



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Itzel Balbuena Rodríguez.

Nombre del tema: Términos de consulta médica.

Nombre de la Materia: Fisiopatología.

Nombre del profesor: Guillermo Villareal del Solar.

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.

Parcial: 2do.

Semestre: 2º



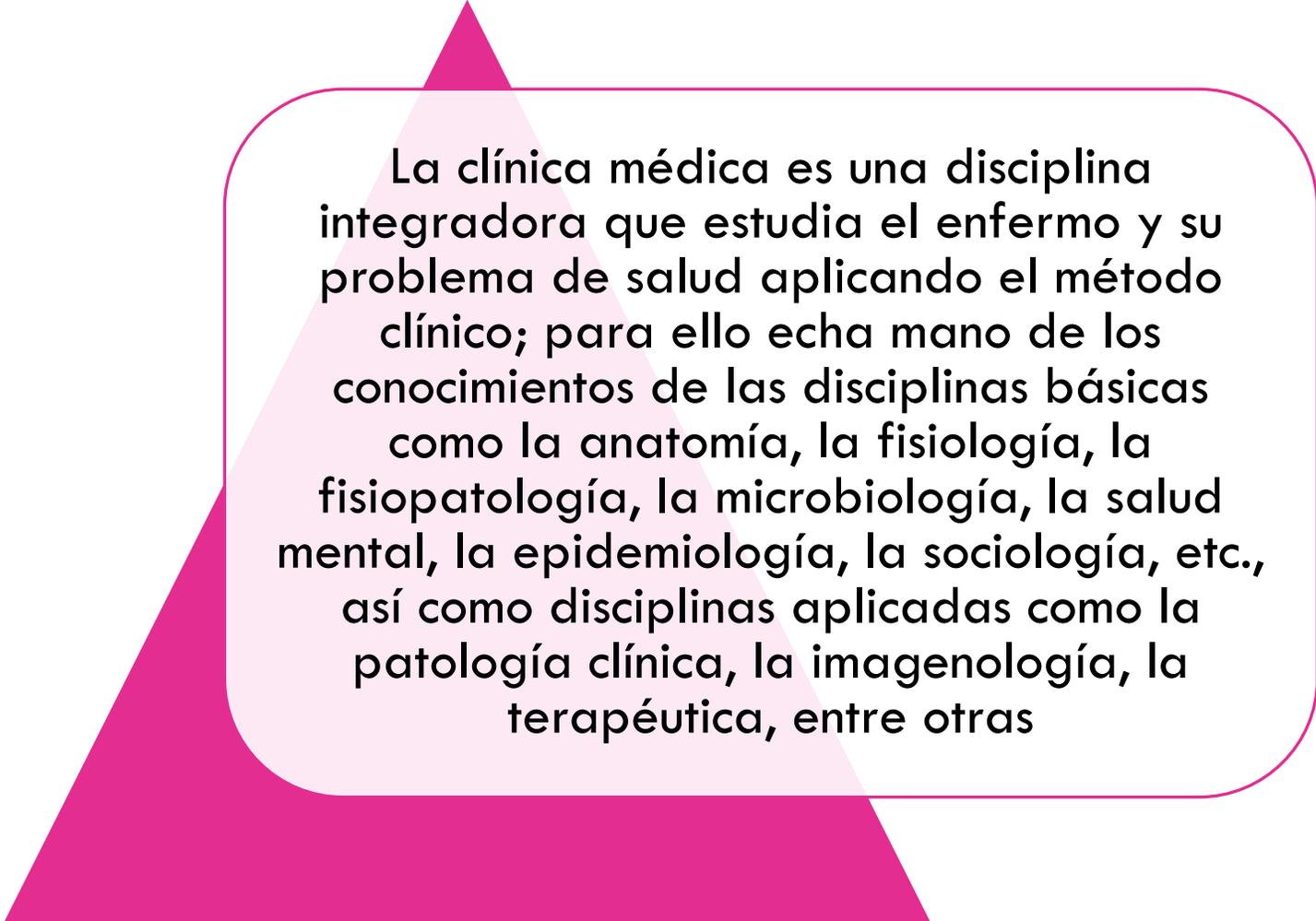
@BIDgente

TÉRMINOS DE MOTIVOS DE CONSULTA MÉDICA.

21/04/2024

INTRODUCCIÓN

SE HABLA SOBRE LOS ASPECTOS QUE HAY EN UNA CONSULTA MÉDICA Y COMO ESTOS SE MANEJAN ESTANDO CON EL PACIENTE, ADEMÁS DE LA IMPORTANCIA DE CADA UNO DE ELLOS, TAL COMO LO ES LA ANAMNESIS, EXPLORACIÓN FÍSICA, DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO ESTABLECIDO DE LA ENFERMEDAD QUE PRESENTA.



