PERFIL E HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

AUTOR (ES)

Pirindhavellie Govender, *University of KwaZulu Natal (UKZN),* Durban, South Africa.

PARES REVISOR (ES)

Bina Patel, *New England College of Optometry,* United States.

ESTE CAPÍTULO INCLUIRÁ UNA REVISIÓN DE:

- El perfil del paciente
- La historia clínica del paciente

PERFIL DEL PACIENTE

El perfil del paciente es esencial en todo examen ocular. Esto incluye la extracción de información sobre las características demográficas del paciente y su perfil relacionado a la vida familiar, educación, estado civil, etc. Se ha sugerido que un perfil del paciente le permitirá al profesional de la salud proveer un servicio de cuidado más efectivo. La información demográfica extraída facilita una futura comunicación con el paciente. Además, la importancia de la información adquirida en esta parte del examen esta ligada en gran parte a la susceptibilidad a las condiciones normales o anormales de la salud visual u ocular. Por ejemplo, es muy probable que un paciente de aproximadamente 50 años de edad se queje de tener problemas para ver de cerca debido a cambios relacionados con la edad en la capacidad de enfoque de cerca (presbicia). En un sentido más amplio, la información recolectada también ayuda al profesional a informarse para obtener un diagnóstico diferencial o la concepción de una impresión diagnóstica.

La información extraída incluye los siguientes aspectos:

- Nombre del paciente
- Dirección
- Detalles de contacto
- Edad
- Ocupación
- Raza/etnia
- Sexo
- Pasatiempos/estilo de vida
- Nivel educativo

Estos aspectos son los primeros en registrarse en la ficha médica del paciente(Tabla 2.1)

Tabla 2.1 *perfil del paciente en la ficha médica*
(Adaptado de "Clinical Procedures in Primary Eyecare Care": DB Elliot)

FORMATO DE EXAMEN VISUAL			
PX ID	Nombre:	Edad:	Date :
	Apellido:	Fecha de Nac.:	Genre :
	Dirección:		Teléfono:
	Ocupación:		
	Pasatiempos:		Raza:

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA	La historia clínica incluye numerosos aspectos: **1.** Comunicación **2.** Motivo de consulta **3.** Antecedentes oculares del Paciente y salud ocular **4.** Salud general del paciente **5.** Medicamentos **6.** Alergias **7.** Antecedentes oculares y sistémicos familiares **8.** Requerimientos visuales vocacionales y en pasatiempos.
INTRODUCCIÓN	Generalmente, la historia clínica se toma al principio de la consulta. Sin embargo, con la experiencia, el profesional notará que la toma la historia clínica continuará durante el examen a medida que surge más información de las conversaciones que se dan en el transcurso de la consulta. Una historia clínica debe ser tomada en el lugar adecuado, de manera que el paciente se sienta cómodo de proveer toda la información que pueda sin ningún tipo de aprehensión y sienta respeto hacia su privacidad. Idealmente, el profesional debería estar posicionado en frente del paciente y a la misma altura. Las luces del consultorio deben estar prendidas en su totalidad. Estos pasos simples, permitirán que el paciente se sienta más cómodo con el profesional en la salud visual y que se establezca una mejor relación paciente-profesional.
PRINCIPALES OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	**1.** Obtener las razones de la visita **2.** Determinar las expectativas del paciente **3.** Adquirir información y antecedentes relevantes **4.** Determinar las pruebas especificas que deben realizarse durante el examen **5.** Formar una Impresión diagnóstica
1. COMUNICACIÓN	• Reciba al paciente con seguridad. Preséntese. Sea profesional • Establezca una relación de confianza • Muestre interés genuino • Sea cortés y respetuoso • Haga preguntas abiertas. Por ejemplo: "'¿Que dificultades esta experimentando con su visión?". Una pregunta cerrada seria: "¿Puede ver bien de lejos?" ***Figura 2.1*** *Comunicación* *(Fotos cortesía de Pirindha Govender - UKZN)* • Las preguntas abiertas (exploración abierta) tienen una mayor probabilidad de recolectar información, Ej.: "¿Qué siente en su ojo?", en vez de "¿Le duele el ojo?". En caso de ser necesario, haga una lista de los síntomas o condiciones para obtener información específica. Generalmente, se debe evitar hacer preguntas que pueden contestarse con "Si" ó "No" (exploración cerrada), salvo que se requiera ese tipo de respuesta Para asegurarse de obtener una historia clínica completa, las preguntas deben hacerse siguiendo una secuencia lógica. Evite hacer preguntas repetitivas o redundantes. Las preguntas deben hacerse de forma clara y concisa. El uso de un vocabulario especializado y términos técnicos debe evitarse en toda circunstancia. En cambio puede emplearse una forma estándar o estructurada de acercamiento al paciente.

