

CAP. 1 → Fundamentos para la competencia clínica

Busca una anamnesis sensible y matizada y realizar una exploración precisa y simple, abordan las relaciones con los pacientes, focalizan su evolución y establecen las guías que dirigen la toma de decisiones clínicas. La calidad de la anamnesis y la exploración física establece los fundamentos de la evolución del paciente, las recomendaciones de atención y las acciones como clínicos para indagar y ordenar estudios adicionales.

La exploración física es más un medio para buscar información y generar hipótesis sobre las causas y pruebas. Es vital la relación médico-paciente, el inicio de la colaboración terapéutica y el proceso de curación.

→ Determinar el alcance de la evolución
= Anamnesis y exploración física: Completas o dirigidas. =

✓ Valoración Completa:

- Es apropiada para el PX que asiste por primera vez al consultorio o al hospital.
- Fortalece la relación médico-paciente
- Ayuda a identificar o descartar causas físicas relacionadas con las preocupaciones del PX.
- Genera una base para las valoraciones futuras.
- Crea una plataforma para la promoción de salud mediante la educación y asesoramiento.

✓ Valoración dirigida.

- Es apropiada para los pacientes subsecuentes, durante consultas sistemáticas o de atención urgente.
- Aborda las preocupaciones o sistemas principales del px.
- Hace la valoración de los sistemas limitados a un aparato o sistema corporal específico.

En la evaluación completa o exhaustiva se hace más que evaluar aparatos o sistemas. Los síntomas, la edad y antecedentes de salud del paciente determinan el alcance de la evaluación dirigida, al igual que el conocimiento de los patrones de enfermedad. Las técnicas de exploración válidas incluyen: **medición de PA, evaluación de la presión venosa central a partir del punto venoso, obtención del coeficiente hepático y esplénico y la exploración ginecológica con froto de Papantrolou.**

→ Datos objetivos frente a objetivos: Los síntomas constituyen las preocupaciones subjetivas, o lo que expresa el paciente. Los signos se consideran información objetiva o lo que tú observas.

= Diferencias entre datos subjetivos y objetivos =

• Datos subjetivos.

- Lo que el px expresa
- Síntomas y antecedentes, desde la manifestación principal hasta la revisión de aparatos y sistemas.

• Datos objetivos.

- Se detecta durante la exploración a partir de la información de laboratorio y otros estudios.

- Todos los de exploración física o signos.
= Componentes de una anamnesis completa =

• Identificación de datos y origen de antecedentes; confiabilidad.

• Manifestaciones principales

• Padecimiento actual

• Antecedentes

• Antecedentes familiares

• Antecedentes personales y sociales

• Revisión de aparatos y sistemas

= Anamnesis completa del adulto =

Información inicial

Fecha y hora del interrogatorio: La fecha siempre es importante, en especial en contextos de urgencias, emergencias u hospitalarios.

Ficha de identificación: Incluye: edad, sexo, estado civil y ocupación

Confiabilidad: Refleja la calidad de información provista por el px.

Motivos principales de consulta: Agrega comillas cuando utilices las palabras del px.

Padecimiento actual: Corresponde a una descripción completa, clara y cronológica de los problemas que llevaron al px a la consulta.

■ Deben consignarse los medicamentos, incluyendo nombre, dosis, vía de administración y frecuencia de uso.

■ Se deben registrar las alergias, ya sean específicas a cada medicamento, alimentos, insectos o factores ambientales.

■ Registrar el consumo de tabaco, si dejó de fumar, señalar durante cuánto tiempo.

■ Investigar el consumo de alcohol y fármacos.

Antecedentes personales

• Enfermedades infantiles

• Enfermedades del adulto: Proporcionar información en cada uno de los 4 áreas.

1. Médicas: Enfermedades, hospitalizaciones, # y sexo de las compañeras sexuales.

2. Quirúrgicas: Fecha, indicación y tipo de operación.

3. Obstétrica/ginecológica: Antecedentes obstétricos y menstruales, métodos anticonceptivos y función sexual.

4. Psiquiátricas: Enfermedades, evolución, dx, hospitalización y Tx.

• Mantenimiento de la salud: Vacunas y pruebas de detección precoz.

Antecedentes familiares: Se escribe la edad, estado de salud, edad y causa de muerte, se incluyen padres, abuelos, hermanos, hijos y nietos.

Antecedentes personales y sociales: Se documenta la personalidad, intereses del Px, su forma de enfrentarse a fortalezas y preocupaciones. Incluye el

Ultimo grado estado situación al hogar, servicio militar
antecedentes laborales, religión, economía y actividad
de la vida diaria.

