



HISTORIA CLINICA

VS

Ficha de Ingreso

al programa de EJERCICIO

Carlos Eduardo Nieto
Esp. Medicina Deportiva
Esp. Salud Ocupacional

José Carlos Giraldo T. MD
Esp. Medicina Deportiva
Mg en Fisiología.





TAMIZAJE

Evaluación del riesgo para iniciar un programa de Actividad Física

El objetivo es identificar:

a. Contraindicaciones médicas

- HTA no controlada?
- Hiperglicemia?
- Dolor articular?

b. Condiciones Especiales

- Necesidad de valoración especializada
- Supervisión
- Evaluación del impacto terapéutico

Dos métodos principales:

1. Cuestionarios de pre-participación
2. Evaluación de historia clínica





método 1

Cuestionarios de pre-participación

Características:

- Uso fácil
 - Lo diligencia el paciente
 - Uso frecuente en el papeleo previo a:
 - Consulta médica
 - Ingreso a centro deportivo o gimnasio
 - Puede usarse como material promocional de campañas masivas de actividad física
- 
- 

método 1

PAR-Q & YOU

1. Por favor lea las siguientes preguntas con cuidado y responda honestamente a cada una de ellas:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| ☐ si | ☐ no | Le ha dicho alguna vez su médico que tiene una afección del corazón y que únicamente debe hacer actividad física recomendada por un médico? |
| ☐ si | ☐ no | Siente dolor en el pecho cuando realiza actividad física? |
| ☐ si | ☐ no | Durante el mes pasado, sufrió dolor en el pecho mientras no hacía ninguna actividad física? |
| ☐ si | ☐ no | Pierde el equilibrio debido a mareo o ha experimentado pérdida de conciencia? |
| ☐ si | ☐ no | Tiene algún problema óseo o de articulaciones (Ej. Espalda, rodilla o cadera) que podría empeorar por aumento de actividad física |
| ☐ si | ☐ no | Está tomando actualmente algún medicamento recetado por un médico para la presión o afección del corazón? (Ej. Diuréticos) |
| ☐ si | ☐ no | Conoce alguna otra razón por la que no debería realizar actividad física? |

