La PRESENTACIÓN ORAL

Formato y Guía de la Presentación Oral

La calidad de la presentación oral refleja la comprensión de la situación del paciente y la capacidad de simplificar datos complejos a una forma fácilmente comprensible.

Hacer una presentación oral en el pase de visita o posteriormente es una es una habilidad importante que requiere su aprendizaje. Es una habilidad esencial para comunicarse con los compañeros y el equipo de atención médica (la comunicación efectiva proporciona un mejor cuidado de la salud). El informe médico, en este ámbito, debe ser conciso. Después de recopilar los datos, se debe ser capaz de reflejarlo en un formato escrito y transmitirlo claramente a otros compañeros de atención médica. Para comunicarse con éxito, es necesario comprender las enfermedades médicas del paciente y las contribuciones psicosociales a la Historia de la Enfermedad Actual (HEA), así como los hallazgos de la exploración física. Estos deben se deben resumir en un relato conciso, organizando los hechos más esenciales. Al interlocutor (compañero, tutor, etc.) se le debe dar toda la información pertinente sin detalles extraños y con ello debe ser capaz de construir su propio diagnóstico diferencial, a medida que se expone la historia.

Dependiendo del propósito de la presentación, se incluirán unos u otros detalles de la historia. Los datos de la enfermedad actual se presentarán de una manera muy diferente al consultor de cardiología que se le pide que dé consejos sobre el tratamiento óptimo para la Insuficiencia Cardiaca Congestiva; serán otros los que se presenten al cirujano que debe considerar el reemplazo valvular aórtico; al trabajador social que está ayudando a obtener financiamiento para discapacitados y al médico de la planta que necesita saber cuáles son los ingresos del día anterior

A medida que se avanza en este aprendizaje, se va adquiriendo destreza en la adaptación y relato de la historia clínica para servir a sus diversos fines. Al hacer la historia, generalmente se reúne más información de la que va a incluir en su redacción y de la misma manera el informe escrito contendrá más información que la que se proporcionará en una presentación oral.

Estándares Profesionales

Cada paciente es una oportunidad para mejorar las competencias en las habilidades de la entrevista y exploración clínicas. Se puede confirmar con la opinión de otros estudiantes o residentes. ¡La práctica hará que cada vez lo hagamos mejor! Algunas cosas que recordar acerca del profesionalismo:

- Hay que presentarse como un estudiante de medicina que trabaja con tutor, profesor, etc.

- Dirigirse a los pacientes por su nombre.

- Garantizar la privacidad de los pacientes, pidiendo permiso para descubrirlos durante los exámenes físicos.

- Hay que tener sumo cuidado al hacer comentarios delante de los paciente, no se puede mostrar desacuerdo abierto, sino otras posibilidades, no establecer un supuesto mal pronóstico, etc., cuando se hable en público y del propio paciente.

- Es importante evitar la tendencia a vestir de manera demasiado informal o de forma provocativa.

Principios Básicos

Consejos para la presentación

Una presentación oral del caso no es una simple recitación de la redacción del caso (historia escrita). Es una presentación concisa de la información más esencial. La presentación de un caso debe ser memorizada tanto como sea posible. Se pueden utilizar notas durante la presentación, pero no deben ser leídas en voz alta directamente.

Duración

La duración de las presentaciones orales puede variar según el servicio. Una presentación completa en las sesiones clínicas debe ser inferior a los 5 minutos. Una presentación en el pasillo o en el pase de visita no debe de llevar más de 3 minutos. En cirugía a menudo menos de 1 o 2 minutos.

Coherencia

Las presentaciones orales deben ser coherentes, éstas deben tener un formato organizado y seguir un esquema establecido. Las presentaciones coherentes ayudan a desarrollar un proceso de pensamiento clínico organizado y ayudan al oyente a procesar los datos.