La clínica médica es una disciplina integradora que estudia el enfermo y su problema de salud aplicando el método clínico; para ello echa mano de los conocimientos de las disciplinas básicas como la anatomía, la fisiología, la fisiopatología, la microbiología, la salud mental, la epidemiología, la sociología, etc., así como disciplinas aplicadas como la patología clínica, la imagenología, la terapéutica, entre otras

En este sentido, las principales funciones de la clínica médica son:

- La relación médico paciente, mediante la cual se logra una comunicación empática;
- La entrevista clínica, mediante la cual se obtienen los síntomas y los factores de riesgo relacionados con el padecimiento;
- La exploración física, mediante la cual se obtienen los signos de padecimiento;
- La solicitud e interpretación de estudios paraclínicos para identificar signos complementarios;
- La integración del diagnóstico al identificar el problema de salud del enfermo;
- La aplicación de un plan terapéutico para solucionar el problema de salud del enfermo, y
- La redacción del expediente clínico para dejar constancia del proceso de atención médica

DEFINICIONES

Atención médica.

Se denomina así, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Cartas de consentimiento informado.

Son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Diagnóstico.

La palabra diagnóstico proviene del griego día: a través de y gnosis: conocimiento o Identificación.

El diagnóstico se define, como el conocimiento de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que ha causado el agente morbo al organismo y se basa en identificar los síntomas funcionales y los signos clínicos.



Se identifica la enfermedad para indicar su tratamiento y su pronóstico . El diagnóstico cumple con varias funciones:



- Taxonómica. Coloca al enfermo en cierta situación, tomando en cuenta las características que comparte con otros enfermos.



- Explicativa. Permite razonar y entender que le sucede al paciente y a su organismo.



- Referencial o denotativa. Origina la comunicación entre pares, que saben a lo que se refiere indicar un diagnóstico nosológico. Permite instituir un tratamiento.

DIAGNÓSTICO	CARACTERÍSTICAS
Sintomático	Síntomas
Signológico	Signos
Sindromático	Síntomas, signos, explicación fisiopatológica y etiología
Etiológico	Causa específica que lo origina
Patogénico	Mecanismos que originan la enfermedad
Nosológico	Etiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento
Integral	Contexto socioeconómico y cultural
Anatomopatológico	Localización anatómica del proceso patológico

Cuadro 1-1. Cuadro diferencial de los diversos diagnósticos.

Expediente clínico.

“Es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológico, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente con apego a las disposiciones jurídicas aplicables” (1,7).

Historia clínica.

Se define a la historia clínica como un **“documento médico legal, cuyo objetivo es identificar el diagnóstico y el pronóstico, instituir el tratamiento adecuado, disminuir las secuelas, evitar la transmisión de las enfermedades y formar las bases de la patología”** (6).

Interrogatorio.

A través del interrogatorio, el médico entabla un diálogo con el entrevistado (puede ser el paciente o alguien emparentado con el mismo), solicitando la información que se integrará en la historia clínica. El interrogatorio se realiza a través de una serie de preguntas que tienen un orden lógico, ordenado y completo.

Método clínico. El método clínico, es el sistema de procedimientos dirigidos al diagnóstico médico, individual y se deriva del método científico

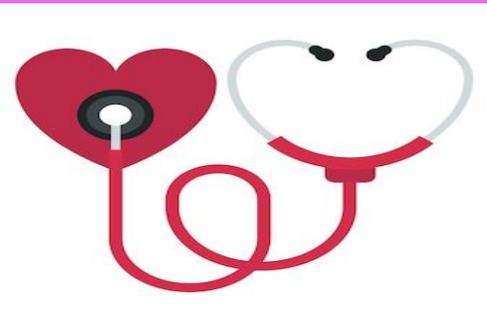


FUNCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA.



La función principal de la historia clínica es la clínico-asistencial. Otras funciones que tiene la historia clínica son las siguientes (cuadro 2-1):

- Función docente. La historia clínica es un documento de enseñanza clínica, de gran apoyo académico para el proceso enseñanza-aprendizaje.



Juega un papel fundamental la figura del médico-docente, que enseña a los alumnos la importancia de tener un acercamiento temprano a la clínica médica. Realizando los alumnos la historia clínica de los pacientes, siendo asesorados por el médico-docente, para la obtención de los datos del interrogatorio, la exploración física y la redacción de la historia clínica de una manera correcta.

Investigación clínica y epidemiológica. A través de la historia clínica y de los diagnósticos que en ella se integran, se tiene un perfil epidemiológico de las causas de morbimortalidad más importantes en cada región o país e informa de los factores que influyen para que las diversas patologías se establezcan.

