ATENCIÓN MÉDICA ORIENTADA POR PROBLEMAS DE MEDICINA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE

*Dr. Rubén Antúnez, Trejo **
*Dr. Jesús Orlando Molina Girará ***

INTRODUCCIÓN:

El Servicio de Medicina Interna del Hospital General San Felipe fue re iniciado a partir de marzo de 1982 y funciona con dos Salas, Medicina de Mujeres y Medicina de Hombres a partir de noviembre del mismo año, con material reacondicionado del viejo Hospital fundado en 1926, un total de 51 camas y las secciones de Electrocardiografía y Consulta Externa.

Fue inquietud y unánime decisión de todos los Especialistas del Servicio, iniciar nuestro trabajo Médico con un análisis integral del paciente lo más cerca posible que el medio nos permitiera.

Se tornó en consideración el análisis del paciente por el método de solución de problemas clínicos; se documentó el método del Doctor Lawrence L. Weed, cuyo propósito resumido es el de "Resolver y detectar problemas, no crearlos"; tiene como finalidad el estudio del paciente basado en el método científico; estableciendo de esta manera el análisis minucioso de todas las situaciones, tanto clínico-patológico, como epidemiológicas que conlleva a la pérdida de salud del paciente, así como insistir en los estudiantes y Médicos sobre una manera de ver global y científicamente al paciente.

En nuestro Hospital General hemos resumido y adoptado este método aplicándolo a partir del uno de enero de 1983, evaluándose hasta el 31 de diciembre de 1984 los expedientes de los pacientes a que se les ha aplicado en este período que son 1,282 pacientes hospitalizados y a 7,687 consultas externas especializadas de nuestro servicio.

En el presente trabajo hacemos una breve revisión de lo que constituye el método, la forma de adaptación y aplicación en nuestro servicio y finalmente la evaluación de los resultados con las recomendaciones respectivas.

EL MÉTODO DE ATENCIÓN MÉDICA ORIENTADA POR PROBLEMAS

1.- Qué es un Problema:

Es todo lo que concierne al paciente en la ruptura de su equilibrio bio-psico-social, siendo por lo general motivo de consulta, agregándose lo que el médico encuentre en su observación; puede ser un problema: Cualquier alteración biológica manifestada por síntomas o signos, un hallazgo de laboratorio o Rayos X, desde el punto de vista social se puede considerar el grado de cultura, su ocupación la raza. Todos estos influyen en el aspecto biológi-

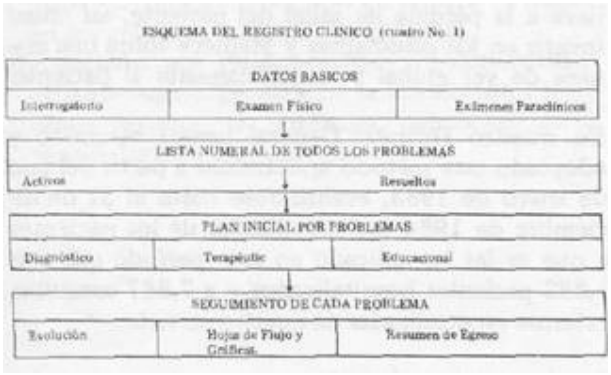
* Especialista en Medicina Interna, Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital General San Felipe, Jefe de Sala de Medicina de Mujeres H.G.S.F. Tegucigalpa.

** Especialista en Medicina Interna, Médico Especialista del Servicio de Medicina Interna del Hospital General San Felipe. Tegucigalpa, D. C.

co del paciente por ejemplo: Dietas, situación económica, rechazo a algunas prescripciones médicas, y aspectos psicológicos.

En medicina se identifican los problemas por medio de los datos básicos que se obtienen del paciente; por anamnesis (subjetivo), examen físico y exámenes paraclínicos (objetivos).

Una vez identificados los problemas se analizan y diferencian de problemas parecidos por el diagnóstico diferencial. La solución de los problemas se hace con el plan de acción y la ejecución del mismo. El seguimiento o evolución nos señalará que la solución está próxima o no, en este último caso debe reiniciarse el proceso para definir mejor el problema inicial (cuadro No. 1).



2.- Lista de Problemas:

El término problema se prefiere muchas veces al de diagnóstico. Se lista todos y cada uno de los problemas que se hayan identificado entre los datos básicos, en las esferas físicas, psíquicas, e interacciones ambientales. El listado de problemas debe incluir todas las circunstancias que demandan atención médica, sin omitir situaciones de tipo social, económico o emocional.

Existen dos grupos de problemas:

Activos: Aquellos que reclaman atención inmediata, que por lo general son motivo de consulta, dato de laboratorio o de examen físico.

Resuelto: Ya no son activos e importan por las secuelas que puedan haber dejado o las defensas que el paciente posea, también los antecedentes médicos o quirúrgicos.

De esta manera la lista de problemas se constituye en el elemento clave del expediente clínico; síntesis de información y guía del avance en las soluciones de los problemas, que colocada al frente del expediente y debidamente actualizada Puede usarse como el índice de un libro.

Los niveles de definición de un problema van de lo menos a lo más preciso, quedándonos con el nivel para el cual hayan bases suficientes, y así poder avanzar la aefinición desde un signo o síntoma a la alteración físiopatológica correspondiente y en última instancia la causa.

UN PROBLEMA PUEDE SER:

1.- Un signo Ejemplo: Edema Papilar.
2.- Un Síntoma Ejemplo: Cefalea
3.- Un estado Fisiopatológico Ejemplo: Insuficiencia Cardiaca Congestiva G.III.
4.- Un Diagnóstico Ejemplo: Diabetes Mellitus tipo II
5.- Un dato de Laboratorio Ejemplo: V.D.R.L. 1:4
6.- Un dato Radiológico Ejemplo: Derrame Pleural 30o/o pulmón derecho
7.- Un dato Electrocardiografía Ejemplo: Hipertrofia de ventrículo izquierdo
8.- Un Estado Económico Social Ejemplo: Desempleo o Divorcio
9.- Un Estado Emocional Ejemplo: Pérdida de un ser querido

Los problemas pueden listarse por separado o agrupados de acuerdo con alguna entidad clínica, cada uno debe ser correlacionado con su fecha de inicio evolución y fecha en que es resuelto; por ejemplo: Dolor toráxico (12-sept) infarto del Miocardio (15-sept). Con esto nos demuestra que el problema inicial fue dolor toráxico, que se tomó en infarto de Miocardio.

Ocasionalmente varios problemas pueaeri reconocerse como diferentes manifestaciones de la misma enfermedad, ejemplo:

Problemas:
1.- Enfermedad Reumática con estenosis mitral (1982).

2.- Fiebre (9-Dic-1984)-Endocarditis bacteriana subaguda(15-dic-1984). 3.- Esplenomegalia (15-dic-1984) - No. 2 4.- Hematuria y dolor de Costado (15-Dic-1984)
-No. 2 5.- Anemia Microci'tica Hipocrómica (16-úic-1984) - No. 2

La lista de problemas debe seguir la designación de su evolución y su resolución; Ejemplo:

Activo Ictericia
9-dic-83

Resuelto
Colecistectomía por Coledocolitiasis
(20-dic-83)

3.- Desarrollo de Problemas:

Una vez identificados los problemas se procede a su desarrollo, cada problema o grupo de problemas se resuelve en tres (3) partes:
a) Plan Diagnóstico Diferencial
b) Plan Terapéutico
c) Plan Educacional

a) Plan Diagnóstico:

Son todos los procedimientos para definir el problema con otros parecidos y diferenciarlos, debe consignarse en el expediente explicándose las posibilidades teóricas y sobre todo las reales del medio. Ejemplo:

Plan Inicial:
10-11-84 Problemas No. 1.- Artritis de Rodilla Derecha Plan Diagnóstico Diferencial (de Monoartritis Aguda)

Artritis Infecciosa Gonocócica

—Artrocentesis con estudio líquido articular: Gran y Cultivo Chocolate Agar, citoquímica—9-II-84
—Gran y Cultivo de exudado faríngeo y uretral— 9-II-84
—Urocultivo- 9-II-84
—Estudio de cónyuge y de contactos

Artritis Infecciosa no Gonocócica

Estudio de líquido articular: Gran, Cultivo por aerobios y anaerobios, hongos y BAAR; tinción de inmuno fluorecencia— 10-11-84

— Rayos X, Ap y lateral de ambas rodillas— 10-11-84
— Rayos X ae Pulmones— 10-11-84
— Hemograma— 10-11-84
— V.E.S.
— Hemocultivo— 10-11-84

Artritis Gotosa

— Estudio líquido articular con luz polarizada y citoquimica— 10-11-84
— Acido Úrico Sanguíneo— 10-11-84
— Bum y Creatinina— 10-11-84
— Acido Unco en orina de 24 h No. 3 — 10-11-84
— Pielograma I.V.
— Ramos X de Rodilla Ap y Lateral— 10-11-84

Pseudogota

— Rayos X de Rodillas Ap y lateral— 10-11-84
— Estudio de líquido articular con luz polarizada y cotoquímica— 10-11-84

b) Plan Terapéutico:

Constituye el tratamiento específico y aebe anotarse la corespondencia de la orden al problema, contribuyendo así a la formación del personal de Enfermería y estudiantes. Ejemplo:

Actividad física y tratamiento medicamentoso. En caso ae Artritis Gonocócica, Penicilina G Cristalina 2.5 millones en 50 ce. de dextrosa al 5o/o I.V. Qid lento (total 10 millones al día), al ceaer síntoma 0.5g. de ampicilina oral Qid hasta completar 7 días. (Problema No. 1).

c) Plan Educacional:

Es el más frecuentemente olvidado y no consignado. Se debe dar el suficiente conocimiento, comprensión e implicaciones de la enfermedad al paciente, al familiar y al medio que lo rodea tanto médico como no médico. Ejemplo:

En el caso anterior ae Artritis Gonocócica se explica al paciente la etiología de su cuadro articular y las medidas profilácticas para evitar contagios, las repercusiones y necesidad de investigar y tratar sus contactos sexuales próximos.

4.- Evolución:

Las notas de evolución deben reflejar el estado actual y proyecciones, no abundar superfluamente, se usa igual método tanto para el paciente hospitalizado como para el de control en Consulta Externa. El orden dado por las letras S.O.A.P. indican subjetivos (dato Subjetivo—DS), objetivos (datos objetivos—DO), análisis incluyendo su pronóstico y el plan. **Ejemplo:** 11-11-85

Subjetivo: se describe características de su dolor, evolución síntomas agregados.

Objetivo: Descripción del líquido, examen físico orientado, datos de laboratorio y radiológicos.

Análisis: Interpretación de los hallazgos

5.- Hojas de Flujo y Gráficas:

Las hojas de flujo son cuadros que resumen los datos de principales problemas y en una sola visión indican su estado; igual condición ocurre con las gráficas, sobre todo de un fenómeno que se está midiendo con frecuencia. Ejemplo: Cuadro No. 2 y cuadro No. 3.

EJEMPLO DE HOJA DE FLUJO DE UN PACIENTE CON SINDROME NEFROTICO. (CUADRO No. 2)

