



Universidad del Sureste Escuela de Medicina

HISTORIA CLINICA GENERAL Y LABORAL

MEDICINA DEL TRABAJO

Por: Diego Armando Hernández Gómez

Dr.: ANA LAURA DOMINGUEZ SILVA

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 20 de Diciembre del 2020

Introducción

Es el documento en el que se recoge toda la información y documentación que se genera en el desarrollo de las funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores¹ contemplado en la legislación vigente cuya realización constituye para el médico un deber y un derecho legal y deontológico. Tiene como finalidad esencial ayudar a garantizar una asistencia adecuada a los trabajadores dentro de la empresa debiendo servir como herramienta para la planificación y gestión de los sistemas de información al contener toda la información sobre el proceso preventivo-asistencial prestado a cada trabajador. Su utilidad no se agota en la decisiva e indispensable colaboración que presta a la prevención de los riesgos laborales en el trabajador; sino que tiene también otras funciones como son:

— es la fuente más importante de recogida de datos para análisis epidemiológicos que permitan avanzar no solo en el conocimiento de los factores de riesgo laboral y en su prevención; sino también en el establecimiento de la relación que pueda existir entre éstos y la patología que pueda desarrollar el trabajador; tanto aguda (accidentes de trabajo) como crónica (enfermedades profesionales y/o enfermedades relacionadas con el trabajo).

— sirve como testimonio documental válido en la pericia médica desde la perspectiva jurídica

— puede servir como instrumento de renovación científica, al recoger datos que pueden ser utilizados con fines docentes e investigadores.

Características que debe reunir y datos que debe contener:

La historia clínico-laboral debe ser única para cada trabajador estar agrupada, preferiblemente en una sola carpeta debidamente identificada, clasificada y con un buen sistema de registro que facilite su localización; debiendo ser: respetuosa con el trabajador, completa, ordenada e inteligible; tanto en lo referente a la escritura, como a la utilización de frases comprensibles, utilizando terminología normalizada por la práctica profesional y en caso de usar abreviaturas éstas serán de uso común y consensuadas.

Los datos que debe contener por imperativo legal son los siguientes:

1. Anamnesis, que debe recoger:

- Antecedentes familiares más relevantes,
- Antecedentes personales, procesos crónicos, secuelas.
- Hábitos del trabajador:

-Ejercicio

- Consumo de drogas "legales" (tabaco, alcohol) e ilegales
- Consumo de fármacos (somníferos, tranquilizantes, etc.), así cómo si son prescritos por un médico o se automedica.

- Estado inmunitario del trabajador, tanto en lo referente a las vacunas sistemáticas cómo las que puedan tener relación con su puesto de trabajo.

- Factores ambientales que rodean al trabajador fundamentalmente en el trabajo, pero sin olvidar los que tengan que ver con la vivienda y/o viajes a posibles zonas endémicas, intentado establecer la posible relación con sintomatología que pudiera presentar.

2. Exploración clínica que será ordenada, sistemática, por órganos y aparatos, incorporando los protocolos específicos en función del riesgo.

3. Control biológico

4. Estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo,

5. Descripción detallada del puesto de trabajo actual, tiempo permanencia en el mismo, requerimientos físicos y psíquicos, riesgos detectados en la evaluación de riesgos y medidas de prevención adoptadas.

6. Descripción de los anteriores puestos de trabajo, riesgos presentes en los mismos, y tiempo de permanencia para cada uno de ellos, caso de disponerse de ello.

La importancia de la consideración del puesto de trabajo radica en que puede implicar uno o más riesgos; siendo el conocimiento de ellos lo que puede permitir tipificar el origen del padecimiento del trabajador.

Hay normativa que establece la recogida, además de los datos anteriores, de los siguientes:

- Datos de identificación del trabajador.
- Datos de identificación de la empresa
- Datos del servicio de prevención
- Hoja de registro de los accidentes de trabajo
- Hoja de registro de las enfermedades profesionales
- Hoja de registro de morbilidad
- Hoja de enfermería, en la que se harán constar, al menos, los datos antropométricos, índice de masa corporal, frecuencia cardiaca y tensión arterial; así como los exámenes complementarios que sean responsabilidad de la enfermera del trabajo.

