

HISTORIA CLÍNICA MODELO

CATEDRA DE MEDICINA I – SEMIOLOGIA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UCCuyo (Sede San Luis)

HOSPITAL SAN LUIS

1- REGISTRAR HORA, FECHA Y QUIEN HACE LA HC

2- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellido.

Edad.

Estado Civil.

Sexo.

Fecha de nacimiento.

Ocupación actual y anterior.

Nacionalidad.

Procedencia.

Domicilio actual.

Religión.

Raza.

Numero de documento.

Teléfono de contacto.

Teléfono de un familiar.

3- VERIFICAR EL ESTADO PSICOINTELECTUAL DEL PACIENTE, para saber si la anamnesis directa es válida o fidedigna (aclarar si es anamnesis indirecta)

4- MOTIVO DE CONSULTA

Se consignaran síntomas o signos expresados en lenguaje del paciente, solo se usara lenguaje medico cuando la naturaleza del motivo de consulta esta claramente establecida. En algunos casos, otras demandas del paciente y otros síntomas que surjan en otros momentos del interrogatorio tan solo para después darle orden cronológico en los A.E.A.-.

5- ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL

Se redactara tomando como base el motivo de consulta, a continuación se hará la semiografía completa de todos los síntomas y signos referidos por el paciente, en **orden cronológico**.

Debe constar también la evolución del estado general del paciente anterior a la consulta, sus síntomas y/o internaciones efectuadas, los estudios y tratamientos realizados con anterioridad y sus resultados siempre **referidos al motivo de consulta**.

Continuar la evolución hasta el momento de la consulta.

6- ANAMNESIS SISTÉMICA Y/O ESTADO ACTUAL DE LAS PRINCIPALES FUNCIONES

Incluye los principales síntomas y signos de cada Aparato y Sistema, actuales, recientes o reiterados en el tiempo, estén o no vinculados con la enfermedad actual.

El interrogatorio se hará con el siguiente ordenamiento:

- * Síntomas generales y constitucionales
- * Síntomas de cabeza y cuello
- * Síntomas de ORL y ojos
- * Mamas
- * Síntomas del aparato respiratorio
- * Síntomas del aparato cardiovascular
- * Manifestaciones digestivas
- * Manifestaciones urinarias
- * Manifestaciones ginecológicas
- * Manifestaciones neurológicas
- * Manifestaciones del SOMA
- * Manifestaciones endocrinológicas

Se interrogara sobre todos los síntomas o signos probables, solo se redactaran los positivos y correctamente semiografiados. En algunos casos vale aclarar datos negativos (Por ejemplo: “No presento dolor o no relata fiebre”).

EN ESTADO ACTUAL DE LAS PRINCIPALES FUNCIONES PREGUNTAMOS:

Tiene alguna dificultad para ver, oír, caminar, tragar, orinar, defecar, comer, respirar, mover los miembros, sentir el tacto en la piel, pensar, etc)

Estas son herramientas para indagar sobre la enfermedad que aqueja al paciente y como le afecta organos, sistemas o funciones. En caso de estar relacionadas, se ubicaran en orden en A.E.A.

7- ANTECEDENTES PERSONALES

a) HEREDITARIOS O FAMILIARES

Se consignan familiares directos y otros si tuvieran importancia en cuanto a la herencia genética o diátesis. Edades. Enfermedades y causas de fallecimiento.

b) FISIOLÓGICOS

Condiciones de parto y desarrollo de la primera infancia. Alimentación en la infancia. Alimentación habitual . Escolaridad. Menarca. Ritmo menstrual. Embarazos. Partos. Hijos. Abortos. Vida sexual. Menopausia. Matrimonios y divorcios. Ocupaciones. Lugares de residencia. Actividad deportiva. Sueño. Diuresis. Catarsis.

c) PATOLÓGICOS

Enfermedades de la infancia y sus complicaciones. Enfermedades prolongadas. Internaciones. Cirugías. Traumatismos y accidentes. Otras enfermedades crónicas presentes con signos actuales de actividad o descompensación que no tuvieran relación con el motivo de consulta, ya que si tienen relación con el mismo deben ir incluidas en AEA

d) OTROS ANTECEDENTES

I) EPIDEMIOLOGICOS

Se indagara sobre Chagas; FHA; TBC; SIDA; brucelosis, hidatidosis, hepatitis A y B, toxoplasmosis, ETS, y otra enfermedad endémica del lugar. Debe quedar consignado su positividad o negatividad pero todas ellas deben mencionarse en la redacción.

II) COSMICO AMBIENTALES

Se hará referencia a las condiciones de la vivienda actual del paciente y de su ambiente laboral. Casa: si es de material o de barro, cantidad de habitaciones en relación a los habitantes. Si posee baño o letrina. Si posee agua corriente.

III) TOXICOS

Tabaco, alcohol. Drogas. Medicamentos y otros.

