

Centro educacional Fernando de Aragón.  
Enseñanza media.  
Técnico profesional.  
Atención de enfermería.

## GUÍA PARA EL APRENDIZAJE

Fecha: 03/05/2021 – 31/05/2021

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Asignatura: Sistema de Registro e Información en Salud

Objetivo de la clase: Conocer conceptos de anamnesis próxima y remota, tipos de ingresos la atención de salud .

Objetivo de aprendizaje: Registrar información, en forma digital y manual, relativa al control de salud de las personas bajo su cuidado, y relativa a procedimientos administrativos de ingreso, permanencia y egreso de establecimientos de salud o estadía, resguardando la privacidad de las personas.

### Anamnesis Próxima y Remota

Ficha clínicas es donde se encuentran todo lo datos correspondiente a la atención de salud del paciente. **Si no está escrito, no se hizo.** En esta ficha está lo más importante, es por esto por lo que se debe mantener un registro de todo lo que se realizó con el paciente. Debido a que todos los documentos tienen el riesgo de extraviarse es importante registrar el Rut y el nombre del paciente.

¿Qué es la Anamnesis?

El origen de la palabra es griego la cual hace referencia a “un recuerdo”. Es todo lo que le se pregunta al paciente con un objetivo claro, según su definición es un conjunto de datos que se recogen de la historia clínica de un paciente con un objetivo **diagnóstico**.

La **anamnesis próxima** es el motivo de consulta del paciente que lo llevo a asistir a un recinto asistencial de salud.

Esta es la parte más importante de la historia clínica. En esta sección se indica qué le ha pasado al paciente. Se mencionan en forma ordenada los distintos síntomas que la persona ha presentado.

En la medida que el personal de salud sabe más, investiga los síntomas según cómo se relacionan entre ellos, tal como se da en muchos síndromes o enfermedades. Por ejemplo, si la persona está con tos, se investiga si además se presenta fiebre, expectoración, disnea, puntada de costado, etc.

Obtenida la información, se deja constancia de las distintas manifestaciones en la ficha clínica. En ocasiones, es conveniente mencionar también aquellas manifestaciones que, pudiendo haber estado presente, no están.

El relato es como un cuento en el que se van narrando lo que a la persona le ha ocurrido. La información se ordena en forma cronológica. Es importante que el relato esté bien hilvanado y sea fácil de entender.

Si son varios los problemas, se precisan en párrafos diferentes.

Ejemplo de una persona que llega con hemorragia digestiva: “El paciente presentó anoche una deposición negra, de consistencia pastosa y de muy mal olor. Hacia la madrugada tuvo otra deposición de similares características. Al ponerse de pie notaba que se mareaba. No ha presentado dolor abdominal. No ha ingerido aspirina ni antiinflamatorios. Es primera vez que tiene este problema”.

Ejemplo de una persona con una pielonefritis aguda: “La paciente es diabética y comenzó tres días atrás a presentar dolor al orinar. Además, orina muy seguido y en pequeñas cantidades. La orina es de mal olor y algo turbia. Desde dos días atrás siente dolor en la fosa lumbar derecha y ha presentado fiebre sobre 38°C.”

Sobre la base a estos ejemplos se pueden hacer las siguientes observaciones:

Es adecuado adaptar el lenguaje a términos más técnicos. Por ejemplo, hay que decir que el paciente tuvo una deposición **melénica**, en vez de “deposición negra, de consistencia pastosa y de muy mal olor”; **dísuria** dolorosa, en vez de “dolor al orinar”; **poliaquiuria**, en vez de “orinar muy seguido”).

Las manifestaciones se deben relatar en la secuencia y en los días en que se presentan. Por ejemplo, se usan términos como: “Anoche...”, “Hace tres días...”, “Dos días después que comenzó el dolor, se agregó...”, etc.

Es conveniente, antes de comenzar a relatar las manifestaciones de la enfermedad, señalar “a la pasada”, algunos antecedentes. Por ejemplo, que se trata de un paciente diabético e hipertenso, o que es una enferma con cirrosis hepática. Posteriormente, en la sección de “Antecedentes Mórbidos”, se entregan más detalles (desde hace cuánto tiempo presenta esas enfermedades, con qué medicamentos se está tratando, etc.). El hacer esta mención de antecedentes muy importantes y conocidos “a la pasada”, antes de relatar la enfermedad actual, no debe llevar a la confusión de incorporar antes de la Anamnesis Próxima, toda la Anamnesis Remota.