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)

1. COMUNICACIÓN (CONTINUACIÓN)	Hay seis elementos esenciales en una historia clínica. Estos incluyen: el motivo de consulta o molestia principal, los antecedentes médicos del paciente, los antecedentes visuales y oculares, los medicamentos que utilice y alergias, los antecedentes oculares y sistémicos familiares, y las necesidades visuales vocaciones y en pasatiempos
2. EL MOTIVO DE CONSULTA O MOLESTIA PRINCIPAL	Generalmente, la molestia principal o motivo de consulta es la razón por la cual el paciente consulta al profesional. El problema del paciente puede ser un síntoma que lo preocupa. Uno puede averiguar el problema principal preguntando: • "¿Cuál es la razón de su visita?" • "¿Qué lo trae hoy al consultorio? • "¿Cuál es el problema?"' **¿CÓMO EXPLORAR LA MOLESTIA PRINCIPAL?** Una vez que la molestia principal haya sido identificada, se deben averiguar mas detalles del paciente. Dependiendo de la molestia, las siguientes preguntas lo ayudarán a recolectar información más detallada. Por ejemplo, si el paciente se queja de tener DOLOR DE CABEZA, la información reunida deberá ser la siguiente: **Descripción de las quejas/síntomas: ¿Cuál es el problema principal?** • **Duración:** ¿Cuánto dura? A veces los síntomas pueden presentarse durante cortos períodos de tiempo debido a su relación con otras condiciones sistémicas. Por ejemplo, las personas que sufren de migrañas generalmente experimentan un aura visual que dura alrededor de 20 minutos antes de presentarse el dolor de cabeza • **Factores que mejoran la condición o recurrencias:** ¿Qué lo alivia? Ambos factores contribuyen a que se establezca una etiología apropiada o impresión diagnóstica para el paciente • **Frecuencia:** ¿Con que frecuencia ocurre? Es importante determinar los períodos de exacerbación y recurrencia de los signos o síntomas referidos por el paciente • **Signos o síntomas asociados:** El profesional debe estar al tanto de otros signos o síntomas asociados al problema del paciente. Ej.: dolor de cabeza seguido de pérdidas de visión • **Ubicación:** ¿Dónde se manifiesta el síntoma? Por ejemplo, los dolores de cabeza pueden ocurrir en una ubicación específica, Ej. Temporal, frontal y occipital, etc. La visión borrosa puede ser a una distancia en particular, Ej.: lejos o cerca, o en algunos casos los dos • **Lateralidad: Ej.:** ¿Derecho, izquierdo, o ambos ojos? • **Inicio: ¿**Cuándo comenzaron los síntomas? Esto lo ayudará a decidir la etiología de la condición. Por ejemplo, una repentina pérdida de visión puede estar relacionada a un problema vascular. Una perdida gradual de visión puede estar asociada a una catarata. • **Dolor:** ¿Hay algún tipo de dolor asociado con el problema? Si es reportado, el profesional debe hacer pruebas adicionales para determinar si éste es suave, agudo, penetrante, en aumento, etc. • **Medicación prescrita:** ¿Toma el paciente algún medicamento? Si lo hace, ¿Cuál es el régimen, frecuencia, hay algún abuso de éste, etc.? • **Factores Exacerbantes:** ¿Hay algún factor o circunstancia que empeore el síntoma experimentado?

