



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LICENCIATURA MEDICINA HUMANA

Nombre: Arieni Darinka Pérez Álvarez

Docente: Dra. Miguel Basilio Robledo

Tema: súper nota

Grado: 4to semestre

Tapachula de Ordoñez a 17 de marzo del 2023

Amnanesis

La anamnesis es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

Tradicionalmente la información subjetiva se organiza bajo el siguiente cuadro de categorías: Informante, Datos de identificación, Historia de la enfermedad actual, Antecedentes personales, Antecedentes familiares, Historia psicosocial e Interrogatorio por sistemas.

Un planteamiento de Bates, que resulta muy importante, es que algunos pacientes pueden no necesitar una evaluación completa o no se dispone de tiempo para hacerla. Bajo estas circunstancias se indica la obtención de los datos de identificación personal y de una historia corta y apropiada para una atención limitada. Sin embargo, se ha de permanecer alerta sobre otros posibles aspectos que se han de inquirir.

Preparación. Antes de atender al paciente se ha de preparar el ambiente para la entrevista. El uso de un lugar y de una vestimenta adecuada, junto con la revisión breve en el registro médico de los datos sobre la identificación, el diagnóstico y el tratamiento, evita una interacción torpe y revela el interés, la cortesía y el deseo de ser útil.

Recepción. Al hacer contacto con el paciente la entrevista se debe iniciar con el saludo cordial y personalizado. Esto implica el uso apropiado de los nombres del paciente y no de términos despersonalizadores como "abuela" o "mamá". Además, ayuda a que el entrevistador se introduzca con su nombre y explique el papel que desempeñará en caso de existir alguna ambigüedad.

En la conducción posterior de la entrevista es importante vigilar el confort del paciente, inquirir sobre cómo se siente, orientarle sobre las condiciones creadas para su comodidad y considerar si el momento es conveniente para la asistencia.

Para realizar la comprensión sobre los intereses del entrevistado y poder satisfacerlos, de forma directa o indirecta, se ha de prestar atención y

dar respuesta a 3 aspectos: La causa de la visita, ¿Cuáles son sus preocupaciones? y Las causas de sus preocupaciones.

También hay que distinguir entre las percepciones del paciente y las que las demás personas de su entorno (por ejemplo, familia y personal médico) consideran relevantes.

Habitualmente se comienza con preguntas abiertas y generales para facilitar la narrativa libre sobre el problema más relevante. Después de la respuesta se vuelve a incentivar este tipo de narrativa, incluso múltiples veces, para amplificar el problema o inquirir sobre otro problema que se presente.

Al inicio, aunque el paciente participa espontáneamente, la función del entrevistador no es pasiva. Se ha de escuchar atentamente, buscar pistas sobre síntomas, emociones, hechos o relaciones importantes y luego proceder a efectuar las preguntas dirigidas.

En la Historia psicosocial usualmente se comienza con preguntas abiertas y luego se realizan preguntas más directas cuando se requiere la especificación de ciertos aspectos. por ejemplo, sexualidad, imagen corporal.

Frecuentemente en la anamnesis existe una primera fase donde el entrevistador se orienta para proceder al examen físico de cada área y poder aclarar, descartar o confirmar las impresiones provocadas por la historia,

Historia clínica

Datos de identificación. Incluye como mínimo el nombre y los apellidos, la edad, el sexo y la dirección del paciente. Adicionalmente esta sección puede comprender el color de la piel, el lugar de nacimiento, el estado conyugal, la escolaridad, la ocupación, etcétera.

Antecedentes heredofamiliares. Se toma datos sobre sus padres, hermanos, hijos, si se presentan vivos, con alguna enfermedad el motivo o fallecimiento también porque motivo.

Antecedentes personales no patológicos. Si consume alcohol, tabaquismo, drogas, saber cuántas veces al día a la semana lo consume, su tipo de vivienda, la higiene, inmunizaciones y alimentación.

Antecedentes personales patológicos. Saber si tubo enfermedades de la infancia, cirugías, lesiones, saber también su primera menstruación, ciclo menstrual, menopausia, abortos.

Motivo de consulta. Consiste en una o varias frases referentes a la queja, molestia, dolencia o razón principal que hace acudir al paciente a solicitar atención médica. En lo posible al obtener el motivo de consulta se han de considerar las propias palabras del paciente sobre la dolencia principal y a su vez se debe evitar o aclarar la jerga y las ambigüedades.

Posteriormente viene lo que es examen por sistemas. Que se hacen preguntas del sistema sensorial, aparato cardiovascular, aparato urinario, aparato hematológico, sistema osteomuscular, y sistema nervioso.

Examen físico. Estado de conciencia, ubicación adecuada, posición, sentado, parado o acostado, marcha, normal, parkinsoniana, atáxica etc, facies, si llega triste, molesto, alegre, y los signos vitales, FC, FR, PA.

Impresión diagnóstica.

Bibliografía. <https://www.fisioterapia-online.com/glosario/anamnesis-o-parte-de-la-historia-clinica>.