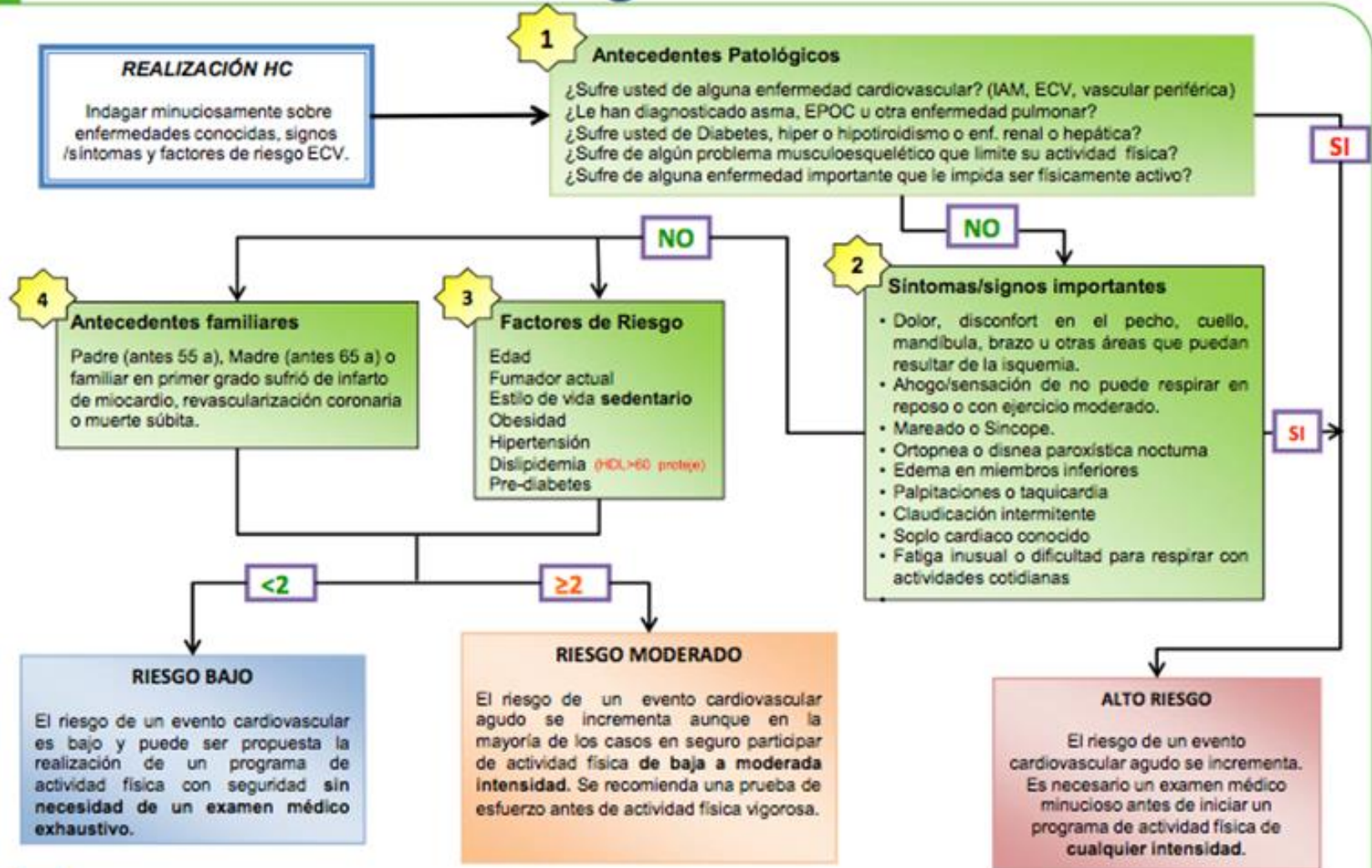
¿ Algún factor de riesgo presente?

- **SI:** remitir al médico / continuar con valoración clínica
- **NO:** dar recomendaciones generales de actividad física

Características:

- Valoración realizada por un médico entrenado
 - Detalles sobre factores de riesgo, signos y síntomas
 - Identificación de enfermedades y/o condiciones especiales
 - Realizar pruebas diagnósticas
 - Estratificación del riesgo cardiovascular (cv)
 - Prescripción del ejercicio más personalizada
- 

Clasificación: Riesgo Cardiovascular



método2

Clasificación del riesgo cardiovascular

Antecedentes Patológicos

- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad pulmonar
- Diabetes
- Hiper o hipotiroidismo
- Enfermedad renal o hepática
- Musculo-esquelético
- Otra enfermedad limitante

Signos/Síntomas importantes

- Angina, dolor precordial
- Taquicardia en reposo
- Disnea en reposo/ejercicio
- Lipotimia, síncope
- Ortopnea/disnea paroxística
- Edema en extremidades
- Claudicación intermitente
- Soplo cardíaco conocido

Factores de riesgo & Antecedentes

- Edad
- Fumador actual
- Sedentarismo
- Obesidad
- Hipertensión
- Dislipidemia, *HDL > 60**
- Pre-diabetes
- Padre (<55), madre (<65) o familiar en primer con enfermedad cardiovascular

SI

RIESGO ALTO

RIESGO MODERADO

> 2

< 2

RIESGO BAJO

método2

Recomendaciones según el riesgo

Riesgo

Características

Recomendaciones

Alto

- Sintomático
- Con enfermedad

- Solicitar **prueba de esfuerzo** para realizar AF en cualquier intensidad

Medio

- Asintomático
- ≥ 2 F. de riesgo

- Realizar AF de intensidad leve/moderada
- Solicitar **prueba de esfuerzo** para realizar AF de intensidad vigorosa

