

CAPITULO III

PAPELETA DE TRABAJO

INTRODUCCION

La papeleta del paciente es un documento muy importante. La papeleta médica incluye desde los datos generales del paciente, hasta sus diagnósticos. La integran las hojas que se describen en las páginas siguientes.

Es manejada por todo el equipo médico y también por el personal paramédico. Constituye un documento legal y debe ser manejada con mucha responsabilidad.

Es necesario que conozca bien el contenido de la papeleta médica, lo que hará que sea eficiente su trabajo al poder con prontitud localizar el lugar donde están las "notas de evolución", "los resultados de laboratorios", "la curva de temperatura", etc.

La papeleta siempre debe estar completa y colocada junto con el resto de papeletas en un lugar fijo donde la pueda localizar. Nunca la deje olvidada en la cama del paciente o la sala de espera de los parientes. Tenga presente que contiene información científica importante y confidencial que tiene que proteger.

La sección de "signos vitales", por ejemplo es responsabilidad de las enfermeras, igual que la sección correspondiente a las "notas de enfermería" que en resumen el estado del paciente durante su turno.

La sección de "órdenes médicas" es responsabilidad de "los médicos" igual de las "notas de progreso Médico". Ordenes médicas debe escribirlas UNICAMENTE un Médico Colegiado Activo.

Debe tener alto sentido de responsabilidad al manejar una papeleta médica. Varias personas tienen que ver con su manejo; por consideración a todos, pero especialmente al paciente, debe manejarla bien: escriba claro, manténgala al día y cuídela en todo sentido. La papeleta médica tiene responsabilidades legales, académicas y éticas.

1. HOJA DE COMENTARIOS

Esta hoja encabeza usualmente la papeleta médica en algunas instituciones. Está diseñada para que los estudiantes de medicina en sus diferentes niveles (médicos residentes, médicos jefes de servicio etc.) anoten sus comentarios o sugerencias sobre el caso clínico correspondiente.

No necesariamente tienen que cumplirse estas recomendaciones, pues un comentario o una sugerencia nunca es una orden médica, pero puede contribuir enormemente a la evolución positiva (favorable) del paciente. Es decir: un comentario o una recomendación, puede ayudar a realizar procedimientos o diagnósticos, añadir o suprimir algún medicamento, que resulte en beneficio del paciente.

Siempre debe anotarse la fecha, la hora y nombre de quien los hizo. Deben conocerse los comentarios o sugerencias durante la visita general, con el objeto de poder discutirlos y eventualmente aplicarlos.

No se usa esta hoja en todas las instituciones. Las que la han adoptado son generalmente instituciones de carácter universitario y han comprobado sus ventajas.

2. LA HOJA DE SIGNOS VITALES

Generalmente encabeza la papeleta médica. Es responsabilidad de la enfermera.

En ella se anotan los signos vitales generales del paciente, es decir: la temperatura, el pulso, la presión arterial, y la frecuencia respiratoria.

Clásicamente se utiliza tres colores de tinta para escribir en la papeleta médica el punto de vista de enfermería.

La enfermera que cuida al paciente en el turno de las 7:00 a las 13:00 horas hace sus observaciones y anotaciones color azul. La que recibe al paciente en el período de la tarde que concluye a las 19:00 horas, escribe sus observaciones o notas de color verde. La que cuida al paciente en el turno de la noche, las hace de color rojo.

En otras instituciones se llena esta hoja con un mismo color en los tres turnos.

Es hoja muy importante que debe localizarse con prontitud, especialmente en aquellos pacientes en que es de particular interés el seguimiento de la curva de temperatura, por ejemplo, o bien en monitoreo de la presión arterial.

3. NOTAS DE ENFERMERIA

Las notas de enfermería tienen particular importancia dentro de la papeleta médica. Recordemos que la enfermera es responsable del cuidado del paciente las 24:00 horas. Pasa más tiempo al lado del paciente que el propio médico.

Por ello, todas las observaciones que realiza la enfermera revisten particular importancia. En la papeleta hay una sección que corresponde a las notas de las enfermeras. Usualmente en un día de 24:00 horas hay tres enfermeras responsables del cuidado del paciente.

Al igual que en la hoja de signos vitales, la anotación de las observaciones de la enfermera del turno de la mañana, se hace de color azul, la del turno de tarde, de color verde y la del turno de la noche de color rojo.

Los médicos tiene obligación de leer las notas de la enfermera. Pueden encontrar información muy valiosa con respecto a la evolución del paciente. Algunas observaciones pueden dar pautas terapéuticas al médico con respecto al manejo del paciente.