Judicial. El acceso a la historia clínica (es el elemento básico de la investigación) debe estar autorizado con razones fundadas por el juez y todo ello conocido por el médico y el paciente. No solo por reclamos judiciales, sino también en situaciones de incapacidad laboral de diversa índole

Control de calidad. El análisis de la actividad asistencial y la propuesta de mejoras emerge del estudio del grado de cumplimiento de objetivos reflejados en la historia clínica.

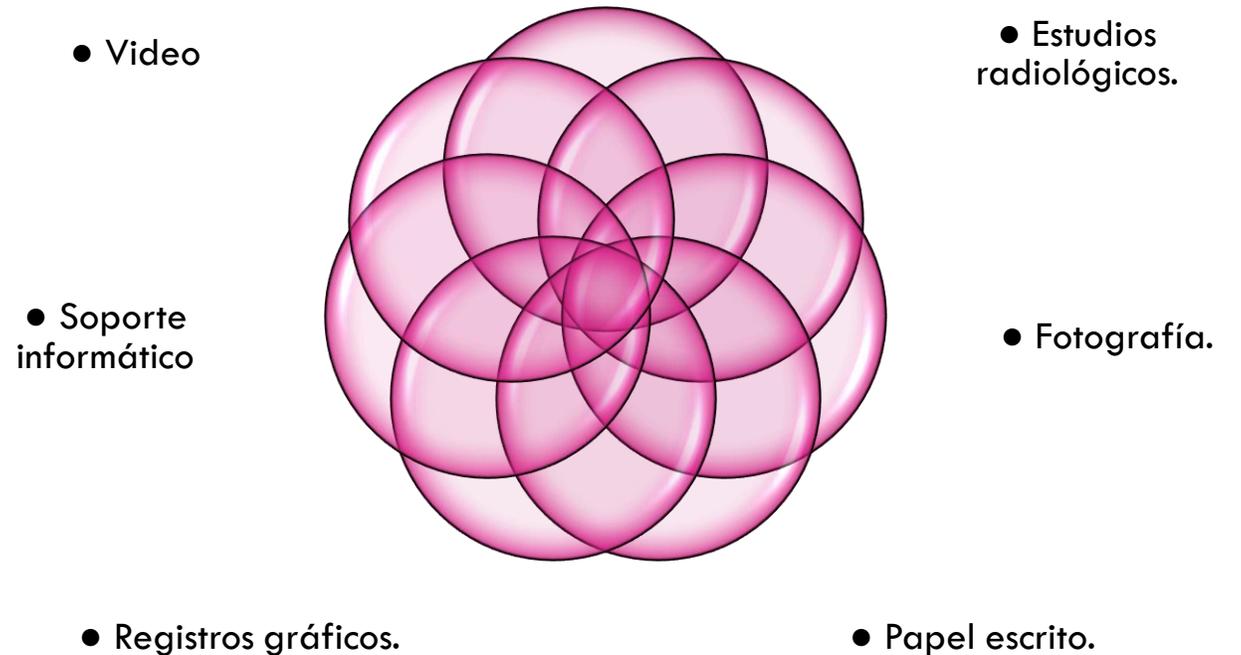
Gestión y administración. La historia clínica es un documento de apoyo para el control de la actividad sanitaria ya que se requiere tener una base de datos con el fin de estudiarlos, analizarlos y obtener conclusiones para la adecuada administración de recursos y planteamiento de planes y objetivos.

FUNCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA
Docente
Investigación clínica y epidemiológica
Judicial
Control de calidad
Gestión y administración

Cuadro 2-1. Funciones de la historia clínica.