Bajo

- Asintomático
- < 2 F. de riesgo

- Iniciar programa de ejercicio
- No requiere exámenes adicionales

método2

Crterios – Prueba de Esfuerzo

Hombres y mujeres > 35 años

Con uno o más de los siguientes factores:

- 1. Diabetes Mellitus tipo 2 de > 10 años de duración**
- 2. Diabetes tipo 1 de > 15 años de duración**
- 3. Colesterol total $\geq$ 240 mg/dl (Hipercolesterolemia); LDL > 130 mg/dl**
- 4. HDL < 35 en hombres y < 45 en mujeres**
- 5. Hipertensión: PAS $\geq$ 140 mmHg y/o PAD $\geq$ 90 mmHg**
- 6. Tabaquismo actual o reciente**
- 7. Familiar de primer grado < 60 años con enfermedad coronaria**
- 8. Enfermedad microvascular, arterial periférica, neuropatía autonómica, nefropatía terminal.**

ACSM's guidelines for exercise testing and prescription, 2014.

Parámetros para el tamizaje del riesgo de eventos durante la Actividad Física

CLASIFICACIÓN	CLASE	CARACTERÍSTICAS
APARENTEMENTE SANO	A1	Hombre <45, mujer < 55, 1 factor de riesgo
	A2	Hombre >45, mujer >55, 1 factor de riesgo
RIESGO AUMENTADO	A3	Hombre >45, mujer >55 y 2 ó mas factores de riesgo.
	B	Enfermedad CV conocida, NYHA I o II, prueba máxima: >6METS, respuesta presora OK, sin taquicardia ventricular, entiende el Bohr
	C	2 o mas IAM previos, NYHA > III, < 6 METS, ST > 1, antes de 6 METS, Respuesta presora anormal, Problema médico grave, TV en < 6 METS, Paro cardiaco previo.
	D	Contraindica el ejercicio

Adaptado del ACSM.

Clasificación del Riesgo

Estratificación de Riesgo

	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Características	Asintomático; < 2 FR	Asintomático; ≥ 2 FR	Sintomático; Enf. conocida
Prueba de ejercicio	No necesario	Recomendada	Recomendada



AMERICAN COLLEGE
of SPORTS MEDICINE

Tamización y Clasificación de Riesgo para AF

“ Dados los grandes
beneficios del ejercicio y
los pocos eventos adversos
serios, el tamizaje **NO** debe ser
una barrera para iniciar un
programa de ejercicio de
intensidad leve a moderada! ”



MEDICIONES OBJETIVAS

MEDICION

PARAMETRO

VALOR

Salud

Presion arterial

mmHg

FC en reposo

lat/min

Glucometria

mg/dl

Composición
Corporal

Peso

kg

Talla

cm

Índice de Masa Corporal (IMC)

Kg/m²

Perímetro abdominal

cm

Porcentaje de grasa

%

Capacidad
aeróbica

Distancia recorrida en 6 minutos

m

FC pico

lat/min

FC1min (FC al 1 minuto de finalizada la prueba)

lat/min

FC de recuperación (FC pico - FC1min)

lat/min

Fuerza
Muscular

Hand Grip

Kg

Flexiones de brazo

Repeticiones

Abdominales (30 segundos)