El médico debe hacer ver a la enfermera, durante su visita, la importancia que tienen las notas que ellas escriben de los pacientes; y enseñarles a escribir notas con información útil y no información repetida o sin ninguna importancia. Por ejemplo en esta sección de notas de enfermeras aparece el reporte del número de evacuaciones que el paciente ha tenido durante ese turno. Este es

un dato muy importante para el médico y que probablemente no se encuentra reportado en la nota de evolución del médico residente que ha estado con el paciente evaluándolo únicamente durante un período en el día.

Las enfermeras deben escribir en forma clara de manera que las notas sean legibles.

La enfermera que va a recibir turno debe leer las notas de la enfermera anterior y escribir la suya en términos de seguimiento en la evaluación del paciente, y no repetir la información colocada ya por la enfermera del turno anterior.

Estimula a las enfermeras ver que los médicos les toman en cuenta leyendo las notas de enfermería y dándoles la importancia que tienen.

4. LA HOJA DE CONTROLES ESPECIALES

Esta hoja corresponde a ciertos pacientes, que debido a su diagnóstico o su condición especial, ameritan de controles que no son de rutina dentro del cuidado ordinario de un paciente.

Ejemplo de controles especiales: control de las pupilas, control de pulsos, control específico del estado de conciencia, control especial de ingesta y excreta cada cierto tiempo, etc. Estos controles se llevan anotados en hojas llamadas así: hojas de controles especiales, cada una con su nombre propio. Ejemplo: hoja de control de pupilas. El médico determina que paciente necesita controles especiales.

Ejemplo: de un paciente que ha sufrido un trauma cráneo-cefálico es muy importante que en su seguimiento se lleve anotación del tamaño de las pupilas derecha e izquierda y la forma en que reaccionan al estímulo luminoso. Dependiendo de la gravedad del paciente con trauma cráneo-encefálico este control deberá anotarse cada 15, 30, 45, o 60 minutos..

Sepa donde se encuentran estas hojas y donde se guarda la papelería del servicio.

Si no existe nomenclatura específica de un control especial, escriba en una hoja en blanco el nombre del tipo de control que se desea.

Las hojas de control especial, son responsabilidad compartida por el estudiante de medicina, el residente y la enfermera.

Usted, estudiante de medicina, es responsable de asegurarse que esta hoja sea bien llevada e identificada con el nombre del paciente.

5. LA HOJA DE HISTORIA CLINICA

Esta hoja es responsabilidad del personal médico. El estudiante de medicina generalmente es la persona encargada de hacerla.

En algunos lugares existe un machote especial que debe seguirse para formular la historia clínica. Lo importante es que usted conozca dentro del servicio en donde está rotando el formato que se usa en ese lugar para elaborar

la historia clínica. Independientemente de los diferentes formatos de historia clínica que se deben llenar, lo importante es que se siga el orden lógico: los datos generales, motivos de consulta, historia clínica actual, antecedentes médicos, historia familiar, examen físico, impresiones diagnósticas.

Siempre averiguar en el momento en que se hace la historia clínica, si el paciente ha sido ingresado anteriormente a esa institución. Si es así, consiga el número de historia clínica con el que quedó registrado el paciente en su ingreso anterior y se le facilita el adquirir toda la información necesaria y veraz sobre la historia médica de su paciente.

Si está atento a la revisión de las historias previas del paciente por ingresos anteriores al hospital, se le dará más comodidad a su paciente, puede no estar en la mejor condición anímica o física, para repetir una vez más todo un historial que ya tal vez a contado tantas veces, cuantas ha sido admitido al hospital, o que talvez no recuerda claramente.

Se acostumbra y sugiere, después de los datos generales, antes de empezar su historia actual, hacer un listado, (si se cuenta con la papeleta anterior) de los ingresos previos, y sumarizar los datos de la siguiente manera: número de ingreso, fecha de ingreso, tratamiento y diagnósticos de egreso. Esta información le proporciona una idea general de la situación médica de su paciente.

La hoja de historia clínica es muy importante y es admisible que falte en una papeleta médica. Debe tener información respecto a teléfono y dirección del pariente más cercano que se pueda llamar si es necesario.

La historia clínica constituye el primer documento médico del paciente que está ingresando al hospital; por lo tanto siempre debe estar muy completa y contener información veraz. Esmérese por que sea una historia clínica que usted se sienta orgulloso (a) de firmar.

En los servicios, cuando un paciente nuevo es admitido, en el momento de pasar visita con todo el grupo de médicos, enfermeras y estudiantes, la historia clínica constituye el documento básico para presentar al nuevo paciente. Por esa razón es muy importante que esa historia esté completa.

