

Fundamentos Para LA COMPETENCIA CLÍNICA

Las técnicas de exploración física y anamnesis que estás a punto de aprender implican las destrezas consagradas de la curación y la atención de los pacientes. La calidad de la anamnesis y la exploración física establece los fundamentos de la evaluación del paciente.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE: COMPLETA O DIRIGIDA

Para los pacientes que atiendes por primera vez en el consultorio o el hospital, por lo general debes elegir una evaluación completa, que incluya todos los elementos de la anamnesis y exploración física completa. En muchas circunstancias es apropiada una evaluación dirigida u orientada al problema, más flexible en particular a los pacientes que sabes bien que regresarán para su atención sistemática o aquellos con preocupaciones específicas de una atención urgente. Entonces debes ajustar el alcance de tu interrogatorio y exploración física a la situación, teniendo varios factores en mente: la magnitud y la intensidad del problema del paciente; la necesidad de ser exhaustivos; el contexto clínico y el tiempo disponible. La destreza en el manejo de todos los componentes de una evaluación completa te permiten seleccionar los elementos que son más pertinentes para las preocupaciones del paciente, y sin embargo, cumplir con los estándares clínicos de la mejor práctica profesional y precisión en el diagnóstico.

En la evaluación completa o exhaustiva se hace más que evaluar los aparatos o sistemas corporales. Constituye una fuente de conocimiento fundamental y personalizado acerca del paciente. Constituye una fuente de conocimiento fundamental u personalizado acerca del paciente, que refuerza la relación médico paciente.

●●● ASIGNATURA ADMINISTRACIÓN DE ●●●

Evaluación del paciente: Completa o dirigida

Durante la evaluación dirigida se deben seleccionar los métodos relevantes para realizar una evaluación exhaustiva del problema en cuestión. Los síntomas, la edad, los antecedentes de salud del paciente determinarán el alcance de la evaluación dirigida al igual que el conocimiento de los patrones de enfermedad. Una cantidad creciente de evidencias documenta la utilidad de muchos componentes de la exploración física, su participación vital en la toma de decisiones y el potencial de ahorro mediante la limitación de las pruebas que se ordenan. Las técnicas de exploración validadas incluyen la medición de la presión arterial, la evaluación de la presión venosa central a partir del pulso venoso yugular, la auscultación cardíaca en busca de datos de una afección valvular, la detección de un crecimiento hepático y esplénico y la exploración ginecológica con frotis de papanicolaou. En algunos estudios realizados de manera creciente se considera los hallazgos físicos como pruebas de diagnóstico y se ha empezado a validar su utilidad identificando sus características mediante el teorema de Bayes y las herramientas basadas en evidencias. La exploración física conlleva los beneficios intangibles del mayor tiempo dedicado a la comunicación con los pacientes.

De los Subjetivos Frente a objetivos

Los Síntomas Constituyen las preocupaciones Subjetivas o lo que expresa el paciente. Por otro lado los Signos Se consideran Información objetiva o lo que tú observas.

Anamnesis Completa del Adulto

- Componentes de una anamnesis Completa:
- Identificación de los datos y el origen de los antecedentes.
- Confiabilidad
- Manifestaciones Principales
- Padecimiento actual
- Antecedentes
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales y sociales
- Revisión de aparatos y sistemas.

Información Inicial

Fecha y hora del interrogatorio: La fecha Siempre es importante. Asegurate de documentar la hora a la que atendiste al paciente, en especial en contextos de urgencias, de emergencias o hospitalarios.

Ficha de identificación. Incluye edad, sexo, estado civil y ocupación. La fuente de los antecedentes o referencia puede ser el paciente (un miembro de la familia o amigo, funcionario, un asesor) o el expediente Clínico. La identificación de la fuente hace referencia ayuda a valorar la calidad de información y las preguntas que necesitas hacer en tu evaluación y en la respuesta escrita.

Confiable. Se debe documentar cuando sea importante. Tal juicio refleja la calidad de la información provista por el paciente y suele hacerse al final de la entrevista. Por ejemplo "el paciente describe los síntomas con vaguedad y los detalles son confusos" o "el paciente es un relator confiable".

Motivo(s) Principal(es) de la Consulta. (Agrega comillas cuando uses palabras del paciente.)

