

LIBRO DEL RESIDENTE
DE PRIMER AÑO.

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

AÑO. 2006 - 2007

**Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”
Zaragoza**

Contenido



- I. Introducción.
- II. Definición y sus competencias.
- III. Incorporación al Servicio.
- IV. Quiénes somos.
- V. Rutinas a adquirir.
- VI. La Historia Clínica.
- VII. Interconsultas.
- VIII. Epicrisis.
- IX. Información a pacientes y familiares.
- X. Permisos y vacaciones.
- XI. Programa del Rotatorio de la especialidad de CARDIOLOGÍA.
- XII. Actividades científicas y conocimiento de la lengua Inglesa.
- XIII. Despedida.
- XIV. Buzón de sugerencias.

I.- Introducción.

Todos hemos sido R1 alguna vez y recordamos con diferente suerte de humor nuestra incorporación a los servicios en que nos formamos.

Aunque en general la acogida suele ser buena y el ánimo también, se siente ese día una sensación especial —un vago malestar epigástrico, diríamos a partir de ese día— ante la avalancha de estímulos sensoriales que se amontonan.....

Colegas de gesto más o menos adusto por la prisa; las montañas de papeles, todos distintos y farragosos; la mirada irónica del R mayor y no digamos la de las enfermeras y, además, la bata recién estrenada, almidonada, casi cortante.

Este manual tiene como finalidad hacer que la incorporación al servicio de Cardiología, en este caso, sea más fácil, para ti y para nosotros.

Esperamos que encuentres utilidad a lo que aquí se dice, pero si precisas más información y/o aclaración no dudes en solicitarla, como podrás comprobar fácilmente ya formas parte de un grupo de amigos que luchamos día a día por la formación y el buen hacer en la Cardiología.

El médico residente debe adquirir una amplia experiencia en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares agudas y crónicas, enfatizándose preferentemente en la práctica de realizar un diagnóstico clínico en un medio ambulatorio y a la cabecera de la cama del paciente, en la utilización apropiada y racional de los métodos diagnósticos y en una capacidad de integración de todos los datos clínicos.

Además el médico residente debe tener la posibilidad de conseguir una preparación y entrenamiento complementario en investigación clínica/básica o en técnicas diagnósticas y terapéuticas más complejas como hemodinámica e intervencionismo coronario, electrofisiología y ablación por radiofrecuencia, implantación de marcapasos y desfibriladores o en ecocardiografía de estrés y trasesofágica.

II.- Definición y sus competencias.

La cardiología se define como aquella parte de la medicina que se ocupa del aparato cardiovascular.

Sus competencias se extienden al estudio, prevención, diagnóstico, evaluación pronóstica, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares.

El médico cardiólogo es el profesional de la medicina clínica con formación específica para atender a los enfermos con problemas cardiovasculares.

III.- Incorporación al servicio

El tutor de la especialidad (Dr. Francisco Roncalés) proporciona al residente un calendario de rotaciones por los servicios y secciones que el “Libro de la especialidad” fija como obligadas u opcionales.

Aunque el tutor os haya entregado un ejemplar de éste manual es una norma de cortesía, que debe observarse, el presentarse al Jefe del Servicio y saludar al resto de los que serán vuestros compañeros, tanto de plantilla como residentes. No se trata de una cuestión de jerarquías, sino de educación. Estaréis más a gusto, y nosotros también.

