

Fundamentos para la competencia clínica" - Presimén Cap. 1

La calidad de la anamnesis y la exploración física establece los fundamentos de la evaluación del paciente, las recomendaciones de atención y las acciones como clínica para ordenar e indagar estudios adicionales. La exploración física es más que un medio para buscar información y generar hipótesis sobre los causas y sus pruebas, es vital para la "formación médico-paciente".

Al inicio del encuentro con cada paciente surgen las típicas preguntas de cómo hacer la exploración o qué tanto se debe hacer. Para los pacientes atendidos por primera vez en el consultorio o en el hospital, por lo general se debe elegir una evaluación completa, que incluya todos los elementos de la anamnesis y la exploración física completa. En otras circunstancias es apropiada una evaluación dirigida u orientada al problema, más flexible, en particular para los pacientes que regresarán para su atención sistemática o aquellos con preocupaciones específicas de una atención vigente, como faringitis o dolor en la rodilla. Entonces el interrogatorio se ajusta a la exploración física.

La destreza en el manejo de todos los componentes de una evaluación completa que permiten seleccionar los elementos que pueden llegar a ser más pertinentes para las preocupaciones del paciente en turno y, sin embargo, cumplir con todas y cada una de los estándares clínicos de la mejor práctica profesional, por lo que será más probable que el diagnóstico sea más preciso.

Anamnesis y Examen físico: completo o dirigido.

La valoración completa es para el paciente que asiste por primera vez al consultorio o al hospital, dado que proporciona los conocimientos fundamentales y personalizados, generando una base para las valoraciones futuras. Secundariamente también crea una especie de plataforma para la promoción de la salud mediante la enseñanza y el asesoramiento.

La valoración dirigida por otra parte, es apropiada para los pacientes subsiguientes, en especial durante las consultas sistemáticas o de atención urgente, enfocándose solamente en las preocupaciones o los síntomas principales de la manera localizada y cuidadosamente, tanto como sea posible.

Hay que saber reconocer las diferencias importantes entre la información subjetiva y la objetiva. Los síntomas constituyen las preocupaciones subjetivas o lo que expresa el paciente.

Por otro lado, los signos se consideran objetivos.

- Los componentes de una anamnesis completa son 7 esencialmente (identificación de datos, manifestaciones principales, padecimiento actual, antecedentes familiares, personales y sociales, y revisión de aparatos/sistemas).

En caso que sea requerido hay que transformar el lenguaje y antecedentes en componentes de la anamnesis que le sean familiares a todo el equipo médico. Esto ayuda a organizar el razonamiento clínico y proporciona un molde para ampliar la experiencia clínica, de forma que primero se revisen los componentes de la anamnesis y después las explicaciones más detalladas que siguen.

- Exploración física completa.

Antes de comenzar la exploración física, se debe dedicar el tiempo necesario para prepararse con antelación. Los pasos de dicha preparación son 6/ reflexionar sobre el abordaje del paciente, cómo hacerlo sentir cómodo, ajustar la iluminación y entorno, revisar el equipo, cumplir con las preocupaciones y elegir la secuencia, alcance y la posición para explorar.

La exploración física utiliza cuatro técnicas clásicas:

Inspección, palpación, percusión y auscultación. La inspección va a constatar va a observar los detalles del aspecto, conducta y los movimientos del paciente (expresión facial, ánimo, hábitos exterior y condición física). La palpación será la compresión táctil con las caras palmares para evaluar elevación o depresión de la piel, así como su temperatura, hipersensibilidad, ganglios, pulso, etc. La percusión consiste en dar un rápido golpecito a la parte distal del dedo pleximetro para obtener una onda sonora de resonancia o matidez proveniente de los tejidos/órganos subyacentes.

• Exploración física de la cabeza a los pies.

A continuación se presentan datos de cómo observar el estado general del paciente, talla, complexión y desarrollo sexual. Hay que obtener el peso y estatura; notar su postura, actividad motora, marcha, vestimenta, higiene personal y cualquier olor del cuerpo o la respiración. Observar la expresión facial y conducta, mientras lo escuchas hablar y señalar su estado de alerta.