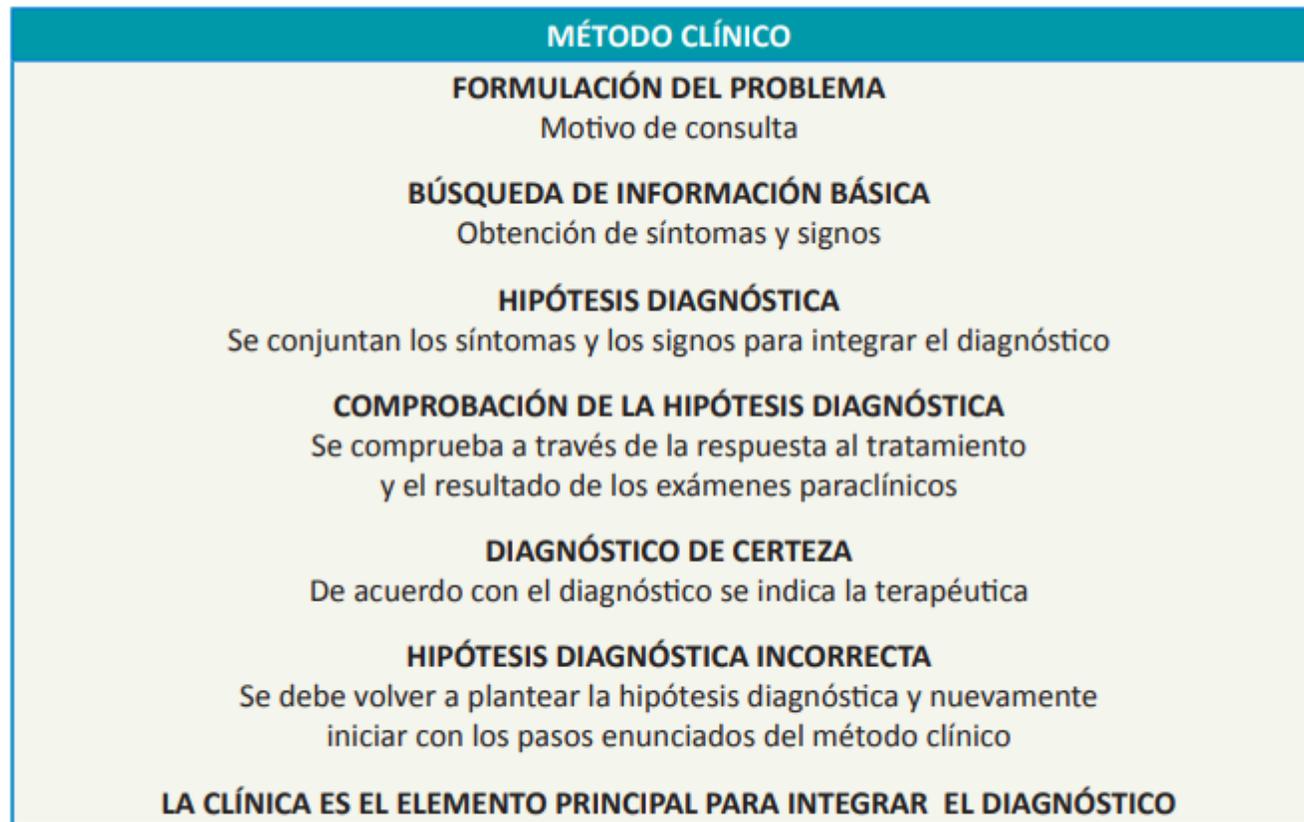
Debe quedar asegurado el anonimato del paciente en el uso de la historia clínica para estos fines, **excepto en los clínico-asistenciales y judiciales.**

Los elementos que conforman el expediente clínico pueden estar físicamente como:



Método clínico. El método clínico se basa en un sistema de procedimientos con pasos lógicamente organizados con el fin de estudiar al paciente para integrar el diagnóstico (cuadro 2-2).

La práctica clínica debe estar basada en el método clínico, los pasos que lo conforman son los siguientes:



Cuadro 2-2. Pasos del método clínico.