IV.- Quiénes somos en el SERVICIO DE CARDIOLOGÍA:

Actualmente (2006) el personal médico se compone de:

- 1) Jefe de Servicio: **Dr. Alfonso Del Rio Ligorit** (Hospitalización - Ergometrías)
- 2) Jefes de Sección:
 - **Dr. Mariano González Carretero** (Ecocardiografía)
 - **Dr. Gonzalo Rodrigo Trallero** (Arritmias - Marcapasos)
 - **Dr. Antonio Peleato Peleato** (Hemodinámica)
- 3) Facultativos Especialistas:
 - **Dr. Isaac Lacambra Blasco** (Ecocardiografía)
 - **Dr. Vicente Aguarón López** (Ergometrías - Consulta)
 - **Dra. Juana Pelegrín Díaz** (Arritmias - Marcapasos)
 - **Dr. Antonio Sánchez Val** (Arritmias - Marcapasos)
 - **Dr. Amalio Carmona Aymat** (Hospitalización)
 - **Dr. Antonio San Pedro Feliú** (Hospitalización)
 - **Dr. Francisco Roncalés G^a-Blanco** (Hospitalización)

- Dr. Pedro J. Serrano Aisa (Consultas I. Jiménez)
- Dr. Luis Miguel Álvarez de la Fuente (Consultas I. Jiménez)
- Dra. Ana Isabel Lóriz Alierta (Consultas - HCU)
- Dr. José Ramón Ruiz Arroyo (Hemodinámica)
- Dra. Rosario Ortas Nadal (Hemodinámica)
- Dra. Pilar Portero Pérez (Hemodinámica)

4) Médicos Residentes:

- Dra. Clara Bergua Martínez (R-5)
- Dra. Beatriz Ordóñez Rubio (R-5)
- Dra. Iris de la Puerta González-Miró (R-4)
- Dr. Javier Escota Villanueva (R-4)
- Dr. Borja Simó Sánchez (R-3)
- Dr. Isaac Pascual Calleja (R-3)
- Dr. José Antonio Linares Vicente (R-3)
- Dra. Elena Castilla Cabanes (R-2)
- Dr. Jaime Gimeno Garza (R-2)
- Dr. Cesar Fernández del Prado (R-2)

V.- Rutinas a adquirir

1. Horario:

En Cardiología, al igual que la mayor parte de los servicios médicos tiene un horario de mañanas. La actividad comienza a las 8,00 h y finaliza a las 15,00 h del lunes al viernes y un sábado cada tres. La lista de sábados de residentes se expone en el tablón de secretaría y en el despacho del Dr. Francisco Roncalés.

Este horario es el legal, el que marca nuestra jornada laboral. Como en todas las circunstancias de la vida, la flexibilidad es una virtud. Por ello son admisibles retrasos ocasionales debidos a hechos concretos. Cuando una circunstancia ocasional se convierte en la norma, la virtud puede devenir en defecto.

No olvidéis que en el hospital casi todas las actividades que se realizan están encadenadas, por lo que el retraso en una ocasiona demoras en las demás. Además, uno de los apartados que se tienen en cuenta específicamente en la evaluación del residente es la puntualidad.

Si por cualquier circunstancia sabéis que llegaréis tarde o habéis de salir antes, comunicadlo a vuestro adjunto, con antelación.

2. Diariamente:

a. Sesión clínica:

Salvo urgencia médica, la sesión clínica comienza a las 8,00 h.

En la sesión clínica ya sabremos qué ingresos ha habido en el servicio y fuera de la planta y asignados a nuestro servicio (“fuera de área”). Cada adjunto sabrá cuantos ingresos tiene y si alguno es de mayor gravedad que los otros. Entonces se distribuirán entre los distintos médicos del servicio.

b. Revisión rápida de las incidencias:

Inmediatamente después de lo anterior deben revisarse los ingresos ocurridos durante la tarde y noche anterior prestando especial atención a la ubicación, edad y diagnóstico de urgencias. Después de lo cual es aconsejable pasar por la habitación del paciente saludarlo, identificarse para que nos conozca y así, al mismo tiempo, tendremos una primera impresión rápida sobre el estado general del enfermo (a veces hay sorpresas).

Habitualmente todos estos pasos se harán en compañía del adjunto correspondiente. No obstante, siempre causará buena impresión que el residente se haya adelantado y conozca el estado de las camas bajo su responsabilidad para cuando este último llegue al servicio.

