FACULTAD DE MEDICINA - XALAPA

LISTA DE COTEJO PARA EVALUACIÓN DE HISTORIA CLINICA

|  |
| --- |
| **La presente lista de cotejo permite verificar el desempeño del estudiante en la elaboración de la historia clínica.****El estudiante debe apegarse a los lineamientos para elaborarla siguiendo las instrucciones aquí señaladas.****Posterior a que el estudiante elabore la historia clínica se hará por parte del profesor una evaluación del desempeño que ha mostrado, identificando elementos esenciales de las habilidades del pensamiento como son observación, descripción, análisis, síntesis, mismas que son sustento al desarrollo de pensamiento analítico y crítico.** |
| **CRITERIO PARA LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA** | **VERIFICACIÓN** | **PONDERACIÓN** |
| Debe contemplar todos los datos establecidos a cubrir siempre y cuando apliquen al tipo de paciente y patología o información que corresponda. | **CUMPLE** | El cumplimiento total de todos los aspectos a evaluar da el porcentaje obtenido |
| **Si** | **No** |
| 1. | **Tipo de Interrogatorio:** Directo o Indirecto.Ficha de Identificación: Nombre, Sexo, Edad, Fecha de nacimiento, Lugar de origen, Escolaridad, Ocupación, Estado civil, Religión, Domicilio actual, Familiar responsable.Fecha de elaboración.Motivo de consulta. |  |  | **3%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 2. | **Antecedentes Heredo Familiares.**Padecimiento (Neoplasia, Endocrino metabólicas, Crónico degenerativas, Tuberculosis, V.I.H.-S.I.D.A., Cardiopatías, Hematológicos, Alérgicos, Infecciosos, etc.) de los familiares de línea directa del paciente: Padres, Hermanos, Abuelos, Otros familiares. |  |  | **5%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 3a. | **Antecedentes Personales No Patológicos.**Vivienda: Tipo urbano o rural, clase de servicio; agua, luz, drenaje, numero de dormitorios, cuantas personas cohabitan, zoonosis, etc.Hábitos higiénico: Baño y cambio de ropa, cepillado dental, lavado de manos frecuencia y en que situaciones.Hábitos dietéticos: Cuantas comidas realiza al día, respeta horarios, contenido de carbohidratos, grasas, proteínas, fibra, recordatorio de 24 horas, recordatorio semanas 7 de 7, etc.Antecedentes andrológicos y ginecológicos y obstétricos: Inicio de vida sexual, método de planificación familiar, orientación sexual, relaciones sexuales de alto riesgo, alteraciones de la libido, enfermedades de transmisión sexual, priapismo, alteraciones de la erección y/o eyaculación, secreción uretral, dolor testicular, alteraciones escrotales, menarca, telarca, pubarca, gestaciones, partos, cesáreas, abortos, ritmo menstrual, etc.Alcoholismo, tabaquismo u otras toxicomanías. |  |  | **5%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 3b. | **Antecedentes Personales No Patológicos.**Perinatales: Características del embarazo, vía de nacimiento, atención del nacimiento, peso y longitud al nacimiento, calificaciones de Capurro, Apgar, Silverman Anderson, etc. Alimentación durante primer año de vida: Lactancia materna exclusiva, lactancia mixta, sustitutiva de continuación, ablactación y su evolución, integración a la dieta familiar, etc.Desarrollo Psicomotor: Esferas motora gruesa, motora fina, lenguaje y social.Inmunizaciones: Esquema básico y complementario. Esquema en el adolescente. |  |  |
| 4. | **Antecedentes Personales Patológicos:** (En orden cronológico)Exantemáticas: Varicela, rubeola, sarampión, escarlatina, exantema súbito, enfermedad mano pie boca, etc.Parasitarias: Amibiasis, giardiasis, cisticercosis, taeniasis, uncinarias, etc.Enfermedad crónica degenerativa: Obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.Traumatológicos: Articulares, esguinces, luxaciones, fracturas óseas, Alérgicos: Medicamentos, alimentos, etc.Quirúrgicos: Tipo de operación, fecha, presencia o no de complicaciones, resultados.Hospitalizaciones previas: Fecha y motivo de su ingreso, evolución, etc.Transfusionales: especificar fecha, tipo de componente, cantidad, motivo y si se presentó alguna reacción adversa.  |  |  | **5%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 5. | **Padecimiento Actual:**Descripción del motivo de consulta desglosando cada uno de los síntomas y signos en orden cronológico, con las características y evolución correspondientes (Semiología) |  |  | **10%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 6. | **Interrogatorio por Aparatos y Sistemas:**Descripción de cada uno de los aparatos y sistemas con la finalidad de hacer un diagnóstico integral con la finalidad de identificar necesidades de atención médica o referencia oportuna. Realizar semiología completa.* Signos y síntomas generales: Fiebre, cefalea, astenia, adinamia y anorexia.
* Aparato cardiovascular: disnea, dolor precordial, palpitaciones, sincope, lipotimia, edema, cianosis, acúfenos, fosfenos.
* Aparato respiratorio: Rinorrea, rinolalia, tos, expectoración, disnea, dolor torácico, epistaxis, disfonía, hemoptisis, vómica, sibilancias audibles a distancia.
* Aparato digestivo: trastornos de la deglución, de la digestión, de la defecación, nausea, vómito, dolor abdominal, diarrea, constipación, ictericia, regurgitación, pirosis, aerofagia, eructos, meteorismos, distención abdominal, flatulencia, hematemesis, características de las heces fecales, diarrea, estreñimiento, acolia, hipocolia, melena, rectorragia, lientería, pujo, tenesmo y prurito anal.
* Sistema Nefrourologico: dolor renoureteral, hematuria, piuria, coluría, oliguria, tenesmo, control de esfínteres, cólico renal, edema, trastornos en el volumen urinario, nictámero, urgencia, características del chorro urinario.
* Sistema endocrino y metabolismo: intolerancia al calor o al frio, pérdida o aumento de peso, alteraciones del color de la piel, vello corporal, distribución de la grasa corporal, astenia o adinamia, alteraciones del volumen urinario, amenorreas, ginecomastia, galactorrea, alteraciones de la libido, espasmos o calambres musculares.
* Sistema hematopoyético: palidez, rubicundez, adenomegalias, hemorragias, fiebre, fatigabilidad, equimosis, petequias y adenomegalias.
* Sistema nervioso: cefalalgia, pérdida de conocimiento, mareos vértigo y trastornos del equilibrio, movimientos anormales involuntarios, debilidad muscular, convulsiones, trastornos de la visión, dolor hormigueo y adormecimiento, trastornos del sueño.
* Sistema musculo esquelético: mialgias, dolor óseo, artralgias, alteraciones en la marcha, hipotonía, disminución del volumen muscular, limitación de movimientos y deformidades.
* Piel y tegumentos: coloración, pigmentación, prurito, características del pelo, uñas, lesiones (primarias y secundarias), hiperhidrosis y xerodermia.
* Órganos de los sentidos: alteraciones de la visión, de la audición, del olfato, del gusto y del tacto (hipo, hiper o disfunción). Mareo y sensación de líquido en el oído.
* Esfera psíquica: Tristeza, euforia, alteraciones del sueño, terrores nocturnos, ideaciones, miedo exagerado a situaciones comunes, irritabilidad, apatía.
 |  |  | **5%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 7. | **Exploración física.*** Hábitus exterior.
* Signos vitales.
* Exploración física de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales.
 |  |  | **10%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 8. | **Estudios de Laboratorio y Gabinete.**Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros, registrando los estudios que se le han realizado al paciente y la interpretación de estos. |  |  | **5%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 9. | **Tratamiento previo y resultados obtenidos.**Descripción de los medicamento, vía de administración, dosis (Ponderal en caso de pediatría), periodicidad y respuesta al mismo, de aquellos medicamentos prescritos previamente. |  |  | **5%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 10. | **Diagnóstico(s) o problemas clínicos.**Considerar la totalidad de los diagnósticos y no solo el que motiva la atención médica. |  |  | **10%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 11. | **Tratamiento.**Descripción del tratamiento establecido en la institución donde se atiende le paciente correlacionado con lo establecido en la literatura médica correspondiente y de acuerdo a los diagnósticos establecidos. |  |  | **5%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 12. | **Análisis del caso por el alumno:**1. Mencione en que sustenta el Diagnóstico clínico presuncional que propone y justifíquelo
2. Mencione en que sustenta los Diagnósticos clínico diferenciales que propone y justifíquelos
3. Sugiera exámenes de laboratorio y/o gabinete necesarios para el caso justificándolos
4. Proponga el tratamiento y justifíquelo, mencionando las dosis, duración, efectos colaterales, etc.
5. Realice una revisión bibliográfica que le permitan dar sustento al diagnóstico, tratamiento y exámenes de laboratorio y gabinete que sugiere en el plan de manejo