Concisión

Presentar la información pertinente y relevante. Hay que omitir la información no esencial. Esto se aprende a través de la experiencia y la retroalimentación. La redacción del informe clínico escrita debe ser completa e incluir todos los detalles de cada uno de los componentes de la historia clínica y el examen físico; sin embargo, la presentación oral de un caso debe incluir sólo los detalles relevantes. Se aprende lo que es relevante de forma gradual.

Para hacer que la presentación sea concisa, hay que centrarse enfocará en: historia cronológica (solo la historia del paciente, no su interpretación), signos vitales, descripción general de la apariencia clínica del paciente y los hallazgos pertinentes del examen físico. Evitar comentario como si fuera una editorial de una revista. Al principio, resulta difícil incluir los datos de la entrevista clínica en la sección de la anamnesis y los resultados del examen físico en la sección de la exploración clínica, a menudo se confunden. Hay que intentar conscientemente hacer esto correctamente, cada vez que se presenta un caso.

Informe completo

La presentación oral debe ser completa. Hay que preguntarse si "¿falta alguna información importante?", ¿se ha descrito con suficiente detalle el examen físico basado en los síntomas principales? Por ejemplo, en un paciente con una erupción, ¿se ha descrito con detalle la erupción? En un paciente con dolor en el hombro izquierdo, ¿se ha examinado el hombro izquierdo? Es realmente importante adquirir el hábito de comenzar la exploración física con los signos vitales y una descripción general del paciente (es decir, el paciente parece "enfermo", "con ansiedad", etc.) Esto último es una habilidad que se aprende con el tiempo y la experiencia clínica.

Requisito imprescindible

Es un requisito imprescindible la realización adecuada de la presentación oral. Al final de las prácticas, se debe conocer con precisión la historia clínica del paciente, haciendo preguntas en profundidad, teniendo seguridad en la evaluación y el plan, ser específico en el plan de actuación con el paciente y resaltar el proceso de razonamiento clínico y la justificación de ese plan. La evaluación es la oportunidad de interpretar, razonar clínicamente y explicar por qué se piensa que el paciente tiene un diagnóstico particular, cuáles fueron las otras posibilidades que se consideraron y por qué se descartaron. El plan incluye las sugerencias para la realización pruebas complementarias para el diagnóstico y las indicaciones del tratamiento.

Estructura y Organización

Semejanzas entre presentaciones escritas y orales

Ambos son reconstrucciones organizadas del relato coherente de la Historia de la Enfermedad Actual del paciente, no un surtido aleatorio de hechos. Los datos subjetivos derivados del paciente y familia, la historia clínica previa y los datos objetivos, que incluyen su examen físico y los datos de laboratorio / radiográficos actualizados, se organizan en un formato de presentación estándar.

Estructura básica

- Introducción / Presentación del caso (incluye la información de la identificación y el problema principal). Ej.: Varón de 55 años que consulta por dificultad respiratoria y fiebre.

- Historia de la enfermedad actual (HEA), incluyendo la revisión por aparatos relevante.

- Antecedentes médicos y otros problemas médicos activos

- Medicaciones / alergias

- Antecedentes sociales breves, hábitos (consumo de tabaco / alcohol / substancias) e historia familiar (situación actual y problemas principales solamente)

- La revisión por aparatos completa no debería presentarse en las presentaciones orales

- Examen físico (sólo los hallazgos pertinentes)

- Resumen de una línea

- Valoración y plan

Organización

Deberíamos desarrollar una presentación que haga participar al oyente, viendo al paciente como una persona, sea cual sea su condición (VIH, hábitos sexuales homosexual, consumo de alcohol, tabaco, etc.)

Identificación / Problema principal

La exposición inicial es una visión general del paciente, incluye el motivo de consulta y la duración del problema principal. Esto es "establecer el escenario". La frase introductoria puede incluir detalles de la historia médica anterior si la enfermedad del paciente se relaciona directamente con una enfermedad crónica en curso.

Estructura

- El paciente “Nombre y Apellido” es un hombre / mujer de _____ años que... "(uno de los siguientes abajo):

  * "... acude por << problema principal >>. "

  * "... ingresa para el estudio de _____."