La información obtenida debe estar actualizada y ser de fácil consulta por parte de los profesionales sanitarios del Servicio de Prevención.

Además debemos tener presente la ley 41/2002 que establece, de modo genérico, que la historia clínica debe incorporar toda la información que se considere relevante para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, que en nuestro caso sería el trabajador. En base a ello parece obvio que la historia clínico-laboral incorpore no solo los aspectos anteriormente reflejados; sino también todos aquellos que tengan que ver con la salud del trabajador, con excepción de aquellos datos especialmente sensibles relativos a raza, religión, y/o vida sexual, que únicamente se recogerán cuando sean relevantes para la protección y vigilancia de la salud. La información a que hacemos referencia podría ser, con carácter no exhaustivo, la siguiente:

- Cuestionarios realizados por el trabajador, ya sea para realizar la vigilancia de la salud individual o colectiva.
- Documentación y resultados de los exámenes de salud:
 - perfil del examen de salud,
 - consentimiento del trabajador,
 - juicio clínico, conclusiones y consejos

- traslado de la calificación a la empresa en los términos de apto, no apto, apto con limitaciones (deben explicitarse)

- Anotaciones respecto a diagnóstico, evolución clínica y pronóstico, cuando proceda. Todas deben estar fechadas y firmadas de forma que permita la identificación del personal sanitario que las realice.

- Consultas realizadas con el personal sanitario

- Asistencias prestadas al trabajador con ocasión de accidentes o enfermedades, con independencia de su origen (causa).

- Informes de aptitud y/o recomendaciones preventivas, cambio de puesto de trabajo.

- Informes que quiera aportar el trabajador de otros especialistas y/o organismos calificadoros de discapacidades o equipos de valoración de incapacidades a efectos de su posible consideración como trabajador especialmente sensible.

- Informes sobre situación de embarazo y/o lactancia, a efectos de la protección de la maternidad.

- Solicitud de interconsultas a otros especialistas con los informes correspondientes.

- Informes de tratamiento por causa de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, aportados por la mutua.

- Bajas del trabajador y motivos que las causaron

- Negativa del trabajador a la realización del examen de vigilancia de la salud.

- Consentimiento del trabajador para la cesión de los datos de carácter personal a terceros, si procede.

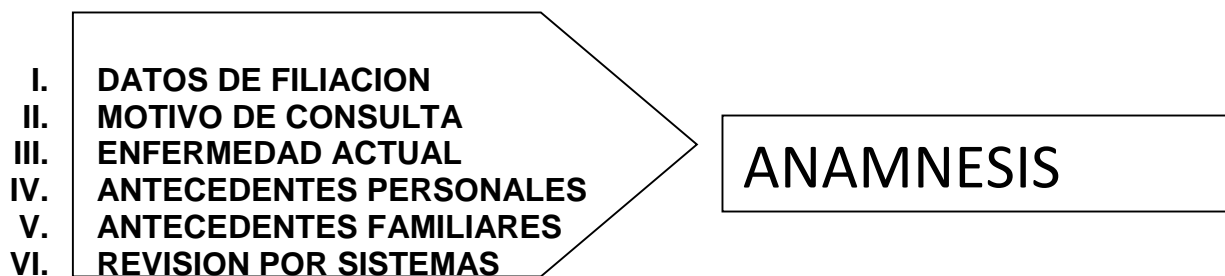
Hay que tener en cuenta también, a la hora de realizar la historia clínica, a los trabajadores emigrantes protegidos por diversos instrumentos internacionales; así como por la normativa española de prevención de riesgos laborales en relación no discriminación en la realización de la vigilancia de la salud, incorporando la historia clínico-laboral bilingüe cuyas características deben ser la facilidad de uso, buena comprensión y aceptación por los trabajadores extranjeros. Con ello se consigue disminuir la desconfianza inicial así como aumentar la empatía médico-trabajador.

