



Por: Diego Armando Hernández Gómez

5 semestre grupo B

Comitán de Domínguez, Chiapas, México a 29 de agosto del 2020

HISTORIA CLINICA

Estructura de la historia clínica.

a. Interrogatorio o anamnesis (directa, indirecta o mixta).

-Ficha de identificación:

Nombre, género, edad, lugar de origen, fecha de nacimiento, estado civil, ocupación actual, religión, escolaridad, domicilio actual completo, familiar responsable. Tipo de interrogatorio que puede ser directo o indirecto, Fecha de elaboración de la historia clínica.

-Antecedentes Hereditarios y familiares

En este apartado puede describirse cualquier padecimiento de los familiares de línea directa del paciente (abuelos, padres, hermanos, tíos y primos sanguíneos no políticos. Neoplasia, enfermedades endocrino metabólicas, enfermedades crónicas degenerativas como Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, tuberculosis, VIH, cardiopatías, hematológicas, alérgicas, hepatitis, etc.

-Antecedentes Personales Patológicos: por orden cronológico

Enfermedad Infecta contagiosa: Exantemáticas como varicela, rubeola, sarampión, escarlatina, exantema súbito, enfermedad mano pie boca, Parasitarias: amibiasis, giardiasis, cisticercosis, taeniasis, uncinarias etc.

Enfermedad Crónica degenerativa: Ejemplos comunes de estas son obesidad, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial.

Traumatológicos: Articulares, esguinces, luxaciones y fracturas óseas, cualquier agresión que sufre el organismo a consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos, pueden ser: articulares como los esguinces las luxaciones; óseos como las fracturas: de cráneo, cara o columna

Alérgicos: Medicamentos, alimentos, etc.

Quirúrgicos: Tipo de operación, Fecha, presencia o no de complicaciones, resultados.

Hospitalizaciones previas: preguntar al paciente la fecha y motivo de su ingreso, si se resolvió su problema o sufrió recaídas.

Transfusiones: especificar fecha, tipo de componente, cantidad, motivo y si se presentó alguna reacción adversa.

Toxicomanías o alcoholismo; fecha de inicio, hábito de consumo, si ya lo ha dejado, cuánto tiempo lleva sin consumirlo.

-Antecedentes Andrológicos y gineco-obstetricos.

Generales: Inicio de vida sexual, método de planificación familiar, orientación sexual, si sostiene relaciones sexuales de alto riesgo, alteraciones de la libido, si ha padecido enfermedades de transmisión sexual, generalizando ambos sexos.

Andrológicos específicos: priapismo, alteraciones de la erección y/o eyaculación, secreción uretral, dolor testicular, alteraciones escrotales, enfermedades de transmisión sexual.

Ginecoobstetricos específicos: Menarca, Telarca, Pubarca, Gestas, Partos Cesáreas, Abortos, Dismenorreas.

-Antecedentes personales no patológicos:

Vivienda: (Tipo urbano o rural, clase de servicio; agua, luz, drenaje, número de dormitorios y cuántas personas habitan)

Hábitos higiénico – dietéticos Higiene: baño y cambio de ropa, cepillado dental, lavado de manos (frecuencia y en que situaciones).

Dieta: Cuántas comidas realiza al día, respeta horarios, contenido de carbohidratos, grasas, proteínas, fibra.

Zoonosis: convivencia con pitacos, caninos, felinos y/o animales de granja.

Alcoholismo, tabaquismo u otras toxicomanías (en caso de nunca haberlos consumido se escribirán en este apartado como interrogados y negativo).

Es importante enfatizar, que a pesar de no presentar alguno de los padecimientos deberá sustentar por escrito que se interrogó y fue negativo.

-Padecimiento actual.

El motivo de consulta o internación es la carátula médica de la historia clínica y debe tener como finalidad dar en pocas palabras, una orientación hacia el aparto o sistema afectado y la evolutividad del padecimiento. Para ésta se deben consignar los signos y síntomas y su cronología.

En este apartado podemos realizarlo de dos maneras, libre tribuna (permitir que el paciente diga todo lo relacionado a su padecimiento actual, o Dirigido (realizar las preguntas del padecimiento que inferimos presenta nuestro paciente).