Repeticiones

Flexibilidad

Test de Wells

cm



Valores normales

Presión arterial

PAS: <120 mm Hg

PAD: <80 mm Hg

Frecuencia cardiaca en reposo

60 a 90 latidos por minuto

Glucometría

Basal: 65-70 y 100 mg/dl

Postprandial: < 140 mg/dl



Prescripción = Formular

Historia Clínica MD

Ficha de Ingreso (HClx) PCDyR

Presunción Dx

Presunción Dx

Ayudas Dx

Enfermedad

Sano

Diagnostico

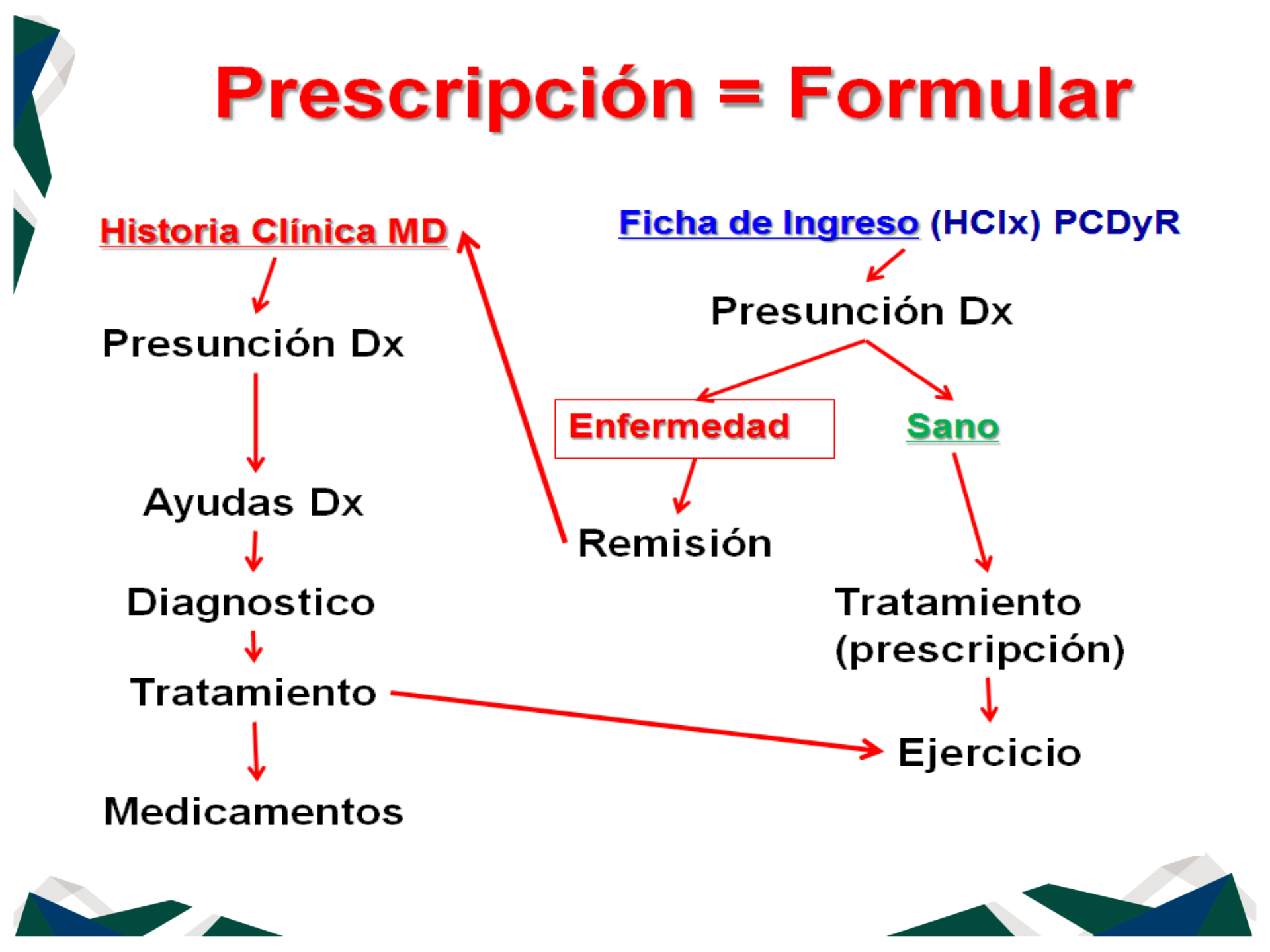
Remisión

Tratamiento
(prescripción)

Tratamiento

Ejercicio

Medicamentos





FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

CLASES:

- General.
- Especializada.