Los datos que se ponen en la anamnesis deben **ser objetivos** y **no prestarse a interpretaciones erradas**. No se deben mencionar diagnósticos que no estén bien fundamentados, ya que esto puede facilitar que un error se perpetúe.

La **anamnesis remota** corresponde a todos los antecedentes anteriores que posee el paciente en su Historia Clínica.

En esta parte se mencionan distintos antecedentes ordenados según su naturaleza. Se tienden a ordenar de la siguiente forma:

- Antecedentes mórbidos (médicos, quirúrgicos, traumatismos).
- Antecedentes ginecoobstétricos.
- Hábitos.
- Antecedentes sobre uso de medicamentos.
- Alergias.
- Antecedentes sociales y personales.
- Antecedentes familiares.
- Inmunizaciones.

**Antecedentes mórbidos** (médicos, quirúrgicos, traumatismos).

Incluye enfermedades, operaciones y traumatismos que el paciente ha tenido a lo largo de su vida. Se indican aquellas patologías más importantes.

Si en la anamnesis se mencionó alguna enfermedad que tenía el paciente, en esta sección se entregan más detalles: desde cuánto tiene la enfermedad, cómo ha evolucionado, con qué se trata.

También se menciona en esta parte el antecedente de transfusiones de productos sanguíneos.

**Antecedentes ginecoobstétricos.** En las mujeres se debe precisar:

Respecto a sus menstruaciones:

- Edad de la primera menstruación espontánea (menarquia). Lo habitual es que ocurra entre los 11 y 15 años.
- Edad en que dejó de menstruar en forma natural (menopausia). Ocurre entre los 45 y 55 años, pero más frecuentemente, cerca de los 50 años.

Características de las menstruaciones:

- Duración y cantidad de sangre. Normalmente las menstruaciones duran 2 a 6 días. La cantidad la evalúa la mujer según lo que ha sido su experiencia; cuando es muy abundante lo nota. También se puede precisar si son dolorosas.
- Frecuencia. Normalmente se presentan cada 25 a 28 días.
- Fecha de la última menstruación (FUR = fecha de la última regla). Esta información puede ser importante: determinar posibilidades de embarazo, momento de la ovulación, toma de muestras para exámenes hormonales.

## **Hábitos.**

Entre los hábitos que se investigan destacan:

El hábito de fumar (tabaquismo). Se debe precisar cuántos cigarrillos o cajetillas fuma la persona cada día y cuántos años lleva fumando. Si ya dejó de fumar, se precisa desde cuándo y la cantidad que fumaba. Algunas veces se usa el término “paquetes-año” para expresar lo que una persona fumaba (por ejemplo, 20 paquetes-año significa que fumaba 1 cajetilla al día durante 20 años, o 2 cajetillas diarias por 10 años).

Ingesta de bebidas alcohólicas, una forma de evaluar este tipo de ingesta es mediante una estimación de la cantidad de alcohol ingerida. Para esto se identifica el licor, la concentración de alcohol que contiene y las cantidades ingeridas. Por ejemplo, 340 mL de cerveza, 115 mL de vino y 43 mL de un licor de 40 grados contienen aproximadamente 10 g de alcohol. Un litro de vino contiene aproximadamente 80 g de alcohol. Una ingesta de más de 60 g diarios de alcohol en el hombre y 40 g en las mujeres puede dañar el hígado.

Tipo de alimentación. En algunas personas es más importante de precisar; por ejemplo, en obesos, diabéticos, personas con dislipidemias o que han bajado mucho de peso.

Uso de drogas no legales: consumo de marihuana, cocaína, etc.

## **Medicamentos.**

Es importante identificar qué medicamentos está tomando el paciente y en qué cantidad. En algunos casos, también se deben indicar los fármacos que el paciente recibió en los días o semanas anteriores.

Los alumnos, al principio, desconocen la composición y características de los medicamentos que consumen los pacientes. Para averiguar esto, conviene consultar libros que entregan esta información (por ejemplo: Vademécum de medicamentos).

Se debe precisar:

- El nombre genérico y su concentración (el nombre de la droga misma).
- El nombre con el que el fármaco se comercializa (nombre de fantasía).
- La forma de administración (oral, intramuscular, endovenosa).
- La frecuencia (por ejemplo, cada 6 – 8 ó 12 horas).

Ejemplos:

- Atenolol 50 mg (Betacar): 1 tableta cada mañana.
- Atorvastatina 10 mg (Lipitor): 1 tableta con la comida.
- Lisinopril 10 mg (Acerdil): 1 tableta cada mañana.

