

Universitat Autònoma de Barcelona

Facultat de Medicina

Unitat Docent de Bellaterra

Campus universitari de Bellaterra

08193 Bellaterra (Cerdanyola del V.)

Barcelona

Catalunya, ESPAÑA/SPAIN

LLICENCIATURA EN MEDICINA

PRIMER CURS

ANY ACADÈMIC DEL 2000/2001

PRIMER SEMESTRE

INTRODUCCIÓ A LA MEDICINA I METODOLOGIA CIENTÍFICA :

EL MÈTODE CIENTÍFIC EN MEDICINA (4 horas) – APUNTS

© Delgado–Domínguez Cristian, M.S.

21/12/00

En una consulta de chequeo, un joven médico le dice a una bella muchacha a la que ha de reconocer :

–Desnúdese, señorita, quiero examinarla a fondo.

–¡Pero si no hace ni diez minutos que otro médico me ha dicho que estoy estupendamente !

–También me lo ha dicho a mí –dice el médico–.Por eso quiero comprobarlo con mis propios ojos.

TEMA 4

EL ACTO MÉDICO Y EL RAZONAMIENTO CLÍNICO. LA HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA Y EL JUICIO PRONÓSTICO

Prof. Dr. José Sánchez Aldeguer

Bibliografía de consulta.– Sánchez González MA. Historia, teoría y método de la medicina. Barcelona. Masson, 1998.

Sumario :

El acto médico.

Razonamiento clínico.

I. EL ACTO MÉDICO

- El acto médico comprende diferentes etapas que nos llevan a realizar un diagnóstico y un tratamiento.
- Es un acto íntimo (en el buen sentido de la palabra) entre 2 personas, el médico y el paciente.
- Es desigual, pues por un lado está el médico, que tiene conocimientos sobre enfermedades y que no habrá de referir cosas íntimas a su paciente y, por otro, el paciente, que habrá de confiar información de carácter íntimo y personal al médico y que acude a él en busca de ayuda.
- La circunscripción (o ámbito de trabajo) del médico es muy amplia y abarca desde prescribir recetas y tratar problemas banales hasta el tratamiento de patologías graves, degenerativas y/o terminales (casos en que la enfermedad es incompatible con la vida).
- El acto médico se compone de diferentes etapas.

ESTRUCTURA DEL ACTO MÉDICO

Anamnesis o interrogatorio

Exploración o examen clínico

Patocronia o curso de la enfermedad

Epicrisis o juicio final

LA ANAMNESIS

En ella interrogamos al paciente, haciendo preguntas del tipo ¿qué le ocurre ?, ¿desde cuándo ?, ¿a qué lo atribuye ?.

MOTIVACIONES DEL ENFERMO

Es importante incidir en el motivo por el que el paciente acude a la consulta.

Cabe considerar que, a veces, los motivos más insignificantes pueden salvarle la vida al paciente. En efecto, si como sucedió en un caso clínico real, el paciente nos viene porque le duele el estómago, hemos de preguntarle sobre la coloración de las heces ; en el caso que estamos comentando el paciente contestó que defecaba heces negras, esto es heces sangrantes, indicio de úlcera gástrica.

ANTECEDENTES INMEDIATOS

Haremos preguntas como : ¿qué ha comido ? o se ha caído.

ANTECEDENTES REMOTOS

Sobre este punto cabe decir que aquí entra el principio de intimidad anteriormente señalado, sobre todo en lo que respecta a enfermedades infecciosas, en las que tenemos que interrogar al paciente acerca de sus hábitos y costumbres y, dependiendo del caso (SIDA), relaciones sexuales.

ANTECEDENTES FAMILIARES, que también son muy importantes y que entran dentro de la intimidad del paciente, pues nos confiará cosas que otras personas no diría.

Es importante para cuadros patológicos neurológicos, hipertensivos, diabetes, procesos patológicos de naturaleza cardiovascular, ...

MEDIO SOCIAL

También es importante analizar el entorno de vida del paciente. Una persona nerviosa y depresiva no podrá sanar en entornos familiares y/o sociales estresantes ; las pneumonías de repetición suelen hallarse ligadas a malas condiciones en la vivienda.