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)

	• **Severidad:** ¿Qué tan severo es el signo o síntoma experimentado? Se le puede pedir al paciente que clasifique el dolor en una escala del 0 al 10, cero siendo una molestia mínima, y diez siendo un dolor insoportable y debilitador. Esto puede ser especialmente significativo cuando se investiga una queja de dolor Además de la molestia principal, el profesional debe explorar otros aspectos de visión borrosa, haces de luz y moscas volantes, etc. **EJEMPLO DE UN PACIENTE QUE SE QUEJA DE TENER VISIÓN BORROSA.** Como rutina, se les debe preguntar a los pacientes si han experimentado algún síntoma visual. Dado que la visión borrosa puede ocurrir por muchas razones además de un error refractivo, es necesario buscar otras alternativas con resultado positivo, por medio de la búsqueda de otros detalles. **Descripción de las quejas/síntomas: Visión borrosa** • **Duración:** ¿Es la visión borrosa constante o transitoria? (si dura solo minutos, horas, o días) • **Factores que mejoran la condición o recurrencias:** ¿Es la visión menos o más borrosa cuando el paciente se aleja o acerca a la actividad que realiza? • **Frecuencia:** ¿La visión borrosa se mantiene por largos períodos de tiempo o se mantiene igual? Si cambia, como en el caso de los pacientes con diabetes, puede estar relacionado a episodios con altos niveles de azúcar en la sangre • **Signos o síntomas asociados:** ¿Entrecierra los ojos el paciente, creando un efecto de "agujero estenopéico", que tiene tendencia a mejorar levemente la visión?
2. EL MOTIVO DE CONSULTA O MOLESTIA PRINCIPAL (CONTINUACIÓN)	• **Ubicación:** ¿La visión borrosa se presenta al ver a lo lejos o de cerca? • **Lateralidad:** ¿Es la visión borrosa bilateral, unilateral, ve mejor de un ojo que del otro, etc.? • **Inicio:** ¿Fue experimentando visión borrosa gradualmente, como en el caso de los cambios asociados a la edad, u ocurrió repentinamente, como es el caso de una oclusión de los vasos sanguíneos de la retina o un problema vascular? • **Dolor:** ¿Hay algún dolor asociado con la visión borrosa? El paciente debería clasificar el dolor en la escala antes mencionada • **Medicación prescrita:** ¿Toma el paciente algún medicamento que pueda explicar la alteración visual? En el caso de la visión borrosa, puede estar relacionada con los efectos secundarios oculares de alguna medicación • **Factores Exacerbantes:** ¿ la visión borrosa empeora algunos momentos del día? Por ejemplo, las personas con miopía tienden a tener dificultades con su visión durante la noche o bajo condiciones de poca luz • **Severidad:** ¿Qué tan severa es la visión borrosa? La función que puede llevar a cabo el paciente puede ser un buen indicador de la gravedad o severidad del síntoma **LAS ETIOLOGÍAS MÁS COMUNES DE LA VISIÓN BORROSA SON:** • Ametropías/Presbicia • Miopía nocturna • Pacientes Simuladores • Condiciones de enfermedad ocular. Ej.: cataratas, enfermedades de la retina, enfermedades del nervio óptico, etc. • Ambliopía • Problemas acomodativos

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)

2. EL MOTIVO DE CONSULTA O MOLESTIA PRINCIPAL (CONTINUACIÓN)	• La visión borrosa de cerca y de lejos constante puede ser a causa de un defecto refractivo, como el astigmatismo • La visión borrosa constante de lejos puede ser a causa de un defecto refractivo, como la miopía • La visión próxima borrosa constante puede ser a causa de un defecto refractivo como la hipermetropía moderada • Visión borrosa intermitente – Presbicia o hipermetropía alta Pueden haber otras causas de visión borrosa o incluso múltiples casos que se complementan uno al otro. Otros motivos de consulta se exploran de manera similar. **MOTIVOS DE CONSULTA POSIBLES** • Pérdida de visión • Dolor de Cabeza • Cansancio visual/ astenopia • Prurito • Ardor • Lagrimeo • Sensación de cuerpo extraño • Visión doble (diplopía) • Destellos de Luz • Moscas volantes El Apéndice III contiene una lista de etiologías de síntomas visuales y oculares variados: adaptado de “Clinical Procedures in Optometry”, Eskridge et al.
3. ANTECDENTES OCULARES DEL PACIENTE	• Último Examen ocular: ¿Cuándo fue? ¿Quién lo atendió? ¿Qué resultado obtuvo? Este tipo de interrogación le proveerá al profesional información sobre qué tanto sabe el paciente de su estado visual, el progreso de la condición desde su último examen y la regularidad con la que el paciente monitorea su estado visual, especialmente en aquellos pacientes en los cuales las condiciones sistémicas pueden tener efectos perjudiciales en su estado visual • Es importante conocer cualquier enfermedad visual o trauma/herida que haya tenido el paciente. Esto le proveerá al profesional de información sobre cualquier posible cambio que haya ocurrido desde la última visita, el resultado visual y funcional de condiciones diagnosticadas previamente, y posibles complicaciones que puedan surgir • Un antecedente de cirugía ocular provee información sobre la condición en la que se encontrarán los ojos a la hora del examen. Por ejemplo, si se observan afáquicos, o pseudo-faquicos, o han sido sometidos a cirugía de refractiva, etc. • Antecedentes de estrabismo o ambliopía Para cada condición visual registrada, el optómetra debe preguntar cuando fue diagnosticada y en qué estado actual se encuentra.

