

HISTORIA CLINICA ORIENTADA POR PROBLEMAS Y PLANES

Dr. Víctor Vargas Klapp

INTRODUCCION

La evolución de los avances tecnológicos en medicina, ha sido realmente espectacular en los últimos años, especialmente en el campo del diagnóstico por imágenes, endoscopía, inmunología, cáncer, cirugía endoscópica, cirugía mínimamente invasiva y especialmente en terapéutica farmacológica.

Sin embargo el método diagnóstico más importante, la historia clínica, permanece sin alteraciones, sin el más mínimo cambio, tal como lo describieron los clínicos franceses e ingleses del siglo pasado, en tiempos en que la medicina ni siquiera imaginaba los progresos que hoy vivimos.

Sin lugar a dudas, lo anterior puede ser interpretado como que dicha historia clínica, es realmente perfecta y no requiere modificarse, ni siquiera evolucionar o corregirse, no requiere de enmiendas y tampoco investigar y evaluar acerca de su real rendimiento o de su correlación con los hallazgos del estudio complementario de laboratorio o de imágenes, de que hoy disponemos.

Sin embargo, la aparición de la medicina crítica y los avances en el manejo de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, obligaron a enfocar al paciente de otra forma, como un todo que presenta según los distintos aparatos o sistemas que lo componen, diferentes problemas, que por supuesto nunca evolucionan en forma sincrónica, ya que la mejoría de un sistema puede coincidir con la agravación o complicación de otro. Por otra parte, la sumación de sistemas comprometidos pueden dar lugar a otra entidad, como es la falla orgánica multisistémica o síndrome de disfunción orgánica múltiple, que tiene un factor pronóstico de indudable certeza, especialmente cuando la cantidad de sistemas

comprometidos y el tiempo de evolución sobrepasan ciertos límites. (1)

HISTORIA CLINICA TRADI-CIONAL

Las cátedras de Semiología o de Introducción al Estudio de la Medicina del Profesor Ramón Vicuña Herboso y posteriormente del Profesor José Manuel Balmaceda, fueron probablemente una de las pioneras en los estudios de clínica médica de nuestra Facultad de Medicina. Ellos no hicieron sino adaptar con algunas variaciones la propedéutica semiológica francesa del Profesor Variety, la metodología del interrogatorio de los profesores Padilla y Cossio, la anamnesis próxima, en la cual deberían enumerarse cronológicamente todos los síntomas del paciente, sin interpretar ninguno y sin inducir al paciente en el relato o descripción de ellos. La anamnesis próxima no ha podido, hasta el momento ser reemplazada, a pesar de muchos intentos en tal sentido, por sistemas tipo protocolos o formularios de tipo encuestas, en los cuales en forma precodificada se encuentran enumerados todos los síntomas que pudiera llegar a presentar un paciente, los que en el caso de la medicina interna serían prácticamente interminables. Intentos más fructíferos se han logrado en algunas subespecialidades de la medicina, en los cuales dado lo restringido de su campo, este cuestionario puede ser completado en pocas páginas, pero más bien en un afán de poder luego tabular la información con miras a constituirse en protocolo de alguna investigación prospectiva.

La anamnesis remota personal, puede ser resumida sin inconvenientes en cuanto a la tabulación de todas las enfermedades de la infancia o juventud, a las intervenciones quirúrgicas o a los hábitos alimenticios, intestinal, toxicomanías etc.

Algo similar puede llevarse a cabo con la anamnesis remota familiar, de gran interés en aquellos casos de enfermedades de reconocida tendencia hereditaria

como diabetes, neoplasias, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

Respecto al examen físico general, examen físico segmentario, hipótesis diagnósticas clínicas, diagnóstico diferencial, exámenes de laboratorio interconsultas solicitadas, evolución clínica y epicrisis, éstas se han mantenido sin cambios y siguen siendo utilizadas rutinariamente en todos los servicios de medicina del país con mayor o menor detalle, constituyendo documentos de irreemplazable valor, cuando pueden volver a ser leídos por otro médico, que necesite interiorizarse de los problemas del paciente en una anterior consulta u hospitalización.