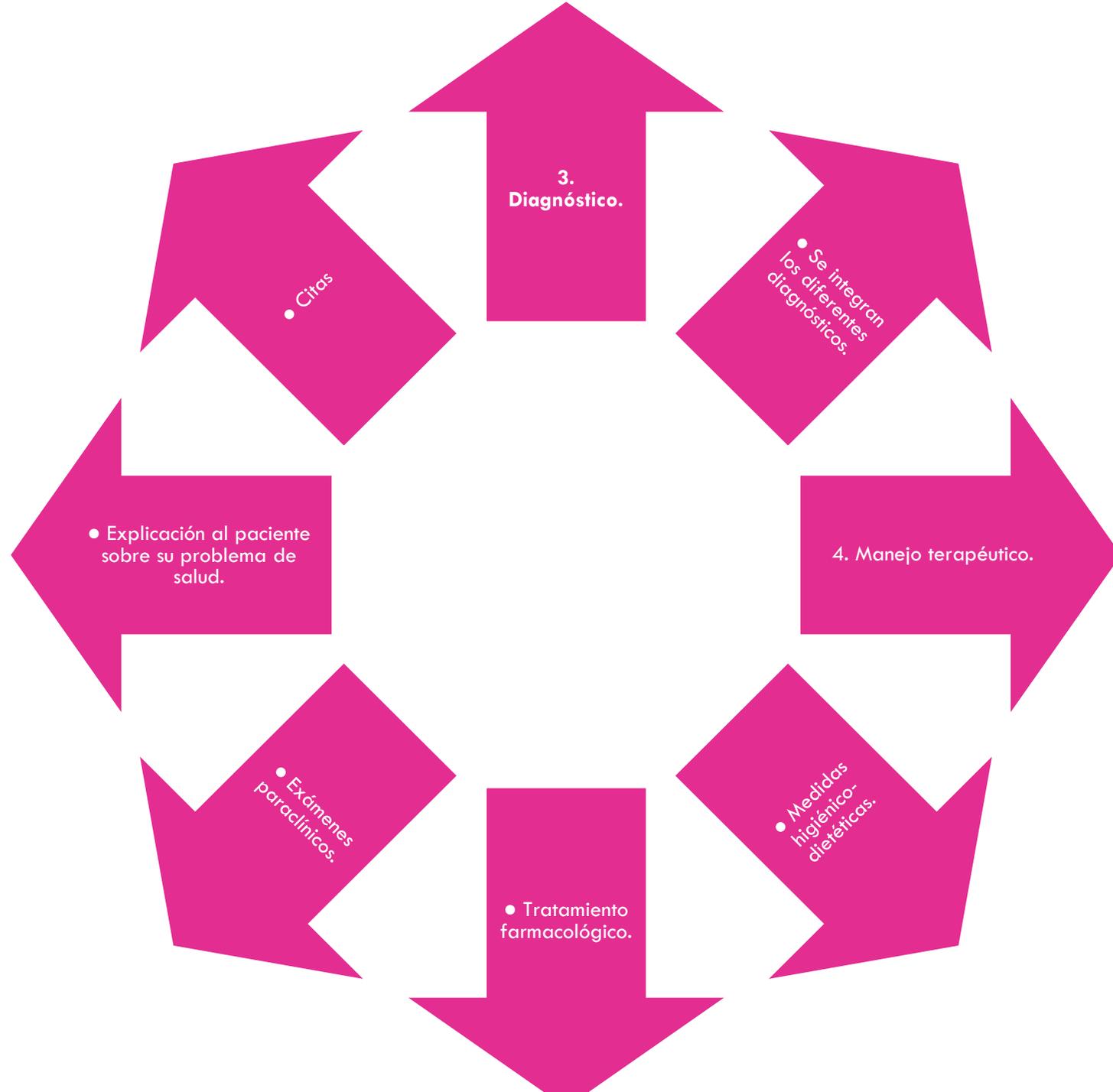
LA METODOLOGÍA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA ESTÁ SUSTENTADA EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA CUAL CONSTA DE LOS SIGUIENTES CAPÍTULOS:

1. Interrogatorio.

- Ficha de identificación.
- Padecimiento actual.
- Antecedentes hereditarios y familiares.
- Antecedentes personales patológicos.
- Antecedentes personales no patológicos.
- Antecedentes clínico-pediátricos.
- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Síntomas generales.
- Diagnósticos previos.
- Exámenes paraclínicos previos

2. Exploración física.

- Inspección general.
- Somatometría.
- Signos vitales.
- Exploración del aparato y/o sistema afectado.

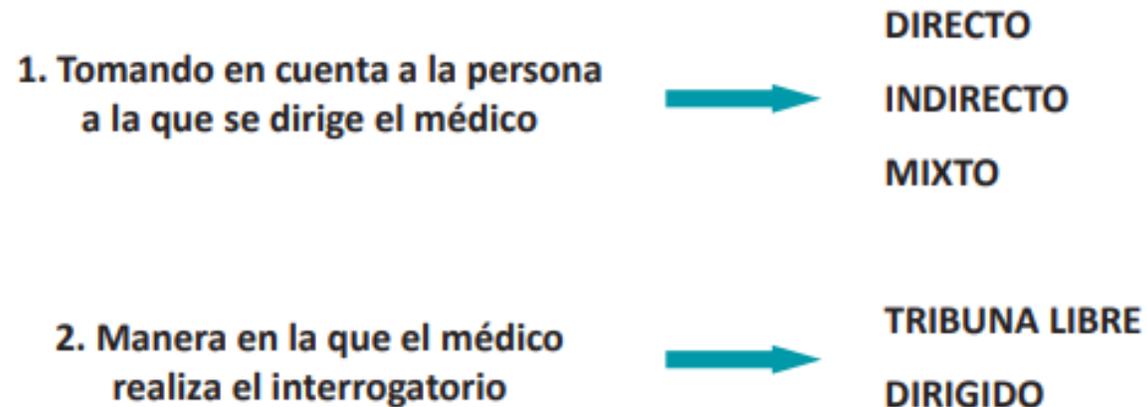


5. Redacción del expediente clínico.

A. INTERROGATORIO. También se denomina anamnesis y su objetivo es realizar diversas preguntas que sirven para integrar el diagnóstico. Las notas de la historia clínica, que se integrarán en el expediente clínico deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras, así como conservarse en buen estado.

