

ABORDAJE INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD: MODELO BIOPSIICOSOCIAL, FICHA CLINICA E HISTORIA CLINICA ORIENTADA A PROBLEMAS (HCOP)

Adaptado por Dra. Karen Arancibia

Revisado por Dres. Alicia Arias-Schreiber, Juan Pablo Vilches, Lidia Campodónico.

Mayo de 2020

I. Desde el Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial¹.

De forma genérica, un “diagnóstico” es el **reconocimiento a través de sus características de una especie, género, familia, etc.** Esto fue probablemente cierto para las enfermedades conocidas por la medicina hasta mediados del siglo XIX, pero en la medida que se avanzaba en el conocimiento de sus causas y, sobre todo, de la anatomía patológica subyacente, al diagnóstico se le fue exigiendo muchas otras cosas: que hablara de la etiología, de la forma típica de presentación clínica, del sustrato anatómico o fisiológico, etc. Nació así, al alero investigaciones y reflexiones en el ambiente positivista desde el siglo XIX, el paradigma predominante hoy en día de abordaje de la salud humana: el Modelo Biomédico (MBM).

El MBM tiene como premisa que todo síntoma o fenómeno clínico tiene como origen un **cambio estructural, anatómico o fisiológico** (Foucault, 1966), y que el trabajo primario de la Medicina consiste en descubrir estos cambios. **La terapéutica se basa en la modificación de esas bases estructurales.** Alrededor de la mitad del siglo XX, inician las críticas a la medicina enraizada en esos principios junto con la insatisfacción de los usuarios, manifestándose lo que luego será llamado la **“crisis de la medicina”**: la excesiva especialización, la tecnologización y deshumanización de su práctica. Se podría decir que el MBM había sido exitoso tanto en la explicación, predicción y desarrollo de terapias para muchísimos cuadros nosológicos, pero **dejaba en un segundo plano los factores sociales, psicológicos y conductuales.**

A mediados de los años '70, ante esta insuficiencia del MBM, George Engel propuso su Modelo Biopsicosocial (MBPS) basado en la Teoría General de Sistemas (TGS) que habían desarrollado de modo independiente Weiss y von Bertalanffy a mediados del siglo XX, un nuevo enfoque que **trata de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad.** El deseo de Engel era ampliar el ámbito del MBM sin cuestionar sus fundamentos, es decir, **integrar elementos psicosociales a los datos biomédicos dentro del abordaje de problemas.**

¹ Texto adaptado de *“El Modelo Biopsicosocial de medicina de familia: La clave del nuevo modelo”* Autores: Julio Ceitlin, Tomás Gómez G. Revisado y adaptado por: Patricia Sepúlveda, Médica Familiar. Texto docente Departamento Atención Primaria y Salud Familiar, 17º Diploma en Salud Familiar, año 2017.

*La **TGS** afirma que las propiedades de los sistemas no pueden describirse significativamente en términos de sus elementos separados, la comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus partes. Dada su íntima interpenetración, cualquier cambio en alguno de estos niveles llevaría a un cambio en todo el resto. Por lo tanto, se infiere que la expresión de un malestar y/o enfermedad, involucra a la persona en su totalidad en sus dimensiones biopsicosociales.*

En contraste con la simpleza mecánica o lineal del MBM, Engel invitaba a los clínicos a considerar los síntomas y la experiencia de la enfermedad de los pacientes no sólo causados por los cambios anatómicos o fisiológicos, sino que también, y a veces de modo importante, por factores psicológicos, sociales y culturales. Su esperanza era que los clínicos llevaran un meticuloso registro a través de la observación, de estos “otros” factores, incorporándolos al diagnóstico y al tratamiento, ampliando así la comprensión de la experiencia humana de la enfermedad¹.

Una “precordalgia” desde la perspectiva biomédica podría reducirse en el caso de un infarto a obstrucción coronaria; desde el modelo biopsicosocial las mismas manifestaciones clínicas, electrocardiográficas y bioquímicas podrían corresponder a un Sd de Tako-Tsubo, en una dialéctica entre el estado psicológico, situaciones ambientales y conductas de riesgo o estilos de vida.

