



Universidad del sureste

Salud publica

Asesor: Doctor Samuel Esaú Fonseca Fierro

Resumen capítulo 1,2 y 3 “el médico y el expediente clinico”

Alumno: Noé Agustín Nájera Zambrano

Medicina humana

Capítulo 1

Perfil clínico

El buen clínico, como todo buen médico, no es un médico erudito, sino un médico sabio. No es la enciclopedia ambulante capaz de repetir de memoria los capítulos de los textos y conocedor del artículo más reciente sobre cualquier tema. Ese hombre deslumbra a los demás y a sí mismo. Brilla en las sesiones académicas, pero a menudo fracasa a la cabecera del enfermo.

El buen clínico posee, por supuesto un rico y sólido acervo de conocimientos sobre la estructura y funciones del ser humano. Conoce y entiende los mecanismos de la enfermedad y los procesos patológicos de que puede ser víctima el ser humano. Sonríe escéptico ante lo que con ligereza inmadura, se aclama como lo más nuevo y, por consiguiente, lo mejor y no olvida lo que siendo viejo, sigue siendo veraz e importante.

Normas de acción correcta: el buen clínico se hace atendiendo a los enfermos y sus problemas. El buen clínico adquiere, desarrolla y afina hábitos adecuados para lograr dicha meta; observa con cuidado; domina a través de un largo entrenamiento que no termina nunca las técnicas del interrogatorio y de la exploración física; sabe preguntar, escuchar y, al hacerlo, utiliza simultáneamente eso que alguien llamó “el tercer oído” que permite captar los mensajes no verbales los que a través del gesto, del cuerpo y sus partes, incluyendo las vísceras mismas, sirven como medio de expresión de los sentimientos y las emociones.

El buen clínico sabe hacer buen uso de su vista, oído, olfato y de sus manos para observar, palpar, oler, percudir y auscultar al enfermo. No olvida nunca que la causa primaria de errores en medicina es el interrogatorio o la exploración física incompletos, de manera que procura ser siempre comprensivo y meticuloso en estos procedimientos esenciales.

El buen clínico tiene la capacidad mental de analizar y sintetizar los datos que recoge mediante el estudio clínico de su paciente, a manera de reconocer sus problemas; los identifica todos, obteniendo así una imagen total, integrada, de esa unidad que es el enfermo.

No se deja llevar con facilidad por corazonadas y sospechas; trata de pisar terreno firme a cada paso.

El mejor alumno de todo médico deberá ser él mismo. Como se dijo antes, uno de sus tesoros más preciados es la experiencia; nada hay que la sustituya. La experiencia, cuando es el resultado de la aplicación de normas médicas correctas, cuando se registra con ecuanimidad, imparcialidad y veracidad, cuando es motivo de análisis y de reflexión, hace del clínico un buen profesional, un clínico sabio.

Es distinto el argumento cuando se trata de la habilidad del razonamiento clínico en donde la complejidad y diversidad de problemas y planteamientos del paciente conducen a una decisión clínica única e irrepetible con cada paciente y con otros de la misma enfermedad, por ello, no se puede hacer una y otra vez lo mismo. En este sentido la atención retirada de muchos pacientes, sin reflexionar de lo que el médico hace y cómo hace la práctica y sin la consecuente indagación de las dudas de su conocimiento que plantean los problemas del paciente hacen a la práctica sistemática que no contribuye a que la experiencia mejore. En este sentido la experiencia no sólo no favorece el perfeccionamiento del médico, sino que puede empobrecer o deteriorar su práctica.

Para que la experiencia resulte enriquecedora en el razonamiento clínico se necesita algo más que años de práctica, la reflexión constante del clínico acerca de sus limitaciones y alcances para resolver problemas de salud y de la consecuente búsqueda constante y pertinente de la información que aclare las dudas que surja de esta interacción, de esta manera la experiencia se enriquece y trae consigo un médico cada vez más refinado o sabio, la experiencia reflexiva es el eje que dignifica al médico y que se aleja de la práctica rutinaria que a menudo empobrece.

Debe seguirse ese camino y tratar de superarse día con día. Y, cualquiera que sea el punto en que se detenga, conservar la humildad. Ser médico da excelentes y continuas oportunidades de humildad, de vencer la tentación de la vanidad, pues el arte es largo; el camino, difícil; la vida, breve.

Es parte natural de la vida, su complemento y su razón de ser. Procuremos dar a los pacientes no tanto “más años de vida, sino más vida a sus años”. Seamos humildes, pero esmerémonos por ser, cada día, mejores médicos; si bien es cierto que dada la magnitud de nuestra ignorancia, la diferencia entre un médico bueno y un profano es muy pequeña, también es verdad que la diferencia entre un médico bueno y un médico malo es enorme.

Debe ser un humanista sincero y apasionado, creer en el hombre y en su naturaleza esencialmente buena, a pesar de la violencia y la perversidad a que a menudo lo empujan las condiciones sociales. Nada de lo que es humano debe serle ajeno o indiferente.

A pesar de las enormes demandas de su trabajo profesional, el buen clínico debe intentar ser un hombre culto. No deberá permanecer ajeno a los graves problemas sociales, económicos y políticos que afectan a su patria y al mundo entero.

Es un ciudadano y a menudo un líder social, mejor dotado que muchos otros por su doloroso contacto con la miseria humana, para intentar encontrar el difícil camino hacia un mundo más justo y más humano. No debe estar al margen de las conquistas del espíritu humano, de la filosofía, literatura y el arte

El clínico tiene, como su centro de actividades, la institución médica, el hospital o la clínica. Ahí obtiene la fuente principal de su experiencia; ahí acuden quienes más lo necesitan; ahí están sus colegas que le enseñan, critican y estimulan. Ahí, y sólo ahí, en un ambiente multidisciplinario, debe transcurrir una parte importante de su vida profesional.

El clínico debe enseñar e investigar. No puede ser de otro modo: recibir conocimientos continuamente y transmitir esa herencia a los que lo siguen son dos

de las obligaciones y derechos más sublimes de la profesión. Todo médico que practica, enseña; todo médico que enseña, practica. La mejor manera de aprender es enseñando. El maestro aprende tanto o más que el discípulo. No sé cuál de los dos tiene más derecho a la gratitud. Por otra parte, cada individuo es único. No hay dos idénticos y cada individuo enfermo es un experimento único en la naturaleza.

El perfil educativo del buen clínico, en épocas actuales, se ha orientado a conformar competencias profesionales. Esta propuesta educativa se sustenta en cuatro principios; el ser, saber, saber hacer y aprender a convivir.

Desde la perspectiva de la excelencia clínica resulta relevante contribuir al desarrollo de competencias al ahondar en habilidades y destrezas propias de la práctica médica que facilite; el saber semiología, la ciencia de los signos y síntomas, competencia fundamental de la que no se puede prescindir para esclarecer los problemas de salud del paciente que son el punto de partida para profundizar en la medicina, base y sustento del buen clínico.

Más allá de la tecnología abrumadora de estos días, para ser un buen clínico se incorporan dos competencias específicas al desarrollar la habilidad para el interrogatorio y la exploración que son el sustento de la prestancia clínica y parte esencial del método clínico.

Aquí el clínico puede encontrar respuestas promisorias para iniciar o profundizar el camino que nunca termina. Se llamaban oficinas particulares o medicatrinas, en donde ejercían la profesión.

Capítulo 2

El expediente médico orientado por problemas

El expediente médico orientado por problemas (EMOP) propuesto por L. Weed en 1969, ha sido adoptado por un número creciente de establecimientos médicos y escuelas de medicina en EUA y de muchos otros países del mundo.

El expediente médico orientado por problemas consta en esencia de cuatro partes: historia clínica o relato patográfico, lista de problemas, lista de planes iniciales de acción y notas de evolución.

HISTORIA CLÍNICA

Es clásico que la historia clínica principie con la lista de síntomas principales, seguida de la narración del padecimiento actual, durante la cual se permite al paciente la tribuna libre, controlada y complementada por las oportunas preguntas del médico. Conviene que esta primera etapa de tribuna libre se complemente con un número preciso y definido de datos obtenidos tanto por el interrogatorio como por la exploración física del paciente.