Debe constar en la historia clínica el nombre de la persona que la realizó. Y debe aparecer en forma clara, para que cualquier persona autorizada que desee obtener mayor información sobre un área específica de la historia pueda avocarse a la persona mejor enterada.

No es raro que sea suficiente el tamaño del formato para que usted anote la historia clínica completa. Esto nunca es excusa para hacer una mala historia. Si no le es suficiente el espacio para escribir su historia auxiliase de hojas en blanco extras que añada al formato original. Cuide que las hojas que agregue tengan en la parte superior derecha el nombre del paciente y el número de la historia clínica, con el objeto de que sean identificadas como parte del

expediente del paciente. Acostumbrese a numerar las hojas para mantenerlas ordenadas.

6. LA HOJA PARA INFORMES DE LABORATORIO

Esta es una hoja donde se pegan los informes que vienen del laboratorio.

Cuide de que los laboratorios estén pegados en orden cronológico, y se le facilitará el seguir la evolución del paciente. Y responder a las preguntas que hagan diferentes miembros del cuerpo médico durante la visita al paciente. Es fácil, si están en orden cronológico los laboratorios, darse cuenta de una hemoglobina que ha venido descendiendo gradualmente o de una ictericia que ha ido aumentando en intensidad representada por el aumento de la bilirubina.

Algunos hospitales tienen separadas las hojas de laboratorio de acuerdo al tipo de estudio de laboratorio; aparte los estudios de hematología, aparte los de química sanguínea, aparte los de microbiología, etc.

En algunas instituciones es responsabilidad del personal de laboratorio pegar esos informes en las papeletas. En éstas, el personal de servicio los recoge en el laboratorio y las enfermeras los pegan en las papeletas. Fíjese que los informes de laboratorio que va a pegar en la hoja corresponden al paciente y que están colocados en orden cronológico.

7. LOS INFORMES DE RAYOS X

Informes de Rayos X son generalmente hojas propias del departamento de Rx que incluye el diagnóstico radiológico. Es muy importante que usted esté pendiente, de qué estudios radiológicos se le han hecho al paciente, y que, por lo tanto, haya el mismo número de informes o reportes radiológicos pegados en la papeleta correspondiente. Es importante también archivarlos en forma cronológica. En algunos hospitales el departamento de radiología; en otros el departamento los lleva al servicio y los residentes tiene la responsabilidad de leerlos y de incluirlos en el expediente. En cualquiera de los dos casos. Usted tiene la responsabilidad de asegurarse que corresponden al paciente de la papeleta y que están ordenados en orden cronológico. Es deseable que usted vea las imágenes y no solo lea las interpretaciones. Pero es imperativo que las placas regresen a su lugar en el departamento de Radiología. Esas placas son propiedad del hospital y no deben ser entregados a nadie sin la autorización escrita del Departamento de Rx. Pues son documentos legales importantes.

8. INFORMES DE PATOLOGIA

Estas hojas son muchas veces decisivas y prácticamente concluyentes del diagnóstico que tiene un paciente, de allí su vital importancia. Siempre que se haya tomado una biopsia o mandado a patología una lamina o cualquier tipo de material, debe asegurarse de que se reciba el informe. Es importante que usted anote en una libreta las hojas de patología que están pendientes de sus pacientes. Ya que el proceso de patología lleva muchas veces varios días y con

frecuencia se olvida el reclamar el informe. Es obligación del estudiante de medicina el estar seguro que los informes de patología de los pacientes bajo su cuidado están pegados en la papeleta. Es inaceptable que no esté pegado en la papeleta del paciente después de una semana de enviada la muestra al laboratorio.

9. LA HOJA DE ELECTROCARDIOGRAMA

Es una hoja donde se pegan los electrocardiogramas tomados a un paciente. Generalmente los electrocardiogramas son tomados en el cuarto ó en las emergencias o en el departamento de cardiología. Tenga presente, cuándo se tomó el estudio electrocardiográfico y esté pendiente de reclamar al cardiólogo o médico internista especialista responsable de informar sobre el electrocardiograma. Y pegar los trazos.

No extravíe los electrocardiogramas, con facilidad se quedan olvidados en el lugar en donde fueron tomados. Todo electrocardiograma inmediatamente debe rotularse con el nombre del paciente, y su número de papeleta. Debe preguntarse qué persona es responsable de la lectura del mismo.

10. HOJA DE ORDENES MEDICAS

Es de máxima importancia en la papeleta médica. Tiene carácter legal. En la papeleta médica aparecen todas las indicaciones que el personal médico ha indicado para el tratamiento del paciente. Todas las órdenes sobre un paciente

deben aparecer en esta hoja. Y ninguna orden se cumple si no está escrita. Sólo puede escribir órdenes médicas un Médico Colegiado Activo.