II. Medicina centrada en el/la paciente: dejar de pensar en enfermedades y pensar en las personas²

Hoy en día, la consulta médica tradicional tiene como eje la enfermedad y su investigación comienza en la anamnesis, y el objetivo del interrogatorio es definir los signos y síntomas que el paciente trae a la consulta para categorizarlos en una entidad abstracta que denominamos enfermedad. Médicos y médicas son entrenados para aprender a **diagnosticar enfermedades**, y bajo esta perspectiva describir, clasificar y evaluar conceptos abstractos **pero no a la persona que experimenta el sufrimiento**: *la enfermedad es un constructo independiente que puede “habitar” a cualquier persona*; y propone una terapéutica a través de medios altamente específicos, y si bien deja altos rendimientos, deja por fuera innumerables variables determinadas por los aspectos subjetivos del paciente, que luego impactarán en la satisfacción del usuario por cierto.

El concepto de **Medicina Centrada en el Paciente** fue acuñado por Michael Balint, psicoanalista británico. En la década de los 40 inició los llamados «Grupos Balint», cada uno integrado por un

² Adaptado de “**Medicina Centrada en el paciente**” Autora: Dra. Pilar Vargas. Revisado y Adaptado por Dr. Reinaldo Muñoz, Médico Familiar. Texto docente Departamento atención primaria y salud familiar, 17º Diploma Salud Familiar, año 2017.

profesional de la salud mental como coordinador y médicos no psicoterapeutas que buscaban mejorar las relaciones con sus pacientes. Este grupo se propuso investigar un método de entrevista que permitiera a los médicos hacer un **Diagnóstico General (integral)**, que para ellos comprendía no solo la enfermedad, sino además las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes, y así desarrollar un modelo de entrevista que se adecuara a los tiempos de consulta del médico en esa época (10 a 15 min). En 1960 publica el relato de su experiencia clínica en el campo de la consulta médica-psicológica en un libro titulado *"El médico, su paciente y la enfermedad"*.

El grupo de Balint proponía un diagnóstico general que incorporara formulaciones referidas a las relaciones interpersonales del paciente, incluyendo su relación con el médico y las ansiedades específicas vinculadas a su sintomatología, es decir ***un diagnóstico centrado en el paciente***, que proporcionara la descripción de un ser humano cuyos conflictos y sufrimientos se pudieran reconocer y comprender en la consulta médica corriente. De acuerdo a esta propuesta se esperaba que las decisiones del médico no se basaran solo en estadísticas **sino también incluyera las necesidades específicas del paciente individual**.



Otros hitos en el desarrollo de la Medicina Centrada en el Paciente fueron establecidos por el destacado médico de familia Ian McWhinney, considerado *«el padre intelectual de la medicina de familia»*. Ian dedicó su trabajo a recolocar la medicina general/de familia (MF) en un lugar central de la práctica médica, reivindicando no solo su carácter humanístico, de por sí nunca perdido, sino también el científico y docente. Trabajó sobre **la razón real por la cual un paciente se presenta a la consulta** y estableció el escenario para explorar esta, tanto en amplitud como en profundidad con su Modelo Clínico centrado en el Paciente. Sugiere que el médico después de la entrevista debería poder responder las siguientes preguntas:

1. ***¿Por qué vino el/la paciente?***
2. ***¿Por qué ahora?***
3. ***¿Qué significado tienen sus quejas?***
4. ***¿Cómo percibe su problema?***
5. ***¿Cuál es el problema principal?***

El modelo considera que una persona se decide a consultar cuando **los síntomas exceden el límite de tolerancia o el límite de ansiedad del paciente**. En su modelo clínico centrado en el paciente, la clave es **permitir al paciente entregar el mayor flujo de información incluyendo la expresión de los sentimientos**.

A raíz de estas investigaciones se diferenciaron 3 términos anglosajones para designar los problemas encontrados, cada uno con un significado diferente:

- La primera es **'disease'**, que podemos traducir como **'enfermedad'**. Como se comentó, esta es un concepto abstracto, propio del mundo experto, definido por una serie de síntomas y signos, que puede 'encontrarse' en cualquier persona, y es el objeto de la búsqueda del médico. Para eso requiere utilizar todas las habilidades diagnósticas aprendidas en su entrenamiento.
- La segunda palabra es **'illness'**, que podemos traducir más o menos libremente como **'malestar'**. El malestar es una experiencia personal y puede tener mucho o poco que ver con la enfermedad. Se puede estar con un gran malestar, incluso con un intenso dolor, pero el médico puede no encontrar 'nada' en términos anatómicos o funcionales. A la inversa, es frecuente que las personas, por diversos motivos, funcionen bien, sin sintomatología, pese a tener una enfermedad importante.
- Por último está la palabra **'sickness'**, que podríamos traducir como **'dolencia'** para diferenciarla de las otras. La dolencia es la atribución social de la enfermedad, es lo que los otros consideran que tiene el que sufre. Es la categoría social de enfermo.