Nota sobre ANAMNESIS .– Este primer paso en el proceso médico es muy importante. A continuación, una vez realizada una buena anamnesis pasaremos al segundo procedimiento, no menos importante.

La exploración o examen clínico

Se compone de :

Exploración física

Pruebas funcionales

Patocronia/curso evolutivo de la enfermedad :

–Evolución de constantes vitales (respiración, temperatura, etc.)

–Respuesta al tratamiento

–Si hay complicaciones

Epicrisis/Juicio o estudio final

- En él hacemos un balance final de lo que hemos visto.
- Diagnóstico principal con los datos más relevantes a los que hemos llegado.
- Caso clínico : Un paciente nos llega con cuadro sintomatológico de fiebre, malestar general, arritmia, mucosidad y gran expectoración de esputos. Pero ello puede ser debido a varias patologías de naturaleza diversa : gripe, proceso catarral, neumonía ? ? ? Pediríamos pruebas diagnósticas: una radiografía de tórax ; si observamos condensación en la placa estaremos ante una neumonía.
- Automáticamente tenemos una sospecha clínica, lo que nos permite pasar a un diagnóstico. Este es el proceso a seguir para llegar al diagnóstico. Una vez tenemos resumido el diagnóstico principal pasamos a :
 - ◆ Una discusión crítica del diagnóstico diferencial de los síntomas y de los resultados de pruebas exploratorias complementarias practicadas.
 - ◆ Finalmente procedemos a prescribir indicaciones terapéuticas y a observar los resultados e incidencias del tratamiento.

Hay que tener bien presente que una buena anamnesis (observación e interrogatorio del paciente) lleva a una buena perfilación del presunto diagnóstico y, por lo tanto, de las pruebas a pedir, lo cual incide en un curso clínico de la patología óptimo y a un buen desenlace final en la mayoría de los casos.

EL RAZONAMIENTO CLÍNICO

En esta segunda parte de la clase nos proponemos discutir la siguiente pregunta : *¿cómo razona el médico ?*.

- ◆ El médico, como en cualquier investigación científica ha de comenzar observando.
- ◆ Después debe reunir y ordenar todos los hechos.
- ◆ Seguidamente hay que analizarlos.
- ◆ Finalmente llegar a una conclusión lógica... **EL DIAGNÓSTICO**

ESQUEMA GENERAL SOBRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

ANAMNESIS (recogida de datos referidos x el paciente. Es más fácil con pacientes nuevos que con los curtidos en el tema sanitario pq. divagan más)

HALLAZGOS INMEDIATOS

INSPECCIÓN-----Hasta aquí llegaban médicos de épocas históricas anteriores. En nuestra época podemos obtener datos clínicos adicionales

DATOS CLÍNICOS, MÉDICOS, HEMATOLÓGICOS, MICROBIOLÓGICOS (analíticas)

MEDICIONES MECÁNICAS (presiones funcionales)

POTENCIALES DE ACCIÓN ELÉCTRICA :

–ECG (electrocardiograma)

–EEG (electroencefalograma)

–TAC (tomografía axial computerizada)

–EMG (electromiografía, para casos de STC –síndrome del túnel carpiano)

RX, NUCLEARES (estas últimas muy eficaces y precisas, pero más peligrosas). Ej. gammagrafía ósea)

ENDOSCOPIA (p. ej. la gástrica, la artroscopia). En Japón es muy utilizada en chequeos rutinarios, por la elevada incidencia de casos de tumoraciones esofágicas.

EXPLORACIONES CITOLÓGICAS (frotis vaginal en mujeres, p. ej.) e HISTOLÓGICAS (verrugas)

3. SUMA DE HALLAZGOS. Corroboración de los mismos.

EXPERIENCIA PERSONAL

(conocimientos e información adquiridos

durante la carrera, MIR, cursos de postgrado,

trayectoria profesional, etc.)

LITERATURA MÉDICA/CIENTÍFICA y otros

saberes

COMPARACIÓN

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL (creemos que el paciente tiene tal problema pero no lo sabemos seguro)

TRATAMIENTO (hacemos las prescripciones terapéuticas que estimemos oportunas)

SEGUIMIENTO DEL CURSO CLÍNICO

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO (2 direcciones)

parcialmente bien/mal

! seguir

observando

bien, positivo, +

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO