

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:

Medicina basada en evidencias

Dra. Alfonso Maldonado Yaneth Del Rocio

Presenta:

Polet Viridiana Cruz Aguilar

Marzo del 2023

Comitán de Domínguez, Chiapas



Nota de evolución

Subjetivos (S): Se registra como se siente el paciente según de lo que capta que o de lo que el doctor dice. Se obtiene observando y analizando como se comporta el paciente, escuchando como explica sus síntomas y mediante a las preguntas que hace el médico durante la visita. El paciente refiere desde la noche tranquila, sin náuseas, ni vómito, atelektal con estertoros.

Objetivo (O): Registrar datos como los signos vitales, los resultados de la exploración física, de las pruebas diagnósticas entre otras. Ej: Signos vitales y exploración física - Paciente en buen estado general, con físi y mucosa normoconcoloradas e hidratadas orientado en las 3 esferas con signos vitales (estables - regulares).

Analysis (A): A partir de los datos subjetivos y objetivos se pueden diagnosticar al paciente, pudiendo discutir las relaciones existentes entre lo, se, y si, y si, enumerando en orden de importancia y interrelaciones por hacer y por que.

Plan (P): Se debe de establecer un plan de tratamiento a seguir en el paciente (Prescripción de medicamentos, procedimientos, cirugía).

Requisitos mínimos del expediente clínico

El expediente clínico al conjunto único de información y datos personales de un paciente

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento, nombre de institución
- Razón y denominación social del propietario
- Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente
- Motivo de ingreso
- Diagnóstico: cada dx debe ser sustentado en antecedentes, exploración física y datos clínicos
 - Dx motivo de ingreso: incluir estado actual y condición clínica
 - Dx de enf. principal y tray.

Historia clínica

1. Ficha de identificación

- Nombre
- Edad
- Sexo
- Prácticas
- Fecha y hora de que se elabora
- Estado civil
- Religión
- Ocupación
- Lugar de nacimiento y residencia
- Ocupación

2. Motivo de consulta

3. Antecedentes

- 1. Heredo familiares
- 2. Personales no patológicos
- 3. Gineco-obstétricos
- 4. Personales patológicos

4. Padecimiento actual

5. Interrogatorio por aparatos y sistemas

- Signos generales
- Digestivo
- Tracto respiratorio
- Cardiovascular
- Respiratorio
- Renal
- Urinario
- Hematológico
- Endocrino
- Psiquiátrico

6. Exploración física

- Signos vitales
- Inspección general
- Tórax cardíaco
- Genital
- T/A
- FR
- Temp
- Talla
- Peso
- Cabeza y cara
- Oídos
- Glándula mamaria
- Tacto rectal
- TMC
- Ojos
- Cuello
- Abdomen
- Nervios
- Boca
- Pulmones y Tórax
- Femenino
- Neurologico
- Recto

7. Laboratorio / Imagen

8. Dx

9. Plan terapéutico

10. Nombre, apellido y cédula.

GASTO CARDIACO

USG: La ecografía se realiza entre 11-14 semanas.

1er ultrasonido: 1er trimestre. Se realiza entre la semana 10 y 14. Búsqueda general transvaginal y busca determinar forma, localización y tamaño de la vesícula gestacional, asentamiento placentario, así como el tamaño del cambio a través de longitud cefalo-caudal. También se puede determinar por la presencia de la translucencia nucal, marcador indicativo de presencia de posibles anomalías cromosómicas, fetos y embarazos múltiples.

2do USG: En el 2do trimestre. Se lleva a cabo entre la semana 16 y 18. Se realiza por vía abdominal. Su función es la de fetal temprano y completo que permita asegurar a bienestar fetal, así como descartar anomalías estructurales del bebé (Trisomías).

3er USG: Durante el 3er trimestre, se practica entre las semanas 32 y 36, permite valor el crecimiento fetal, talla, peso aproximado y posibles malformaciones tardías y líquido amniótico, PCT.

¿Que estudios se hace?

- Biotría completa: Da problemas de salud, como anemia, trastornos de coagulación, infecciones.
- Grupo sanguíneo y Rh: Grupo sanguíneo (A, B, O).
- Rubéola: Si la mujer contracta en el embarazo, el bebé puede estar en riesgo al nacer.
- Hepatitis B = B y C = Virus que transmite al bebé.

Investigación control
tests y chequeo
y estudios que se hacen
semanas

¿Que es el clap?
- Parto de cesárea
- Bolsa de leche

07/03/23 SMART BOOK

Producto de la gesta 3 obtenido de vía abdominal secundaria a elección, a la 39 SGA, quien respiró y lloró al nacer con un peso 3100 grs, talla 53 cm, madre refiere control prenatal 5 ocasiones con consumo de ácido fólico, calcio, citación de TT en 2 ocasiones, influenza, embarazo, se realiza tamizaje metabólico el cual se encuentra pendiente resultado en 7 días, mientras el tamizaje auditivo no se ha realizado, se le aplicó las vacunas de BCG y hepatitis.

A la exploración física se encuentra a la recién nacida, con estado de alerta, llanto vigoroso, coloración rosada suave y enrojecida al llanto sin evidencia de dificultad respiratoria. Con presencia de movimientos incontrolados con apertura y cierre de las manos de forma espontánea y sin propósito, giro de la cabeza y succión bajo control consciente, con expulsión de meconio. Signos vitales FR 50 rpm, FC 140 lpm, temp. 36.9°C, SaPO₂ 98%.

A la exploración cefalo-caudal y a la palpación de la fontanela anterior < 2.5 y posterior < 0.5, normocéfalo, facies normales, implantación de orgán normal, narinas permeables, boca simétrica, mucosas hidratadas, frenillo sublingual presente, cuello cilíndrico, con flexibilidad, sin adenomegalias, tórax simétrico, sin ruidos cardíacos anormales, columna vertebral rígida, sin alguna desviación, extremidades íntegras, signo de Barlow y Ortolani negativa, genitales femeninas.

De exploración / amplexación

SMART BOOK

sin presencia de tumoración y se observan labios inferiores infundidos, y menbrs normales sin alguna alteración, ano permeable.