Clasificación del interrogatorio.

El interrogatorio se puede clasificar de dos maneras:



Tomando en cuenta a la persona a la que se dirige el médico.

Los tipos de interrogatorio, tomando en cuenta a la persona a la que se dirige el médico son **directo, indirecto y mixto** (7).

Interrogatorio Directo.

Los datos únicamente son aportados por el paciente (figura 2-3) (6,7,11).

Interrogatorio Indirecto.

En este tipo de interrogatorio las preguntas son respondidas en su totalidad por otra persona. Esta situación se puede presentar cuando el paciente está inconsciente, con disminución del estado de vigilia, niños pequeños, pacientes con retraso mental y en todas las situaciones que impidan que el paciente pueda contestar (figura 2-4) (6,7,11).

Interrogatorio Mixto.

En el interrogatorio mixto, intervienen el paciente y alguna otra persona. Como puede ser el caso de un niño o adolescente en el que la madre también aporta datos. Es muy común este tipo de interrogatorio ya que los pacientes acuden a consulta por lo general acompañados de un familiar, quién también responde algunas preguntas (figura 2-5) (7).

Manera en la que el médico realiza el interrogatorio.

Tribuna libre. En esta etapa del interrogatorio el paciente expresa con completa libertad su problema de salud y expone los datos que él considere pertinente comentar.

En la práctica clínica ambos tipos de interrogatorios se combinan y siempre están presente

La manera en que se clasifica el interrogatorio tomando en cuenta como lo realiza el médico es la siguiente:

Interrogatorio dirigido. El médico decide en que forma realizará las preguntas de manera dirigida, al paciente y/o al familiar o persona que acompañe al enfermo.

Relación médico-paciente.

Se define a la relación Médico-Paciente como la “**relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud**” (12).

Es importante como médicos cumplir tres parámetros personales, para propiciar de la mejor manera la relación médico-paciente:

1. Fase coejecutiva.

Saber ponerse en el lugar de la otra persona, sentir que el paciente tiene problemas, no solo de salud, sino también dolor anímico y que acude con el facultativo para que le ayude a resolver su situación. El médico debe ser empático y ponerse **en los zapatos del paciente**.

2. Fase compasiva.

Sentir como él o ella. El médico debe tratar a los pacientes con calidad y calidez en cada consulta que les otorgue.

3. Fase cognoscitiva.

Disponerse a asumir como propios, los éxitos y dificultades. Es un hecho que cuando el paciente evoluciona de manera favorable, como profesionistas nos sentimos satisfechos, y sí el paciente no mejora, también experimentamos preocupación (12).

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

ELEMENTOS QUE INTEGRAN LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN
Nombre
Edad
Sexo
Escolaridad
Ocupación
Lugar de origen
Lugar de residencia
Número telefónico y correo electrónico
Estado civil
Religión
Fecha
Hora
Tipo de interrogatorio
Número de expediente

Ejemplos de redacción de Ficha de identificación.

Ficha de identificación.

Nombre. Flores López Gonzalo.

Edad. 35 años.

Sexo. Masculino.

Escolaridad. Secundaria.

Ocupación. Comerciante.

Lugar de origen. Abasolo, Guanajuato.

Lugar de residencia. Avenida 12, número 56. Colonia Aviación Civil. Ciudad de México.

Alcaldía Venustiano Carranza.

Teléfono. 55 15325720.

Estado civil. Casado.

Religión. Católica.