  * "... acude para el seguimiento de _____."

- "El paciente J, es un hombre de 55 años de edad con antecedentes de enfermedad cardíaca, por lo que se realizó bypass coronario hace 2 años, actualmente se presenta dolor retrosternal de 6 horas de evolución ".

- "La paciente S es una mujer de 77 años de edad con antecedentes de diabetes, demencia, insuficiencia cardíaca congestiva, que acude por fiebre de 2 días de evolución junto con hinchazón y enrojecimiento de la pierna derecha ".

Hay que incluir la raza o país de procedencia sólo si es relevante y hará que su oyente valore las posibilidades diagnósticas de manera diferente. Para orientar a los oyentes, la información debe incluir los problemas médicos relevantes del paciente, normalmente no suelen ser más de cuatro. Se enumerarán los problemas relevantes, solo por el diagnóstico y más adelante se elaborará con ellos la HCA y los antecedentes. El tutor puede ayudarle a identificar qué problemas son los relevantes cuando ello no es obvio. Los hábitos (tabaco / alcohol / uso de sustancias) se incluirán cuando sea relevante.

Buenos ejemplos

- "Señor J es fumador de 65 años de edad con una larga historia de diabetes mellitus, cirrosis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que consulta por fiebre y tos productiva ... "

- "María es una niña de 9 años, por lo demás sana, que se presenta con dolor en la pierna izquierda e incapacidad para caminar. Ella estaba en su estado normal de salud hasta ... "

- "Señor JJ, varón de 58 años de edad cuyos problemas activos incluyen enfermedad arterial coronaria, diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica... "

Hay que evitar la presentación con información que distraiga, por ser un relato excesivamente detallado de los problemas médicos del paciente en los comentarios introductorios, como lo hace el presentador en el siguiente ejemplo:

Mal ejemplo

"Señor J, varón de 58 años cuyos antecedentes incluyen: enfermedad de las arterias coronarias - infarto de miocardio x 2, el último en 1996, la fracción de eyección era de 35% en 1994; diabetes mellitus x 10 años, requiere insulina desde hace cinco años, complicada por la retinopatía; enfermedad pulmonar obstructiva crónica - con un FEV1 de 1,2 litros y dependencia de esteroides,... "

En el mal ejemplo, el oyente olvidará la queja principal cuando llegue la HEA. El buen ejemplo es conciso y no interrumpe la línea de pensamiento del oyente entre el problema principal y la Historia de la Enfermedad Actual.

Historia de la Enfermedad Actual

Introducción

La HEA es un componente muy importante que debe ser expuesta de forma cronológica. Definir claramente la naturaleza de la molestia o problema principal queja, la duración de los síntomas, la progresión de los síntomas, tratamientos significativos (OLDCARTS = Onset, **L**ocation/radiation, **D**uration, **C**haracter, **A**ggrevating factors, **R**eliving factors, **T**iming and **S**everity). Hay que estar interesado y obtener una historia completa del paciente o familia.
"Mujer / Varón _____ que estando en su estado habitual de _____ (es decir, excelente estado de salud / mala salud) hasta _____ (es decir, tres días antes de la admisión) cuando desarrolló de forma _____ (aguda / gradual) el inicio de _____. "

No mencionar que un evento ocurrió "el sábado"; referirse al tiempo relativo al día del ingreso; es decir, 3 días antes del ingreso.

Revisión de sistemas

Mencionar sólo aquellos positivos y negativos significativos. ¡NO informar el repaso de cada sistema!
"... La revisión de los sistemas puede ser de interés en las hemorragias nasales ocasionales y pirosis después de las comidas. Tiene estreñimiento crónica de larga duración".