- Amoxicilina 850 mg (Amoval): tomó hasta hace una semana atrás. En este ejemplo, el paciente ya no está tomando el antibiótico, pero puede ser importante mencionarlo si está cursando con un cuadro febril o diarreico.

En algunos casos, no se detallan todos los componentes de un preparado. Por ejemplo:

- Aspirina 100 mg: 1 tableta después del almuerzo (Aspirina es un nombre comercial muy conocido; el nombre genérico es el ácido acetilsalicílico).
- Neurobionta de 5.000 U: 1 ampolla intramuscular por 3 veces (este es un preparado que contiene varias vitaminas del complejo B; si el médico requiere más información puede consultar algún libro de medicamentos).

### **Alergias.**

El tema de las alergias es muy importante ya que puede tener graves consecuencias para la persona. Entre los alérgenos, que son las sustancias ante las cuales se desencadenan las respuestas alérgicas, hay varios que se deben investigar:

- 1) **Medicamentos:** alergia a penicilina o alguno de sus derivados, a cefalosporinas, fenitoína, carbamazepina, medios de contraste usados en radiología, etc. Algunas de las reacciones que se pueden presentar son exantemas cutáneos, edema, colapso circulatorio (shock), broncoobstrucción, espasmo laríngeo. Las personas con mucha frecuencia dicen ser alérgicas a algún medicamento, sin serlo, ya que lo que en alguna ocasión experimentaron se debió a otro problema (por ejemplo, un dolor al estómago). Ante la duda, conviene no correr riesgos. Si se sabe que una persona es alérgica a algún medicamento, no se debe usar. Además, es necesario destacar en un lugar visible esta condición; por ejemplo, con letras grandes en la carátula de la ficha clínica.
- 2) **Alimentos:** Algunas personas presentan alergias a mariscos, pescados, nueces, maní, huevo, leche, algunos condimentos y aditivos.
- 3) **Sustancias que están en el ambiente:** Es el caso de pólenes, pastos, ambientes húmedos cargados de antígenos de hongos, polvo de ácaros, contaminación del aire con productos químicos, etc. Las personas con rinitis alérgicas y asma tienden a reaccionar a estos estímulos.
- 4) **Sustancias que entran en contacto con la piel:** Puede ser el caso de detergentes, algunos jabones, productos químicos, metales, látex y otros.
- 5) **Picaduras de insectos:** abejas, avispas, etc.

### **Antecedentes sociales y personales.**

En esta sección se investigan aspectos personales del paciente que permitan conocerlo mejor. La intención es evaluar y comprender cómo su enfermedad lo afecta y qué ayuda podría llegar a necesitar en el plano familiar, de su trabajo, de su previsión, de sus relaciones interpersonales.

Información que podría haber ido junto a la Identificación del Paciente, se puede traspasar a esta sección. Es el caso del estado civil o las personas con las que vive.

Otras informaciones, que según el caso se pueden incluir, son:

- Composición familiar
- Tipo de casa habitación
- Disponibilidad de agua potable
- Presencia de animales domésticos
- Nivel de educación
- Actividad laboral o profesión
- Previsión o seguro de salud
- Etc.

Toda esta información servirá para conocer mejor al paciente como persona; saber con qué recursos cuenta para enfrentar su enfermedad, cuál es el grado de apoyo familiar; su situación laboral, previsional y social.

También puede ser el lugar para mencionar aspectos específicos de sus creencias, de su religiosidad, de los aspectos a los cuales no quisiera ser sometido en el tratamiento de su enfermedad (por ejemplo, no recibir transfusiones de sangre o no ser sometido a ventilación mecánica).

La Historia Clínica, otros aspectos a investigar son antecedentes sobre actividad sexual, exposición a enfermedades infecciosas o profesionales, viajes efectuados en los meses anteriores.

### **Antecedentes familiares.**

En esta sección se precisan enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables. Entre estas enfermedades, destacan: hipertensión arterial, diabetes mellitus, alteraciones de los lípidos en la sangre (dislipidemias), antecedentes de enfermedades coronarias, cánceres de distinto tipo (ej.: mama, colon), enfermedades cerebrovasculares, alergias, asma, trastornos psiquiátricos (ej.: depresión, enfermedad bipolar), enfermedades genéticas, gota, hemofilia, etc.