Anamnesis:

Es la Información Obtenida
mediante el **Interrogatorio.**

A. INTERROGATORIO O ANAMNESIS

Lo Pertinente para la Ficha de Ingreso

1. **Datos de filiación** (nombre, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, raza, estado civil, ocupación, residencia habitual, procedencia, grado de escolaridad, religión, régimen de seguridad social, origen de referencia, informante y confiabilidad). Fecha de ingreso. Fecha de toma de datos. Servicio, número de cama. Nombre del hospital y autor de la historia clínica con código.
2. **Motivo de Consulta.**
3. **Enfermedad Actual**
 - Debe responder a: Cuándo y cómo comenzó, cómo ha evolucionado, qué tratamiento ha recibido y cómo se encuentra.(El HOY de la enfermedad actual)
 - Caracterizar cada uno de los síntomas registrados (cronología, localización, carácter, irradiación, cuantificación y características, síntomas asociados, circunstancia, factores agravantes, factores precipitantes, factores atenuantes, efecto del síntoma)
 - Ubicación y seguimiento cronológico a los síntomas.
 - Episodios anteriores de enfermedad actual (El AYER de la enfermedad actual)

Lo Pertinente para la Ficha de Ingreso

4. **Antecedentes Personales:**

- Entidades patológicas diagnosticadas a lo largo del ciclo vital. Para cada una de las registradas: tiempo de aparición, tratamiento recibido y secuelas.
- Antecedentes quirúrgicos y traumáticos relacionados cronológicamente, referir complicaciones y/o secuelas.
- Antecedentes farmacológicos.
- Medicamentos medicados o automedicados, anotando tipo de medicamento, tiempo de consumo y posología.
- Antecedentes Gineco-Obstétricos:
Edad de la menarca, ciclo menstrual: cada__ días/ duración, número de días, No. de embarazos, No. de partos, No. de nacidos vivos, No. de abortos, citología vaginal fecha y resultado de la última. Fecha del último parto. Fecha de la última menstruación.
- Antecedentes tóxico-alérgicos:
Exposición a tóxicos o alergia a algún alimento, fármaco o sustancia. Referir el nombre de la sustancia y la época o tiempo de exposición.
- Antecedentes transfusionales y grupo sanguíneo.
Referir la fecha y reacciones a las transfusiones.

5. Interrogativo por órganos y sistemas:

Síntomas referidos por el paciente o informante a lo largo de su vida, ordenados por órgano o sistema.

Cada síntoma consignado debe estar caracterizado.

Todos los síntomas se enumeran negando los que no ha padecido el paciente.

6. Historia Social: Describir un día típico del paciente.

Incluir:

- Alimentación: Tipo de nutrientes que predominan o que son escasos (carbohidratos, grasas, proteínas) Consumo de verduras, condimentos, sal, alimentos ahumados, quemados. Cantidad, horario, técnica alimenticia e higiene.
- Vivienda: servicios básicos, convivencia con animales, uso de leña, hacinamiento.
- Hábitos nocivos: tipo, tiempo, cantidad, frecuencia.
- Uso del tiempo libre y pasatiempos
- Historia laboral: tipo de ocupación y tiempo
- Historia de la vida sexual: Edad de inicio, orientación sexual, No. de compañeros sexuales.
- Conformación del núcleo familiar y relaciones interpersonales. Tipo de personalidad.
- Hábito de sueño.