Una interrogación amplia de los antecedentes personales
y sociales personaliza la relación con el paciente
y crea confianza.

Revisión de aparatos y sistemas:

- General.
- Piel
- Cabeza, Oídos, Ojos, nariz y garganta.
- Cuello
- Mamas
- Respiratorio
- Cardiovascular
- Digestivos
- Vasos periféricos
- Urinario
- Genital
- Músculos esqueléticos
- Psiquiátricos
- Neurológicos
- Hematológicos
- Ginecología

Posos en la preparación para la exploración
física.

1. Predefinir sobre el abordaje del PX
2. Ajustar la iluminación y el entorno
3. Revisar el equipo

4. Dar el diagnóstico al px
5. Cumplir las precauciones estándar y universales
6. Elegir la secuencia, el área y posición para la exploración.

Como principio, evita interpretar los hallazgos.

Carro para la exploración física: Oftalmoscopio y otoscopio, lámpara de mano, degüsa vaginal, citos metálica, termómetro, reloj con segundos, esfigmomanómetro, estetoscopio, prueba de agudez visual, martillo de reflejos, diapasones de 128 y 512 Hz., hisopos, algodón, guantes y lubricante, espejo vaginal, papel higrómetro y computadora.

= Principales técnicas de exploración =

Inspección \rightarrow Palpación \rightarrow Percusión \rightarrow Auscultación.

= Razonamiento y evaluación clínicas =

"Pasos para la identificación de problemas y la estructuración del diagnóstico".

1. Identificar los hallazgos anómalos
2. Localizar anatómicamente los hallazgos
3. Agrupar los hallazgos clínicos
4. Buscar su posible causa
5. Agrupar datos clínicos
6. Generar hipótesis sobre la causa del problema del px.
7. Probar la hipótesis y establecer un dx provisorio.

=Uso de la toma de decisiones compartida para desarrollar un plan=

Identifica y registra un plan de tratamiento para cada problema del px. El plan fluye lógicamente a partir de los problemas o los diagnósticos que has identificado. El plan debe hacer referencia a diagnósticos, tratamientos y esperanza del paciente. Es importante hablar sobre la valoración con el px antes de finalizar el plan de TX y proceder con pruebas o evaluaciones adicionales, asegurando su participación activa en el plan de atención.

Importancia de la lista de problemas

Después de concluir el expediente clínico, una buena práctica clínica genera una lista de problemas, donde se resumen los del px, se puede colocar al inicio del expediente al consultorio al hospital.

Registro de los hallazgos

Un expediente clínico claro y bien organizado es uno de los salvadores de mayor importancia para la atención a los pacientes. Su objetivo es hacer un informe claro y conciso para extraerlos de los documentos, hallazgos clínicos y se comparte su evaluación en un formato visible y legible para los médicos interconsultantes y otros miembros del equipo de atención a la salud.

=Lista de verificación para garantizar un expediente clínico de calidad=

1. ¿Está claro el orden?
2. ¿Los datos incluidos contribuyen directamente con la evaluación?
3. ¿Se describe de manera específica los datos negativos pertinentes?
4. ¿Hay sobregeneralizaciones u omisiones de datos importantes?
5. ¿Hay demasiados detalles?
6. ¿Tu estilo de redacción es conciso? (Evita el uso excesivo de frases, palabras vagas y abstrusas) ¿Se repiten innecesariamente los datos?

Cap. 2 *Valoración de los evidencias clínicas*

La evidencia en la atención clínica requiere integrar la experiencia clínica, las preferencias del paciente y los mejores evidencias clínicas posibles.

Estudia cuidadosamente los datos descriptores de cómo la anamnesis y la exploración física se pueden considerar pruebas diagnósticas, como valorar la precisión de los pruebas de laboratorio, las imágenes radiográficas y los procedimientos de diagnóstico, y cómo valorar los estudios de investigación clínica y los guías de práctica de las enfermedades.

=Anamnesis y exploración física como prueba de diagnóstico= El proceso de recolectar

Diagnóstico se inicia con la anamnesis. Cuando obtenemos información de todo paciente, se comienza a desarrollar un diagnóstico diferencial.

Si la probabilidad de una enfermedad es muy alta con base a la anamnesis y la exploración. Cuando se rebasa el umbral terapéutico, entonces se puede avanzar e iniciar el tratamiento. Por el contrario, si la probabilidad de detectar una enfermedad es muy baja (con base a los datos del umbral de prueba), entonces no se necesitan otros casos. El intervalo entre umbrales de prueba y tratamiento representa la confiabilidad clínica, se necesitan pruebas adicionales para valores probabilísticos y guiar el tratamiento clínico.

• Validez •

El paso inicial para valorar una prueba de diagnóstico consiste en determinar si produce resultados válidos.

Estructura de la tabla de 2x2

	<small>Estados reales</small> Presencia de enfermedad		<small>Estados reales</small> Ausencia de enfermedad	
Prueba con resultado positivo	a Positivo real	b Falso positivo		
Prueba con resultado negativo	c Falso negativo	d Negativo real		

Sensibilidad y especificidad Son las que realmente son estadísticas.

- **Sensibilidad:** Probabilidad de que una persona con enfermedad tenga un resultado positivo de la prueba.
- **Especificidad:** Probabilidad de que una persona no enferma presente un resultado negativo.

La especificidad se conoce como "falso a resultados reales".

= Valor predictivo positivo y negativo:

Valor predictivo positivo (VPP): Probabilidad de que una persona con un resultado positivo de una prueba presente en la enfermedad.

Valor predictivo negativo (VPN): Probabilidad de que una persona con un resultado negativo de la prueba no presente enfermedad.

Prevalencia de la enfermedad: La prevalencia se basa en los característicos de la población de pacientes y el contexto clínico.

Frecuencias naturales: El uso de declaraciones de frecuencia puede ser una alternativa válida de los conceptos de verosimilitud para entender el modo que el resultado de una prueba cambia la probabilidad de padecer la enfermedad.

Reproducibilidad

Coefficiente kappa (K) Es un ajuste estadístico de la valoración de los elementos de diagnóstico de la anamnesis y exploración física es la determinación de la reproducibilidad de los hallazgos para el diagnóstico de un paciente clínico.

Prerogio: Hace referencia al poder ejercer la mejor prueba o la misma prueba 2 veces y obtener las mismas resultados.

= **Concordancia los SESOS =**

Al evaluar los resultados de un estudio, es importante tener en cuenta, complicitad de los sesos y errores sistematizados cometidos al realizar un estudio que afectan contra la validez de los resultados.

"TIPOS DE SESOS QUE AFECTAN LAS EVIDENCIAS"

Sesgo de selección: Cuando los grupos de comparación presentan diferencias sistematizadas.

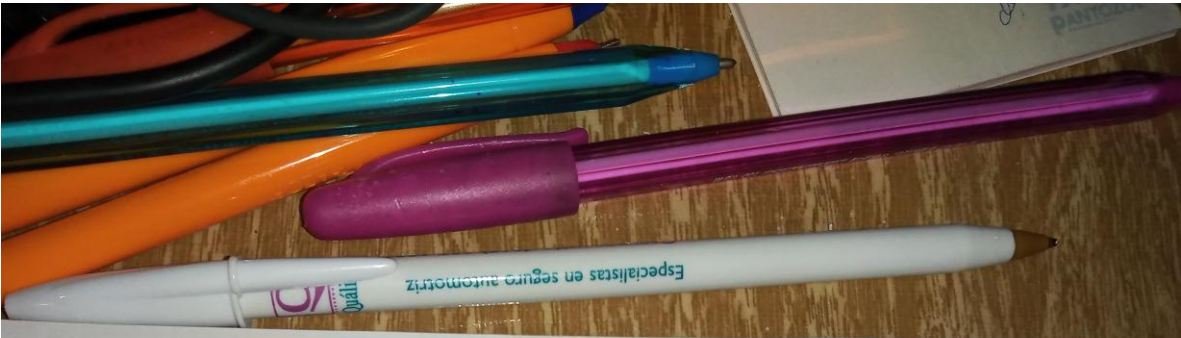
Sesgo de atribución: Ocurre cuando hay diferencias sistematizadas en la atribución que reducen los grupos.

Sesgo de detección: Ocurre cuando hay diferencias sistematizadas en las esfuerzos por diagnosticar o prevenir un resultado.

Sesgo de descripción: Ocurre cuando hay diferentes sistematizadas en los grupos de comparación en cuanto al número de sujetos que no completan el estudio.

Resultados →

Valoración del desempeño de una intervención de tratamiento o prevención: Otros aspectos que se deben considerar en la valoración de la calidad de las publicaciones incluyen los resultados y su generalizabilidad.



Medición de la eficacia del tratamiento: Un ejemplo de estas cálculas se basa en los resultados hipotéticos de un estudio de comparación de los efectos de un nuevo fármaco. (12)

- SEMIOTICA DEL DOLOR =

Experiencia sensorial y emocional responsable de