HISTORIA CLINICA

Objetivo de la clase:

- Desarrollar la capacidad de reconocer todas y cada una de las partes de la historia clínica, así como de explicar los fundamentos de cada una de estas partes. También identificar que es un signo y un síntoma Base fundamental para realizar un buen ejercicio médico semiológico.
- Desarrollar estrategias de interrogatorio basado en el respeto y tolerancia, para obtener la información que le permita redactar una historia completa y veraz. base para el diagnóstico.
- Determinar la importancia que implica La historia clínica como documento médico legal

Componentes de la Historia Clínica



- VII. EXAMEN FISICO
- VIII. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA O DIAGNOSTICO
- IX. PARACLINICOS
- X. EVOLUCION
- XI. FIRMA DEL MEDICO
- XII. DATOS DE FILIACION

- 1. Nombre completo:
- 2. Edad aparente :
- 3. Edad cronológica :
- 4. Sexo :
- 5. Raza :
- 6. Estado civil :
- 7. Ocupación :
- 8. Nacido en :
- 9. Procedencia :
- 10. Residente en : Dirección:
- Tel.
- 11. Documento de identificación :
- 12. Fecha de admisión : *(si es hospitalizado)*
- 13. Fecha de toma de historia :
- 14. Fuente de la historia :
- 15. Confiabilidad del historia :
- 16. Nombre del médico :
- 17. Nombre del docente : Dr.

II. MOTIVO DE CONSULTA

- *Conciso y entre comillas*
- *Palabras textuales del paciente*
- *Analizar cuando el motivo de consulta es un diagnóstico*
- *Colocar en orden de importancia los síntomas*
- *Sólo términos médicos cuando el motivo de consulta sea confuso*

Ejemplo: M.C. : “asfixia y dolor en el pecho”

“dolor en las coyunturas, desgano y Calenturas”

III. ENFERMEDAD ACTUAL

- *Dejar que el paciente se exprese libre y espontáneamente su enfermedad*
- *Definir el tiempo de inicio de los síntomas*
- *Historia del síntoma y enfermedad*
- *Definir el tipo de cronología a usar*
- *No solo enumerar sino analizar los síntomas y relacionarlos*
- *Conceptos de anatomía topográfica*
- *Tratamientos previos y respuesta*
- *Evite preguntas sugerentes*

Ejemplo:

Paciente que ingresa a la institución por cuadro de más o menos una semana de evolución iniciado con cefalea tipo peso localizado en la parte frontal, picos febriles no cuantificados de predominio vespertino que cedían a los antipiréticos y analgésicos (aspirina). Hace tres días consultó a médico particular quien le ordenó analgésicos sin mejoría. El paciente consulta hoy por persistir los síntomas además refiere que desde el día de ayer presenta, disuria mas polaquiuria.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

- **Médicos**

Salud general del paciente

Enfermedades de la infancia y juventud : (Sarampión, tos ferina, parotiditis, escarlatina, difteria, Varicela)

Enfermedades del adulto

HTA, Cardiopatía, valvulopatía, Infarto agudo del miocardio, Insuficiencia cardiaca, Diabetes, Asma, EPOC, Dislipidemia, TBC, E.T.S., Cancer, Parasitosis, Tabaquismo.

Malaria, fiebre tifoidea, neumonía y otras afecciones si lo refiere el paciente.

- **Historia social y hábitos**

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

- *Enfermedades medicas importantes*
HTA, Diabetes, Asma, IAM, Cardiopatía, Cancer, Desordenes mentales (quien?)
- *Enfermedades Congenitas importantes*
Malformaciones, Desordenes Geneticos, Down

VI. REVISION POR SISTEMAS

- *Conocimiento del funcionamiento de todos los órganos y sistemas de la persona que está en consulta*
- *Orden céfalo caudal*
- *No repetir síntomas ya analizados en la enfermedad actual*
- *Si se encuentra un síntoma, analizarlo y no contentarse con sólo enumerarlo*
- **Síntomas generales**
apetito, cambios en el peso, fiebre (objetiva, subjetiva), debilidad, astenia, adinamia, alteraciones del sueño etc.
- **Cabeza órganos de los sentidos**
Cefalea (tsu tipo y localizacion), mareos, perdida del conocimiento.
ojos: alteración de la agudeza visual, dolor, prurito, epifora, diplopia, foto fobia, supuración.
oídos: alteración del agudeza auditiva, otalgia, acufenos, tinitus, otoliquia, otorrea, otorragia.
Nariz: alteraciones del olfato, obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis, estornudos, dolor frontal, resfrios frecuentes, etc
Boca y garganta: alteración del gusto, hálitosis, xerostomia, sialorrea, sed, gingivorragia, prótesis dentaria, úlceras orales, odinofagia, disfagia, disfonía.