Lo que nadie pone en duda es que la ficha clínica, es un muy buen registro estadístico, en el cual se conservan ordenadamente todas las observaciones detalladas, de síntomas y signos, además de los hechos que cronológicamente le han sucedido al enfermo, en la cual se acumula la información del paciente, que pasa a constituir lo que en términos computacionales, hoy día se denominaría una base de datos, la cual desgraciadamente, es de muy difícil acceso, ya que para poder revisar dicha información, se debe disponer de mucho tiempo y paciencia por las dificultades propias de la lectura de un manuscrito, por la gran cantidad de variables no sistematizadas, que lleva a la formulación de una o varias hipótesis diagnósticas, que no necesariamente tienen el debido fundamento, en base a los antecedentes clínicos planteados hasta el momento y que de acuerdo a la evolución clínica y a los resultados del estudio complementario, plantean el inicio de una determinada terapéutica(2).

OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLINICA

A través de su empleo reiterado a través de muchas generaciones de médicos, a pesar de las críticas a que es sometida, en particular por algunos especialistas o subespecialistas de la medicina, por su demasiada extensión y exceso de consumo de tiempo en completar su información, no cabe duda que hasta el momento es el mejor y único método en uso, que permite dar una visión retrospectiva de lo sucedido a un paciente que concurre a un hospital o clínica. Además permite proporcionar información al que la consulte, en

cualquier momento y permite además transferir información a otros especialistas o al personal de colaboración médica que deberá aplicar al paciente lo dispuesto por el tratante en ella.

La ficha clínica desempeña un importante papel, al servir de instrumento docente que permite al estudiante de medicina conocer las bases del desarrollo de las distintas enfermedades y la metódica para acceder a su diagnóstico clínico, sin tener que contar obligatoriamente con el recurso de los exámenes de laboratorio para formular una hipótesis diagnóstica.

Si bien como dijimos, no logra constituir una buena base de datos, logra ser hasta el momento el único e insustituible documento de auditoría clínica y médico-legal, que permite posteriormente deslindar responsabilidades en caso de acusaciones de negligencia médica o de mala práctica de la medicina. Además es el instrumento financiero que permite llevar la contabilidad de los insumos exámenes de laboratorio, procedimientos efectuados, intervenciones quirúrgicas realizadas y los fármacos administrados al paciente, para su posterior facturación.

INCONVENIENTES DE LA HISTORIA CLINICA TRADICIONAL

Probablemente el principal inconveniente, lo constituye el hecho de ser una ordenación solo cronológica de información referida por el paciente, orientada solamente a encontrar una hipótesis diagnóstica. El otro problema está cuando los datos proporcionados por el enfermo, dadas las condiciones en las cuales concurre a hospitalizarse, hacen que la anamnesis sea poco confiable. Por otra parte, se exige que ella debe solamente incluir los síntomas del paciente, reservándose habitualmente los signos, para el médico que interpreta esos hallazgos. Además el examen físico requiere destreza para poder consignar las alteraciones de una auscultación pulmonar, cardíaca o una palpación abdominal dependiendo los hallazgos, en gran parte de elementos subjetivos del médico que efectúa el examen físico.

En suma, todo está orientado a obtener una hipótesis diagnóstica precoz, en base solamente a pocos

elementos, todos ellos de tipo clínico, lo que habitualmente si el examinador tiene poca acuciosidad o poca experiencia puede conducir a hipótesis diagnósticas erróneas o a falta de diagnósticos por estar a la espera de métodos auxiliares como el laboratorio o las imágenes.

En cuanto a la evolución clínica, es por lo general reiterativa o repetitiva, ya que gran parte de la información vertida, se encuentra ya consignada por la enfermera en su evolución o en las hojas de enfermería o de curva térmica. Por lo general se tiende a repetir el examen físico general y segmentario del ingreso, el que no necesariamente va a presentar cambios diariamente, siendo los datos que aporta a veces de poco interés, solamente objetivos, no revelando a menudo un pensamiento, raciocinio o juicio acerca de lo que se escribe, teniendo en cuenta que posteriormente deberá ser leído por otro médico o por él mismo al día siguiente. Por lo general no es habitual que se coloque un comentario subjetivo, acerca de la evolución del paciente o de los planes a seguir, no se reconocen los errores diagnósticos del ingreso y es frecuente que tampoco se haga un plan a seguir de acuerdo con lo anterior.

