



# HISTORIA CLÍNICA SEMIOLÓGICA

## GUÍA

### A. INTERROGATORIO O ANAMNESIS

- Datos de filiación** (nombre, Documento identidad, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, raza, estado civil, ocupación, residencia habitual, procedencia, grado de escolaridad, religión, régimen de seguridad social, 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.
- Motivo de Consulta.**
- 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)
- 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.
- Interrogativo 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.
- 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.
- Historia Familiar o Antecedentes familiares**  
Familiograma  
Estado de salud de los convivientes



## B. EXÁMEN FÍSICO

- **Apariencia general**
- **Signos vitales:**
  - P.A
  - Pulso y F.C
  - FR
  - Temp.
  - Peso
  - Talla
  - IMC
  - Perímetro abdominal
- **Piel y faneras**
  - Inspección
  - Palpación
- 4. **Cabeza y Cuello**
  - Inspección
  - Palpación
  - Auscultación
- **Órganos de los sentidos**
  - Ojos:
    - Inspección
    - Fondo de ojo
    - Palpación
  - **Nariz y senos paranasales:**
    - Inspección
    - Rinoscopia
    - Palpación
  - **Oídos:**
    - Inspección
    - Otoscopia
  - **Faringe y cavidad oral:**
    - Inspección
    - Palpación
- Tórax
  - **Sistema Respiratorio:**
    - Inspección
    - Palpación
    - Percusión
    - Auscultación
  - **Región axilar**
    - Palpación
  - **Sistema Cardiovacular:**
    - Inspección del tórax y precordio
    - Inspección y Palpación:
      - Focos de la Base
      - Región de la Base
      - Región de la punta
      - Ápex
    - Palpación de pulsos.
    - Percusión (¿?)
    - Auscultación
      - Focos de la Base
      - Focos de la Punta
  - **Sistema Vascular periférico:**
    - Piel y faneras MMII
    - Vasos arteriales y venosos de miembros inferiores. Pulsos.
    - Presión Arterial en MMII. Índice tobillo-brazo
- **Abdomen:**
  - Inspección
  - Auscultación
  - Palpación: superficial y profunda
  - Percusión
- **Sistema Renal-Urinario**
  - Inspección
  - Palpación
  - Percusión
- **Sistema Osteo-articular**
  - Inspección
  - Palpación
  - Movilidad articular
- **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 meningeal

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