Buenos ejemplos

"El señor Gómez es un varón de 63 años, fue fumador de 30 paquetes·año y tiene una larga historia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica caracterizada por disnea de medianos esfuerzos, FEVI de 1,0 litros y oxigenoterapia domiciliaria. Estaba en este estado de salud habitual hasta tres días antes del ingreso, cuando experimentó un empeoramiento gradual de su disnea, asociado con una tos productiva de esputo amarillo y una fiebre de 38.9ºC"

"David es un niño de 5 años que tiene antecedentes de cardiopatía congénita debido a la tetralogía de Fallot, con cirugía reparativa en 2007. Él estaba en su estado de salud habitual,

hasta el fin de semana antes de la admisión, comenzó a tener mareos y la noche al ingreso, presentó un síncope mientras se preparaba para ir a la cama. "

Antecedentes

Hacer un breve resumen de los problemas actuales (diabetes, HTA, etc.), enfermedades graves pasadas, cirugías, medicamentos actuales y alergias. Caracterizar específicamente los principales síntomas de presentación, incluyendo las atribuciones del paciente (lo que el paciente piensa que está causando los síntomas), cualquier episodio anterior, y las complicaciones y los datos relevantes de la revisión por aparatos. La revisión por aparatos incluye aquellos relacionados con los sistemas u órganos relacionados, los síntomas constitucionales tales como la fiebre y pérdida de peso y los factores de riesgo o exposiciones epidemiológicos. Si hubo alguna evaluación de los síntomas principales antes del ingreso hospitalario, dicha evaluación debe incluirse aunque debe presentarse de manera resumida (por ejemplo, "*Hace una semana, el paciente fue visto por su médico de cabecera y fue diagnosticado de neumonía, prescribiéndole amoxicilina*").

Mal ejemplo (mal caracterizado y demasiado breve de la Enfermedad Actual)

"El Señor Rodríguez es un hombre de 83 años de edad, ingresa para estudio de dolor torácico. Estaba bien hasta tres semanas antes del ingreso cuando empezó a sentir pesadez en el pecho cada vez que hacia ejercicio. Vio a su médico de cabecera que le recetó antiácidos con poco beneficio. El dolor lo despertó anoche y consultó en Urgencias. Otros antecedentes incluyen..."

Buenos ejemplos

"... En su historia médica destacan hipertensión y diabetes. Ha sido intervenido de apendicectomía y herniorrafia inguinal. Los medicamentos que toma son metformina, lisinopril y gliburida. No tiene alergias.

"El Señor Sánchez es un usuario actual de cocaína intranasal, tiene 33 años de edad, ingresa por dolor torácico. Se encontraba en su estado habitual de excelente salud hasta un día antes del ingreso, cuando desarrolló un segundo episodio de inicio súbito de dolor torácico, caracterizado como agudo, irradiando a su hombro izquierdo, que duró varias horas. El dolor era agravado por el esfuerzo y aliviado por el descanso. Asociados con el dolor fueron falta de aire y náuseas. Una semana antes del ingreso fue atendido en Urgencias por un episodio similar de dolor y sin otras pruebas se diagnosticó con gastritis y se prescribieron antiácidos sin beneficio. No había antecedentes de tos, ardor de estómago, pérdida de peso, fiebre, escalofríos o sudores. El paciente no tiene factores de riesgo conocidos para la enfermedad coronaria. No tiene antecedentes de hipertensión, hiperlipidemia o diabetes, y nunca ha fumado cigarrillos. No tiene antecedentes familiares conocidos de enfermedad coronaria temprana. Ha estado usando cocaína intranasal durante los últimos 3 años, varias veces a la semana. El último uso fue una hora antes de la aparición de su dolor en el pecho. No usa otras drogas, ni se inyecta cocaína (hábitos pertinentes)".

Otros Problemas Médicos.

Incluir aquí los detalles de los problemas activos y que creemos que son relevantes para la enfermedad actual. Estos son usualmente los mismos problemas que mencionaron en "identificación". Por ejemplo, la diabetes mellitus es relevante para un paciente que consulta por hipertensión arterial. Considerar cada problema clínico por separado, contando brevemente los detalles de una manera cronológica. En general, hay que relatar el problema más importante en primer lugar y luego presentar los demás del más importante al menos importante.

