



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

Modelo CES evolución tipo SOAP

Es la evaluación diaria y/o nuevas revisiones del paciente hospitalizado, en urgencias o consulta externa; o respuesta de interconsultas solicitadas a especialidades participantes en el manejo del paciente hospitalizado.

Está compuesta por cuatro elementos:

I. Subjetivo.

Síntomas percibidos por el paciente.

Se compone de dos aspectos:

1. Cambios referidos por el paciente a cerca de cómo han evolucionado los síntomas de su enfermedad actual día a día desde el ingreso hospitalario.
2. Revisión por sistemas desde la última vez que el paciente fue evaluado, buscando nuevos focos de enfermedades que pueden desarrollarse durante la presente hospitalización.

Se recomienda empezar con el siguiente enunciado. " El paciente refiere..."

Ejemplo del primer aspecto:

El paciente refiere franca mejoría, con cambio del esputo de purulento a hialino, disminución de la disnea y desaparición de los episodios de fiebre.

Ejemplo del segundo aspecto:

Paciente hospitalizado por NAC, pero el paciente refiere que desde ayer presenta diarrea abundante en 5 episodios con moco sin sangre.

II. Objetivo.

Hallazgos demostrados en el paciente. Se compone de varios elementos:

1. Identificación.

Breve identificación del paciente, compuesta por nombre, edad y días de hospitalización.

Ejemplo:

Pedro Jaramillo Valencia, 68 años, 4to día de hospitalización.

2. Diagnósticos.

Se escriben los diagnósticos, uno a uno en orden de relevancia, comenzando por el diagnóstico de manejo como primero en la lista, terminando con los AP. Es una lista dinámica y puede cambiar con los días según se verifiquen o se descarten los diagnósticos diferenciales.

Ejemplos:

1. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
2. VIH SIDA.
3. Hepatitis C crónica.
4. Desnutrición crónica.
5. Hipertensión arterial crónica.

3. Tratamientos.

Se escriben los medicamentos, con dosis y vía de administración, que está recibiendo el paciente, y el número de días de tratamiento recibido en algunos casos.

Ejemplos:

1. Piperacilina tazobactam, 3 g cada 6 horas, IV, día 2.
2. Tramal, 50 mg cada 6 horas, IV.
3. Acetaminofén, 1 g cada 8 horas si fiebre, vía oral.
4. Metoprolol, 50 mg cada 12 horas, vía oral.

Se compone de tres aspectos:

1. Lo observado por enfermería: analizar los cuidados y seguimientos de enfermería durante un tiempo determinado. Ejemplo: signos vitales, diuresis, convulsiones, tolerancia a la vía oral, etc.

2. Lo observado por el Médico: mediante un examen físico enfocado en el sistema comprometido según el diagnóstico. Además, Se recomienda siempre incluir el estado general del paciente, signos vitales, y el examen cardiopulmonar abdominal y neurológico de manera superficial, independiente de la patología que presente.

3. Resultados de laboratorios disponibles con sus respectivas fechas. Estos se pueden separar por ítems de la siguiente forma. Paraclínicos (exámenes de laboratorio), y estudios imaginológicos (radiografías, ecografías, tomografías, resonancias, etc).

III. Análisis.

Se compone de un análisis global de la situación del paciente. Debe ser clara y concisa, de manera que contextualice a otros tratantes de la situación previa y actual relevante del paciente. Esta información debe ser suficiente para entender el cuadro clínico y tomar una decisión acertada acerca del paciente.

IV. Plan.

Se elabora una estrategia terapéutica a seguir con el paciente. En este aspecto se escriben los cambios y decisiones que se tomen con respecto al tratamiento del paciente, y se proponen otros estudios complementarios.