- **Cuello:**
simetría, movilidad, dolor, masas, pulsaciones anormales
- **Mamas:**
Ginecomastia, dolor, salidas de secreciones (tipo de secreción, Color, olor), nódulos (Dolorosos o no), masas.
- **Aparato Respiratorio:**
dolor torácico, disnea, tos, expectoración, fiebre, hemoptisis, cianosis.
- **Cardio circulatorio**
dolor precordial y sus características, disnea de esfuerzo, ortopnea, tos seca o con expectoración, palpitaciones, síncope, edema de miembros inferiores, claudicación intermitente, cianosis.
- **Aparato gastrointestinal:**
Dolor abdominal y sus características, alteración del apetito, sensación de plenitud abdominal, flatulencia, pirosis, dispepsia, regurgitación, eructos, náuseas y vómitos, diarrea, constipación, hematemesis, melenas, rectorragia, pujo, tenesmo. Ictericia.
- **Aparato urinario**
Hábito urinario, disuria, polaquiuria, oliguria, anuria, poliuria, nicturia, pujo o tenesmo vesical, urgencia urinaria, incontinencia, enuresis, coluria, hematuria, goteo postmiccional, hernia.
- **Aparato genital**
secreciones anormales, prurito, modificación en la libido, hábitos sexuales y tendencia, potencia y satisfacción sexual, *en la mujer* dispareunia, sinusorragia, dismenorrea,
- **Aparato osteomuscular**
dolor, edema, limitación del movimiento, atrofia muscular, alteración de la fuerza muscular, claudicación intermitente.
- **Sistema nervioso**
Cefalea, pérdida del conocimiento, convulsiones, temblores, trastorno de la sensibilidad, parestesias, movimientos anormales, mareos, alteración del equilibrio, ataxia, alteración del estado mental.

VII. EXAMEN FISICO

Orden Cefalo caudal

Es la obtencion de signos clinicos

Componentes del acto medico – semiológico (comprende los métodos exploratorios)

Inspeccion

Palpacion

Percusion

Auscultacion

- **Descripcion general del paciente piel y mucosas**
Conciencia, orientacion, apariencia, fascies, actitud, posicion, coloracion e hidratación de la piel y anexos.
- **Signos vitales**
Tension arterial, pulso (FC), respiracion, temperatura, peso y talla (IMC)
- **CABEZA, CRANEO Y CUERO CABELLUDO**
Anote si es normocefalo o anormalidades en la constitución osea y el la forma de la cabeza, busque dolor en el craneo, nodulos subcutaneos, piojos, u otros parasitos, implantación del cabello, calvicie, canas.

OJOS : inspeccione posición de los globos oculares, pruebe los movimientos extraoculares, tamaño y reaccion a la luz de la pupilas, vision cercana, convergencia, observe esclerotica, si hay protusion, ptosis parpebral, nistagmo, estrabismo, tension ocular y arco senil. Realice fondo de ojo y observe los vasos sanguineos retinianos, retina, papila , macula, exudados o hemorragias.

NARIZ Y SENOS: Posición de la nariz busque dolor sobre senos frontales, maxilares y mastoideos, obstrucción nasal, perforación o desviación de tabique nasal.

OIDOS: Note implantación de pabellón auricular, supuración, tofos, agudeza acústica, examine los tímpanos (otoscopia)

BOCA Y GARGANTA: Examine los labios, dientes, verifique su inserción y número, uso de prótesis, encías, verifique gingivorragia, lengua, mucosa bucal, busque aftas, amígdalas, faringe, halitosis

- **CUELLO**

Inspeccione simetría, busque rigidez, pulsaciones anormales, ingurgitación yugular, masa y posición de la tráquea. Examine la glándula tiroides ante y durante la deglución. Note su tamaño, consistencia, contorno, movilidad y presencia de soplos, observe si las venas del cuello están distendidas

- **TORAX**

Describa el tórax, conformación general, simetría, masas o depresiones, movimientos respiratorios, expansibilidad, busque pulsaciones y retracciones, examine mamas inspeccione simetría, apariencia de la piel, secreciones.