Padecimiento actual. Corresponde a una descripción completa, clara y cronológica de los problemas que llevaron al paciente a la consulta, incluido el inicio, el contexto en el que se presentaron, sus manifestaciones y cualquier tratamiento recibido hasta el momento.

Cada síntoma principal deberá caracterizarse de forma adecuada e incluir sus siete atributos: 1- Localización; 2- Calidad; 3- Cantidad o intensidad; 4- temporalidad, incluyendo inicio duración y frecuencia; 5- Contexto en el que se presenta; 6- factores que lo han empeorado o aliviado y 7 - manifestaciones acompañantes. También es importante indagar los datos pertinentes y datos negativos pertinentes, obtenidos de las secciones de revisión de aparatos y sistemas que sean relevantes para el motivo principal de la consulta. La presencia o ausencia de estos síntomas adicionales ayuda a generar el diagnóstico diferencial, que incluye los diagnósticos más probables que pueden explicar el estado del paciente y, en ocasiones, los más graves, incluso cuando son menos probables.

Con frecuencia es importante otra información, como los factores de riesgos de arteriopatía coronaria en los pacientes con dolor de torax o los medicamentos de uso actual en aquellos con síncope.

El padecimiento actual debe revelar las respuestas del paciente a sus síntomas y el efecto que ha tenido la enfermedad en su vida. Siempre recuerda: los datos fluyen espontáneamente desde el paciente, pero la tarea de organización oral es tuya.

Los pacientes a menudo presentan más de un síntoma o inquietud. Cada síntoma merece su propio párrafo y una descripción completa.

Deben consignarse los medicamentos, incluyendo nombre, dosis, vía de administración y frecuencia de uso. También enumera los remedios caseros, fármacos que se obtienen sin prescripción, vitaminas, minerales o complementos herbolarios, anticonceptivos orales y medicamentos obtenidos de familiares y amigos. Pide a los pacientes llevar todos sus medicamentos obtenidos de familiares y amigos a la consulta de manera que puedas verificar exactamente que toma.

Se deben registrar alergias, incluidas las reacciones específicas a cada medicamento, como exantema o náuseas así como las correspondientes ante alimentos, insectos o factores ambientales.

Registra el consumo de tabaco, incluido el tipo. Con frecuencia se informa de los cigarrillos en cajetillas/año. (Una persona que fumo 1/2 cajetillas al día durante 12 años tiene un antecedentes de 18 cajetillas/año). Si dejó de fumar señala durante cuánto tiempo.

Se deberá investigar Siempre el consumo de alcohol y fármacos y a menudo es pertinente para el padecimiento actual.

Antecedentes Personales

Enfermedades infantiles. Incluyen Sarampión, rubéola, parotiditis epidémica, tosferina, Varicela, fiebre reumática, Fiebre escarlatina y poliomielitis. También se incluye cualquier enfermedad infantil crónica.

Enfermedades del adulto. Proporcionan información con relación a los padecimientos durante la edad adulta en cada una de cuatro áreas:

Médica. Enfermedades como diabetes, hipertensión, hepatitis, asma e infección por el virus de inmunodeficiencia humana; hospitalizaciones; número y sexo de los compañeros sexuales; y prácticas sexuales que conllevan riesgo.

Quirúrgica. Fecha, indicación y tipo de operación.

Obstétrica/ginecológica. Antecedentes obstétricos y menstruales, métodos de anticoncepción y función sexual.

Psiquiátricas. Enfermedades y su evolución temporal, diagnósticos, hospitalización y tratamientos.

Mantenimiento de la salud. Comprende aspectos específicos del mantenimiento de la salud en especial vacunas y pruebas de detección precoz. Para las vacunas, indaga si el paciente las ha recibido contra tétanos, tosferina, difteria, poliomielitis, Sarampión, rubéola, parotiditis epidémica, gripe,

Vancela, Infección por virus, de Hepatitis B o del papiloma humano, meningococosi, Infección por Haemophilus Influenzae de tipo B, Neumocosis y herpes zoster. Para las pruebas de detección revisar si tiene las de tuberculina, frotis de papanicolaou, mamografía, prueba de sangre oculta en heces, Colonoscopia y determinación de colesterol, junto con los resultados y la fecha en la que se hicieron por ultima vez. Si el paciente no conoce esta información se puede requerir permiso por escrito para obtener el expediente clínico previo.