 |  |  | **10%** |
|  |
|  | **Evaluación del Profesor** |  |  |  |
| 13. | **Análisis del caso guiado por preguntas:**Se identifican y en su caso orientan los antecedentes considerados como factores de riesgo o predisponentes al padecimiento **(2)**Los datos de la exploración física están orientados en el padecimiento actual y antecedentes, para dar sustento al proceso de integración del diagnóstico clínico**(2)**Hubo una búsqueda intencionada para identificar el síntoma o molestia principal, identifica sus características, así como los factores atenuantes y desencadenantes del mismo**(2)**Si existe una interconsulta o referencia del paciente, se estableció una correlación entre esta y el interrogatorio y la exploración física**(2)**¿Estableció un diagnostico presuncional y lo justifica?(2)¿Estableció Diagnósticos diferenciales y los justifica? **(2)**Hay correlación entre la exploración física, signos, síntomas y/o síndromes y el cuadro clínico que se describe con el Diagnóstico clínico presuncional.**(2)**Hay congruencia entre los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete y el Diagnóstico clínico presuncional**(2)**Establece una terapéutica congruente al caso**(2)** Identifica limitaciones o ventajas de la terapéutica **(2)** |  |  | **20%**. |
| 14.- | **Responsable de Elaboración.**Nombre completo, matrícula escolar del alumno que elabora la Historia Clínica y firma del mismo. |  |  | **1%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 15. | **Entrega de Historia Clínica.**Entrega al profesor titular de la Experiencia Educativa el documento con formato U.V. u hospitalario contemplando todos los rubros a desarrollar, con limpieza y homogeneidad, en tiempo y forma. |  |  | **1%**Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 16 | **Retroalimentación al estudiante:**Se le hizo retroalimentación al estudiante y se generó evidencia de esta  |  |  | Señalar tipo de evidencia |

**CONCENTRADO DE PONDERACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE HISTORIA CLINICA.**

**DOCENTE: EXPERIENCIA EDUCATIVA: NRC:**

**PERIODO: No. de Historia clínica**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL ALUMNO/ALUMNOS (EQUIPO)** | **CRITERIOS** | **PUNTUACIÓN FINAL** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nombre y firma de evaluador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_