

HISTORIA CLINICA SEMIOLÓGICA

GUÍA

A. INTERROGATORIO O ANAMNESIS

1. **Datos de filiación** nombre, lugar y fecha de nacimiento, edad, número documento de identidad, sexo, raza, grado de escolaridad, estado civil, ocupación, residencia habitual, procedencia, religión, régimen de seguridad social, EPS, origen de referencia, informante y confiabilidad. Fecha de ingreso. Fecha de toma de datos. Servicio, número de cama. Nombre del hospital y autor de la historia clínica con código.
2. **Motivo de Consulta.**
3. **Enfermedad Actual**
 - Debe responder a: Cuándo y cómo comenzó, cómo ha evolucionado, qué tratamiento ha recibido y cómo se encuentra.(El HOY de la enfermedad actual)
 - Caracterizar cada uno de los síntomas registrados (cronología, localización, carácter, irradiación, cuantificación y características, síntomas asociados, circunstancia, factores agravantes, factores precipitantes, factores atenuantes, efecto del síntoma)
 - Ubicación y seguimiento cronológico a los síntomas.
 - Episodios anteriores de enfermedad actual (El AYER de la enfermedad actual)
4. **Antecedentes Personales:**
 - Entidades patológicas diagnosticadas a lo largo del ciclo vital. Para cada una de las registradas: tiempo de aparición, tratamiento recibido y secuelas.
 - Antecedentes quirúrgicos y traumáticos relacionados cronológicamente, referir complicaciones y/o secuelas.
 - Antecedentes farmacológicos.
 - Medicamentos medicados o automedicados, anotando tipo de medicamento, tiempo de consumo y posología.
 - Antecedentes Gineco-Obstétricos:
Edad de la menarca, ciclo menstrual: cada__ días/ duración, número de días, No. de embarazos, No. de partos, No. de nacidos vivos, No. de abortos, citología vaginal fecha y resultado de la última. Fecha del último parto. Fecha de la última menstruación.
 - Antecedentes tóxico-alérgicos:
Exposición a tóxicos o alergia a algún alimento, fármaco o sustancia. Referir el nombre de la sustancia y la época o tiempo de exposición.
 - Antecedentes transfusionales y grupo sanguíneo.
Referir la fecha y reacciones a las transfusiones.
5. **Interrogatorio por órganos y sistemas:**

Síntomas referidos por el paciente o informante **a lo largo de su vida**, ordenados por órgano o sistema.
Cada síntoma consignado debe estar caracterizado.
Todos los síntomas se enumeran negando los que no ha padecido el paciente.
6. **Historia Social:** Describir un día típico del paciente.
Incluir:
 - Alimentación: Tipo de nutrientes que predominan o que son escasos (carbohidratos, grasas, proteínas) Consumo de verduras, condimentos, sal, alimentos ahumados, quemados. Cantidad, horario, técnica alimenticia e higiene.
 - Vivienda: servicios básicos, convivencia con animales, uso de leña, hacinamiento.
 - Hábitos nocivos: tipo, tiempo, cantidad, frecuencia.
 - Uso del tiempo libre y pasatiempos
 - Historia laboral: tipo de ocupación y tiempo
 - Historia de la vida sexual: Edad de inicio, orientación sexual, No. de compañeros sexuales.
 - Conformación del núcleo familiar y relaciones interpersonales. Tipo de personalidad.
 - Hábito de sueño.
7. **Historia Familiar o Antecedentes familiares**

Familiograma
Estado de salud de los convivientes

B. EXÁMEN FÍSICO

1. Apariencia general

2. Signos vitales:

- Pulso y Frecuencia Cardíaca.
- Frecuencia Respiratoria.
- Temperatura.
- Presión Arterial.

3. Antropometría

- Peso.
- Talla.
- IMC.
- Perímetro abdominal.

4. Piel y faneras

- 5. Inspección.
- 6. Palpación.

5. Cabeza y Cuello

- Inspección.
- Palpación.
- Auscultación.

6. Órganos de los sentidos

Ojos:

- Inspección.
- Fondo de ojo.
- Palpación.

7. Nariz y senos paranasales:

- 8. Inspección.
- 9. Rinoscopia.
- 10. Palpación.

8. Oídos:

- 9. Inspección.
- 10. Otoscopia.

9. Faringe y cavidad oral:

- 10. Inspección.
- 11. Palpación.

Torax:

10. Sistema Respiratorio:

- 11. Inspección.
- 12. Palpación.
- 13. Percusión.
- 14. Auscultación.

11. Región axilar

- 12. Inspección.
- 13. Palpación.

12. Sistema Cardiovacular:

Inspección del tórax y precordio.

Inspección y Palpación:

- Focos de la Base
- Región de la Base
- Región de la punta
- Ápex

13. Percusión (¿?)

14. Auscultación

- Focos de la Base
- Focos de la Punta
- Palpación de pulsos.

15. Sistema Vascular periférico:

Piel y faneras MMII

- Vasos arteriales y venosos de miembros inferiores. Pulsos.
- Presión Arterial en MMII. Índice tobillo-brazo

16. Abdomen:

- Inspección
- Auscultación
- Palpación: superficial y profunda
- Percusión

17. Sistema Renal-Urinario

- Inspección
- Palpación
- Percusión

18. Sistema Osteo-articular

- Inspección
- Palpación
- Movilidad articular

19. Sistema Neurológico

- Examen mental
- Pares craneales
- Exploración de la motilidad:
 - Cinética Voluntaria
 - Fuerza y coordinación
 - Cinética involuntaria:
 - Reflejos
 - Automática y asociada
 - Estática (Tono muscular)
- Exploración de la sensibilidad
- Signos de irritación meníngea

C. DIAGNÓSTICO(S) - SUSTENTACIÓN SEMIOLÓGICA – ANÁLISIS DEL CASO