Generalmente el personal de enfermería nos informará de las incidencias acaecidas durante las horas previas. En cualquier caso un vistazo rápido, siempre que sea posible, a las hojas de evolución serán de ayuda.

VI.- Historia Clínica

Es el documento más importante de la labor asistencial. Nunca se insistirá lo suficiente en su importancia y, por tanto, debe dedicársele la mayor atención.

Ni el residente, ni el adjunto deberían dar por satisfactoria una historia clínica incompleta, mal organizada o con errores de expresión.

El contenido de la historia clínica, sus juicios clínicos, opiniones, planificación del diagnóstico y tratamiento, es decir aquello que confiere un valor legal al documento en sí, es responsabilidad del facultativo de plantilla responsable de enfermo. Sin embargo, la organización, orden, actualización, etc son competencia del residente. Por ello debéis ser extremadamente cuidadosos en la confección de la historia y no anotar juicios u opiniones, aparte de otras informaciones objetivas, no consensuados con el adjunto responsable.

No es objetivo de este manual explicar cómo se realiza una correcta anamnesis o exploración física, que ya deberían ser bien conocidos de la licenciatura, sino mostrar algunos aspectos prácticos de la organización interna de este documento.

a) Antes de comenzar:

Hay muchos tratados y muy buenos sobre la entrevista médica a los que debéis recurrir para consultar las dudas.

Hay que resaltar que, además de ser la principal herramienta de trabajo, es nuestra forma de presentarnos ante el paciente y, por encima de todo, la única vía que éste tiene de comunicarnos sus dolencias, sentimientos y vivencias. *La primera impresión que ambas partes obtenemos es la que perdurará a lo largo del proceso*, por ello, permitidme algunos consejos:

Siempre debemos identificarnos de manera comprensible y clara. Nuestro nombre, especialidad y/o servicio al que pertenecemos, dónde y cómo pueden localizarnos.

El saludo inicial debe ser cordial. Un apretón de manos u otra forma convencional de saludo resulta adecuada. Lo mejor es la naturalidad. Mostrarnos tal y como somos; no conviene forzar la familiaridad, ni mantener distancias innecesarias. La mayoría de nosotros creemos que el tratamiento de Ud. es más apropiado, como muestra de respeto mutuo, no obstante cada cual puede emplear la forma de tratamiento que estime más oportuna.

Se habla mucho de la postura y ubicación que deben adoptarse mientras realizamos la historia. Se dice que el enfermo identifica la cama como su espacio personal que no ha de ser invadido. En consecuencia no debemos sentarnos en la cama, ni hablar de pie ya que puede interpretarse como una actitud de superioridad. Se recomienda realizar la historia sentado en una silla para ponernos a la altura física (y psicológica) del paciente. En mi opinión, esta es una cuestión secundaria pues en nuestro medio el paciente acepta de buen grado “intromisiones en su espacio vital”. Por ello creo que no hay una norma fija y, lo que debe buscarse es una atmósfera relajada que ayude a establecer una comunicación fluida.

No olvidar nunca que el paciente espera que demos solución a sus problemas de salud y que, al mismo tiempo, eso requiere tiempo. No obstante, al finalizar la entrevista debe darse una impresión realista (no cruda) y sincera basada en nuestro juicio clínico sobre el planteamiento diagnóstico y terapéutico, así como acerca de las expectativas pronósticas. Eso sí, para esto se requiere experiencia, por lo que debe dejarse en manos del adjunto responsable. Por ello es práctico, al despedirse, aclarar que más tarde volveremos para comentar nuestra impresión con el adjunto responsable.

b) Organización de la historia clínica:

En nuestro hospital la historia clínica cuenta con 4 hojas básicas:

- a. *Lista de problemas*: en su parte superior deben constar los antecedentes médicos y quirúrgicos del paciente. En su parte inferior figurarán los problemas actuales que motivaron el ingreso del paciente. Debéis notar que en la parte inferior de esta hoja hay dos columnas laterales, “fecha de inicio” “fin”, que sirven para marcar el comienzo y final, si se hubiera

producido, de las diferentes complicaciones o cuadros acompañantes ¹. Es un descuido muy frecuente la ausencia de anotaciones posteriores al día del ingreso en la lista de problemas.

