



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**5° Semestre**

**Grupo "B"**

## **MEDICINA INTERNA**

**12 DE SEPTIEMBRE DEL 2020**

**DR. URIEL ALEJANDRO GUILLÉN MORALES**

**RESUMEN: HISTORIA CLÍNICA**

**Presenta:**

- Medellín Guillén Adolfo Bryan**

## **Ficha de identificación**

Este apartado se dedica a recopilar datos propios del paciente, como nombre, género, edad, residencia, fecha de nacimiento, entre otros y recaba información que puede ser de manera directa o indirecta y que sirven para identificar y evaluar algunas situaciones del paciente que puedan en algún momento ayudar a orientar el diagnóstico.

## **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**

Aquí se puntualizan los datos del paciente sobre algunos padecimientos previos que puedan tener repercusión sobre el padecimiento actual y sirve también para hacer algunas consideraciones sobre los procedimientos y la terapéutica a tomar en la patología de este; intencionadamente se cuestiona al paciente sobre enfermedades infectocontagiosas, crónicas degenerativas, traumas, alergias, quirúrgicas, hospitalizaciones y transfusiones.

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.

Se buscará también en los pacientes y dependiendo del motivo de consulta datos de inicio de vida sexual, métodos de planificación familiar, orientación sexual y conductas

sexuales de riesgo, así como en las mujeres se buscarán datos de menarca, telarca, gestas, embarazos recientes, abortos, ritmo menstrual, etc.

### **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 propedéutica 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.

Se explorarán signos específicos de cada parte del cuerpo, y se hará en un sentido ordenado, de manera cefalocaudal, empezando obviamente por la cabeza, buscando todo lo que pueda servir para orientar el diagnóstico de nuestro paciente. Seguiremos la exploración con el cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales. Cabe mencionar que se evaluará cada estructura de manera minuciosa, ya que todo dato puede servir y no debe obviarse nada.

## **Estudios de laboratorio**

Este tipo de estudios pueden ayudar mucho al diagnóstico si se hizo una buena historia clínica hasta el momento, ya que pueden ser altamente indicativos si se sabe con qué se está uno enfrentando, por lo que es primordial hacer una buena exploración física y un buen interrogatorio para poder tener un mejor resultado y estos estudios puedan ayudar a confirmar nuestras sospechas diagnósticas o revocar lo que hasta el momento teníamos pensado que adolece al paciente.

## **Diagnóstico**

Toda la historia clínica tiene su desembocadura en este apartado, ya que, si se trabajó bien hasta este punto, el resultado se verá reflejado en un buen diagnóstico y que ayudará a orientar de manera adecuada una terapéutica y a hacer un pronóstico de la salud del paciente.

## **Pronóstico**

En este apartado se indica, dependiendo del juicio del médico tratante y a su experiencia una esperanza para la curación, para la vida y para la función que va a estar condicionado por la enfermedad y la progresión que esta tenga, además de otras comorbilidades que puedan agravar las esperanzas del paciente.

### **Indicación o plan terapéutico**

Todo lo antes realizado sirve para brindar al paciente opciones para mejorar los síntomas y/o curar la enfermedad, por lo que, en este apartado, se brinda un plan para llevar a cabo lo antes mencionado.

### **Nota de evolución**

Se describe 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**

Debe contener los datos del médico que evaluó al paciente y que hizo la historia clínica y sirven como garantía del documento como un documento de carácter legal.