Por lo general, tal como se observa cuando se hace una auditoría de una ficha clínica, no hay una definición adecuada, acerca del plan de manejo del paciente, dado que por lo general la evolución se le entrega a un estudiante de medicina, interno o médico en formación, que no tiene necesariamente la suficiente experiencia o la capacidad para estar autorizado de emitir juicios o tomar decisiones respecto a cambios de planes frente a los problemas que presenta el paciente.

Otro inconveniente se encuentra en el gran tamaño o volumen de la ficha clínica en la medida que el paciente alarga sus días de hospitalización. Los informes de los resultados de exámenes de laboratorio y complementarios se encuentran pegados o archivados dispersos, constituyendo su análisis un verdadero caos, cuando se pretende tener una visión de conjunto de ellos, como puede ser el comportamiento de la glicemia frente a la insulina o del nitrógeno ureico o de la creatinina en base a la dieta o a la diálisis (15).

HISTORIA ORIENTADA POR PROBLEMAS

La historia clínica orientada por problemas ha demostrado tener gran utilidad en el manejo de la información del paciente, especialmente de los pacientes gravemente enfermos, o pacientes críticos, los cuales por su patología de base, están en serio riesgo de complicarse y por lo tanto de fallecer, a menos que se le apliquen las medidas necesarias, tanto de vigilancia, monitoreo y terapéutica, de las que se dispone solamente en las unidades de pacientes críticos o de cuidados intensivos. Este tipo de historia clínica, rápidamente permite tener una visión general del cuadro clínico y patología del paciente. Este sistema cuenta con la validación de American Institute of Medicine (AIM).

Las hipótesis diagnósticas del motivo de consulta al médico o ingreso al hospital y la evolución llevada a cabo solamente en base a los mismos diagnósticos, dejan de ser lo central en el manejo del paciente.

En la ficha orientada por problemas se pretende buscar la identificación de problemas concretos e inmediatos del paciente (uno de los cuales puede ser la misma necesidad de tener un diagnóstico, en caso de que hasta el momento no se tenga uno de certeza o que no se encuentre lo suficientemente respaldado).

La ficha orientada por problemas y planes, constituye una base de datos útil, en la cual se lleva una lista de los problemas que en ese momento tiene el paciente, de acuerdo con los diferentes aparatos o sistemas que tenga más o menos comprometidos, independientemente de la patología o cuadro que determinó su ingreso, como puede ser el caso de una neumonía o una artritis reumatoídea, que actualmente se encuentra complicada por una insuficiencia renal aguda, la cual pasa a constituir más que un nuevo diagnóstico, un problema que obliga a tomar un determinado plan de acción para corregirla. (6,7)

HISTORIA CLINICA COMPUTARIZADA

Sin lugar a dudas, se estima que es el tipo de historia clínica que se merece la medicina, de acuerdo con los avances y masificación del empleo de la informática

médica actualmente.

Tiene como una de las grandes ventajas, su fácil acceso, además de que éste puede ser remoto, es decir sin importar mayormente donde se encuentre el paciente que consulta o el médico que accede a esta ficha clínica en la base de datos. Las facilidades de accesibilidad, estructuración, organización sistematización y legibilidad, sobrepasan en exceso a la ficha clínica tradicional. Es más completa y menos sujeta a la aparición de errores, contando además con la posibilidad de ingreso directo de información desde sistemas de monitoreo del paciente, de exámenes de laboratorio o de imágenes de diagnóstico.

Las desventajas están en que se requiere de una inversión inicial que si bien no es hoy de alto costo, por la masificación y cada vez menor precio de los sistemas informáticos, aún no puede considerarse en nuestro país, como una implementación habitual en hospitales. Sin duda el gran inconveniente está en el ingreso de la información por un médico que no está habituado al uso de computadores, a pesar de que los programas son hoy día cada vez más amigables y la información se encuentra precodificada, con lo cual prácticamente no requiere digitar palabras sino ingresar datos en planillas con solo accionar el mouse. Existe sí el riesgo de error en la transcripción de información y la dificultad en la captura para el sistema, de cierto tipo de información (9).

En suma, las bases de datos de una historia clínica computarizada incluyen: ingreso de la información (la tarea más difícil); captura de información desde diferentes fuentes (sensores, monitores, laboratorio) la que debe ser previamente observada, antes de que sea parte del sistema de información; ingreso de información codificada, gráficos, imágenes, video, audio; la información de texto puede ser codificada, a objeto de simplificar el manejo de datos y con el fin de poder tabularla o graficarla posteriormente.