- b. *Hoja de anamnesis*: en ella se recogerán explícitamente los siguientes puntos:

- * Motivo del ingreso (o consulta)
- * Antecedentes familiares
- * Antecedentes personales
- * Enfermedad actual

Errores frecuentes en este apartado son:

El uso de *lenguaje inadecuado*. El lenguaje médico es a la vez rico y preciso, mediante el cual transmitimos de un modo sencillo y rápido conceptos complejos. Por este y no por otros motivos debemos ser muy exigentes en el uso de una correcta terminología. Por ejemplo, la “dificultad para caminar” en una anamnesis es un término tan vago como habitual en nuestras historias. Resulta mucho más preciso e informativo emplear en su lugar términos como “hemiparesia”, “monoparesia”, “ataxia”, etc. Lo mismo ocurre con la afasia, expectoración, mucopurulenta, diarrea, filante, y un extraordinariamente largo etc. Si desconocéis un término concreto preguntad o buscadlo, pero no substituirlo. Si por el contrario creéis que lo que cuenta el paciente es relevante, tal y como lo cuenta, podéis anotarlo entrecomillándolo, por ejemplo, “sentí un dolor en el vientre como retortijones”, por “dolor cólico centroabdominal”.

Otro error frecuente es la *transcripción literal* del cuadro clínico tal y como lo refiere el paciente. Es decir la descripción florida de acontecimientos sin interés clínico. Suele deberse a la falta de experiencia de quién toma la historia y traduce su impotencia para encontrar el síntoma guía y acotarlo. Por ejemplo, “a las 11 de la mañana, mientras tomaba el

¹ Imaginad un paciente ingresado por un "angor pectoris", que sufre después de la fecha de ingreso una hiperglucemia que se controla con insulina y una hemorragia digestiva que requirió trasfusión de concentrados de hematíes. Cada una de estas circunstancias debe ser consignada en la lista de problemas con su fecha de inicio, el día en que se detectó y su final cuando el problema se hubiera solucionado.

desayuno, un trozo de pan con la leche tibia, sentí un frío por la nuca con malas ganas y luego me tomé una manzanilla y parece que mejoré”. Es lo que se podría llamar “*anamnesis de peluquería*” porque igual se hubiera referido ahí, por ejemplo “..... se cayó por un mareo con temblores y se dio un golpe en la frente que le sangraba.....”, en lugar de “..... sufrió un episodio de pérdida brusca de la consciencia, seguido de sacudidas clónicas de las extremidades. Al caer se golpeo la cabeza produciéndose una herida contusa en región frontal....”.

Otro error es la *historia taquigráfica*, realizada por personas parcas en palabras que les lleva a ser extremadamente sucintos. El resultado es una sucesión de notas transcritas que sirven para recordar el cuadro clínico del paciente a quién ha realizado la historia, pero por un tiempo limitado. No resulta útil para el resto de colegas que no conocen al enfermo, ni en episodios posteriores ayuda a ampliar la memoria de quien la realizó. Por ejemplo “Esta noche ha tenido 7 deposiciones líquidas, verdes y malolientes (¡!)”..... (los puntos sucesivos, esta vez, van fuera del entrecomillado).