Estos tres niveles de enfermar pueden estar en desarmonía, y va a ser difícil en algunos casos que logren coincidir. **Pero desde el punto de vista del propio paciente, el único nivel relevante es el de 'malestar' (illness), porque es lo que vivencia desde su corporalidad.**

*Otro aporte al modelo lo hizo el Dr. Joseph Levenstein, médico general sudafricano. En una ocasión, una de sus estudiantes le preguntó como sabía qué hacer con cada paciente de los muchos que atendía en un día. Él respondió que "se basaba en el conocimiento previo de cada paciente, la frecuencia de las diversas enfermedades en su comunidad, la idea del cuidado integral, la prevención y la continuidad en la relación médico-paciente". Inquieto por su respuesta, decidió investigar lo que pasaba en su consulta y grabó en audio sus entrevistas. Después de revisar mil consultas de audio se dio cuenta que **su enfoque combinaba una investigación tradicional sobre la enfermedad y una investigación abierta** hacia cualquier otra cosa que el paciente quisiera comentar. Descubrió que **fueron más efectivas las consultas en las cuales había logrado conocer cuáles eran las expectativas y preocupaciones del paciente**, y que cuando perdió la clave o el indicio de la agenda oculta del paciente, la consulta fue menos efectiva.*

III. *Ficha clínica y registro en el modelo biospsicosocial*³

La historia clínica sirve para realizar una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos, examen físico y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico, que puede ser provisional en su primera etapa, y se afirmará o negará con la evolución y/o el resultado de las investigaciones **complementarias** (exámenes) pertinentes. De igual forma, se considera la historia clínica como el documento básico en todas las etapas del paradigma de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona, también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación, y rehabilitación de la salud.

Este documento en algunos aspectos puede ser comparado con la libreta de notas del científico, y como este, la información a coleccionar debe cumplir determinadas exigencias metodológicas en todos los casos. El científico experimental observa, anota y tabula utilizando un lenguaje fundamentalmente simbólico, y al desarrollar el informe final que convierte estos símbolos en lenguaje expresivo comprensible para todos. El médico y la médica también observa, anota y tabula, pero su lenguaje tiene que ser menos simbólico, debido a que -a diferencia del científico/a físico/a, químico/a y biólogo/a-, su objeto de estudio es a la vez sujeto, por tanto, se deben reflejar las interacciones recíprocas que se establecen con cada enfermo; también el trabajo en equipos multi e interdisciplinarios de la actualidad obliga a que la información obtenida de cada paciente sea igualmente comprensible para todos sus miembros. Hoy, a la historia o expediente clínico se le reconocen las siguientes funciones: **científica, docente, investigativa, administrativa y legal**.

De aquí se deduce la notable importancia que tiene el hecho de que nuestros médicos y médicas hagan buenas historias clínicas y cómo la realidad se aleja de estos objetivos, adquiriendo algunas veces dimensiones alarmantes, al extremo de que **muchos docentes plantean que las historias clínicas actuales carecen de valor científico**. Estas deficiencias han sido divididas en 2 grandes grupos:

- Administrativas, por incumplimiento de las normas de bibliotecología para el registro de los datos.
- Médicas, que se relacionan con el procesamiento de los datos, diagnóstico médico, juicio clínico y la toma de decisión médica (diagnóstica, terapéutica y pronóstica).

A continuación enunciaremos algunas de las causas que se consideran afectan la calidad del expediente clínico:

³ Adaptado de *“La Historia Clínica: documento científico del médico”* Jesús Barreto Penié. Ateneo 2000; 1(1):50-55

- El paradigma biologicista y la confianza excesiva en la tecnología sofisticada y farmacología compleja.
- El crecimiento exponencial de los conocimientos y la información a emplear por el equipo de salud y la falta de uso de métodos administrativos apropiados para la organización de estos en el expediente clínico.
- La subestimación por parte de los médicos y profesionales de la tecnología cognoscitiva y del método clínico.
- Extrapolación de los hallazgos de la investigaciones médica a cada individuos, en detrimento de la relación médico-paciente, anamnesis y examen físico.
- Falta de supervisión y control de las historias clínicas en forma periódica
- Aumento de las especialidades y la fragmentación descoordinada de la atención médica individual.
- Deficiencias organizativas y de dirección de los servicios médicos.

