



# UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

5° Semestre

Grupo "B"

## MEDICINA DEL TRABAJO

25 DE NOVIEMBRE DEL 2020

**DRA. ANA LAURA DOMÍNGUEZ SILVA**

**SOAP - DEFINICIÓN**

**Presenta:**

- **ADOLFO BRYAN MEDELLÍN GUILLÉN**

## SOAP

Es un documento (nota médica por definición de la NOM-168 del Expediente clínico) que emplea una mnemotecnica (S: Subjetivo, O: Objetivo, A: Análisis y P: Plan) que permite ordenar de manera sistematizada el contenido de la historia clínica o de una nota de evolución de un paciente y tiene como objetivo llevar el control y seguimiento del proceso intrahospitalario del paciente y será una herramienta de comunicación entre los profesionales de la salud, quienes se auxiliarán de él para documentar los padecimientos y evolución de un paciente.

En el apartado de SUBJETIVO se registra lo que refiere el paciente sobre su estado de salud o lo que el médico observe de una forma descriptiva que no puede ser confirmada mediante pruebas. Dichos datos se obtienen observando y analizando cómo se comporta y describe que se siente el paciente, escuchando también cómo explica sus síntomas de acuerdo al cuestionario que el médico le hace durante la revisión.

En el apartado OBJETIVO se registra los datos que pueden ser monitoreados o confirmados mediante técnicas e instrumental médico como pulso, presión arterial y peso, además de los resultados de la exploración física que minuciosamente realizará el médico al paciente y todo esto, con el apoyo de las pruebas diagnósticas, laboratorios, etc.

En el ANÁLISIS se describen los datos que surgen a partir de lo subjetivo y lo objetivo y entonces, en ese momento se puede emitir un criterio diagnóstico. Para esto, se utilizan los datos de los apartados anteriores para evaluar el estado de salud del paciente mediante el análisis de la información obtenida con lo que aún puede complementarse y aquí es donde entra en relación los signos, síntomas, síndrome y tratamiento. En este apartado pueden surgir otros problemas que presente el paciente los cuáles se van a ordenar de manera priorizante al que requiera atención inmediata el que puede esperar. Se debe describir la fecha en que se identifica el problema de salud y lo demás que haya surgido hasta el momento, de la misma manera las intervenciones futuras que servirán para resolver

el problema o evitarlo y así poder brindar un pronóstico para la vida, para la salud o para la curación.

En el último apartado, se describe el PLAN de tratamiento a seguir para el paciente y es aquí en donde se relata la prescripción de medicamentos, procedimientos, terapias, cirugías o lo que sea necesario para tratar la dolencia presente.

Es importante mencionar que el médico debe llenar este formato, pues, de lo contrario, el sistema no permitirá dar por terminada la consulta a un paciente. Se imprimirá el documento y debe ser firmado por el médico tratante. El formato utilizado inhabilita los espacios libres a fin de garantizar legalmente la no manipulación de este. Debe contener un lenguaje técnico médico sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras.