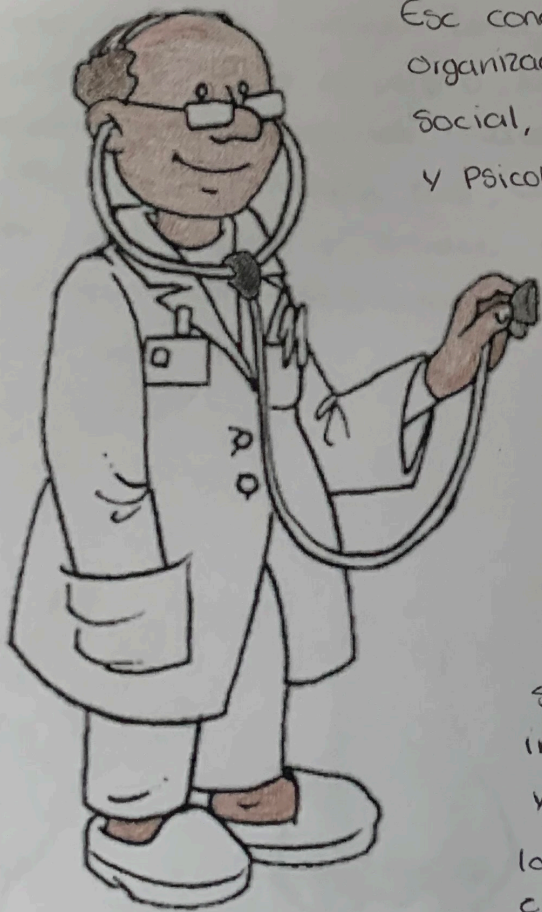


Resumen Capítulo 12 y 3

PC

Un buen médico no es la enciclopedia andante capaz de repetir los textos y conocer el 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 un rico y sólido acervo de conocimientos sobre la estructura y funcionamiento del cuerpo humano.



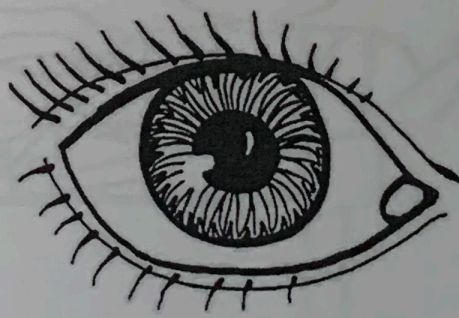
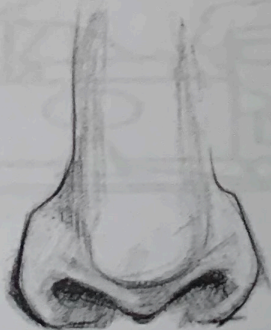
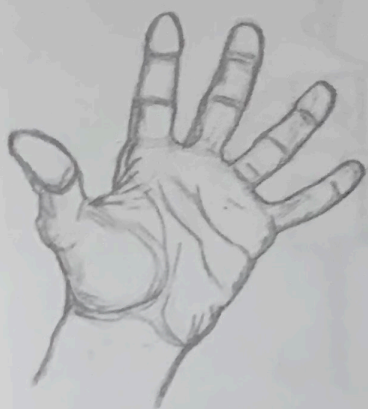
Ese conocimiento abarca todos los niveles de organización, desde el molecular hasta lo psico-social, pasando por el anatómico, fisiológico y psicológico. Conoce los mecanismos de la enfermedad y los procesos patológicos de que puede ser víctima el ser humano. Asaltado por la superabundancia de literatura médica, que amenaza sepultarlo, sabe diferenciar entre el oro y la paja, entre el concepto sólido y las ideas pasajeras, entre lo que es clásico e invariable y lo que está de moda y es efímero. 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. Evita al mismo tiempo,

La rigidez que estorba a la asimilación de nuevos descubrimientos y tiene la capacidad de inscribir en sus neuronas tanto datos nuevos como lo más difícil: Borrar de ellas datos equivocados y caducos. Intenta entender al hombre como unidad biopsicosocial y por ende, es capaz de apreciar los elementos

biológicos, emocionales y sociales que en intrincado juego, interactúan
inesantemente entre sí, amenazando romper el delicado equilibrio
que se llama Salud y Vida.