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)

3. ANTECEDENTES OCULARES DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)	**PRESCRIPCIONES PREVIAS, INCLUYENDO ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO** Es necesario saber el tipo y propósito de una prescripción, edad en la que se usó por primera vez, la edad desde la que se utiliza la prescripción actual y la percepción subjetiva del paciente sobre su corrección (aun le ayuda o no). • Determinar cuando fue prescrita la primera corrección visual del paciente. Esto proveerá información sobre la edad de aparición del defecto refractivo • La fecha de la prescripción actual del paciente le indicará cuan estable es el estado refractivo del paciente. Se puede hacer una comparación entre su prescripción actual y una nueva. Un cambió brusco en la refracción del paciente requiere investigación adicional • Determinar cual es el régimen de uso de los anteojos del paciente (Ej.: solo para leer, o solo para ver de lejos, o para ver de lejos y de cerca) puede influenciar el tipo de anteojos a prescribir. La prescripción también se ve influenciada por las características de sus lentes anteriores, especialmente poderes, prismas (si los hay), materiales, tintes, etc.
4. ANTECEDENTES SISTEMICOS , O HISTORIA MEDICA	Se debe explorar la existencia de problemas antiguos y actuales de salud general. Debe incluir los siguientes antecedentes: problemas cardíacos o renales, tensión arterial alta, diabetes, artritis, estado físico general, dolores de cabeza (aquellos no relacionados con la visión) u otras condiciones sistémicas. Los pacientes que sufren de problemas cardíacos, presión arterial alta (hipertensión) y/o diabetes poseen un mayor riesgo de sufrir cambios en la retina, que pueden tener un efecto significativo en la visión. • Examen médico más reciente: ¿Cuándo? ¿Quién lo atendió? ¿Cuál fue el resultado del examen? Esto le proveerá al profesional información sobre la regularidad con la cual el paciente monitorea su estado de salud y el posible efecto de esto en el estado visual del mismo
5. MEDICAMENTOS Y ALERGIAS	La información específica que debe ser extraída es: nombre del medicamente, propósito, dosificación, efectos secundarios y duración del tratamiento. Tomar nota de estas drogas alertará al profesional sobre la posibilidad de la naturaleza, curso y efectos adversos/complicaciones de los medicamentos y condiciones asociadas. Algunos medicamentos tienen efectos secundarios oculares que pueden ser la causa de los síntomas de sequedad en los ojos, sensación de calor, o en algunos casos, reducción en la amplitud de acomodación, resultando en problemas para ver de cerca, etc. Por lo tanto, es importante que el profesional esté familiarizado los diferentes fármacos, su mecanismo de acción y sus efectos adversos. Si el practicante no está familiarizado con los medicamentos utilizados al momento del examen, es necesario que investigue la información relevante. Las alergias pueden causar irritación ocular. A menudo los pacientes refieren, prurito, lagrimeo e hiperemia. Pregunte como hace el paciente para calmar la sintomatología. Esto podría tener consecuencias sobre lentes de contacto, y por ende la presentación de ciertos síntomas. Debe registrarse que causa la alergia, si es una alergia al ambiente o si es causada por algún medicamento.