NOMBRE: _____ NUMERO DE EXPEDIENTE: _____ CAMA No. _____

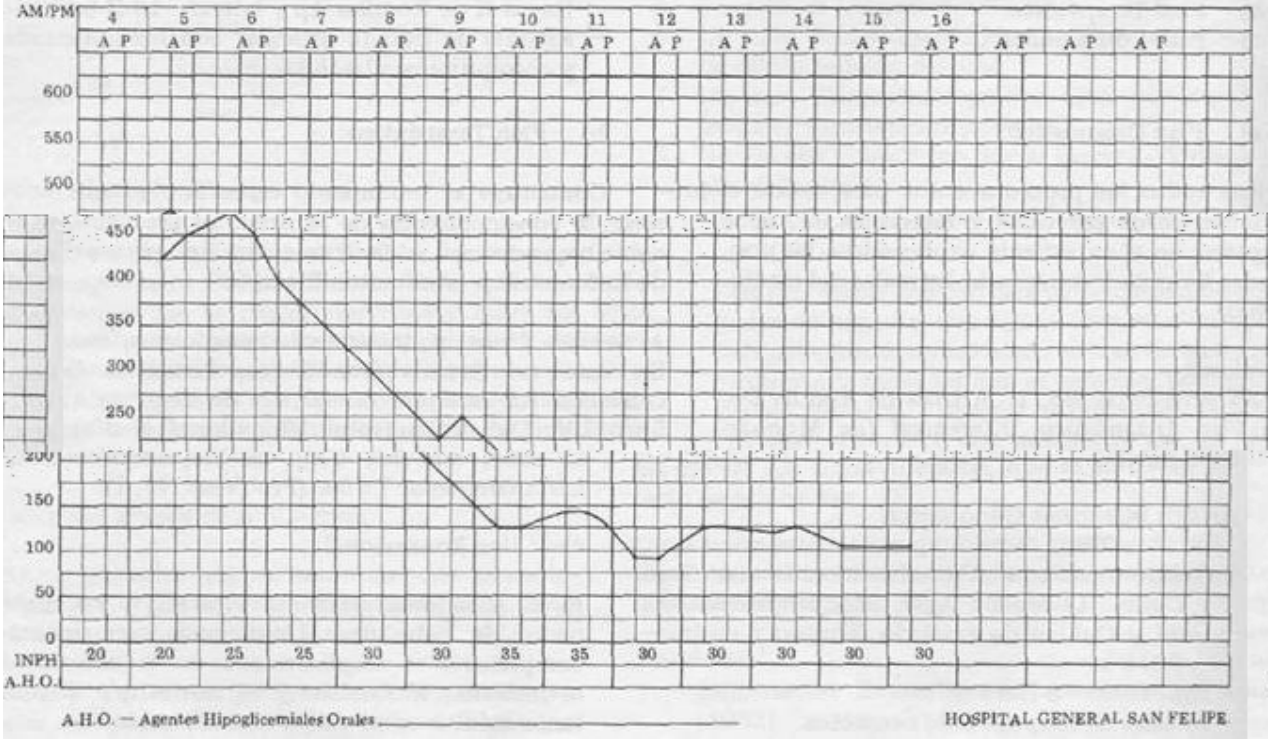
FECHA	20-11-84	21-11-84	22-11-84	23-11-84	24-11-84
Ingestas/24h.	900	800	880	900	880
Excretas Orina/24h.	700	800	9000	1000	1200
Peso/Lbs.	140	138	130	130	125
Proteinuria/24h. G	6 g.		4.5 g.	4.5 g.	4.0g.
Urea	35				
Creatinina	4				
Densidad Urinaria	1005	1020	1020	1020	1010

* Pueden anotarse medicamentos. Ejemplo: Furosemida, metildopa, etc.

EJEMPLO DE GRAFICA DE GLICEMIAS DE UN PACIENTE DIABETICO. (CUADRO No. 3)

NOMBRE _____ No. de Exp. _____ SALA _____ No. CAMA _____

MES _____



A.H.O. — Agentes Hipoglicemiales Orales _____ HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE

6.- Sumario de Egreso:

Es la síntesis de la evolución de cada problema anotando la importancia y sus recomendaciones para conducta ambulatoria.

APLICACIÓN DEL MÉTODO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN FELIPE

Se adaptó el método a nuestro meaio tratando de cubrir toaos los aspectos mencionados para lo cual se siguieron los siguientes pasos:

1.- Documentación y concientización del'método en el Servicio con las normas de aplicación.

2.- Elaboración de Hoja No. 1, Tarjeta de Egreso, y Tarjeta de Control de Consulta Externa de Medicina Interna.

La normatización se resume así: Aplicarse a todo paciente hospitalizado y en control en nuestro servicio, explicación del método a internos rotatorios asignados y vigilancia de su cumplimiento.

Se confeccionó la hoja No. 1 (Cuadro No. 4) llamada así por ser prácticamente la contraportada del expediente y como puede verse resume las secciones.