Desde finales del siglo pasado y la primera mitad del presente, existieron intentos de organizar la información procedente de los pacientes. Hoy en día podemos identificar 2 tipos de historias clínicas: según las fuentes de información y según los problemas de salud:

- **Estructurada según las fuentes de información**

También conocida como historia clínica tradicional o de viejo estilo. En este tipo de expediente los datos se registran en secuencia cronológica. Sus secciones se titulan según el personal fuente de los datos como sigue: notas médicas, notas de enfermería, historia psicosocial, reporte de exámenes complementarios y notas administrativas. En este formato se refieren los datos y problemas del enfermo de índole diversa, como anotaciones en orden cronológico de muchas personas del equipo de salud que deben ser sintetizadas por el médico quien a su vez hará una evaluación integral de las dificultades encontradas y planificará, coordinará y preparará las decisiones y eventos que serán recogidos como notas de evolución.

Este tipo de historia clínica se critica entre otras cuestiones por lo siguiente:

- No relaciona con claridad los problemas individuales con los planes apropiados para darles solución.
- La lógica de las acciones del equipo de salud no se manifiesta de manera continua.
- Lo anterior podría traer como consecuencia que la retroalimentación que debe existir entre las Ciencias Básicas y la Medicina Clínica se rompa, de modo que los principios teóricos y la práctica médica deambulen separadamente.

- **Estructurada por problemas de salud**

Denominada de nuevo estilo; como característica distintiva está estructurada por problemas de salud conservando la secuencia cronológica y los datos están organizados dentro de problemas diversos, identificados por las diferentes fuentes. Las notas de evolución estarán incluidas dentro de cada problema identificado y se confeccionan siguiendo la cronología ya especificada. El médico debía organizar sus historias de forma que quede constancia permanente de la información básica obtenida en todos los enfermos. En estos quedan identificados problemas de salud que reciben un título, código y número, y a cada uno de ellos se les realizan planes de tipo diagnósticos, terapéuticos y de educación al paciente.

Al igual que a la historia clínica tradicional se le han dirigido las siguientes críticas:

- El término "problema" no es "estandarizable".
- Se puede caer en dedicar más tiempo a la historia clínica que al paciente.
- No resuelve las situaciones apremiantes de la medicina clínica
- La validez, calidad y uniformidad del dato clínico que se obtiene del paciente.
- Las deficiencias en el procesamiento de los datos para realizar el diagnóstico, la toma de decisión y el juicio clínico.

En general, se considera que en ambos formatos existe una "orientación" hacia la solución de problemas y que las diferencias esenciales radican **en cómo se estructuran y disponen los datos básicos**. Aún en nuestros días, constituye un desafío la creación de un expediente clínico que se ajuste a las concepciones más actualizadas del trabajo médico, uso de tecnología de la información (como el registro clínico electrónico) y que obligatoriamente debe reflejar la esencia del complejo integral salud-enfermedad-entorno, en estrecha relación e interacción con las no menos compleja dimensión biopsicosocial del ser humano. Hasta ahora, esos intentos no han cumplido todas las expectativas, a lo que se responde planteando que la historia clínica en sí no determina la calidad de la atención médica. **Una historia clínica completa con un registro centrado en la persona, permite y facilita la continuidad de atención – principio irrenunciable del MAIS - tanto a nivel del ciclo vital del individuo, a través de los niveles de intervención según ciclo natural de la enfermedad, como entre los diversos profesionales y miembros del equipo de salud.**

IV. *La historia clínica orientada a problemas – HCOP*⁴

En la década del '60, el microbiólogo Lawrence Weed desarrolló un modelo de historia clínica que permitía hacer un registro dinámico de la información, que favorecía la comunicación, la docencia y la investigación a la vez que también daba libertad para consignar aquellos eventos relacionados con los cuidados de los pacientes, que hasta el momento no habían sido tenidos en cuenta porque no eran diagnósticos médicos. A dichos eventos los definió como "problemas" y a esta historia la denominó "historia clínica orientada a problemas" (HCOP). En su estructura original, esta historia estaba compuesta de cinco partes: la Base de Datos del paciente, la Lista de Problemas, un Plan Inicial de Acción (suprimida luego por Rakel), Notas de Evolución para cada problema consignado y Hojas de Flujo donde se registraban los resultados de exámenes complementarios y la medicación prescrita.