Signos vitales. Tomar presión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria, y tomar la temperatura si está indicado.

Piel. Valorar la humedad, sequedad y temperatura. Identificar cualquier lesión, señalando su localización, distribución, arreglo, tipo y color; checar cabello/uñas.

Cabeza, oídos, nariz y garganta. Explorar cabello, cuero cabelludo, craneo y cara. Para los ojos hay que determinar la agudeza visual, así como su posición y movimiento. Para los oídos se revisa la agudeza auditiva. En la nariz y senos paranasales se determina la hipersensibilidad de todas sus estructuras. Y para la garganta se revisan los labios, mucosa bucal, enanas, dientes, lengua, paladar, amígdalas y valorar nervios craneales.

Cuello. Señalar cualquier tumorción, desviación y ruidos.

Dorso. Inspeccionar la columna vertebral y músculos de la espalda.

Cava posterior del tórax. Palpar y percutir el tórax; auscultar ruidos.

Mamas, axilas y nódulos. En mujeres revisar los senos con brazos relajados y elevados, mientras se hace presión sobre su cadera. En ambos sexos habrá que buscar nódulos epitrocleares.

Cava anterior del tórax. Palpar y percutir tórax, auscultar ruidos respiratorios.

Sistema cardiovascular. Observar pulsación sobre las venas yugulares, medir la presión respecto al ángulo esternal, palpar pulsos carotídeos y buscar posibles soplos.

Abdomen. Inspección, auscultación y percusión del abdomen, palpar superficial y profundamente.

Miembros inferiores. Evaluar tono en decúbito supino.

Sistema Nervioso. Consta de cinco partes.

- Estado mental: Valorar la orientación, estado de ánimo, pensamiento, percepciones anómalas, el juicio, memoria, atención, vocabulario, pensamiento abstracto y capacidad de construcción.
- Nervios craneales: Revisar la percepción del olfato, la fuerza de los músculos temporales, reflejos corneales, movimientos faciales, reflejo nauseoso, etc.
- Sistema motor: Valorar el volumen, el tono y la fuerza de los principales grupos musculares, así como la función cerebelosa.
- Sistema sensorial: Valorar dolor, temperatura, tacto ligero, vibración y discriminación; comparar lados de las extremidades.
- Reflejos: Bicipital, tricipital, supinador largo, rotuliano, el calcáneo, tendinosos profundos, plantares / Babinski.

Adicional. Las exploraciones rectal y genital. En hombres se palpa el conducto anal, recto y próstata. En mujeres se revisa vagina, vulva y cervix; junto con palpación de útero.

Razonamiento, evaluación y plan clínico.

Con el uso de razonamiento clínico sólido se analizan los hallazgos e identificar los problemas del paciente. Se deben compartir las impresiones con él o ella, buscando cualquier preocupación y asegurando que comprenda y esté de acuerdo con los pasos a seguir.

Se seleccionan y agrupan fragmentos relevantes de información. Se analiza su significado y se intentan explicar de manera lógica utilizando de la ciencia biopsicosocial/bioclínica.

El proceso de razonamiento clínico es medular para la forma en la que se interpreta la historia y la exploración física. Se aíslan los problemas identificados en la evaluación y se abordan en el plan de acción.

El plan a menudo es amplio e incorpora la instrucción del paciente, los cambios en los medicamentos, la necesidad de realizar pruebas. Sin embargo un plan exitoso incluye más que la descripción del abordaje sobre el problema.

Los psicólogos cognitivos han mostrado que los médicos utilizan tres pasos/tipos de razonamiento para resolver los problemas clínicos: reconocimiento de un patrón, desarrollo de esquemas y aplicación de las ciencias básicas/clínicas. Se estudiarán los pasos para después aplicarlos más adelante.

- Los pasos para la identificación de problemas y la estructuración del diagnóstico.