1.- Datos básicos
2.- Problemas activos y resueltos (fechas)
3.- Plan Diagnóstico (Laboratorios y Procedimientos)
4.- Plan Terapéutico (medicamentos)
5.- Resumen de Egreso
6.- Auditoría de eficacia de Servicios Médicos (Intraconsultas, Procedimientos, etc) y de apoyo (Laboratorio, Rayos X, farmacia, *etc.).*

El Plan Educacional:

Además del mencionado de concientización del paciente y familiar se trató de extender al medio, por lo que se confeccionó y aplicó la tarjeta de egreso que resume la estancia del paciente en el hospital; la tarjeta de control de consulta externa cumple igual función en pacientes ambulatorios (Fig. No. 3 y Fig. No. 4). La experiencia recolectada nos reporta una excelente ayuda médica en todos los niveles de atención a los cuales el paciente ha acudido. Se insiste en el paciente que debe presentar dichas tarjetas ante cualquier centro médico privado o público.

En el control ambulatorio se insiste en conservar el esquema descrito de S.O.A.P. y en el orden de:

Diagnóstico o Problema (I Dx.)
Datos Subjetivos (DS) Datos
Objetivos (DO) Análisis Plan

Los cuadros de flujo y gráficas se adhieren a la parte posterior del expediente frente a la hoja No. 1.

Resultados:

La evaluación del método sólo permite hacerlo en forma cualitativa dado sus características; sobre todo implica la vigilancia de su aplicación que comprende conciencia de su utilidad.

El correcto llenado de hojas y gráficas se reportó en un 60o/o, el 40o/o no fue llenado c^ fue incompleto; las tarjetas de egreso se llenaron en un IOO0/0 y las tarjetas de control en un 95o/o. La evaluación general con el personal del servicio reportó después de 24 meses de aplicación lo siguiente:

1.- Dentro del nivel ae aplicación, trae los beneficios explicados al describir el método (estudio global y científico del paciente).
2.- Resumen de la situación clínica del paciente.
3.- Recordatorios de exámenes y procedimientos
4.- Educación del paciente y facilita su atención en otros centros especialmente emergencia, pues sus tarjetas representan sus resúmenes clínicos.

Inconvenientes:

1.- Gran porcentaje de hojas No. 1 no se llenó, lo que atribuimos a falta de interés en los internos y períodos donde la vigilancia no fue efectiva debido a factores de tipo administrativo.

CUADRO No. 4

NOMBRE COMPLETO_____ SALA_____ EXPEDIENTE_____

FECHA DE INGRESO_____ EDAD_____ SEXO_____ PROCEDENCIA_____

I.- PROBLEMAS

	Activos	Resueltos
a.-		
b.-		
c.-		
d.-		
e.-		

II.- PLAN

a.- Diagnóstico

Exámenes (Cheqeu)

	Tipo de exámen o Procedimiento	Fecha de Práctica	Fecha de Informe
Hematológico			
Heces			
Orina			
V.D.R.L.			
Q.Q.S.S.			
Rx Tórax			
E.K.G.			
Otros			

EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

b.- Terapéutica

Medicamentos y Dosis	Fecha de inicio	Días (Palotes)	Fecha de Omisión

III. EVALUACION DE EFICIENCIA:

a.- Médicos_____

b.- De apoyo_____

IV.- DIAGNOSTICO (S) DEFINITIVO (S)

a.-_____

b.-_____

c.-_____

d.-_____

e.-_____

V.- Fecha de Egreso_____

VI.- Días de Hospitalización_____

_____

NOMBRE DEL MEDICO

2.- La hoja No. 1 en ciertos pacientes se vuelve pequeña especialmente en crónicas de larga uistancia. Se detectó también cuando habían problemas múltiples para lo que se tiene que ser más selectivo. En exámenes repetidos, que se solventa con el uso ae gráficas cuando lo amerita, igual en múltiples medicamentos.