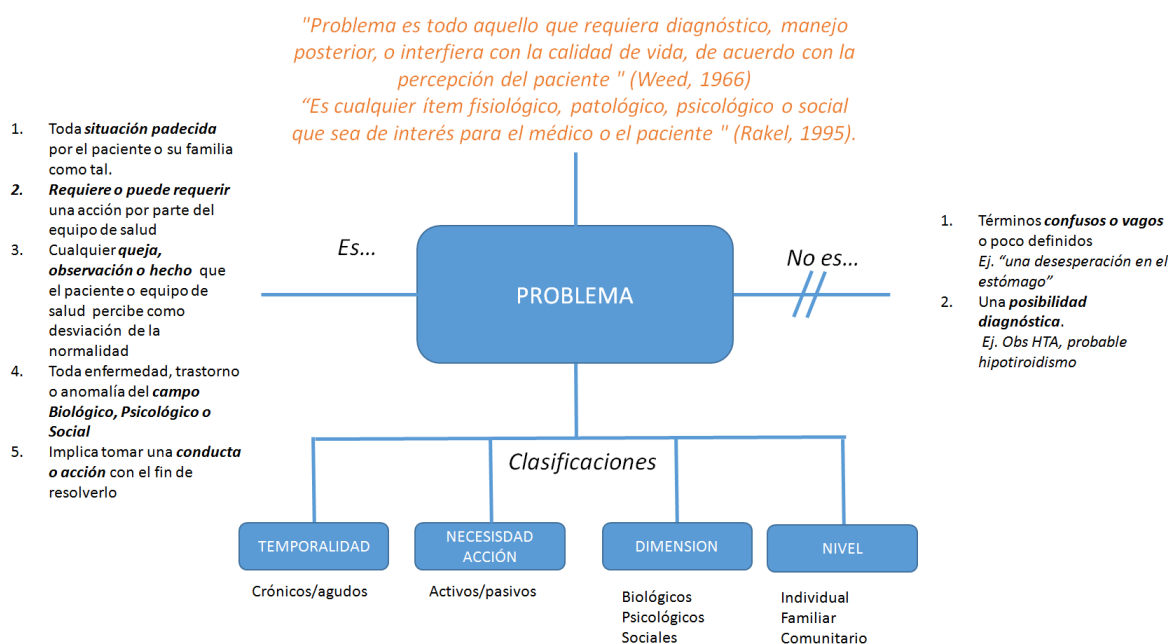
¿Qué es un "problema"?

De las muchas definiciones existentes seleccionamos dos, la del autor de la HCOP quien dijo que "problema es todo aquello que requiera diagnóstico, manejo posterior, o interfiera con la calidad de vida, de acuerdo con la percepción del paciente " (Weed, 1966) y la de Rakel - quien adaptó la HCOP para su uso en el consultorio – y consignó que "es problema cualquier ítem fisiológico, patológico, psicológico o social que sea de interés para el médico o el paciente " (Rakel, 1995). Desde cualquiera de estas perspectivas, son varias las circunstancias, hechos o padecimientos que pueden ser considerados problema, y como tal deberán ser incluidos en la HCOP. En el Cuadro I se ha efectuado un listado de problemas potenciales, de hallazgo habitual en la consulta, con algunos ejemplos para cada uno.

TIPO DE PROBLEMA	Ejemplo
Diagnóstico/enfermedad	Asma, Diabetes Mellitus II
Discapacidad o Dependencia	Discapacidad auditiva, Dependencia severa
Síntoma	Dolor torácico, náuseas
Signos	Rubicundez, Cifra elevada de presión arterial
Examen complementario anormal	Hiperglicemia, Leucocituria
Alergia o reacción adverso medicamentosa	Alergia a penicilina, tos por enalapril
Intervenciones quirúrgicas	Apendicitis aguda, colescistectomía
Síndromes médicamente definidos	Sd de Menière, Sd. de túnel carpiano bilateral
Efectos de un traumatismo	Hematoma, fractura tercio distal radio

⁴ Adaptado de Cantale Carlos R., Historia Clínica Orientada a Problemas; El Generalista Nº 1 pág. 29-32 Enero-Febrero 2002.

Factores de riesgo	Neumoconiosis (Factor de riesgo laboral), Antecedente cáncer ... en familiar de primer grado. Ambiente familiar obesogénico. Ausencia de redes de apoyo.
Trastornos psicológicos o psiquiátricos	Depresión mayor, trastorno ansioso, crisis de ansiedad.
Alteración familiar, social o laboral	Adulto mayor al cuidado de otro adulto mayor dependiente. Cesantía, Sobreendeudamiento.



Fuente: Elaboración propia. Adaptado Historia Clínica Orientada al Problema. Departamento Medicina Familiar UBA.