El buen clínico sabe hacer uso de su vista, oído, olfato y de
sus manos para observar, palpar, oír, percibir y auscultar al
enfermo. No olvida que la causa primaria de errores en medicina
es el interrogatorio o la exploración física incompletos, de manera que
procure ser siempre comprensivo y metódico en estos procedimien-
tos 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. Se cuida al mismo tiempo de conceptualizar los problemas
del enfermo en niveles de resolución diagnóstica que se encuentren
más allá de la evidencia real, de los datos y argumentos que le permitan
defender con lógica y solidez sus conclusiones. No se deja llevar
con facilidad por corazonadas y sospechas; trata de pisar terreno
firme a cada paso.

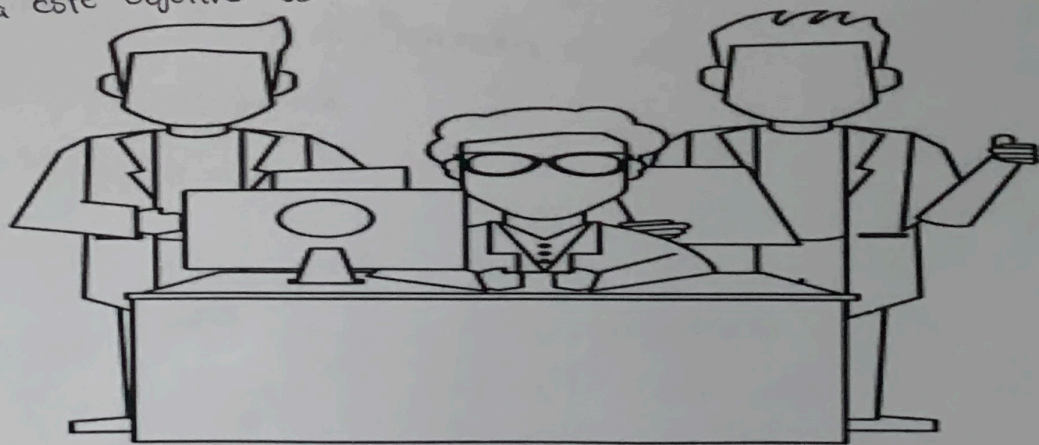


EMOP

El expediente médico Orientado por Problemas 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. La opinión de la mayoría de quienes lo han utilizado es que no sólo tiene las virtudes de la simplicidad y la lógica, sino que en efecto, constituye un excelente instrumento para ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los enfermos, a la vez que contribuye de manera poderosa a la educación e investigación clínica en medicina. El expediente médico orientado por problemas consta en esencia de cuatro partes:

■ **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. Combíene 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.

■ **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, el médico ha identificado un conjunto de problemas. Para este objetivo se define como "Problema" todo aquello que va a



emitir cierta acción" de parte del médico o de los demás componentes del equipo de salud. Dicha acción es en muchas ocasiones de índole diagnóstica o terapéutica.

Lista de Planos Iniciales de Acción. La hoja titulada planos iniciales de acción sirve para que se señalen allí los planes que surgen lógicamente de cada problema. Dicha hoja debería llenarse una vez que se haya establecido la lista de problemas. La única excepción a esta regla la constituye, claro está, toda situación de urgencia médica.

■ **Notas de Evolución.** 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, trabajadores sociales, entre otros. Para cada problema cuya evolución se quiere registrar, el médico deberá organizar su información en cuatro partes:

- A) Datos Subjetivos; La información proporcionada por el paciente.
- B) Datos Objetivos; Todo cambio en los datos de exploración física, datos de laboratorio de gabinete e informes de especialistas consultados.
- C) Interpretación; Evaluación y comentarios que surjan como resultado de los datos obtenidos.
- D) Nuevos Planos de Acción; Los cuales se dividen en diagnóstico, terapéuticos y educativos para el paciente.

Tipos de Notas:

- Nota de Salida : Nota de Derivación
- Notas de los Consultantes
- Notas de Enfermería.