-Interrogatorio por aparatos y sistemas

En este inciso se interroga al paciente por cada uno de sus sistemas, con la finalidad de hacer un diagnóstico integral y no dejar pasar algún otro padecimiento o complicación, para poder otorgar atención o referencia oportuna.

Si se descubre un síntoma, realizar semiología completa de cada uno y redactarlo o anotarlo en el apartado apropiado.

- **Signos y síntomas generales:** Fiebre, cefalea, astenia, adinamia y anorexia.

- **Aparato cardiovascular:** disnea, dolor precordial, palpitaciones, síncope, lipotimia, edema, cianosis, acúfenos, fosfenos.

- **Aparato respiratorio:** Rinorrea, rinolalia, tos, expectoración, disnea, dolor torácico, epistaxis, disfonía, hemoptisis, vómica, sibilancias audibles a distancia.

- **Aparato digestivo:** trastornos de la deglución, de la digestión, de la defecación, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, constipación, ictericia, rumiación, regurgitación, pirosis, aerofagia, eructos, meteorismos, distensión abdominal, flatulencia, hematemesis, características de las heces fecales, diarrea, estreñimiento, acolia, hipocolia, melena, rectorragia, lentería, pujo, tenesmo y prurito anal .

- **Sistema Nefrourológico:** dolor renoureteral, hematuria, piuria, coluria, oliguria, tenesmo, control de esfínteres, cólico renal, edema, trastornos en el volumen urinario, nictámero, urgencia, características del chorro urinario.

- **Sistema endocrino y metabolismo:** intolerancia al calor o al frío, pérdida o aumento de peso, alteraciones del color de la piel, vello corporal, distribución de la grasa corporal, astenia o adinamia, alteraciones del volumen urinario, amenorreas, ginecomastia, galactorrea, alteraciones de la libido, espasmos o calambres musculares.

- **Sistema hematopoyético:** palidez, rubicundez, adenomegalias, hemorragias, fiebre, fatigabilidad, equimosis, petequias y adenomegalias.

- **Sistema nervioso:** cefalalgia, pérdida de conocimiento, mareos vértigo y trastornos del equilibrio, movimientos anormales involuntarios, debilidad muscular, convulsiones, trastornos de la visión, dolor hormigueo y adormecimiento, trastornos del sueño.

- **Sistema musculo esquelético:** mialgias, dolor óseo, artralgias, alteraciones en la marcha, hipotonía, disminución del volumen muscular, limitación de movimientos y deformidades

- **Piel y tegumentos:** coloración, pigmentación, prurito, características del pelo, uñas, lesiones (primarias y secundarias), hiperhidrosis y xerodermia

- **Órganos de los sentidos:** alteraciones de la visión, de la audición, del olfato, del gusto y del tacto (hipo, hiper o disfunción). Mareo y sensación de líquido en el oído.

- **Esfera psíquica;** Tristeza, euforia, alteraciones del sueño, terrores nocturnos, ideaciones, miedo exagerado a situaciones comunes, irritabilidad, apatía.

-Terapéutica empleada y estudios de laboratorio y gabinete.

Se debe reportar el tratamiento aplicado previamente a la fecha en que se realiza la historia clínica, especificando el tiempo que permaneció bajo ese tratamiento y la respuesta al mismo.

Además es necesario registrar los estudios de laboratorio y de gabinete que se le han realizado al paciente y los resultados obtenidos en dichos estudios.

b) Exploración física.

- Signos vitales

- Somatometría

REFERENCIAS

1. SEMIOLOGÍA MÉDICA. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Argente, Horacio A. & Álvarez, Marcelo E. Editorial Panamericana. 1ª Edición.

2. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRURGICOS PARA EL MÉDICO GENERAL. Tapia Jurado, Jesús. Editorial Alfil. 1ª Edición.

3. SINTOMAS Y SIGNOS CARDINALES DE LAS ENFERMEDADES. Jinich, Horacio & Cols. Editorial manual moderno. 6ª edición.

4. NOM-024-SSA3-2012 del expediente clínico