Estructura de la HCOP

A continuación, nos referiremos a cada una de estas partes, tratando de definir las y ejemplificarlas.

1. BASE DE DATOS DEL PACIENTE

Constituida fundamentalmente por los datos obtenidos del interrogatorio, los hallazgos del examen físico y los resultados de los estudios complementarios que se registran generalmente *en la primera consulta*. Se debe complementar en las consultas posteriores (ocupación, domicilio, estado civil, dirección, etc.). Forman parte de esta base los antecedentes personales y familiares, el genograma (representación gráfica de la familia), pudiendo además incluirse el motivo de consulta inicial.

2. LISTA DE PROBLEMAS

La lista de problemas está ubicada al comienzo de la historia luego de los datos personales. Se elabora a partir de la base de datos y de las notas de evolución; es el índice de los problemas del paciente, un resumen muy útil de la información contenida en la historia. Los problemas se deben enumerar por orden de aparición, lo que permite identificarlos en la historia sin necesidad de leer cada evolución.

Ejemplo de Lista de Problemas:

Marta de 40 años, consulta por un examen de salud, refiere a veces presentar dolor retroesternal después de comidas o cuando está más nerviosa. Antecedentes de ser hipertensa y fuma 20 cigarrillos por día. En el examen físico está hipertensa y tiene un IMC de 30.

Trae con ella un examen de laboratorio con un colesterol total de 245.

LISTA DE PROBLEMAS

- 1- Examen de salud
- 2- Hipertensión Arterial Crónica
- 3- Obesidad grado I
- 4- Tabaquismo activo
- 5- Colesterol elevado
- 6- Dolor retroesternal.

3. NOTAS DE EVOLUCIÓN

Para elaborar una historia clínica, todos los autores coinciden en recomendar que las notas de evolución *deben ser claras y estar bien organizadas*. La estructura de las notas de evolución de la historia clínica orientada a problemas consta de cuatro partes, conocidas generalmente como S O A P, por un acróstico en idioma inglés (en español, se han respetado las iniciales, a fin de unificar criterios):

S: Subjective Subjetivo

Aquí se consignan los datos recogidos en el interrogatorio, conjuntamente con las impresiones subjetivas del médico y las expresadas por el paciente. Por lo tanto son todas impresiones subjetivas, tanto del médico como del enfermo. Incluye los aspectos subejtivos de la anamnesis próxima y remota, y la dolencia expresada por el paciente (creencias, conocimientos y valoraciones)

Ejemplo:

S - Subjetivo:

- *Marta 40 años, antecedentes de Hipertensión arterial crónica y trastorno ansioso. Paciente conocida por el equipo, policonsultante. Consulta por dolor torácico*

retroesternal después de comidas, de 48 horas de evolución y que aumenta con episodios de “nerviosismo”, sin síntomas neurovegetativos, primer episodio. Paciente preocupada ya que “tengo miedo de padecer cáncer”. Tiene antecedentes de padre fallecido por cáncer gástrico, refiere inicio de sintomatología similar a la que cursa al momento de la consulta. En primera consulta, dado anamnesis y examen físico, se decide inicio de tratamiento sintomático farmacológico y no farmacológico con regular adherencia. Se indicó endoscopia digestiva alta. Refiere que se ha sentido mejor y que sintomatología reaparece al olvidarse de tomar omeprazol.

O: Objective Objetivo

En este apartado se anotan los datos positivos del examen físico y/o exámenes complementarios, si bien podrían consignarse también datos negativos que se consideren importantes.

Ejemplo

O - Objetivo

- *Talla 1,70 m, Peso 86,7 kg, IMC= 30*
- *Sistema Cardiovascular: frecuencia cardíaca 70 lpm. Ritmo regular sin soplos. P. Arterial 150/95 mm Hg, sin edema periférico.*
- *EKG: Signos de sobrecarga ventricular izquierda*
- *Colesterol: 245 mg/dL*
- *Resultado EDA (fecha): Úlcera gástrica forrest III, test de ureasa +. Pendiente resultado de biopsia*

A: Assessment Evaluación

Una vez recogido los datos a través del interrogatorio, el examen físico y los estudios complementarios, se evalúan y se expresan por medio del enunciado de un problema (lo que se busca lograr es un concepto y una "denominación" del problema). Assessment (término inglés sin traducción exacta) implica – además de la evaluación – la mensura, acordándole un valor, un peso o una medida, a los datos obtenidos sobre cuya base el médico tomará alguna acción para resolver o evaluar el problema que todos estos definen.

Ejemplo:

Joaquín, de 45 años consulta porque desde hace unos meses (se mudó de Mendoza a Buenos Aires este año) comenzó con astenia, lentitud en el pensamiento, intolerancia al frío, constipación, caída del cabello en forma difusa.

Al examinarlo se encuentra una frecuencia cardíaca de 56 latidos por minuto, una tiroides aumentada de tamaño, exoftalmos y rodete miotónico.

Tiene un examen de laboratorio que se hizo por su cuenta con un valor de TSH de 11 mIU/L.

S: Astenia, bradipsiquia, intolerancia al frío, constipación progresiva, alopecia difusa

O: Bradicardia, exoftalmos, tiroides palpable, rodete miotónico, TSH elevada

A:

<i>Biológicos</i>	<i>Psicológicos</i>	<i>Sociales</i>
<i>Hipotiroidismo primario</i>	<i>Crisis No Normativa (cambio casa y ciudad)</i>	

NOTA: El Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, como ejercicio académico a modo de intencionar reflexión y ejercitar la identificación de problemas de forma integral; divide la síntesis (Assessment/Evaluación) en diagnósticos o problemas **biológicos, psicológicos y sociales**. Es importante mencionar que cada problema de salud en sí mismo se expresa simultáneamente en estos tres niveles. Ej: el problema “tabaquismo activo” puede ser considerado un problema biológico que implica mayor riesgo de padecer cáncer y el desarrollo de una enfermedad respiratoria crónica; desde el punto de vista psicológico puede constituir una adicción o socialmente, una fuente de gasto adicional para la familia o fuente de contaminación intradomiciliaria.

P: Plan Plan

Es la planificación consensuada de las conductas que se tomarán. Existen cuatro tipos de planes. Idealmente debemos trabajar con cada uno de ellos por cada problema:

- **Plan diagnóstico:** Se consignan las conductas (pruebas clínicas o de laboratorio) solicitadas o que se solicitarán, para aclarar un problema que no se comprende bien. Además de interconsultas a otros miembros del equipo de salud del mismo centro, interconsulta a especialistas y niveles de mayor complejidad tecnológica. Incluye también screening y derivaciones para exámenes de medicina preventiva.
- **Plan terapéutico:** Se registran las indicaciones terapéuticas planteadas para la resolución de los problemas que presenta el paciente tanto farmacológicas como no farmacológicas: medicamentos, dietas, cambio de hábitos, etc.
- **Plan de seguimiento:** Aquí se exponen los planes ideados para controlar la evolución de cada problema, incluyen periodicidad de controles y miembro del equipo que lo realizará, objetivos y metas esperadas.
- **Plan de educación:** Breve descripción de la información que se da al paciente acerca de su problema. También se pueden consignar temas educativos pendientes a retomar en siguientes controles.

Ejemplo:

S: Américo de 65 años concurre a la consulta para controlar diabetes. Hace 5 años tiene diabetes y se controla muy de vez en cuando porque no siente nada, solo le indicaron dieta.

O: Al examen físico indica que el Sr. tiene un IMC de 29, la tensión arterial es de 140 / 90 y en los pies hay lesiones compatibles con micosis interdigital.

A:

- *Diabetes II no insulino dependiente*
- *Sobrepeso*
- *Cifra elevada de presión arterial (límite superior)*
- *Micosis interdigital*
- *Mala adherencia a tratamiento*

P:

- **Diagnóstico:**

- *Exámenes generales para evaluar daño de órganos blancos y determinar grado de control metabólico: Glicemia en ayunas, creatinina plasmática, micro albuminuria, Hb glicosilada, colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos.*
- *Perfil de Presión arterial.*
- *Derivación para EMPAM anual (Examen medicina preventiva del adulto mayor)*

- **Terapéutico:**

- *Diabetes y Sobrepeso: a) dieta ordenada, balanceada, sin azúcar, b) caminatas*
- *Micosis: a) lavado y secado de los pies b) antimicótico local en crema en pies.*

- **Seguimiento:**

- *Diabetes: monitoreo ambulatorio por glicemia capilar ayunas y post prandial*
- *Sobrepeso: monitoreo semanal del peso*
- *Presión Arterial elevada: control con resultado de perfil de presión con enfermera/o en 15 días*

- **Educativo:**

- *Hablo sobre la diabetes y ausencia de síntomas hasta complicaciones. Explico riesgos, problemas asociados (HTA, Obesidad), importancia de la dieta, control y adherencia. Próximo control ahondar en dieta y rol actividad física.*

4. **Hojas de Flujo:** Las hojas de flujo son apartados de la historia clínica donde se registran los resultados de exámenes complementarios, registros de crecimiento (percentiles), fármacos prescritos, etc. Estos registros nos permiten ver rápidamente la evolución de un dato de interés sin tener que revisar toda la historia. Dicha información puede adaptarse según el tipo de problemas presente en cada paciente. Por ejemplo en caso de enfermedades crónicas como HTA, importará registro de exámenes de laboratorio para observar evolución. En caso de paciente con diabetes, control de HGT y Hb A1c (glicosilada). Pacientes con cáncer gástrico

en cuidados paliativos, registros de hb/hematocrito, evolución de dolor y uso de opioides, etc.

Ejemplo de hoja de flujo

A- Hoja de flujo- MEDICACION

Medicación	Fecha de Inicio	Dosis	F.de suspensión	Efectos y/o reacciones adversas
Glibenclamida	12/02/02	125mg día	24/02/02	
Enalapril	12/02/02	10mg día		
Fluconazol	12/02/02	150 mg semanal		
Metformina	24/02/02	250mg día		

B- Hoja de flujo- CONTROLES

	24/02/02	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Glucemia	194									
Colesterol	290									
HDL	35									
LDL										
Triglicéridos	500									
HbA1c	9									
Proteinuria										
Microalbuminuria										
Creatinina										

C- Hoja de flujo- EDUCACION

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
¿Qué es la diabetes?	12/02/02								
Dieta-Ejercicio físico	12/02/02	24/02/02							
Hipoglucemiantes	12/02/02	24/02/02							
Insulina									
Autocontrol									
Complicaciones agudas		24/02/02							
Criterios de buen control		24/02/02							
Complicaciones crónicas	12/02/02	24/02/02							



ANTECEDENTES

MGF-1 2019

NOMBRE:	RUT:	F. NAC:	EDAD:	GENERO:
NACIONALIDAD/ETNIA:	PREVISION		OCUPACION:	
ESCOLARIDAD: ----	DIRECCION:		CONTACTO: ---	
ANTECEDENTES FAMILIARES:	ANTECEDENTES MORBIDOS/QUIRURGICOS/GINECOOBSTETRICOS		HABITOS:	
FARMACOS	ANTECEDENTES SOCIALES: (vivienda, subsidios, VIF, etc)		GENOGRAMA FAMILIA Y RIESGO FAMILIAR	

II. LISTADO DE PROBLEMAS

PROBLEMAS CRÓNICOS (FECHA DG)	PROBLEMAS AGUDOS (FECHA DIAGNOSTICO – RESOLUCION)

*Elaborado por Prof. Karen Arancibia. Adaptado de PAUTA SOAP Dra Mónica Niveló en base a “Historia clínica orientada al problema”. Eduardo Durante. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Rubinstein.



III.

NOTAS EVOLUCION

FECHA:

PROFESIONAL QUE REALIZA:

PAUTA HCOP/SOAP

MGF-1 2019

SUBJETIVO:		OBJETIVO:		
Motivo consulta: Síntomas (positivos y negativos) y evolución: Creencias, conocimientos y valoraciones (repercusiones individual, familiar y social)		Examen físico general y segmentario: Signos (positivos y negativos): Escalas de evaluación (Ej. EVA, Mini mental, TAL, Child-Pugh) Instrumentos de evaluación familiar (genograma, etc) Exámenes complementarios previos		
ASSESSMENT – SINTESIS DE PROBLEMAS				
BIOLOGICOS		PSICOLOGICOS		SOCIALES
PLANES				
PROBLEMA	PLAN DIAGNOSTICO	PLAN TRATAMIENTO	PLAN SEGUIMIENTO	PLAN EDUCATIVO
Problema nº1: 	Exámenes Interconsultas: médicas, equipo de salud e Intersector	No farmacológico - Medidas generales - Intervenciones psico-sociales Farmacológico (dosis)	Controles programados / acordados Consulta SOS (síntomas alarma) Hospitalización	● Según problema/ enfermedad ● Síntomas alarma ● Guías anticipatorias

IV. OTROS REGISTROS (según amerite)

- Seguimiento signos vitales y exámenes de laboratorio
- Fármacos de uso Crónico

*Elaborado por Prof. Karen Arancibia. Adaptado de PAUTA SOAP Dra Mónica Niveló en base a “Historia clínica orientada al problema”.
 Eduardo Durante. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Rubinstein.