IV) SOCIOECONOMICOS

Tipo de ocupación, tipo de vivienda, barrio, ingreso mensual, nivel educacional, aspecto personal. Todos son indicadores a tener en cuenta para determinar el nivel socioeconómico que se consignara como satisface o no satisface sus necesidades básicas.

V) INMUNOALERGICOS Vacunas, alergias, intolerancias medicamentosas y otras.

EXAMEN FISICO

1- INSPECCION GENERAL Y MEDICIONES

Estado psicointelectual.	Estado general.	Estado nutricional.	
Tipo constitucional.	Actitud.	Decúbito.	Facies.
Marcha.	Coloridos patológicos.	Edemas.	Ganglios.
Talla.	Peso.	IMC.	
<u>Mediciones de signos vitales:</u>	Presión arterial.	Frecuencia cardiaca.	
Frecuencia respiratoria.	Temperatura.		

La exploración de todo aparato y sistema se basa en la aplicación de la semiotécnica:

- * **Inspección**
- * **Palpación**
- * **Percusión**
- * **Auscultación**

2- PIEL, FANERAS Y MUCOSAS

Colorido racial. Otros coloridos. Temperatura. Humedad. Turgencia. Elasticidad. Lesiones. Cicatrices. Uñas. Pelo. Color y humedad de las mucosas.

3- TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Cantidad. Distribución. Edemas. Mixedemas. Enfisema subcutáneo. Circulación colateral

4- SISTEMA OMA

Huesos: Columna vertebral. Articulaciones y sus partes blandas.

Músculos: tono, trefismo y fuerza muscular

Signos inflamatorios e infecciosos. Puntos dolorosos. Limitación a la movilidad activa y pasiva.

5- CABEZA Y CUELLO

Conformación general del cráneo. Palpación. Conformación general del macizo facial.

Ojos: parpados. Pupilas. Escleróticas. Conjuntiva bulbar. Conducto lagrimal. Cristalino. Cornea.

Oídos: pabellón auricular. Puntos dolorosos

Nariz: simetría. Permeabilidad. Senos paranasales

Boca: labios. Aspecto de la lengua. Piso de la boca. Encías. Piezas dentarias. Istmo de las fauces. Paladar.

Conformación general del cuello. Carótidas. Sistema venoso. Tiroides. Tráquea.

7- TORAX

Conformación general

A) APARATO RESPIRATORIO

* Inspección: tipo respiratorio. Expansión de bases y vértices. Tirajes. Estado general de los músculos respiratorios.

* Palpación: general del tórax. Expansión de bases y vértices. Elasticidad torácica. Vibraciones vocales.

* Percusión: sonido pulmonar. Excursión de bases. Campos de Kronig.

* Auscultación: ruidos normales y patológicos.

B) APARATO CARDIOVASCULAR

* Inspección: latidos normales y patológicos. Circulación colateral.

* Palpación: latidos normales y patológicos

* Percusión: área cardiaca.

* Auscultación: ruidos normales y patológicos

Palpación de pulsos periféricos. Sistema venoso.

8- ABDOMEN

* Inspección: conformación general. Modificaciones regionales. Ombligo

* Auscultación: (**se altera el orden para evitar cambios en los RHA**) ruidos hidroaereos. Soplos.

* Palpación

a) Superficial: hiperestesia cutánea. Tono de la pared abdominal. Masas groseras.

b) Profunda: masas. Hernias. Eventraciones.

c) Puntos dolorosos: cístico. Epigástrico. Pancreato-duodenal. Apendicular. Renoureterales. Punto de Lanz.

* Percusión: ascitis. Espacio de Traube.

9- APARATO UROGENITAL

Examen de genitales externos en el hombre. Examen de próstata. Examen ginecológico en la mujer. Mamas.

10- SISTEMA NERVIOSO

Pares craneales. Taxia. Praxia. Reflejos superficiales y profundos. Sensibilidad superficial, profunda, termoalgésica y otras. Exploración de meninges. Tono muscular. Motilidad activa y pasiva.

RESUMEN SEMIOLOGICO:

Datos positivos de la anamnesis y el examen físico (HC resumida, de rápida lectura)

DIAGNOSTICO POR SINDROMES CLINICOS

Datos obtenidos de los signos y síntomas en base al interrogatorio y examen físico

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se realiza mediante comparación con distintas enfermedades que tienen signos y síntomas similares

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

(anatómico, funcional, etiológico)

SOLICITUD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

TRATAMIENTO INICIAL

EVOLUCION

EPICRISIS: etimológicamente significa “juicio o apreciación posterior”.

Documento emitido al momento del alta para resumir los aspectos más destacables del historial del paciente durante su internación. Debe servir también como **resumen de historia clínica a ser entregado al paciente o como hoja de derivación.**

También resulta importante que figure en la epicrisis el plan de alta, figurando: Sitio, fecha y hora del próximo control y profesional responsable del mismo. Signos de alerta que indiquen un empeoramiento de la situación de salud o una recaída, así como también las acciones que debe llevar a cabo si se presentan. Medicamentos Dieta Qué actividades diarias puede retomar y cuáles no.