El médico ingresa información anamnésica, motivo de consulta, enumeración cronológica de síntomas y signos, hallazgos del examen físico general y segmentario, diagnóstico diferencial, plan terapéutico, evolución en base a problemas y planes, ingreso de

información diaria, por transcripción o directamente desde sistemas.

Por último la epicrisis es un protocolo pre-codificado, en que los diagnósticos de egreso coinciden con los códigos de la OMS (4,5,9).

EVOLUCION POR PROBLEMAS

Se sintetiza con la sigla (SOAP) la cual comprende lo Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan.

Como ejemplo tenemos **SUBJETIVO**: dolor retroesternal.

OBJETIVO: frecuencia cardíaca de 80 por minuto, presión arterial 130/90 electrocardiograma muestra una depresión de 5 mm del segmento ST en V3 y V4, laboratorio CK total de 80 Unidades, CKMB de 4 Unidades, hematocrito de 28%.

ANALISIS: agravación del cuadro anginoso puede ser interpretado en parte por la aparición de anemia importante.

PLAN A SEGUIR:

1. Monitoreo electrocardiográfico continuo + electrocardiogramas diarios
2. Tranfusión de 2 Unidades de glóbulos rojos
3. Nitroglicerina sublingual según necesidad
4. Plantear la necesidad de ecocardiograma bidimensional doppler color y eventual coronariografía.

Las ventajas de la evolución por SOAP, están en que permiten el pensamiento clínico, facilitan el análisis crítico previo a decisiones terapéuticas, da continuidad a la evolución y permite hacer protección de órganos en forma prospectiva.

La evolución por problemas se reserva especialmente para pacientes críticos, con patología múltiple, lo que facilita la transferencia de información, ordena interconsultas con especialistas y evita disquisiciones anecdóticas.

De ahí que, los planes a seguir están íntimamente

ligados a los problemas por sistemas, para lo cual la evolución se hace sistemáticamente en base a cada problema, el que si las medidas adoptadas son exitosas, deja de constituir un problema, y se deja constancia de que el problema está resuelto.

Se aconseja adosar una hoja al inicio de la historia clínica, con una lista de problemas que presenta el paciente, en la cual se hace una enumeración cronológica, de los problemas activos y de los problemas inactivos, con sus respectivas fechas de aparición y de resolución. (3,4)

HOJAS DE FLUJO

Constituyen un valioso elemento que permite la visualización a modo de planilla de cálculo y en forma cronológica del conjunto de los distintos parámetros de laboratorio, como el perfil bioquímico, función renal y metabólica, exámenes hematológicos y coagulación, función respiratoria y gases en sangre arterial hemocultivos y antibiogramas, hoja de flujo nutricional y de evolución del coma. Sin duda permiten disminuir la cantidad de papeles y por lo tanto la complejidad y dificultad de acceder a la información, la que se encuentra clasificada y cronológicamente anotada.

Gran parte de la información de las hojas de flujo puede ingresar a la ficha clínica directamente desde su fuente de origen, es decir del laboratorio o desde el servicio rayos o de diagnóstico por imágenes, a través de la red computacional del hospital.

Planes a seguir

En los planes a seguir, se está llevando a cabo la toma de decisiones respecto a una determinada situación, que en este caso, es el problema que afecta a un determinado órgano o sistema del paciente. De acuerdo a cada uno de los problemas planteados, se plantean las medidas a seguir desde el punto de vista diagnóstico, mediante el cual se propone solicitar nuevos exámenes o desde el punto de vista terapéutico, donde se analizan los cambios a seguir en la administración de medicamentos o el ajuste de dosis,

de acuerdo con las respuestas alcanzadas hasta ese momento. Además puede considerarse dentro de los planes, la búsqueda de nuevos problemas que pueda presentar el paciente o plantear conductas que vayan encaminadas a solucionar alguno de los problemas vigentes. Dentro de los planes se debe incluir la entrega de información y educación adecuada de acuerdo a la patología del caso tanto al paciente como a sus familiares.

