



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Propedéutica, Semiología y Diagnostico físico.

Trabajo:

Historia Clínica.

Docente:

Escarpulli Siu Magali Guadalupe

Alumno:

Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:

4° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 02de septiembre de 2020.

"Historia Clínica"

La recolección de historias clínicas de pacientes ambulatorios constituye una tarea cotidiana del quehacer médico. En ella se vuelcan todos los acontecimientos de salud que se presentan a lo largo de la vida de una persona y que permite al médico identificar diversos problemas y elaborar estrategias para la búsqueda de soluciones más adecuadas.

La esencia de la historia clínica orientada al problema consiste justamente, como lo indica su nombre, en concentrar toda la información alrededor de la queja del paciente, o sea en el problema, ya que hasta que el médico pueda dudar el diagnóstico más preciso, la información recolectada consiste en síntomas y signos.

Estructura:

- * Base de datos
- * Listado de problemas
- * Notas de evolución

Base de datos:

En ella deben detallarse todos aquellos datos relevantes de la anamnesis y del examen físico los elementos fundamentales mencionados:

=> Datos de filiación: Nombre y apellido, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono particular y laboral, Seguro médico, estado civil, ocupación.

=> Antecedentes personales de importancia: **problema de salud, factores de riesgo, alergias, hábitos, atropías, etc.**

Scribe

⇒ Antecedentes familiares o **Diabetes mellitus, hipertensión, Arterio etc**

⇒ Medicamentos = En este rubro pueden enumerarse los fármacos utilizados por el paciente o bien implementar una tabla donde figuren los medicamentos prescritos.

⇒ Examen físico = En este tópico se le vanotará más ilustraciones y una base preformada, siendo el médico quien en cada apartado se evalúe anomalías o no.

" Estado de problemas "

Es la parte más importante de la historia clínica orientada al problema, entendiendo por problema todo trastorno o alteración que motiva la consulta o bien sea una enfermedad definida, si no se puede fijarse de un signo o hallazgo en el examen físico, o una anomalía encontrada en un estudio de laboratorio o bien una sintomatología dentro de la esfera fisiológica.

" Notas de evolución "

Los problemas de salud se evalúan en forma separada es decir una evaluación por cada uno de ellos. La estructura de las notas de evolución consiste en oraciones en partes con las siglas SOAP.

S. de subjetivo: Consiste en la descripción somera del problema relatado por el paciente. en este apartado se hace mención a la descripción del problema, en relación al momento de inicio, sus características y evoluciones hasta el momento de la consulta.

O de objetivo: Implica el registro de datos positivos, como ciertos positivos del examen físico, tales como, peso, tensión arterial entre otros.

A de assessment: Consiste en la evaluación, valoración y pronóstico que hace el profesional acerca del problema en cuestión.

P de plan: sea la elaboración de estrategias a seguir. el plan puede ser diagnóstico, cuando hace referencia a los estados o deficiencias. métodos de diagnóstico a seguir. También puede ser terapéutico, cuando se anotan los fármacos o tratamientos a realizar. por último los planes de educación, incorporando todas aquellas medidas de enseñanza y/o consejos brindados a los paciente para mejorar el cuidado de la salud.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

- Dan, L., Deniis, L., Larry, J., & Loscazo, J. (2012). Harrison Principios de Medicina Interna (18a Edicion ed., Vol. 2). CD MX, CD MX, Mexico: Mc Graw Hill.
- Grossman, S, & Mattson, C. Fisiopatologia(9a edición ed). Barcelona, España: Wolters Kluwer.
- Argente, H,. & Alvarez, M. Semioogia Medica (Fisiopatologia, Semiotecnia y Propedeutica) CD MX, Mexico.