* Anamnesis por aparatos

- c. *Exploración física*: debe contar con una descripción del estado general, estado de hidratación y nutrición, exploración de la cabeza, cuello, tórax con auscultación cardíaca y pulmonar, abdomen, extremidades.

c) *Hojas de evolución*: sirven para reflejar el día a día del paciente. Son muy importantes de cara a las guardias y para no perder el hilo en casos complicados. Idealmente deben aportar información sobre los aspectos “objetivos” de la evolución, la interpretación de las exploraciones según el sentido clínico; los “subjetivos” es decir como lo vive el paciente y el “plan” establecido para los días sucesivos. En mi opinión no es preciso anotar todos los resultados recibidos pues ya se consignan en su correspondiente apartado y resulta un trabajo redundante y tedioso. Utilizaremos tantas hojas como sean necesarias. En los casos complejos y, especialmente de cara a fines de semana o puentes, debe hacerse una recapitulación de la evolución de cara al personal de guardia.

En cualquier caso hay que ser cuidadoso, por el valor legal que tiene, con lo que se anota y en caso de duda preguntar a vuestro adjunto. Por ejemplo, es frecuente hacer anotaciones del tipo “hay que hacer un TC *urgente* hoy por la mañana.....” luego resulta que por una avería, un accidente, o el motivo que sea se debe posponer su realización..... No debe apretarse demasiado la soga al cuello ya que raramente las cosas son blancas o negras (adquirimos visión en color hace milenios, usémosla). Tenemos la costumbre (o manía, según se mire) de pegar las hojas en el orden que hemos puesto (la hoja de Urgencias, junto con el p-10 o la del 061, van entre la “lista de problemas” y la de “Anamnesis”)

En cualquiera de los *documentos* anteriores (pues eso son estas “hojas”) *es de extrema importancia consignar la fecha y hora de las anotaciones.*

La importancia de estas “hojas” se comprenden cuando estando de guardia se ha de revisar a un paciente grave. Además, son nuestra mejor defensa en caso de reclamaciones judiciales.

- c) *Hojas de tratamiento:* en donde diariamente se anotarán con total claridad para su fácil lectura y comprensión los cambios que sean precisos tanto en la alimentación, actividad física y medicación.

VII.- Interconsultas.

En nuestro servicio los residentes no se hacen cargo de las interconsultas, en alguna ocasión y, según su criterio, el residente mayor puede asumir alguna. La excepción confirma la regla.

VIII.- Epicrisis.

Es otro documento muy importante, de un extraordinario valor clínico y legal, que debe ser siempre valorado por el adjunto ya que es de su competencia y responsabilidad.

Si os encargaran de hacerla, solicitud que sea supervisada.

En cualquier caso, leed las altas de los pacientes a los que hayáis seguido durante el ingreso.

IX.- Información a pacientes y familiares.

La información a los pacientes y familiares se hace diariamente. Lo ideal sería disponer de espacio y tiempo para hacerlo cómoda y pausadamente ya que es otra extraordinaria herramienta para el médico, además de un derecho fundamental para el paciente.

En cualquier caso el paciente y/o sus familiares tienen derecho a que la información sea objetiva, se les proporcione en condiciones que respeten su intimidad y privacidad y les permita establecer un diálogo con el médico que les lleve a entender su enfermedad y les habilite a participar activamente en la toma de decisiones. Esto no quiere decir que se les abrume con terminología o datos técnicos, que deben siempre traducirse a términos comprensibles, ni que se traspase la responsabilidad de tomar una decisión clínica al paciente o a sus familiares. Significa que debe transmitirse un juicio clínico fundado, en términos comprensibles y requerir la opinión del paciente ante actos médicos de riesgo o de importancia, opinión que prácticamente siempre, salvo resolución judicial en contra, habrá de ser respetada, el caso paradigmático es la transfusión de sangre a personas de determinadas creencias religiosas.

Es un aspecto muy delicado e importante que requiere experiencia y tacto. Su aprendizaje no termina nunca, especialmente en lo relativo a las malas noticias (“breaking bad news”) y que, salvo excepciones debéis dejar para el adjunto responsable, aunque es conveniente que estéis presentes para captar los diferentes estilos de informar de los médicos con los que rotéis.