De esta manera no se permite que la fatiga, prisa o temperamento dicten y determinen el número y características de los datos que deben ser contestados. Estos son determinados por cada institución, hospital, clínica, grupo médico o médico individual en función de una serie de variables como población que utiliza sus servicios; características de edad, ocupación, situación económica, exposición a factores patogénicos, morbilidad y mortalidad de esa población, entre otros.

Las formas de historia clínica en consecuencia no deben ser permanentes y estáticas; por el contrario deben ser documentos sujetos a revisión y perfeccionamiento periódicos.

A menudo los datos que se registran en una historia clínica no aparecen o están en contradicción con los que señala la otra. Esta duplicación de historias y notas es indeseable y refleja una falta de comunicación y de integración en el trabajo clínico. Debe existir una historia clínica única realizada con la meticulosidad,

veracidad y precisión que este importante documento merece. Si un segundo médico encuentra datos que difieren de los señalados por el primero, debe comunicarse con éste y examinar al enfermo junto con él para intentar, ambos, dilucidar cuál es la observación correcta y, una vez hechas las adiciones o correcciones a la historia clínica original y única, estampar su firma para señalar así que comparten la responsabilidad por la veracidad de los datos en ella consignados.

LISTA DE PROBLEMAS

Todo paciente se presenta al médico porque tiene uno o más problemas que él percibe o que el médico descubre. Así pues, al llegar a su término la historia clínica (interrogatorio y exploración física), el médico ha identificado un conjunto de problemas. Para este objetivo se define como “problema” “todo aquello que va a ameritar cierta acción” de parte del médico o de los demás componentes del equipo de salud.

Hay varias clases de “problema”: una “enfermedad” y cada problema o enfermedad van a requerir acción.

Todos ellos deben aparecer en una hoja frontal intitulada “lista de problemas”, cada uno con su número correspondiente y con la fecha en que el problema fue identificado por el médico. El número estará asociado al problema correspondiente y no se utilizará jamás para otro en el mismo paciente. Si éste se resuelve, el número se cancela también

La diabetes mellitus sí es un diagnóstico llevado a un nivel adecuado de resolución. En cambio, se debe aclarar la causa del síndrome de hipertensión intracraneal y falta dilucidar a qué entidades nosológicas pertenecen la disfagia, esplenomegalia e hipercalcemia.

La ansiedad y el problema social representado por la falta de empleo del esposo pueden admitirse como problemas que han alcanzado un grado aceptable de resolución diagnóstica.

Por último, la exploración rectal pendiente es un problema que reclama su solución a breve plazo.

Los problemas de cualquier paciente pueden clasificarse en dos grupos: problemas activos; es decir: aquellos actuales que demandan acciones médicas a corto o a largo plazo; e inactivos; esto es: los que no demandan ninguna acción por estar aparentemente resueltos o por algunas otras razones.

Los problemas “inactivos” deben quedar registrados en la lista de problemas siempre que el médico piense que puedan tener importancia como factores de riesgo potencial adicional, como datos que deben considerarse para el manejo integral del paciente o como aquellos que pueden recidivar o dar lugar a complicaciones en el futuro.

Ejemplos de “inactivos” podrían ser: “historia de infarto de miocardio”, “antecedente de asma”, “artritis degenerativa de la columna lumbar”.

En caso de que un problema determinado estuviese integrado por varias manifestaciones y que cada una de ellas requiriera medidas diagnósticas y terapéuticas propias y notas de evolución separadas, pueden aparecer dentro del problema principal como subproblemas o registrarse como problemas separados, cada uno con su número propio en la lista de problemas.

Para ilustrar lo que se ha dicho hasta el momento sobre la lista de problemas, imagínese a una paciente que tuviese varios de los inconvenientes mencionados.

Si más adelante apareciera algún problema nuevo, se añadirá a la lista, con la fecha en que se apuntó y con el número progresivo que le corresponda; nunca se utilizará el mismo número para dos problemas diferentes, aunque uno de ellos ya no exista por haber sido resuelto o descartado. La lista de problemas es sumamente útil para integrar un expediente bien organizado. Permite obtener una visión panorámica total del paciente, lo que ayuda así a evitar la peligrosa fragmentación que ha surgido como consecuencia de la especialización médica.

Cualquier médico que no conozca al paciente puede, en escasos segundos, enterarse del conjunto de sus problemas, lo cual le permite actuar con inteligencia en caso necesario.

Cualquier especialista puede al enterarse de los problemas, evitar el error de prescribir algún estudio o tratamiento que pudiera estar contraindicado por algún problema concomitante.

Se entiende ahora por qué se ha dado a este nuevo expediente el nombre de: “expediente clínico orientado por problemas”. Es de suma importancia observar que cada problema debe considerarse y registrarse en el nivel de resolución diagnóstica en que se encuentra en el momento de su registro; es decir, en el nivel de dificultad diagnóstica que el médico puede comprobar, documentar, defender.

El hecho de tener que asentar sólo diagnósticos comprobados es de gran importancia científica y psicológica.

El médico se obliga a ser riguroso en sus exigencias diagnósticas, a buscar fundamentos sólidos antes de llegar a conclusiones y a buscar con imparcialidad el diagnóstico atinado.

LISTA DE PLANES INICIALES DE ACCIÓN

Cada problema genera un plan de acción. La hoja titulada planes iniciales de acción sirve para que se señalen allí los planes que surgen lógicamente de cada problema. Dicha hoja deberá llenarse y una vez que se haya establecido la lista de problemas.

Los planes diagnósticos serán necesarios frente a todo problema, a menos que se haya alcanzado desde un principio el máximo nivel de resolución diagnóstica y que no existan ramificaciones que sea preciso investigar.

En caso contrario, el médico deberá consignar los estudios (estudios de laboratorio y de gabinete, procedimientos especiales, consultas con especialistas, entre otros) que está solicitando y mencionará las razones que los fundamentan y las metas que piensa alcanzar.

Los planes terapéuticos serán anotados de igual manera; es decir, explicando brevemente las razones que los cimentan y las metas que se pretende alcanzar, así como especificando los detalles de los medicamentos y otros tratamientos prescritos.

Esto es parte de la labor educativa que deberá incluir también consejos y reglas de medicina preventiva y otras medidas que ayuden al enfermo a colaborar de manera activa con su médico y a promover su salud.

En opinión de algunos médicos, es preferible que la hoja descrita se intitule interpretaciones y planes iniciales de acción, para que el médico tenga la oportunidad de consignar por escrito para cada problema la evaluación, comentarios y especulaciones que considere pertinentes y que sirvan como base para fundar sus planes de acción.

NOTAS DE EVOLUCIÓN

Las notas de evolución constituyen una de las partes más importantes del expediente clínico. Sin embargo, en el expediente tradicional, estructurado en función de la fuente de información y no en la de los problemas del enfermo, suele haber un conjunto de deficiencias y obstáculos que les restan valor e impiden que cumplan su cometido como instrumento útil para la atención, educación e investigación médicas.

En el nuevo sistema, las notas de evolución se escriben por problemas y, en condiciones ideales, aparecen en las mismas hojas que las notas escritas por médicos tratantes, enfermeras, dietistas, consultantes, trabajadoras sociales, entre otros.

Para cada problema, cuya evolución se desea registrar, el médico deberá organizar su información en cuatro partes: a) datos subjetivos; es decir, la información proporcionada por el paciente; b) datos objetivos; esto es, todo cambio en los datos de exploración física, datos de laboratorio y de gabinete e informes de especialistas consultados; c) interpretación; es decir, evaluación y comentarios que surjan como resultado de los datos obtenidos y por último, d)

nuevos planes de acción, los cuales se dividen en diagnósticos, terapéuticos y educativos para el paciente.

Conviene insistir en la importancia de que el médico escriba notas de evolución organizadas en la forma señalada.