7. Historia Familiar o Antecedentes familiares

Familiograma

Estado de salud de los convivientes

**Lo Pertinente para
la Ficha de Ingreso**

Lo Pertinente para la Ficha de Ingreso

B. EXÁMEN FÍSICO

- **Apariencia general**
- **Signos vitales:**
 - P.A
 - Pulso y F.C
 - FR
 - Temp.
 - Peso
 - Talla
 - IMC
 - Perímetro abdominal
- **Piel y faneras**
 - Inspección
 - Palpación
- 4. **Cabeza y Cuello**
 - Inspección
 - Palpación
 - Auscultación
- **Órganos de los sentidos**
 - Ojos:
 - Inspección
 - Fondo de ojo
 - Palpación
 - **Nariz y senos paranasales:**
 - Inspección
 - Rinoscopia
 - Palpación
 - **Oídos:**
 - Inspección
 - Otoscopia
 - **Faringe y cavidad oral:**
 - Inspección
 - Palpación
- **Tórax**
 - **Sistema Respiratorio:**
 - Inspección
 - Palpación
 - Percusión
 - Auscultación
 - **Región axilar**
 - Palpación
 - **Sistema Cardiovacular:**

Lo Pertinente para la Ficha de Ingreso

- Inspección del tórax y precordio
- Inspección y Palpación:
 - Focos de la Base
 - Región de la Base
 - Región de la punta
 - Ápex
- Palpación de pulsos.
- Percusión (¿?)
- Auscultación
 - Focos de la Base
 - Focos de la Punta
- **Sistema Vascular periférico:**
 - Piel y faneras MMII
 - Vasos arteriales y venosos de miembros inferiores. Pulsos.
 - Presión Arterial en MMII. Índice tobillo-brazo
- **Abdomen:**
 - Inspección
 - Auscultación
 - Palpación: superficial y profunda
 - Percusión

Sistema Renal-Urinario

- Inspección
- Palpación
- Percusión

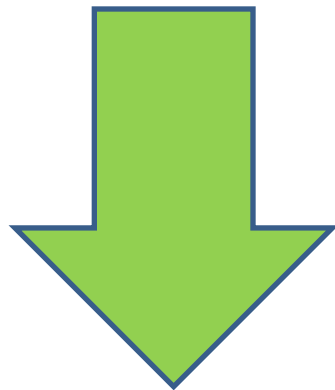
Sistema Osteo-articular

- Inspección
- Palpación
- Movilidad articular

Sistema Neurológico

- Examen mental
- Pares craneales
- Exploración de la motilidad:
 - Cinética Voluntaria
 - Fuerza y coordinación
 - Cinética involuntaria:
 - Reflejos
 - Automática y asociada
 - Estática (Tono muscular)
- Exploración de la sensibilidad
- Signos de irritación meníngea

ANALISIS DEL CASO



Prescripción del Ejercicio

Clasificación del nivel de actividad física.

ALGORITMO DE CRAIG MODIFICADO POR GRANADA, ZAPATA Y GIRALDO (2006) PARA CLASIFICAR NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA. (UTP)

Nivel de Adecuación	Definición	Nivel de Actividad Física	Definición
Adecuado	Actividad física diaria de mínimo 5 veces a la semana, mínimo 30 minutos continuos o acumulados, de actividad física vigorosa y/o moderada.	Muy Activo	Quien cumplió las recomendaciones de: a) VIGOROSA. ≥ 5 días/semana y ≥ 30 minutos por sesión; o b) VIGOROSA. ≥ 3 días/semana y ≥ 20 minutos por sesión + MODERADA ≥ 5 días/semana y ≥ 30 minutos por sesión c) VIGOROSA ≥ 3 días/semana y ≥ 20 minutos por sesión + CAMINADA ≥ 5 días/semana y ≥ 30 minutos por sesión
		Activo	Quien cumplió las recomendaciones de: a) VIGOROSA. ≥ 3 días/semana y ≥ 20 minutos por sesión; o b) MODERADA y/o CAMINADA: ≥ 5 días/semana y ≥ 30 minutos por sesión; o c) Cualquier actividad sumada: ≥ 5 días/semana y ≥ 150 minutos/semana (caminada + moderada + vigorosa)
Inadecuado	Quien no cumple la recomendación en cuanto a la frecuencia o duración.	Irregularmente Activo A	IRREGULARMENTE ACTIVO A: Quien no realiza Actividad Vigorosa o Moderada, y que al caminar no alcanza por lo menos uno de los criterios de la recomendación en cuanto a frecuencia o duración de la actividad: (a) Frecuencia: 5 días/semana pero menos de 150 minutos/semana; o (b) Duración: 150 minutos/semana pero menos de 5 días/semana
		Irregularmente Activo B	IRREGULARMENTE ACTIVO B: Quien no alcanzó ninguno de los criterios de la recomendación en cuanto a frecuencia y duración (menos de 5 días/semana, o menos de 150 minutos/semana) de caminada.
		Sedentario	Quien no realizó ninguna actividad física por lo menos 10 minutos continuos durante la semana



FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

Anamnesis:

A. Proxima: Relato de la enfermedad Actual.

B. Remota: Historia de enfermedades Pasadas.

CNG.





FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

**El interrogatorio del paciente es
Esencial para el diagnostico;
Excepto en:**

- **Paciente Comatoso.**
 - **Trastorno mental Importantes.**
 - **Niños pequeños.**
- (Requiere Experiencia).**



FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

El interrogatorio:

- Requiere experiencia.
- No preguntas que sugieran respuestas.
- Preguntas Neutras. (A, C).



FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

Aspectos que pueden influir en las respuestas.

- **Inflexión de la Voz.**
- **Ademanes que la acompañan.**



FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

Factores que influyen + ó -

- ⊙ Apariencia Profesional.**
- ⊙ Consideración Y actitud Profesional.**
 - Ecuanimidad.**
 - Discreción.**



FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

ANAMNESIS.

“La anamnesis implica mucho más que una simple serie de preguntas; entraña escuchar al paciente e interactuar, comprender su modo de vida, sus esperanzas y sus temores”.





FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

Partes de La Historia Clx.

- ⊙ Datos de Identificación.
- ⊙ Motivo de Consulta.
- ⊙ Enfermedad actual.
 - Hospitalizaciones Previas.
 - Revisión por Sistemas.





FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

Partes de La Historia Clx.

- ⊙ **Antecedentes Personales.**
 - ⊙ **Antecedentes Psicosociales.**
 - ⊙ **Antecedentes Familiares.**
- 



FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

⊙ Examen Físico:

- Apariencia General.
- Constantes Vitales.
- Cabeza, Ojos, Nariz, etc.....

⊙ Diagnostico.







FICHA DE INGRESO

(Historia Clínica)

⊙ Paraclínicos:

- Exámenes de Laboratorio.
- Rx; TAC, RNM, Gammagrafía...
- Pruebas especiales.

⊙ Tratamiento.

⊙ Evolución - Seguimiento.





CNG.



CNG.

CLASE FUNCIONAL	ESTADO CLINICO		COSTO DE O ₂ ml/kg/min	MET
NORMAL Y I	SALUDABLE, DEPENDIENTE DE LA EDAD, ACTIVIDAD SALUDABLE SEDENTARIO	LIMITADO		
			56.0	16
			52.5	15
			49.0	14
			45.5	13
			42.0	12
			38.5	11
			35.0	10
			31.5	9
			28.0	8
II	SINTOMATICO	24.5	7	
		21.0	6	
		17.5	5	
III		14.0	4	
		10.5	3	
		7.0	2	
IV		3.5	1	

CLINICA SHAO
REHABILITACION
CARDIACA

NOMBRE _____

EDAD _____

FC max _____

70% _____

80% _____

		CALENTAM			EJERC AEROB						
SESION	FECHA		INIC	5'	10'	15'	25'	35'	45'	REC	OBSERVACIONES
		TAS									
		TAD									
		FC									
		VEL									
		INCL									
			DISTANCIA:	METS							
		TAS									
		TAD									
		FC									
		VEL									
		INCL									
			DISTANCIA	METS							
		TAS									
		TAD									
		FC									
		VEL									
		INCL									
			DISTANCIA	METS							
		TAS									
		TAD									
		FC									
		VEL									
		INCL									
			DISTANCIA	METS							
		TAS									
		TAD									
		FC									
		VEL									
		INCL									
			DISTANCIA	METS							

