóstico sindromático y se proponga una

hipótesis etiológica individual para no entrar en falla diagnóstica al circunscribirse a una enfermedad que explique el problema.

Los diagnósticos que emergen de la enfermedad actual son muy importantes, porque son los que llevaron al paciente a consultar, pero los diagnósticos que emergen de la exploración pediátrica son igual o en algunas ocasiones más importantes y son los que hacen al pediatra diferente al resto de médicos que intervienen en pacientes, ya que identifican problemas no descritos en la HC inicial.

Gran parte de los problemas de la salud que se encuentran en pediatría emergen del análisis sistemático de los componentes de la HC, pudiéndose encontrar maltrato infantil, ausencia de seguridad social, una vacunación incompleta⁶, inestabilidad paterna, trastornos del desarrollo psicomotor, alteraciones del estado preconcepcional, concepcional, o post concepcional, algo denominado como riesgo perinatal; éstos diagnósticos en los niños son tan críticos como los del motivo de consulta, porque ameritan un plan diagnóstico y un plan terapéutico tan organizado como el de los diagnósticos que derivan de la enfermedad actual.

REFERENCIAS

1. Moreno MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. *Rev Cubana Med* 2000; 39: 106-114
2. Martínez J. Historia clínica. *Cuad Bioét* 2006; 17: 57-68
3. Miralles P. La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos. *Panacea* 2002; 3: 36-39
4. Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child relationships: a "pas de trois". *Patient Education and Counseling* 2002; 48: 5-14
5. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Scien Med* 2001; 52: 839-851
6. Healy CM. Immunization Strategies to Protect Preterm Infants. *NeoReviews* 2010; 11: e409-e418
7. Sami M, Donahue SN, Darmohray DM, Hyer Jr LA, Robinson Jr JS. The Fifth Vital Sign-What Does It Mean?. *Pain Practice* 2008; 8: 417-422
8. Smith JJ, Bland SA, Mullett S. Temperature - The forgotten vital sign. *Accident and Emergency Nursing* 2005; 13: 247-250
9. Hutto S. Assessment of vital signs in the child. *Home Care Provider* 1999; 4: 222-223
10. Cooper RJ, Schriger DL, Flaherty HL, Lin EJ, Hubbell KA. Effect of Vital Signs on Triage Decisions. *Ann Emerg Med* 2002; 39: 223-232
11. Lomelí C, Rosas M, Mendoza-González C, Méndez A, Lorenzo JA, Buendía A, et al. Hipertensión arterial sistémica en el niño y adolescente. *Arch Cardiol Mex* 2008; 78: 82-93
12. Almond C. Issues in paediatric triage. *AENJ* 2000; 3: 12-14
13. Schulman CS, Staul LA. Standards for Frequency of Measurement and Documentation of Vital Signs and Physical Assessments. *Crit Care Nurse* 2010; 30: 74-76
14. Dean A. The importance of vital signs. *Fire Engineering* 2007: 32-35
15. Edmonds ZB, Mower WR, Lovato LM, Lomeli R. The Reliability of Vital Sign Measurements. *Ann Emerg Med* 2002; 39: 233-237
16. Lockwood C, Conroy-Hiller T, Page T. Vital signs. *JBH Reports* 2004; 2: 207-230
17. Evans D, Hodgkinson B, Berry J. Vital signs in hospital patients: a systematic review. *Internat J Nursing Studies* 2001; 38: 643-650
18. Thompson M, Coad N, Harnden A, Mayon-White R, Perera R, Mant D. How well do vital signs identify children with serious infections in paediatric emergency care?. *Arch Dis Child* 2009; 94: 888-893