Antecedentes familiares

Se describe o esquematiza la edad y el estado de Salud o la edad y la causa de muerte de cada pariente inmediato, incluyendo padres, abuelos, hermanos, hijos y nietos.

Antecedentes personales y sociales.

Se documenta la personalidad y los intereses del paciente sus fuentes de apoyo, su forma de afrontamiento y sus fortalezas y preocupaciones. Deben incluir la ocupación y el ultimo año de instrucción escolar, la situación del hogar y la de otros familiares significativos, fuentes de estrés tanto recientes como a largo plazo, experiencias de vida importantes (como servicio militar, antecedentes laborales, situación económica y jubilación; actividades recreativas; afiliación religiosa y creencias espirituales; así como las actividades de la vida diaria. Los antecedentes personales y sociales, incluyen hábitos del estilo de vida que promueven la salud u

U originan riesgos para esta, como el ejercicio y la alimentación, incluyendo la frecuencia del ejercicio, la ingestión diaria habitual de los alimentos, los complementos o las restricciones alimenticios, y el consumo de café, té y otras bebidas cafeinadas, así como medidas de seguridad. Se incluye la orientación y las prácticas sexuales, así como cualquier práctica de atención. Evita limitar los antecedentes personales o sociales sólo al consumo de tabaco, drogas y alcohol.

Revisión de aparatos y sistemas.

inicia con una pregunta bastante general conforme abordes cada uno de los aparatos y sistemas, y después cambia a otras más específicas para aquellos que pueden estar afectados.

Las preguntas de la revisión de aparatos y sistemas pueden descubrir problemas que el paciente ha pasado por alto, en particular en temas relacionados con el padecimiento actual. Los sucesos de salud significativos como operaciones quirúrgicas previas, hospitalización por una enfermedad importante o la muerte de un padre o madre requieren una evaluación completa.

Exploración física completa

Cuando saludes al paciente identificate como estudiante. Muéstrate tranquilo y organizado incluso cuando te sientas inexperto.

Muchos pacientes enfrentan la exploración física con cierta ansiedad, se sienten vulnerables, físicamente expuestos, aprehensivos acerca de un posible dolor e incómodos en cuanto a lo que el clínico pudiera encontrar. Al mismo tiempo aprecian tu preocupación respecto de su salud y responden a tu atención.

Como principiante evita interpretar los hallazgos, tu no eres el principal proveedor de atención del paciente y tus puntos de vista pueden ser prematuros y equivocados. Evita mostrar desagrado, alguna u otras reacciones negativas.

Ajustar Iluminación y el entorno

Es importante ajustar el escenario de manera que tanto clínico como paciente se encuentren cómodos. Las posiciones incómodas dificultan más la obtención de los datos físicos. Dedicar tiempo a ajustar la cama a una altura conveniente y pedirle al paciente que se desplace acercándose a ti, que se de la vuelta o que cambie de posición.

Una buena iluminación y un ambiente tranquilo refuerzan lo que observas y oyes.

La iluminación tangencial es óptima para la inspección de estructuras como la vena yugular, la glándula tiroidea y la percepción del pulso apical del corazón. Este tipo de luz viene luz a través de las superficies corporales y resalta los contornos, las elevaciones y las depresiones, ya sea en movimiento o de manera estacionaria para obtener una perspectiva más definida.

Poner Comodo al paciente

Privacidad y Confort: Mostrar Sensibilidad ante la privacidad y el pudor del paciente debe ser algo arraigado en tu conducta profesional y es un reflejo del respeto por la vulnerabilidad del paciente. Cierra las puertas cercanas y Cortinas en el hospital o la Sala de exploración y lava las manos con cuidado antes de iniciar esta actividad. Durante la exploración mantente atento de los Sentimientos y cualquier molestia del paciente.

Cubrir al paciente: Dominaras el arte de cubrir al paciente con la bata o Sabana Conforme realizas Cada parte de la exploración en los siguientes Capítulos.

Mantener al paciente Informado: Conforme avanzas con la exploración habla con el paciente para ver si desea Saber algo de tus hallazgos.

Cuando hallar concluido la exploración menciona al paciente tus impresiones generales y que es lo que harás a Continuación.

Complir con las obligaciones estandar y universales.