FAMILIA

CIMDER 01

U.P.A. _____ U.C. _____

VIV. FLIA.

AÑO

No. PERSONAS EN LA FLIA.:

NOMBRE: _____

Jefe de la familia

[illegible]

VIVIENDA

CiMDER 02

AGUA DE CONSUMO				Primer Semestre	Segundo Semestre
Tiene conexión intradomiciliaria?	SI	ACUEDUCTO	Colectivo		
			Individual		
	NO cual es la fuente?	Rio, quebrada o manantial			
		POZO	Excavado		
			Perforado		
		LLUVIA			
		PILA PUBLICA			
Tratamiento:		DESINFECTADA			
		HERVIDA			
		FILTRADA			
		NINGUNO			

EXCRETAS

Medio de disposición	LETRINA		
	TAZA O INODORO		
	NINGUNO		
Disposición final	SUPERFICIAL		
	SUBTERRANEA		
	A RIO O QUEBRADA		
	ALCANTARILLADO		

BASURAS			
Disposición Final	Quemada		
	Relleno sanitario		
	Silo para abono orgánico		
	Superficial		
	A río o quebrada		
	Recolectada		

HIGIENE LOCATIVA

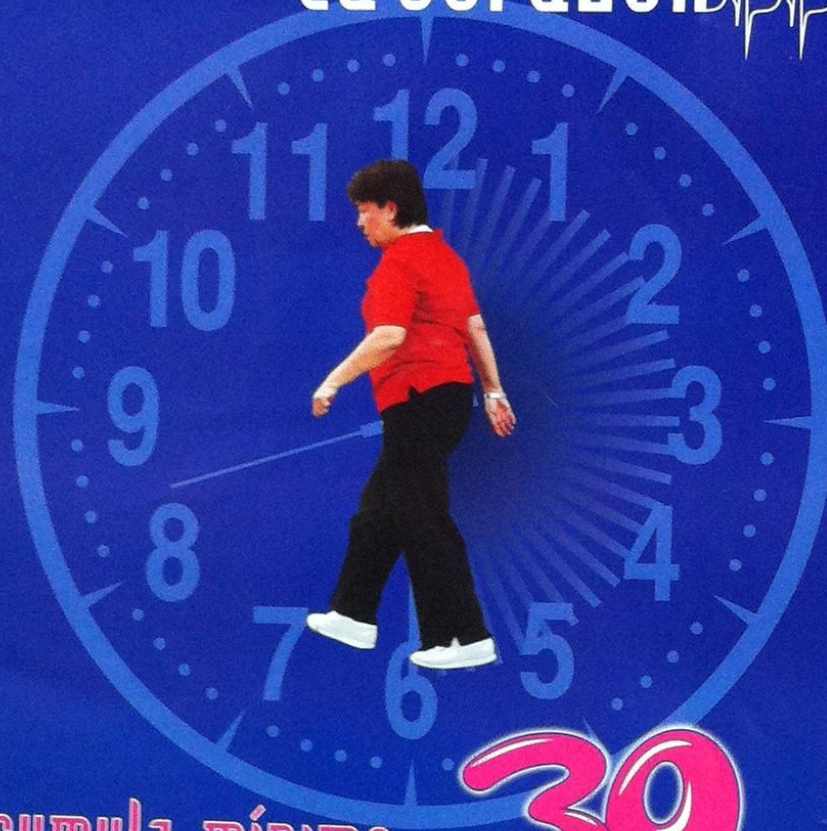
Estado Higiénico	Casa	Bueno		
		Malo		
	Cocina	Bueno		
		Malo		
Número de dormitorios				
Infestación de:		Artrópodos		
		Roedores		

CONTROL DE RABIA

Perros	Total animales		
	Vacunados		
Gatos	Total animales		
	Vacunados		



Pon a caminar
tu Corazón



Acumula mínimo **30** Minutos
de Actividad Física todos los días...