1. **Identificar hallazgos anómalos.** Hacer una lista de los síntomas, los signos y los informes de laboratorio obtenidos.
2. **Localizar anatómicamente los hallazgos.** Ser tan específico como se pueda, pero se puede enfocar en una región corporal, un sistema corporal, o bien, definir la estructura exacta involucrada.
3. **Analizar hallazgos clínicos.** Un abordaje es el de separar grupos de observaciones y analizarlo uno a la vez; algunas características que se usan son: la edad, momento de aparición de síntomas, participación de aparatos/sistemas, trastornos.
4. **Buscar posibles causas.** Ciertas patogenias reflejan algún tipo de trastorno en las funciones biológicas.
5. **Generar hipótesis.** Mediante de la consulta de las publicaciones clínicas, lectura o conocimiento se pueden ir planteando alguna hipótesis; no siempre saldrá a la primera, por lo que hay 3 pasos a seguir: Seleccionar hallazgos más específicos/críticos que nos respalde, sopesar frente a todas las afecciones que pueden producirlos y finalmente eliminar las posibilidades de diagnóstico.
6. **Probar hipótesis.** Dirigir todas las atenciones para confirmar o descartar cual de las dos o más diagnósticos es el más probable.
7. **Establecer un diagnóstico preventivo.** Establecer una definición práctica y explícita para llegar a una buena conclusión.

Calidad del expediente Clínico.

El expediente clínico tiene un doble propósito, reflejar el análisis del estado de salud del paciente y documenta las características exclusivas de su anamnesis, exploración, resultados de laboratorio y otras pruebas, así como la evaluación y el plan de tratamiento en un formato escrito formal. En un expediente bien estructurado cada problema en la evaluación se enumera en orden de prioridad con una explicación de los datos que lo respaldan y un diagnóstico diferencial, seguido por un plan de tratamiento para abordar el tema. El expediente del paciente facilita el razonamiento clínico, promueve la comunicación, coordinación entre los profesionales que atienden al paciente, y documenta los problemas o el tratamiento para fines médico legales.

Casi toda la información clínica está sujeta a errores. Los pacientes olvidan mencionar síntomas, confunden los sucesos de su enfermedad, evitan volver a contar hechos embarazosos y pueden sesgar sus historias a lo que creen que el médico desea oír. Los médicos clínicos malinterpretan las declaraciones de los pacientes, pasan por alto información, dejan de hacer "preguntas clave", llegan a las conclusiones prematuramente u olvidan una parte importante de la exploración, como el examen de la retina en una mujer con cefalea, lo que lleva errores de diagnóstico, algunos de los cuales se pueden evitar al adquirir los hábitos resumidos a continuación.

Se deben aplicar los principios de evaluación de las evidencias clínicas a la información y las pruebas de los pacientes.

Registro de Hallazgos.

Un expediente clínico claro y bien organizado es uno de los adyuvantes de mayor importancia para la atención de los pacientes. Su objetivo es hacer un informe claro y conciso pero exhaustivo, donde se documentan hallazgos clave y se comuniquen sus evaluaciones en un formato sucinto y legible para los médicos interconsultantes y otros miembros del equipo de salud.

Independientemente de nuestra experiencia, adoptar ciertos principios que ayudarán a organizar un buen expediente. En especial en cuanto al orden y la legibilidad, así como el grado de detalle necesario. Qué tanto detalle incluir a menudo varía en diferentes puntos de la información. Como estudiante se puede desear ser muy detallada, lo anterior favorece las destrezas, vocabulario y velocidad. Más adelante, las presiones de la carga de trabajo y la administración del tiempo te llevarán a un expediente con menor detalle, pero más dirigido.

Un buen expediente siempre da suficientes evidencias de los antecedentes, la exploración física y los datos de laboratorio, para respaldar los problemas y los diagnósticos identificados.

Valoración de las Evidencias Clínicas

- Resumen Cap. 2

El proceso de razonamiento diagnóstico se inicia con la anamnesis. Conforme se obtenga información del paciente se empezará a desarrollar un diagnóstico diferencial, que es una lista de las posibles causas de los problemas del paciente cuya longitud reflejará la incertidumbre en cuanto a la posible explicación de un problema determinado. La lista comenzará con la explicación más probable, pero también incluirá otros diagnósticos, en particular aquellas con consecuencias graves si no se detectan y tratan.

