



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

5° Semestre

Grupo "A"

MEDICINA INTERNA

12 DE SEPTIEMBRE DEL 2020

IMPARTE

DR. URIEL ALEJANDRO GUILLÉN MORALES

**RESUMEN DE:
HISTORIA CLÍNICA**

Presenta:

- **Abarca Aguilar Diana Laura**

Ficha de identificación

En este apartado se intenta recopilar datos del paciente, como nombre, género, edad, lugar y fecha de nacimiento, entre otros y reúne información de manera directa o indirecta, que servirá para identificar y evaluar situaciones del paciente que puedan en algún momento ayudar a orientar el diagnóstico y apoyar la terapéutica a tomar.

Antecedentes heredofamiliares

Este apartado recopila información orientativa a los padecimientos que se presenten en la línea familiar del paciente y que puedan ser datos pivote en el diagnóstico o que se pueda realizar de alguna manera un cribado intencional para encontrar ciertas patologías que el paciente ignore. En este apartado se intentan encontrar datos de antecedentes de enfermedad en la familia del paciente sobre diabetes, tuberculosis, alergias, neoplasias, entre otras, y también toma en cuenta el inicio y la edad de muerte de la familia del paciente y las causas de esta.

Antecedentes personales patológicos

En este apartado se puntualizan los datos del paciente sobre algunos padecimientos previos que puedan ser orientativos sobre el padecimiento actual y sirve también para hacer algunas consideraciones sobre los procedimientos y la terapéutica a tomar en la patología de este como la búsqueda intencionada sobre enfermedades infectocontagiosas, crónicas degenerativas, traumas, alergias, quirúrgicas, hospitalizaciones y transfusiones, que puedan tener que ver en el padecimiento actual.

En las mujeres;

Se buscarán antecedentes perinatales como número de gestas, edad gestacional, control del embarazo, complicaciones durante el parto, antes y después de, abortos, etc., todo buscando datos orientativos sobre el estado actual para tomar decisiones médicas más acertadas.

Antecedentes personales no patológicos

En esta parte de la historia clínica, se intenta tener una orientación sobre las condiciones de vida que lleva el paciente y que pueden servir para identificar algunos factores de riesgo y orientar también la terapéutica a tomar. Se evalúa el tipo de vivienda y los servicios con que cuenta, el medio en el que se desarrolla el paciente, la dieta, los hábitos higiénicos, hábitos saludables como ejercicio y algunas condiciones especiales como el alcoholismo, tabaquismo y otras toxicomanías.

Padecimiento actual

En este apartado se describe el motivo de consulta tal y como lo explica el paciente y se evalúa el aparato, sistema u órgano que está alterado en su función para tomar decisiones clínicas posteriormente y este es uno de los apartados en los que más se presta atención ya que es primordial para el diagnóstico. En este apartado, el paciente puede dar todos los datos que servirán para el diagnóstico y de no ser así, se buscará intencionadamente con cuestionamientos orientados a recabar la mayor información que sea posible.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

En este apartado se evalúan los síntomas generales que refiera el paciente, recordando que son datos no diagnósticos, pero sí que sirven para orientarlo, ya que los síntomas señalan una subjetividad; se evalúan el sistema nervioso, los sentidos, el sistema respiratorio, el sistema digestivo, el sistema genitourinario, sistema locomotor, hematopoyético, endócrino, piel y tegumentos e incluso, se puede hacer una evaluación del estado psicológico del paciente.

Exploración física

En este apartado se evalúan los signos que nosotros, junto al equipo que contemos para trabajar, tomaremos del paciente, ayudándonos de instrumental y buenas técnicas para una evaluación más precisa e integral de nuestro paciente.

Estudios de laboratorio

Son orientativos si se hace una buena exploración al paciente, ya que de nada servirán si se llegan a obviar algunos datos, por lo que estos pueden confirmar nuestra sospecha diagnóstica o refutar lo antes pensado.

Diagnóstico

Todo el documento tiene como propósito llegar a este punto, ya que dependiendo si se hizo una buena historia clínica y un buen interrogatorio, se podrá brindar un correcto diagnóstico al paciente.

Pronóstico

Es una esperanza de vida que se da al paciente dependiendo de la progresión de la patología que presenta o la esperanza de curación, además de la esperanza de la recuperación y la función.

Indicación o plan terapéutico

Es el plan que se tendrá que usar para este paciente y que incluye la terapéutica farmacológica ideal que se usará y la cual deberá contener todas las indicaciones claras y la terapéutica física que coadyuve a la mejora del paciente.

Nota de evolución

Es la atención dada al paciente y el desarrollo que ha tenido la enfermedad y esto sirve para otros profesionales de la salud a ayudar con la terapéutica y tener en nuestro paciente, mejores expectativas para su curación o evaluar la progresión del daño.

Nombre y firma del médico

Para hacer de este, un documento legal, debe contener estos datos que puedan en un proceso legal, amparar al médico tratante en todo momento.