X.- Permisos y vacaciones.

Los reglamentarios del personal facultativo. Debéis saber que han de solicitarse con 15 días de antelación y los debe firmar el jefe de servicio o sección, o un adjunto en su defecto.

Debes saber que actualmente se componen de Vacaciones reglamentarias anuales (30 días), Días de libre disposición (8 días) y de permisos especiales como son por matrimonio, cambio de domicilio, asistencia a cursos o congresos

XI.- Programa del Rotatorio de la especialidad de CARDIOLOGÍA.

- **Primer Año:**
 - Medicina Interna 6 meses
 - Neumología 3 meses
 - Nefrología 3 meses
- **Segundo Año:**
 - Hospitalización y Ergometrías 4 meses
 - Hospitalización e inicio en Ecocardiografía.... 4 meses
 - Hospitalización y ECG 4 meses
- **Tercer Año:**
 - Unidad Coronaria - UCI 6 meses
 - Ecocardiografía 6 meses
- **Cuarto Año:**
 - Hemodinámica - Coronariografía - Intervencionismo coronario 6 meses
 - Electrofisiología - Arritmias - Marcapasos - DAI 6 meses
- **Quinto Año:**
 - Cardiología Pediátrica 2 meses
 - Cirugía Cardíaca - UCI post-cirugía 2 meses
 - Cardiología clínica3 meses
 - Consultas externas2 meses
 - Opcional (máximo): 3 meses.

XII.- Actividades científicas y conocimiento de la lengua Inglesa.

El Servicio de Cardiología tiene una Unidad de Ensayos Clínicos e Investigación reconocida, que está dirigida por el Jefe de Servicio y compuesta por:

Dr. D. Martín Laclaustra (Becario del Carlos III. CSIC)

Dra. Dña. Montserrat León (Becaria post-Doctoral)

Esta Unidad está ubicada dentro del GRICA (GRupo de Investigación CARdiovascular) y pertenece al Instituto Aragonés de Ciencias de Salud (IACS), a través de los cuales entramos en relación con grupos de investigación de otras Facultades y podemos establecer comunicación fluida con centros del todo el mundo. De estas tareas se

derivan la realización de tesis doctorales, de diferentes publicaciones en revistas de impacto y la presentación de comunicaciones a congresos nacionales e internacionales. Los residentes deben colaborar con esta Unidad, presentando planes de investigación, promoviendo sus tesis doctorales, participando en los ensayos clínicos,...

A veces es necesario presentar comunicaciones o realizar trabajos en otros idiomas distintos al español, principalmente el inglés , por lo que es muy recomendable el conocimiento y perfeccionamiento de este idioma.

XIII.- Despedida.

En los años de intensa convivencia se pasa por múltiples situaciones. El “día a día” da mucho de sí y supone una fuente de gratificación y también de desazón.

Las diferentes secciones y la Comisión de Docencia piden nuestra opinión sobre vosotros, a través de una evaluación final. Aunque en lo personal las relaciones son sistemáticamente buenas, en los aspectos profesionales debemos emitir una opinión imparcial y objetiva. De igual modo estamos abiertos y agradeceremos las sugerencias que tengáis a bien hacer para mejorar nuestra oferta de formación.

En cualquier caso, aunque pueda sonar retórico, estad seguros de que los años de formación que estáis en el Servicio de Cardiología dejan en nosotros, y esperamos que también en vosotros, una huella y un recuerdo imborrable.

XIV.- Buzón de sugerencias.

Cualquiera de vosotros, sea R1 o R5, que tenga opiniones distintas, crea que el contenido de este documento es deleznable, quizás criticable, incluso mejorable, no dude en hacer las sugerencias oportunas. Serán tenidas en cuenta y escuchadas. Muchas contribuirán a hacer de nuestra labor diaria un trago menos amargo para nuestros pacientes.