- **CORAZÓN**

Inspeccione precordio y describa pulsaciones normales, identifique choque de punta, fremitos. Percuta matidez cardíaca. Ausculte ruidos cardíacos en todo el precordio, especialmente en las áreas o focos auscultatorios principales (pulmonar, aórtico, mesocárdico, accesorio, mitral). Identifique ruidos cardíacos (ritmo, frecuencia), presencia de soplos (ubique el foco o sitio de auscultación y su irradiación). Identifique la ausencia o presencia de ruidos agregados (S3 – S4).

- **PULMONES**

Observe el tórax para notar signos de disnea, Percuta sistemáticamente por delante y por detrás de la caja torácica comparando simétricamente los sonidos de cada área con lo que usted considera como normal, verifique fremito vocal, excursión respiratoria. A la auscultación note el carácter de los ruidos respiratorios. Observe si hay ruidos adventicios antes y después de toser especialmente en los vértices. **Nota** : *No mencione textualmente cada uno de los métodos como inspección, palpación etc. Pero sí describa cada región como una unidad de párrafo.*

- **ABDOMEN**

Inspeccione el abdomen, observe simetría, si es de apariencia normal, plano, excavado o distendido. Vea si hay prominencias locales, describa cualquier movimiento visible (peristalsis, pulsaciones). Ausculte y perciba sonidos intestinales describa si están presentes (normales, aumentados o disminuidos o ausentes), soplos abdominales y su localización. Palpe el abdomen observe si es blando, depresible, si hay rigidez de pared abdominal y si es voluntaria o involuntaria, doloroso a la palpación superficial o profunda, dolor a la descompresión brusca, masas palpables, pulsátiles, hernia (epigástrica, umbilical, inguinal), palpe riñones palpe el hígado, verifique su forma, tamaño, consistencia, bordes, dolor. Describa el carácter general del sonido de percusión, busque matidez hepática y esplénica.

ESPALDA: Verifique apariencia de la piel, determine si hay dolor a la puño percusión.

- **GENITOURINARIO**
GENITALES MASCULINOS

Anote cualquier anomalía en los genitales, secreción y cicatrices. Palpe ambos testículos, epididimos y cordones espermáticos, notando si hay presente alguna anomalía y anote la ausencia de dolor testicular. Palpe ambos anillos inguinales (hernia) de pie durante la tos.

ZONA RECTAL

Inspeccione la región anal y vea las regiones desmicas, escoriaciones, hemorroides externos y fisuras, insertando el dedo índice note el tono esfinteriano, dolor, tamaño, forma, sensibilidad de la próstata, hemorroides internos.

Si nota alguna masa rectal, describa su localización, consistencia, sensibilidad, tamaño y movilidad.

En mujeres note la presencia de masas dolorosas en los fondos de sacos, al retirar el dedo vea si hay sangre en el guante.

VAGINA

Inspeccione los genitales externos con buena luz a fin de observar cualquier deformidad, lesiones cutáneas y flujo vaginal, separe los labios entre los dedos índice y pulgar, observando el orificio uretral. Glándulas de Skene, Cistocele. Rectocele al pujo. Palpe las glándulas de Bartholino.

Verifique presencia de himen o no a nivel del orificio de la vagina, nulípara, múltipara, perineo intacto o cicatriz de episiotomía, introduzca el dedo índice y palpe la pared vaginal, uretra y cuello. Verifique temperatura longitud y amplitud del canal vaginal. Describa la posición, tamaño, forma, consistencia y movilidad del cuello y su sensibilidad a la manipulación.

A la palpación bimanual, trate de delimitar el útero y ovarios, notando el tamaño, dolor y consistencia. Inserte un especulo y visualice las paredes vaginales y cuello uterino.