Precauciones estandar y ante casos de SARM. Se basan en el principio de que la Sangre, los líquidos Corporales, las secreciones, las excreciones, la piel no Integra y las membranas mucosas pueden contener agentes infecciosos trasmisibles. Las precauciones estandar se aplican a todos los pacientes Incluyen higiene de las manos; uso de equipo de protección personal, practicas Seguras de Inyección; Manejo Seguro del equipo o superficies Contaminados; higiene respiratoria y el protocolo para lo tos; Criterios de aislamiento de pacientes; y precauciones con relación a equipos, juguetes, superficies Solidas y manejo de la ropa para lavanderia.

Precauciones Universales. Se trata de un conjunto de guías diseñadas para prevenir las exposiciones parenterales, de membranas mucosas y las exposiciones sin contacto a microorganismos patógenos de transmisión hemática, incluyendo VIH y VHB de los profesionales de la salud. La inmunización mediante la vacuna del VHB a los proveedores de atención a la salud con exposición a la sangre es un adyuvante importante de las precauciones Universales.

Elegir la secuencia, el alcance y la posición del paciente para la exploración.

Principales técnicas de exploración. Estudia las cuatro técnicas principales cuando inicies la exploración. La exploración física utiliza cuatro técnicas clásicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Secuencia de la exploración

La clave de una exploración física amplia y precisa consiste en desarrollar una secuencia sistemática. Organica tu exploración completa o dirigida con base en tres metas generales:

- ▷ Asegurar la máxima comodidad de paciente
- ▷ Evitar cambios de posición innecesarios
- ▷ Aumentar la eficacia clínica

Exploración del lado derecho del paciente

La posición estandar para la exploración física y tiene varias ventajas, en comparación con la del lado izquierdo.

Exploración del paciente bajo reposo en cama

Se pueden explorar la cabeza, cuello y la cara anterior del torax con el paciente en decubito supino.

A continuación hay que girar al paciente a cada lado para escuchar los pulmones, revisar la espalda

y hacer la inspección de la piel. Girarlo de regreso y termina el resto de la exploración, nuevamente en posición supina.

Exploración física: "de la cabeza a los pies"

Revisión general. observa el estado general. Ob salud del paciente, su talla, complexión y desarrollo sexual.

Obtén el peso y estatura del paciente. Nota su postura, actividad motora y marcha; su vestimenta, arreglo e higiene personal; y cualquier olor del cuerpo o la respiración. Observa su expresión facial y consigna de conducta, sentimientos y reacción ante las personas y el entorno.

Signos vitales. Toma la presión arterial. obtén la frecuencia del pulso y la respiración. Si está indicado mide la temperatura corporal.

piel. observa la piel de la cara y sus características.

Valora la humedad o sequedad y su temperatura.

Cabeza, ojos, oídos, Nariz y garganta.

Cabeza, explora el cuello Cabelludo, el cabello, el cráneo y la cara. **Ojos,** determina la agudeza visual y realiza una revisión de los campos visuales. **Oídos** Inspecciona orelas, conductos auditivos y tímpanos. **Nariz y Senos Paranasales:** explora la cara externa de la nariz; con uso de una lámpara y un espejo nasal, revisa la mucosa, el tabique y los cornetes nasales. **Garganta** Revisa los labios, la mucosa bucal, las encías, los dientes, la lengua y para dar las amígdalas y la faringe.

Cuello. Inspecciona y Palpa los ganglios linfáticos cervicales. Señala e cualquier tumoración o pulsación inusual en el cuello. Busca desviación en la tráquea.

UBAK

Dorso. Inspecciona y palpa la columna vertebral y los músculos de la espalda. Observa la altura de los hombros en cuanto a cualquier asimetría.

Cara posterior del torax y los pulmones. Inspecciona y palpa la columna vertebral y los músculos de la parte alta de la espalda. Explora, palpa y percute el torax. Identifica el nivel de matidez del diafragma en cada lado. Escucha los ruidos respiratorios.

Mamas, axilas y nodulos epitrocleares. En el paciente de sexo femenino, inspecciona las mamas con los brazos relajados, después elevados y, a continuación con las manos haciendo presión sobre sus caeras. En individuos de ambos sexos lleva a cabo la inspección de la zona de la axila y busca nodulos.

Cara anterior del torax y los pulmones. Inspecciona, palpa y percute el torax. Escucha ruidos respiratorios.

Sistema Cardiovascular. Observa pulsaciones sobre las venas yugulares y mide la presión en relación con el ángulo esternal. Inspecciona y palpa los pulsos carotídeos.

