

ACTIVIDAD IV DE UNIDAD III

Medicina humana
Dra. Ana Laura Domínguez

PRESENTA:

Andrés Alonso Cancino García

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

5to Semestre Y Grupo B, Medicina Del Trabajo

Comitán de Domínguez, Chiapas

Fecha: 24/11/2020

SOAP

El SOAP permite sistematizar y ordenar el contenido de una historia clínica o una nota de evolución, fue creado por el Dr. Lawrence Weed con el objetivo de llevar control y seguimiento de los pacientes. El cual sería una herramienta de comunicación entre los profesionales de la salud como una forma de documentar los padecimientos de los pacientes.

Subjetivo:

Se registra todos los aspectos referidos por el paciente, como se siente el paciente según de lo que explique. Es información descriptiva que no puede confirmarse mediante pruebas. Estos datos se obtienen observando y analizando cómo se comporta el paciente, escuchado como explica sus síntomas o su malestar y mediante a las preguntas que hace el medico durante la revisión, se obtiene la información pertinente de este apartado.

Objetivo:

Registra datos como los signos vitales (pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura frecuencia cardiaca, etc.), como también somatometra referente al peso, talla, IMC y en caso de un paciente pediátrico, la valoración del perímetro cefálico, a la vez, los resultados obtenidos de la exploración física son clave para este apartado, este debe ser de manera ordenada céfalo-caudal y relacionado al padecimiento del paciente y la sospecha diagnóstica previa a la exploración (dada por los datos subjetivos) y para finalizar la aplicación de las pruebas diagnósticas para confirmar el probable diagnóstico, entre otros.

Análisis:

En este apartado como en el anterior, se puede incluir lo relacionado, a las pruebas diagnósticas, por medio de las cuales se puede obtener, la confirmación diagnóstica, dado a que se observa una discrepancia en según qué bibliografía.

A partir de los datos Subjetivos y Objetivos se puede entonces diagnosticar al paciente. Utilizando los datos anteriores para evaluar el estado del paciente mediante el análisis de la información obtenida con la posibilidad de diagnóstica lo que puede contemplarse, en este apartado el medico puede discutir las relaciones existentes entre los síntomas, signos, síndrome y tratamientos previos, etc. La cual el medico puede generar una lista de problemas del paciente, el cual es recomendado enumerarse en orden de importancia, Debe describirse la fecha en que se identifica el problema y los problemas que se han detectado, además de la relación entre lo exacto del diagnóstico por medio de la oración, probable, posible, sospecha, entre otros, dependiendo de la exactitud del diagnóstico antes de una prueba diagnóstica y posterior a ella.

Plan:

En este apartado, se debe establecer un plan de tratamiento a seguir en el paciente (prescripción de medicamentos, procedimientos, cirugía), en base a nuestro diagnóstico confirmado o probable, dependiendo de la gravedad, edad, sexo, como otros factores o contraindicaciones posibles en relación al paciente, además del fenómeno propio de la enfermedad actual o el padecimiento actual.