Se asignarán probabilidades a los posibles diagnósticos según la factibilidad de que constituyan explicaciones del problema del paciente. Por ahora estas probabilidades se basarán en lo que hayas aprendido de los libros de texto y las conferencias.

- Valoración de las Pruebas de diagnóstico.

El paso inicial para valorar una prueba de diagnóstico consiste en determinar si provee resultados válidos. Ello implica compararla con un estándar ideal o de referencia, el mejor parámetro que indica que un paciente presenta la enfermedad, que pudiese ser biopsia para valorar una masa pulmonar, un examen psiquiátrico.

El conocer la sensibilidad y especificidad de una prueba no necesariamente ayuda a tomar decisiones clínicas, porque se trata de análisis estadísticos basados en el conocimiento de si el paciente presenta la enfermedad.

El escenario clínico habitual que enfrentan los médicos clínicos implica determinar si un paciente en realidad presenta con base en el resultado positivo o negativo de una prueba.

Aunque los análisis estadísticos del valor predictivo parecen ser intuitivamente útiles, varían sustancialmente de acuerdo con la prevalencia de la enfermedad. La prevalencia se basa en las características de la población de de pacientes, dado que generalmente será mayor en adultos de edad avanzada y en aquellos atendidos en clínicas de especialidades de hospitales de referencia.

El uso de declaraciones de frecuencia puede ser una alternativa más intuitiva de los cocientes de verosimilitudes para determinar el modo en el que el resultado de una prueba cambiaría la probabilidad de padecer la dicha enfermedad.

- Reproducibilidad.

Otra característica de las pruebas de diagnóstico es su reproducibilidad. Un aspecto importante de la valoración de los elementos de diagnóstico de la anamnesis y la exploración física es la determinación de la reproducibilidad de los hallazgos para el diagnóstico de un trastorno clínico. Los médicos clínicos concuerdan con el 75% de los casos en que un paciente presentó un hallazgo físico anómalo.

La precisión se usa a menudo cuando se hace referencia a las pruebas de laboratorio. Cuando se determinan la concentración de troponina por sospecha de isquemia cardíaca, los clínicos podrían usar un límite particular para decidir si un paciente ingresa a la unidad de cuidados intensivos.

Promoción de la Salud.

El motivo para promover la prevención secundaria es el tratamiento de la enfermedad en una etapa temprana suele ser más eficaz en una posterior. Estas recomendaciones de promoción a la salud se basan en las guías emitidas por organizaciones de profesionales; se destacan las guías que se basan en evidencias. Las recomendaciones más sólidas de promoción a la salud se basan en los resultados de los estudios aleatorizados/controlados.

Al evaluar los resultados de un estudio, es importante tener plena comprensión de los sesgos, es decir, los errores sistemáticos cometidos al realizar un estudio que atentan contra la validez de los resultados.

Los estudios de bajo riesgo de presentar sesgos ofrecen las evidencias más válidas para la toma de decisiones clínicas. Los principales tipos de sesgos en las investigaciones clínicas son los de selección, desempeño y deserción.

Valoración Crítica

Otros aspectos que se deben considerar en la valoración de la calidad de las publicaciones incluyen resultados y su generalidad. Ya se han analizado los resultados de los estudios sobre las pruebas de diagnóstico. Las guías para la prevención de la salud suelen basarse en estudios clínicos de tratamiento o prevención, cuyos resultados también se calculan a partir de una tabla, donde las columnas corresponden a si el sujeto presentó el resultado.

El último punto a considerar cuando se valora la calidad de las publicaciones es si los resultados son generalizables. A fin de determinarla, primero se necesita ver los datos demográficos de los sujetos del estudio.

A continuación se debe determinar si los datos demográficos son suficientemente similares a los de tu paciente, para que los resultados sean aplicables, así como evaluar si la intervención es factible en el contexto.