En algunos casos es conveniente dibujar un genograma en el que los hombres se identifican con un cuadrado y las mujeres con un círculo y se grafican dos o tres generaciones, precisando quién desciende de quién. Se identifica al paciente con una flecha y se usa alguna otra marca para identificar otras personas afectadas por la enfermedad.

## **Inmunizaciones.**

Según el cuadro clínico que presente el paciente puede ser importante señalar las inmunizaciones que el paciente ha recibido.

Los adultos podrían recibir vacunas contra influenza, hepatitis A y B, neumococos, Haemophylus influenzae, o recibir dosis de refuerzo de toxoide tetánico.

En niños habitualmente se sigue un programa de vacunación mediante el cual se protege contra sarampión, coqueluche, tétanos, difteria, tuberculosis, poliomielitis, parotiditis, rubéola, neumococos, y eventualmente hepatitis A y B.

## **Tipos de Ingreso del Paciente**

Es el conjunto de actividades técnico/administrativo que se realizan en un hospital para admitir al paciente, cuyo objetivo es ofrecerle atención de acuerdo a sus necesidades o problemas mediante recursos adecuados y específicos.

Se considera ingreso del paciente a cualquier servicio que comprenda (cirugías, medicina interna, pediatría, etc.) debido a que su estado de salud requiere de un tratamiento adecuado a ese padecimiento (tratamiento quirúrgico, medicamentos, tratamiento físicos, etc.)

Las vías de ingreso pueden darse a través del servicio de urgencia, consulta externa, CESFAM, etc.

### **Tipo de Ingreso**

- **Ingreso programado:** Es cuando el paciente requiere de asistencia hospitalaria previo al control de su padecimiento en los diferentes niveles.
- **Ingreso por urgencia:** Es cuando el paciente requiere de asistencia inmediata debido a la aparición brusca de un padecimiento agudo o por un accidente.
- **Intrahospitalarios:** Si el paciente procede de otra unidad del hospital, otro recinto asistencia, derivado desde otro nivel de atención, entre otro.

## **Ingreso de Paciente al Servicio de Salud**

La admisión es el primer contacto con el paciente que nos permitirá la identificación del o los problemas que presenta. Es el momento cuando se reúne la información necesaria. Comienza en el momento en que el paciente entra en contacto con el personal del equipo de salud y continúa durante todo el tiempo que necesita los cuidados por los cuales ingresó.

Con respecto al proceso de admisión se divide en tres etapas:

- a) Valoración de datos básicos (valoración fundamental). Se refiere a la utilización de un instrumento de valoración que incluye todos los aspectos

del individuo como ser biopsicosocial y espiritual (primer ingreso a un servicio de enfermería).

- b) Valoración focalizada (valoración de datos específicos). Se realiza a través de la entrevista que realiza la enfermero/a para reunir información detallada sobre el estado del problema por el cual el paciente ingresa. Incluye la revisión de exámenes y radiografías que lleva el paciente.
- c) Valoración física (datos objetivos y datos subjetivos). Incluyen la inspección, auscultación, palpación, percusión e identificación de datos que el paciente entrega y aquellos posibles de medir.

### **Objetivos**

- 1) Conocer antecedentes de salud, anteriores y recientes, del paciente, importantes para su manejo y evolución.
- 2) Realizar una valoración física del paciente.
- 3) Informar al paciente y familia de las normas de la institución y del servicio.
- 4) Verificar que se encuentren todos los documentos en la ficha, incluyendo la firma de todos los consentimientos informados.

### **Actividad**

1. ¿Cuál es la diferencia entre anamnesis próxima y remota?

---

---

---

---

---

2. ¿Cuál es la importancia de las anamnesis próxima y remota en la atención en salud?

---

---

---

---

---

3. Escriba un ejemplo de anamnesis próxima y anamnesis remota.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4. ¿Cuál es la finalidad de los tipos de ingreso del paciente?

---

---

---

---

---

5. Indique y explique los tipos de ingresos

---

---

---

---

6. Indique y defina ¿Cuáles son las etapas del ingreso del paciente al servicio?

---

---

---

---

---

7. Indique ¿Cuál es la importancia de cada objetivo del ingreso del paciente al servicio de salud?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Bibliografía

Libro "Procedimientos de Enfermería". Primera Edición. EU Viviana Cristi O. Universidad de Chile.

## Webgrafía

<http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/025LaHistoriaClinica.htm>

<https://es.slideshare.net/mandapioce/ingreso-e-egreso>

<https://www.monografias.com/docs/Tipos-De-Ingreso-De-Pacientes-FK777CZBZ>