Abdomen. Realiza percusión, inspección y auscultación del abdomen. Palpa de forma superficial y después de manera profunda. Valora el hígado y el bazo por percusión y después mediante palpación.

Miembros Inferiores. Revisalos mediante la evaluación de los tres sistemas que se mencionan más adelante mientras el paciente se encuentra en decubito supino. Cada uno de estos aparatos y sistemas puede valorarse ampliamente cuando el individuo se pone de pie.

Sistema nervioso.

Consta de cinco partes: estado mental, nervios Craneales, Sistema motor, Sistema Sensorial y reflejos.

Estado mental. Valora la orientación, el estado de ánimo, el proceso y Contenido del pensamiento, las percepciones anómalas, el discernimiento y el juicio, la memoria y la atención del paciente, así como su vocabulario, Capacidades de cálculo, pensamiento abstracto y capacidad de construcción.

Nervios Craneales. Si no los has explorado antes revisa la percepción del olfato, la fuerza de los músculos temporales y maseteros, reflejos corneales, los movimientos faciales, el reflejo nauseoso y la fuerza de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo.

Sistema motor. Valora el volumen, el tono y la fuerza de los principales grupos musculares. Función cerebelosa.

Sistema Sensorial. Valora, dolor, temperatura, tacto ligero, vibración, discriminación. Compara los lados derecho e izquierdo y las regiones distal y proximal de las extremidades.

Reflejos. Incluye el bicipital, tricipital, el del supinador largo, el rotuliano, el calcáneo, los tendinosos profundos y también los plantares.

Exploraciones adicionales. Las exploraciones rectal y genital a menudo se realizan al final.

Razonamiento y evaluación Clínicos

Identificar los hallazgos anómalos. Elabora una lista de los síntomas del paciente y los signos observados durante la exploración física y cualquier informe de laboratorio.

Localizar anatómicamente los hallazgos.

Cuando localices hallazgos clínicos se tan específico como los datos lo permitan. Sin embargo puedes centrarte en una región corporal, como el torax o un sistema corporal como el musculoesquelético.

Agrupar los hallazgos clínicos.

Edad del paciente. Puede ser de utilidad; los adultos jóvenes tienen más probabilidad de presentar una sola enfermedad, en tanto los de mayor edad tienden a parecer varias.

Momento de aparición de los síntomas. Para usar eficazmente la temporalidad necesitas conocer la historia natural de diversas enfermedades y circunstancias.

Participación de los diferentes aparatos y sistemas corporales. Si los síntomas y signos se presentan en un solo aparato y sistema, una sola enfermedad podría explicarlos. Los problemas en diferentes aparatos y sistemas en apariencia no relacionados a menudo requieren más de una explicación.

Participación de los diferentes aparatos y sistemas corporales.

Trastornos de varios aparatos y sistemas. Con la experiencia se tornara cada vez más fácil reconocer los enfermedades multiorgánicas y estructural posibles explicaciones que vinculen manifestaciones que aparentemente no están relacionadas.

Preguntas Claves. También puedes hacer una Serie de preguntas claves para dirigir el pensamiento por una trayectoria e ignorar temporalmente otros.

Boscar la posible causa de hallazgos.

Las manifestaciones del paciente a menudo Surgen de un proceso patológico que incluye enfermedades de un aparato un sistema o una estructura Corporal.

General hipótesis Sobre las causas de los problemas del paciente. Utiliza todo lo arsenal de conocimientos y experiencias, lee ampliamente. Es en este punto en el que la lectura sobre las enfermedades y las anomalías resulta de máxima utilidad.

Probar la hipótesis. Ahora que has estructurado una hipótesis relativa al problema de un paciente te encuentras listo para probarla. Posiblemente necesites un interrogatorio más amplio, maniobras en la exploración física o estudios de laboratorios o radiográficos adicionales.

Establecer un diagnóstico presuntivo. Establece una definición práctica del problema de la forma más explícita y con la mayor certeza que los datos permitan. Aunque la mayoría de los diagnósticos se basan en la identificación de estructuras anómalas, procesos de la enfermedad y Síndromes Clínicos.

Uso de la toma de decisiones Compartidas para desarrollar un plan.

Identifica y registra un plan de tratamiento para cada problema del paciente. El plan fluye lógicamente a partir de los problemas o los diagnósticos que has identificado. Especifica los siguientes pasos para cada