A la especuloscopia evalúe paredes vaginales, pliegues y secreciones, a nivel del cuello, apariencia quistes de naboth. (Se debe realizar antes del tacto vaginal)

- **EXTREMIDADES Y VASCULAR PERIFERICO**

Busque dolor, enrojecimiento y deformidad de las articulaciones,. Dedos en palillo de tambor, grosor de la tibia, estado de los músculos (eutrofos, hipo o hipertrofos), observe diferencias en el tamaño y longitud de las piernas (simetría), circulación en las manos, piernas y pies en posición vertical y acostada, varices, cianosis en las manos y pies, diferencia de la temperatura de las extremidades.

Anomalías Locales

Si en paciente se queja o muestra evidencia de una anomalía local, tal como celulitis o tumor abdominal, es mejor describirla en detalles, bajo un encabezamiento separado. Esta rutina debe seguirse en la mayoría de los casos.

Describa cambios trofos en la piel (color apariencia, grosor, pilificación). Explore todos los pulsos perifericos mas importantes (carotideo, axilar, braquial, radial, cubital, inguinal, popliteo, pedio, tibial posterior) identificando ritmo, amplitud, frecuencia. Realizar si es necesario prueba de allen, perthes, trendelemburg.

- **SISTEMA NERVIOSO**
ESFERA MENTAL

1º) **conciencia**, estado lúcido, somnoliento, estuporoso, coma. (ver también escala de Glasgow)

2º) **orientación**

En persona (Quién es? – Como se llama? - es hombre o mujer?).

En espacio (Dónde está? – De donde vino? – Dónde nació?)

En tiempo (Que día llego? – En qué mes? - En que fecha? – Es de noche?)

3º) **memoria**

Reciente. Se pregunta sobre hechos basados en el examen que se está haciendo ver. Cual. Es la última pregunta, que se le hizo? Como llego a este cuarto? Caminando o cargado.

Remota: se interroga sobre hechos pasados

4º) **estado de ánimo, juicio y raciocinio, introspección, prospección. inteligencia** (funciones cognitivas superiores)

PARES CRANEALES.

I OLFATORIO: sus alteraciones pueden ser Anosmia. Cascosmia. Hiposmis. Alucinaciones olfatorias, en las que se perciban olores que no existen, antes de hacer el examen se examinan los cornetes (perforados), procesos inflamatorios, gripe, sinusitis, desviación del tabique.

II ÓPTICO: si no se ve nada hablemos de ceguera o ambliopía, ve cosas borrosas o bultos, se habla de “visión de bultos”, si solo es capaz de contar los dedos de las manos, hay solo visión cuenta dedos. Con lo anterior se explora la agudez visual.

CANPIMETRIA: existen varios metodos, el más usado es el de comparación.

FONDO DE OJO: con el oftalmoscopio

III y IV MOTOR OCULAR COMUN Y PATETICO: mediante la movilidad del globo ocular, la musculatura intrínseca se explora mediante el fenómeno de acomodación.

IV se manda al paciente a mirar lejos y rápidamente hacemos que mire un objeto cercano, debe contraerse ambas pupilas. Nos valemos también del reflejo consultado. Se hacen cerrar los ojos y deben contraerse ambas pupilas. Apreciar también el movimiento del parpado superior.

V TRIGEMINO: se exploran sus tres ramas: oftálmica, por el reflejo corneano. Maxilar superior, por la inervación sensitiva de la cara. Maxilar inferior, por la inervación motora, (masticadora). Su rama media da la sensibilidad profunda.

VI MOTOR OCULAR EXTERNO: giro del globo ocular hacia fuera.

VII FACIAL: la inervación motora de la cara, (frontal, elevador, del ala de la nariz, orbicular de los parpados y de los labios). La parálisis de este último da el Lagoftalmo. Risorio, masticadores y cutáneos del cuello. La porción sensitiva del facial, que es más bien sensorial, se explora junto con la cuerda del tímpano (gusto de la punta de la lengua).

VIII AUDITIVO: la rama colear por medio del diapasón o simplemente produciendo fenómenos acústicos, debe ser comparativa entre ambos coleares. La rama vestibular se explora mediante la inyección de agua fría, esta producirá vértigo, desviación de la cabeza hacia el mismo lado, se usa la prueba de la silla giratoria.

IX GLOSOFARINGEO: la parte motora se explora por el reflejo nauseoso y tragar agua la parálisis de este nervio causa disfagia.