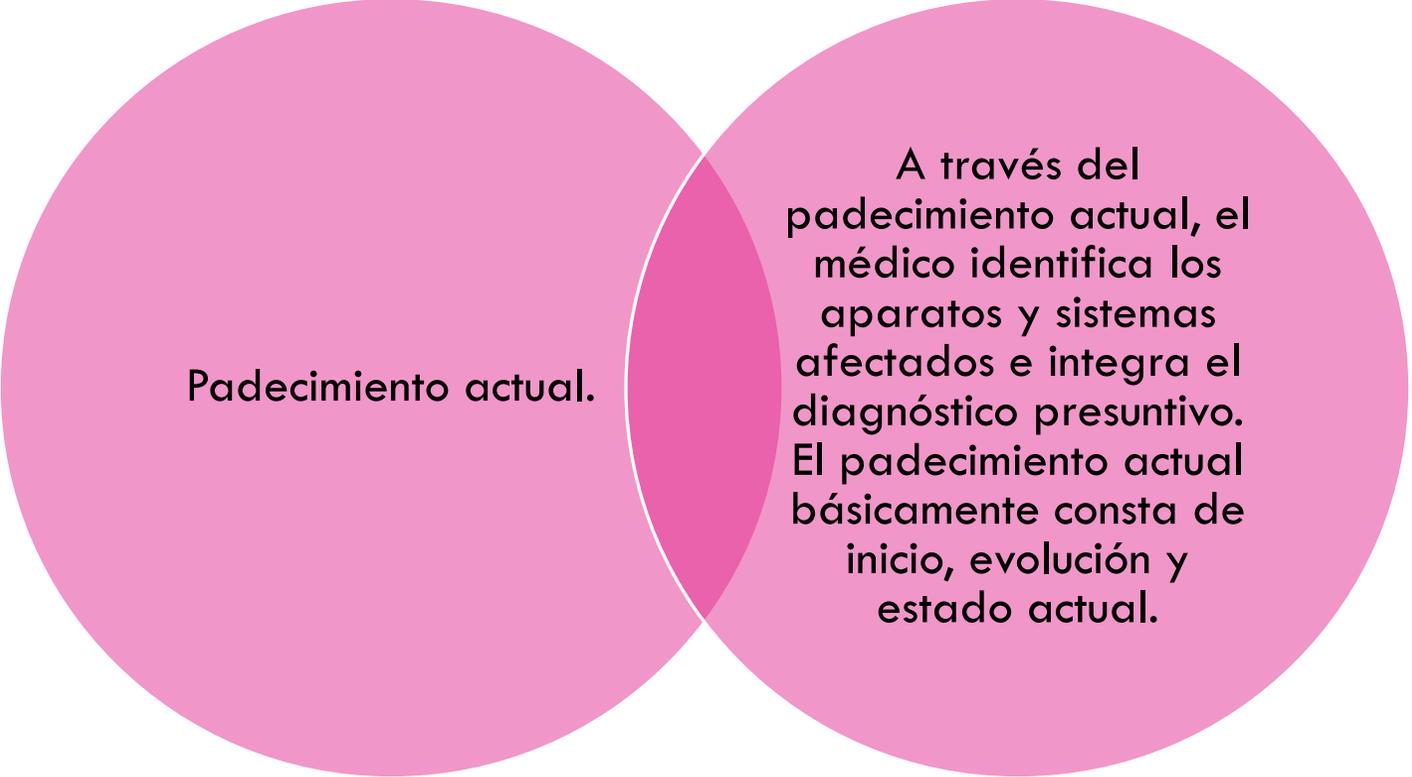
Fecha. 15 de enero de 2019.

Hora. 13:00 horas.

Tipo de interrogatorio. Directo.

Número de expediente. 5726.¹

PADECIMIENTO ACTUAL



Padecimiento actual.

A través del padecimiento actual, el médico identifica los aparatos y sistemas afectados e integra el diagnóstico presuntivo. El padecimiento actual básicamente consta de inicio, evolución y estado actual.

EJEMPLO DE REDACCIÓN DE PADECIMIENTO ACTUAL.

Padecimiento actual.

Paciente femenina de 24 años que acude a consulta por presentar flujo transvaginal desde hace 5 días, cuya causa aparente es el tratamiento prolongado con doxiciclina, blanco-amarillento, de olor desagradable, espeso, abundante y grumoso, acompañado de prurito y dispareunia, la terapéutica empleada fue una ducha vaginal, que agravó la sintomatología, de evolución progresiva, en el momento de la consulta presenta prurito vulvar intenso.

Motivo de consulta. Paciente femenina de 17 años que acude a consulta para la realización de certificado médico.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

Se interrogan las enfermedades, que han tenido o tienen los familiares del paciente, para identificar los riesgos que este tiene de padecerlas.

TRASTORNOS ORGÁNICOS	TRASTORNOS SISTÉMICOS
<ul style="list-style-type: none">• Agenesia• Aplasia• Atresia• Displasia• Hiperplasia• Hipertrofia• Hipoplasia• Hipotrofia	<ul style="list-style-type: none">• Deformaciones• Malformaciones• Disrupciones

TIPOS DE ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

Familiares

Hereditarios

Congénitos

Multifactoriales

Genéticos

Interrogatorio de los antecedentes hereditarios y familiares.

El orden sugerido para realizar el interrogatorio de los **antecedentes hereditarios y familiares** es el siguiente:

- Abuelo paterno.
- Abuela paterna.
- Abuelo materno.
- Abuela materna.
- Padre.
- Madre.
- Hermanos.
- Cónyuge. Se define así a aquellas personas que han contraído matrimonio (18). También se integran en este capítulo a las personas que estén bajo el régimen de unión libre.
- Hijos.
- Familiares cercanos, como tíos, primos y sobrinos (21).