El expediente se convierte en un instrumento valioso para optimizar la atención médica y para la educación médica del propio facultativo y de quienes revisan sus expedientes.

Nota de salida: nota de defunción

La nota final, a la salida del paciente o a resultas de su defunción, no es más que una nota de evolución final, más detallada, en la que se describen los datos principales (subjetivos y objetivos) relacionados con todos y cada uno de los problemas del enfermo, la interpretación y conclusiones diagnósticas, acciones y resultados obtenidos.

Notas de los consultantes

Empezará por identificar el problema para cuya solución ha sido llamado, anotando su número y título. A continuación escribirá brevemente sus conclusiones o sus recomendaciones principales. Por último, y con el subtítulo de discusión, anotará los datos y argumentos necesarios para defender su punto de vista.

Hoja de concentración de datos clínicos; hoja de concentración de datos de laboratorio

Las hojas de concentración de datos clínicos y de laboratorio, los cuadros y gráficas, constituyen variantes de las notas de evolución a las que a menudo sustituyen con ventaja al proporcionar una imagen visual, objetiva y de conjunto de la evolución de datos y problemas.

Notas de enfermería

Las notas de enfermería constituyen un componente muy valioso del expediente clínico. Cuando se escriben con meticulosidad, cuidado e inteligencia, suelen aportar información muy valiosa para el médico y demás integrantes del equipo de salud.

En sus notas, la enfermera deberá escribir la fecha, número y título del problema. A continuación señalará por escrito los datos subjetivos proporcionados por el paciente, los datos objetivos que haya recogido y merezcan ser informados, su propia interpretación de todos esos datos y sus planes de acción.

De manera ideal, las notas de enfermería deberían escribirse en las mismas hojas utilizadas por los médicos y otros integrantes del equipo de salud, así lo demanda la filosofía del expediente clínico orientado por problemas.

En resumen, quienes utilicen el ECOP deberán proceder con los siguientes pasos sucesivos:

1. Llenar la historia clínica en forma completa, precisa y veraz.
2. Elaborar la lista de problemas.
3. Señalar los planes de acción iniciales.
4. Escribir las órdenes médicas.
5. Escribir periódicamente las notas de evolución, las del consultante, hojas de concentración de datos clínicos, las de concentración de datos de laboratorio, notas de enfermería, informes de laboratorio y de gabinete, así como la nota de salida.

En conclusión, el ECOP reúne las siguientes ventajas:

1. Facilita el trabajo interdisciplinario de todos los integrantes del personal de salud.
2. Facilita la comunicación entre todos los miembros del equipo.
3. Permite que se tomen en cuenta de manera más completa todos los datos relacionados con los problemas del paciente.

4. Hace que se tomen en cuenta tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y sociales del paciente.
5. Exige una comprensión cabal de la situación del paciente para poder identificar sus problemas.
6. Mejora la lógica del razonamiento clínico.
7. Facilita la recolección de datos necesarios para llevar a cabo investigaciones clínicas.
8. Permite hacer la evaluación de la atención médica.
9. Estimula la educación médica en todos los niveles y en el aspecto normativo.

El expediente clínico orientado por problemas vuelve a convertirse de esta manera en el instrumento que siempre ha debido ser: un instrumento que permite hacer más científica la práctica de la medicina clínica.



Capítulo 3

Historia clínica

Una buena historia clínica constituye la base del diagnóstico. De poco sirven la erudición, la lógica del razonamiento y los refinamientos tecnológicos modernos si se sustentan en un conjunto de datos clínicos recogidos en forma incompleta, imprecisa o equivocada.

Esta es la causa más frecuente de error en la práctica médica. Sin embargo, es obvio que cada establecimiento, sea hospital, clínica, grupo médico o individuo, deberá crear su propia forma de historia clínica, una que responda a las realidades de su específica población de pacientes y la determinada naturaleza de los problemas médicos a que se enfrenta. En la parte inferior de cada página hay espacio para que el médico describa con el detalle conveniente los datos anormales. Cada dato tiene un número, con objeto de posibilitar su inclusión en una computadora.