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)

6. ANTECEDENTES SISTEMICOS Y OCULARES FAMILIARES	Antecedentes oculares familiares: glaucoma, baja visión/ceguera, errores refractivos altos (presbicia no incluida). Este aspecto de la historia clínica es importante debido a las implicaciones genéticas de ciertas condiciones heredadas como la retinosis pigmentaria. Los pacientes con cualquier tipo de enfermedad ocular en su historial médico deberían recibir un examen de salud ocular exhaustivo para descartar la presencia de la misma condición. Antecedentes sistémicos familiares: problemas cardíacos/renal, presión arterial alta, diabetes, etc. ¿Quién sufre de esta enfermedad? (este es un factor importante si se considera la herencia genética) Puede ser madre, padre, hermanos/as, abuelos (lado materno o paterno), etc. ¿Por cuánto tiempo han tenido esta enfermedad y de que manera la tratan? De nuevo, las preguntas en ésta área están basadas en las implicaciones genéticas del paciente.
7. NECESIDADES VISUALES VOCACIONALES Y EN PASATIEMPOS	Esto guiará al profesional a la hora de tomar nota de las necesidades especiales del paciente y de prescribir correctamente, por ejemplo, • Condiciones de Iluminación • Uso de monitores de computadora • Tamaño de caracteres • Distancia al objeto de trabajo • Riesgos oculares En ciertas áreas específicas, como la de condiciones de iluminación, éstos aspectos de la historia clínica son especialmente importantes para asegurarse de que el individuo sea capaz de mantenerse lo más productivo y funcional posible. Además, una vista más detallada de estos factores podría indicar al profesional si ciertas características ambientales o físicas pueden cambiarse sin la necesidad de que el paciente utilice anteojos. La consideración cuidadosa de todos los aspectos mencionados anteriormente pueden llevar al profesional a formular una impresión diagnóstica que puede ser confirmada o refutada por medio de exámenes clínicos. Finalmente, cuando el profesional completa la historia clínica, se llega al diagnóstico final. El perfil del paciente y su historia clínica es, entonces, uno de los aspectos vitales de la evaluación clínica, ya que provee al profesional una dirección en términos de investigación y manejo o referencia. Vera Apéndice IV para la ficha médica ocular (Adaptado de DB Elliot: Clinical Procedures in Primary Eye Care)

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)

7. NECESIDADES VISUALES VOCACIONALES Y EN PASATIEMPOS (CONTINUACIÓN)

Tabla 2.2 *Abreviaturas Comunes utilizadas en el registro la historia clínica (Fuente: Clinical Procedures in Primary eye care: DB Elliot)*

Px (or Pt)	Paciente	**Rx**	Prescripción
DS	Esfera	**DC**	Cilindro
CC	Motivo de consulta	**DV**	Visión a distancia
NV	Visión de Cerca	**h/a**	Dolor de Cabeza
R	Derecha	**L**	izquierda
RE (or OD)	Ojo Derecho	**LE (or OS)**	Ojo Izquierdo
B (or binoc)	Binocular	**BE**	Ambos Ojos
$\overline{c}$	Con	**$\overline{s}$**	Sin
1/52, 3/52	1 Semana, 3 Semanas	**3/12, 6/12**	3 meses, 6 meses
↑	Aumento	**↓**	Disminución
OK	Bien	**Sx**	Síntomas
FOH	Historia Ocular Familiar	**FMH**	Historia Médica Familiar
GH	Salud General	**Meds.**	Medicación
LEE	Último Examen Visual	**LME**	Último Examen Médico
Occ.	Ungüento	**Gutt.**	Gotas
BID	2 Veces por Día	**TID**	3 Veces por Día

Ver Apéndice V para una lista exhaustiva de "Most commonly used Optometric abbreviations" de Berman M y Stelmack T, Abreviaciones clínicas oftalmológicas. Journal of American Optometric Association 1984; 55:601-604

BIBLIOGRAFÍA

Elliot, DB. 2007. *Clinical Procedures in Primary Eye Care*. 3rd Edition. Butterworth Heinemann, Elsevier, Philadelphia

Eskridge et coll. 1991. *Clinical Procedures in Optometry*. Lippincott Williams & Wilkins

Berman M and Stelmack T. *Ophthalmic clinical abbreviations*. Journal of the American Optometric Association 1984; 55: 601-604