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Se investigan las enfermedades que ha tenido el paciente a lo largo de su vida y los tratamientos que ha recibido. También si existen adicciones, entre las que se incluyen tabaquismo, alcoholismo y drogadicción. El uso crónico de fármacos. Se pregunta el combe. Se interrogan los antecedentes quirúrgicos, alérgicos, traumáticos y transfusionales

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

De manera general, a través de estos antecedentes, se conoce cuál es el estilo de vida del paciente, características de su vivienda, sus condiciones de higiene y de alimentación. En los hábitos de vida, se interroga si realiza ejercicio o es sedentario, relaciones interpersonales adecuadas o conflictivas y esquema de inmunizaciones

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
Habitación
Higiene
Alimentación
Hábitos de vida
Inmunizaciones

Ejemplo de redacción de Inmunizaciones.

- **Inmunizaciones:** Esquema de inmunizaciones completo.

Otro ejemplo de redacción es el siguiente:

- **Inmunizaciones:** La paciente refiere que falta la aplicación del toxoide tetánico.

ANTECEDENTES CLÍNICO-PEDIÁTRICOS

Es un capítulo de la historia clínica, donde se interrogan los antecedentes prenatales, perinatales y postnatales.

Manera de interrogar los antecedentes clínico-pediátricos.

Se interrogan los siguientes apartados:

- Escolaridad y edad de la madre.
- Cual número de gesta es el paciente.

|

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

En este capítulo, se incluyen los antecedentes de mujeres que ya han iniciado su menstruación, se preguntan características de esta y datos de su vida sexual, uso de anticonceptivos, su historia obstétrica y sí se ha realizado el papanicolaou y/o la mastografía.

Se interrogan los siguientes datos:

- Edad de la menarca.
- Ritmo menstrual. Indicar cada cuando se presenta la menstruación y su duración.
- Síndrome de tensión premenstrual. Interrogar cuales son las manifestaciones clínicas que presenta la paciente.
- Eumenorreica o dismenorreica.
- Inicio de vida sexual activa (IVSA).

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS



Se interrogan las manifestaciones clínicas inherentes a cada aparato o sistema.



DIAGNÓSTICOS PREVIOS

Se refiere este capítulo, cuando el paciente ha acudido a consulta con otro médico por presentar las mismas manifestaciones clínicas del padecimiento actual y este le ha referido algún diagnóstico.

TERAPÉUTICA PREVIA.

En este capítulo de la historia clínica se incluye cuando el paciente ha asistido con anterioridad con otro facultativo y le ha instituido un tratamiento

B. EXPLORACIÓN FÍSICA.

CAPÍTULOS DE LA HISTORIA CLÍNICA QUE INTEGRAN LA EXPLORACIÓN FÍSICA

- Inspección general
- Somatometría
 - Peso.
 - Estatura.
 - IMC (índice de masa corporal)
 - ICC (índice cintura-cadera)
 - CC (circunferencia de cintura)
- Signos vitales
 - Temperatura
 - Frecuencia cardíaca
 - Frecuencia respiratoria
 - Tensión arterial
 - Pulso
- Exploración del aparato o sistema afectado

C) DIAGNÓSTICO

La palabra diagnóstico proviene del griego *diá*: a través y *gnóstico*: conocimiento o identificación” ,significa discernir a través del conocimiento, y se obtiene al conjuntar los síntomas, que son manifestaciones clínicas subjetivas, obtenidas a través del interrogatorio y los signos definidos como manifestaciones clínicas objetivas, obtenidas a través de la exploración física.

El diagnóstico sindromático se define como el conjunto sistematizado de síntomas y signos con una misma explicación fisiopatológica y diferente etología.

D) MANEJO TERAPÉUTICO

Consiste en la ejecución de acciones profilácticas, higiénicas y terapéuticas indispensables para solucionar la enfermedad y evitar complicaciones o secuelas.

El tratamiento médico, incluye los siguientes apartados.

- Medidas higiénico-dietéticas.

- Tratamiento farmacológico.

- Exámenes paraclínicos.

- Explicación al paciente de su problema de salud.

- Citas subsecuentes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

<https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/csociales/Semiologia-elect.pdf>

CONCLUSIÓN

En una consulta médica el médico debe de ser muy observable y subjetivo desde mi parecer ya que este dará un amplio espectro de la enfermedad y así mismo el poder tratarla, ayudando a aliviar sus dolencias y quejas molestias del paciente.

Además de que resulta útil el reunir todos estos datos para tenerlo de antecedente y de argumento previo ante cualquier suceso o durante y después de la evolución de la patología.