Encabece cualquier orden médica de la siguiente manera: fecha, hora exacta de la anotación, apellidos de quienes den las órdenes médicas empezando por el mayor hasta el menor rango. Incluya las personas que están en ese momento presentes al lado del paciente. Y termine con su firma (como traductor de lo ordenado verbalmente).

Las órdenes deben ser escritas en forma clara, con buena letra (sin dar lugar a confusión) y de acuerdo al reglamento, dosis, frecuencia, etc..

Si duda cómo escribir una orden médica, tiene obligación de consultarlo a su superior inmediato.

Una orden médica mal escrita o mal transmitida puede provocar la muerte a un paciente. Por ello usted debe asegurarse de haber entendido perfectamente bien que está escribiendo en la calidad de orden médica, que las enfermeras van a cumplir tan pronto como usted les entregue la papeleta.

Desde el punto de vista legal, las únicas personas autorizadas para escribir y firmar órdenes médicas en una papeleta son los médicos colegiados activos con licencia vigente para ejercer la práctica médica.

Si usted es estudiante, no es responsable de la firma.

Nunca firme una orden médica, si todavía no es médico con licencia para ejercer la práctica médica.

Cuando escriba órdenes de administración de medicamentos, escriba el nombre genérico de la droga. No es adecuado en una orden el nombre del medicamento que distribuye una casa comercial particular. Quizá solo los familiarizados con los productos de esa casa farmacéutica conocen. Tampoco es una buena orden médica la que prescribe administrar una ampolla o una tableta, en vez de anotar la dosis a la que corresponde la tableta, la cucharada, o la ampolla que se desea administrar. Debe estar el nombre genérico del medicamento, la dosis, la presentación que se desea y la vía de administración. Luego especifique si es dosis única o si se va a tomar en cierto horario. Sólo se acepta "cápsulas" o "ampollas" si se trata de medicamento compuesto por varios fármacos.

Ejemplo: Paciente: Sra. María Pérez

Expediente 001-98

30 de enero 1998. 1 Acetaminofén. 500 mgs =1 tableta por vía oral
8: 00 horas "STAT" y cada 6 horas por dolor de cabeza.
Dr. López

Las órdenes médicas se anotan en las visitas que se realizan.

Las hojas de órdenes médicas pueden agotarse rápidamente. Es conveniente la práctica de hacer un resumen de órdenes médicas de acuerdo con la condición especial del paciente. En situaciones de rutina, cada semana debe hacerse un resumen de órdenes médicas, para que las enfermeras puedan

hacer una hoja de Kárdex correspondiente a cada uno de los pacientes, en forma cuidadosa y ordenada que mantengan al día la información.

Las órdenes médicas principian con la indicación del servicio en el que está el paciente; luego se indica la condición física que se desea que el paciente tenga (reposo, actividad moderada o privilegios de baño etc.); luego se indica la dieta. En condiciones especiales, como diabetes, es importante incluso indicar el número de calorías que se necesita se le administre al paciente, luego la orden de los signos vitales (con qué frecuencia deben tomarse o si debe seguirse la rutina acostumbrada. En este caso ello implica que los signos vitales se tomen y se anoten en cada uno de los turnos de las enfermeras. (Azul en AM, verde en PM, rojo de 7PM a 7AM.)

Luego debe ponerse una orden médica en la que se pida especial cuidado a condiciones que se desea chequear en el paciente. (Ejemplo: vigilar su estado de conciencia, o su estado anímico, o que no convulsiones etc). Luego viene la orden de laboratorios que se desean; seguidamente la orden de los estudios radiológicos; luego se ordenan las soluciones intravenosas, (si es el caso) y los medicamentos, por vía intravenosa, después los vía intramuscular, luego los de vía oral y por último medicamentos tópicos, o procedimientos (como IPPV, EEG, etc..)

La siguiente orden debe ser: "reportar cualquier cambio que presente el paciente".

EL METODO DE WEED

El método de Weed constituye una rutina fácil y ordenada de poder elaborar notas de evolución a pacientes. Se llama también Método por Problemas.

Problemas Médicos

1

2

3

Datos Subjetivos:

Que refiere el paciente

¿Como amaneció? ¿Como está? ¿Qué hay de nuevo?

Datos Objetivos:

⇒ Estado de conciencia

⇒ Signos vitales

Temperatura: _____ Frecuencia Respiratoria: _____

Frecuencia Cardíaca: _____

P/A: _____

Balance: Ingesta: _____ Excreta: _____

Examen Físico (+): _____

Plan Diagnóstico: _____

Plan Terapéutico: _____

Plan Educacional: _____