Las palabras y frases clave resumen una enfermedad crónica en curso y se discuten en esta sección (o pueden incluirse en la Enfermedad Actual si están relacionados con el problema actual, como se mencionó anteriormente). Las palabras clave varían con la naturaleza del problema. Se aprenden a medida que se adquiere experiencia clínica y escuchando a otros resumiendo y presentando casos. En general, las palabras claves enfatizan la fecha del diagnóstico, su tratamiento, los síntomas actuales, las complicaciones y cualquier prueba objetiva reciente.

"... *sus otros problemas médicos incluyen diabetes que requiere insulina durante 12 años, complicada por retinopatía, polineuropatía y nefropatía. Su última creatinina es de 1,7*... "

"... *larga historia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con dependencia de esteroides y la necesidad de oxigenoterapia domiciliaria, un FEV1 de 0,8L en 1994 y tres hospitalizaciones por exacerbaciones en el último año. Nunca ha sido intubado*... "

"... *historia de insuficiencia cardíaca congestiva de 2 años de evolución, se cree que es secundaria a cardiomiopatía alcohólica, que se manifiesta con disnea de medianos esfuerzos, ortopnea de tres almohadas y edemas maleolares. Su tratamiento habitual incluye furosemida y enalapril, hace 6 meses se añadió digoxina. El ecocardiograma 4 meses antes del ingreso mostró dilatación de las 4 cámaras e hipocinesia global...* "

Durante la presentación de un caso, hay que evitar la exposición de diagnósticos irrelevantes. Lo que es irrelevante no siempre es obvio al principio, ello mejora con la experiencia clínica. Preguntar al tutor u otros compañeros ayudará a mejorar esta presentación; Es decir, "la gonorrea en 1945, la malaria en 1940, la extracción de la catarata en 1972 y la tinea pedis" probablemente no son relevantes en la presentación de un paciente con diabetes con dolor torácico de reciente aparición.

Hay que conocer todos los problemas del paciente e incluirlos en el informe, pero la presentación de problemas que no son relevantes para el problema clínico actual sólo distrae a los oyentes.

Tratamientos / Alergias

Hay que proporcionar la lista de todos los medicamentos que está tomando el paciente y también aquellos otros medicamentos relevantes sin receta. Hay que reseñar de cualquier alergia farmacológica relevante y el tipo de reacción.

Ejemplo

"*El paciente desarrolló una erupción cutánea hace aproximadamente 20 años tras recibir penicilina, siendo diagnosticado de alergia a penicilina*"

Historia Social (HS) y Hábitos Sociales

La historia social debe ser breve, pero hay que tener en cuenta que es a menudo la historia social la que explica por qué el paciente se presenta actualmente, en contraposición a algún otro momento. Incluir el estado civil, la ocupación, los hábitos (tabaco, alcohol, drogas ilícitas) y la historia sexual cuando sea apropiado. Una historia social bien descrita también permite al oyente "ver" a la persona detrás de la enfermedad y proporciona un contexto, que a menudo ayuda a elaborar un plan de tratamiento adecuado. Los pacientes pueden tener vidas caóticas, limitados recursos financieros y poco apoyo social por lo que no pueden ni pagar los medicamentos y no tienen la ayuda necesaria para seguir las recomendaciones terapéuticas al alta del hospital.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, serán de ayuda para diseñar un plan apropiado. Del mismo modo, la depresión y los sentimientos de desesperanza sobre sus condiciones son muy relevantes para entender el cuidado de los pacientes y se deben incluir en la historia social.

Estos factores, si no se abordan, tenderán a llevar al paciente a buscar atención médica repetida. Si es apropiado, incluya información sobre los deseos personales de salud del paciente, tales como las voluntades anticipadas (testamento vital), incluyendo la discusión sobre estos temas.