CRITICAS A LA HISTORIA ORIENTADA POR PROBLEMAS

Por lo general se considera que la fragmentación de la patología del paciente en problemas, determina una pérdida del enfoque global del enfermo y se le daría poco énfasis a diagnóstico de la patología de base y a su evolución, en el desarrollo del juicio clínico. En pacientes que no presentan las características de complejidad de patologías, o de gran cantidad de órganos o sistemas comprometidos o en otras palabras de pacientes no críticos, la evolución de acuerdo a problemas y planes puede no ser siempre estrictamente necesaria (2,6,11).

ESTADO ACTUAL DE LA HISTORIA CLINICA ORIENTADA POR PROBLEMAS

A pesar de las evidentes ventajas que se han detallado, la Historia clínica orientada por problemas, no ha sido de aceptación general hasta el momento en la medicina de los Estados Unidos, no siendo utilizada sino por una minoría de los médicos en cada hospital y menos aun en la práctica privada.

Sin embargo, en el mismo país un estudio muestra que 97 de 108 escuelas de medicina, enseñan a los estudiantes, dentro de sus planes de estudio clínicos, el método de historia clínica orientada por problemas.

Muchos médicos que la utilizan habitualmente, no lo hacen con una adhesión estricta, no siguiendo por lo tanto los standards originales de Weed, (11,12) sino que introduciendo modificaciones de acuerdo a las características de la especialidad o del tipo de pacientes que se manejan en el hospital.(7)

CONCLUSIONES

Se puede decir como conclusión, que la historia clínica tradicional, tal como la hemos estado llevando a cabo a través de los años de práctica profesional, debe estar sujeta a permanente revisión y renovación. Se le deben introducir las modificaciones que la tecnología de la medicina actual obliga, por la gran diversidad y complejidad de los estudios a los cuales se somete el paciente en hospitales y clínicas, los que incluso han obligado a emplear la informática, como recurso fundamental para el manejo de la información contenida en esta base de datos, que es la ficha clínica. El paciente crítico, por encontrarse dentro de estas condiciones, obligatoriamente debe hacernos enfocar su análisis y estudio, de acuerdo a una historia clínica orientada por problemas, que incluya las situaciones especiales, o problemas que afectan los diferentes aparatos o sistemas del organismo y que de acuerdo a la patología de base que motivó la consulta o el ingreso al hospital, van evolucionando en forma independiente o paralela a ella. La toma de decisiones o planes a seguir, debe hacerse en base a los problemas planteados.

Por último, no debemos estar cerrados a las posibilidades que se nos ofrecen hoy desde el punto de vista de la informática médica, para un mejor manejo de la información del paciente.

REFERENCIAS

- 1.- Singer EP: Why SOAP is good for the medical record?: another view. Arch Intern Med 1992;152:2511-14
- 2.- Donnelly WJ; Brauner DJ: Why SOAP is bad for the medical record. Arch Intern Med 1992; 152:481-4.
- 3.- Vukusic A; Valdés S: The problem-oriented medical record. Bases for its use with critically ill patients. Rev Méd Chile 1988; 116:1070-4
4. Wyatt JC: Clinical data systems, Data and medical records. Lancet 1994; 344: 1543-7
5. - Woodward B: The computer-based patient record and confidentiality. N Engl J Med 1995; 333:1419-22.
- 6.- Sprung CL, Winick BJ: Informed consent in theory and practice: legal and medical perspectives on the informed consent doctrine and a proposed reconceptualization. Crit Care Med 1989; 17:1346-54.
- 7.- Rind DM, Kohane IS, Szolovits P, et al: Maintaining the Confidentiality of Medical Records Shared over the Internet and the World Wide Web. Ann Intern Med 1997;127:138-41
8. - Larimore WL, Jordan EV: SOAP to SNOCAMP: improving the medical record format. J Fam Pract 1995; 41:393-8
- 9.- Potter HP: Computerizing patient records. Ann Intern Med 1992;1 16:959
- 10.- Martys CR: Asthma care in Darley Dale: general practitioner audit. BMJ 1992 304:758-60
- 11.- Tufo HM, Bouchard RE, Rubin AS, et al: Problem-oriented approach to practice. I. Economic impact. JAMA 1977;238:414-17
- 12.- Nelson GE, Graves SM, Holland RR, et al: A performance-based method of student evaluation. Med Educ 1976;10:33-42.