X VAGO (NEUMOGASTRICO): Se evalúa el tono de la voz (ronquera, voz bitonal), reflejo carotideo positivo (bradicardia + hipotensión).

XI ESPINAL: Evalúe los músculos trapecio, esternocleidomastoideo, levantando los hombros o girando la cabeza oponiendo fuerza a estos movimientos.

XII HIPOGLOSO : Se evalúa ordenando al paciente mover la lengua, sacarla y moverla en todos los sentidos.

REFLEJOS

Evaluar los reflejos viscerales, cutáneos abdominales (superficiales) y osteotendinosos (profundos). Presencia de clonus, reflejos patológicos (Babinski, succión en adultos, etc).

Verificar signos meníngeos (rigidez de nuca) Kernig y Brudzinski. Pruebas cerebelosas (equilibrio, Romberg, coordinación o ataxia). Lenguaje (disartria, afasia motora o sensitiva),

Evalúe sensibilidad : **Superficial** (térmica, dolorosa y táctil), **Profunda** (sentido de posición, vibración, pesantez) **Cortical** (Estereognosia, discriminación de dos puntos, grafestesia, topognosia)

Evalúe motilidad (sistema motor) : para evaluar la fuerza de miembros superiores e inferiores se usa la prueba de Mingazzini y Barré. Evalúe el tono muscular inspeccionando el volumen muscular, evalúe el trofismo (crecimiento muscular), evalúe movimientos anormales (mioclonias, fasciculaciones, temblores, convulsiones, coreas, atetosis, calambres)

Nota : la fuerza muscular se evalúa ordenándole al paciente a realizar movimientos (Activos) realizándole usted los movimientos (activos) o en contra resistencia. Los movimientos deben ser según los tipos de movimientos que tenga dicho segmento a evaluar (flexión, extensión, abducción, aducción, rotación. etc.)

Algunos modelos de historia clínica se incluye un breve resumen de los datos positivos encontrados en la evaluación del paciente (puntos más importantes) a manera de análisis para entonces si emitir una impresión diagnóstica

VIII. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

juicios clínicos que se emiten según los signos y síntomas del paciente (varios) pero aun no se ha confirmado

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

IX. PARACLINICOS

Relacionados y coherentes con la impresión diagnóstica (Se busca confirmar o descartar diagnósticos)

X. DIAGNOSTICO

Juicio clínico que se emite luego de confirmarlo mediante el acto clínico o posterior a exámenes de laboratorio (paraclínicos)

XI. TRATAMIENTO

"Alianza terapéutica" que resulta luego de emitir el diagnóstico (ambulatorio – hospitalización) y que busca la mejoría o curación de la enfermedad o diagnóstico

XII. EVOLUCION

Seguimiento del paciente (mejoría, evolución estable o tórpida)

XIII. FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

EN ESTE CASO DEL ESTUDIANTE Y VISTO BUENO DEL DOCENTE

MODELO DE EVOLUCION

Hay muchos esquemas pero un esquema practico que contiene los datos relevantes del paciente es el que tiene por siglas **P.S.O.A.P.**

Fecha

P: (paciente)

Edad, Sexo, estancia hospitalaria

Diagnostico de ingreso

S: (subjetivo)

Breve interrogatorio al paciente acerca de los síntomas mas importantes recientemente

O: (objetivo)

Signos vitales, presión arterial, frecuencia respiratoria, Frecuencia cardiaca

Examen físico dirigido al o los sistemas afectado.

A: (análisis)

Se analiza los síntomas y signos encontrados al momento de la evolución así como paraclínicos **ordenados y realizados previamente y su relación con el estado actual del paciente.**

P: (plan)

De acuerdo a los hallazgos e interpretación clínica y paraclínica se debe adoptar un plan el cual debe ser consignado en las órdenes médicas correspondientes a ese día. Debe partir del análisis realizado y debe anotarse si fue revisado en ronda médica con especialista o médico general.

FIRMA DEL MEDICO

REFERENCIAS

Castellano Arroyo, M. Villanueva Cañadas, E.: Derecho médico relacionado con la Medicina del Trabajo. En: Gil Hernández, F.: Tratado de Medicina del Trabajo. Barcelona: Masson, 2005.