Conclusiones y Recomendaciones:

El método como se sabe no es algo nuevo y su aplicación básicamente necesita conciencia y voluntad de trabajo, además de que debe ser parte de la formación docente desde el inicio de la carrera. No es necesario hacer Hoja No. 1 si se quiere aplicar correctamente, pero nuestro medio nos exige tener en recordatorio de este tipo para formar parte de las normas de pensamiento clínico. Nuestros resultados son muy buenos, el plan educacional contribuye a romper el tabú de enfermedad y brindar una apertura de un esquema clínico hacia cualquier centro que nuestros pacientes tengan que recurrir.

FIGURA No. 1

TARJETA DE CONTROL AMBULATORIO

HOSPITAL SAN FELIPE
HOSPITAL SAN FELIPE
Tegucigalpa, D. C.
CONSULTA EXTERNA–MEDICINA INTERNA

NOMBRE:_____

EXPEDIENTE No._____

PARTE EXTERNA

NOMBRE DEL MEDICO (S) TRATANTE_____

DIAGNOSTICO (S)_____

TRATAMIENTO:_____

OBSERVACIONES:_____

PARTE INTERNA

FIGURA No. 2

TARJETA DE EGRESO

IMPORTANTE
Guarde ésta Tarjeta, preséntela al regresar al Hospital.

HOSPITAL SAN FELIPE
Tegucigalpa, D.C.

TARJETA DE EGRESO

PARTE EXTERNA

NOMBRE:_____
NUMERO DE EXPEDIENTE:_____ EDAD_____
FECHA DE EGRESO:_____ SALA_____
DIAGNOSTICO DE EGRESO_____

RECOMENDACIONES_____

FIRMA DEL MEDICO

PARTE INTERNA

La lógica recomendación es el estudio y práctica del método desde las primeras fases de la educación médica. En nuestro servicio continuamos con el uso de hoja No. 1 y nuestro sistema educacional.

Lo ideal sería aplicar el método a nivel nacional por lo que recomendamos la creación de una tarjeta de atención médica, que el paciente portaría a todas sus consultas, evitando duplicación de esfuerzos y gastos innecesarios. (Fig. No. 3).

En el sistema sanitario en general a quién corresponde la acogida y adaptación de dicha recomendación.

FIGURA No. 3

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

TARJETA DE ATENCION MEDICA NACIONAL

NOMBRE:_____

_____

EXPEDIENTE No._____

LUGAR DE RESIDENCIA:_____

_____

PARTE EXTERNA

FECHA DE NAC._____ SEXO_____

OCUPACION:_____ NAC._____

FECHA	CENTRO MEDICO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	MEDICO	OBSERVACIONES

PARTE INTERNA

BILIOGRAFIA

Bacon, Paul A. Diagnóstico de las Afecciones Reumáticas. CIBA-GEIGY. Limited. Baste. Switzerland. 1979.

Bedasat, Joachanan and Shitfman, Anna: An Aproach Teaching the Íntroduction toclinical medicine. Annals of Internal Medicine, 94: 477. 1976.

Bumside, John W. Phisical Diagnosis. Sixten edition. Williams Wilkins. Baltimore. London. 1982.

Comparini, Víctor M.: Sistema de Atención Médica orientada por problemas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala. Fase III, 1972. Mimeografiado.

Feinstein, Alvan R.: The Problems of the problem oriented medical record. Annals of intemal Medicine 78: 751-762,1973.

Goldenberg, Dont. Colten, Alan S.: Acute Infections Arthritis. The American Journal of Medicine. 60: 369-376. March. 1976.

7.- González O, Elmer D.: El método de solución de problemas de Medicina Clínicos, Rev. Colegio Médico Guatemala. 6: 40-42, 7:20-33. 1982.

8.- Harrison's: Principios de Medicina Interna. 10o. edición, 1983.

9.- Hurst, Wis.: How to implement the weed system. Arch. Int. Med. 128: 456-462,1971.

10.- Hurst, L.W.: How to créate a continuos learning system. Am. J. Of cardiology. 29: 889, 1972.

11. McDonald, Clement J.: Action oriented decisions in ambulatory Medicine, la. edición, Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago, London, 1981.

12. Mota, H.F.: La implementación del expediente clíni co organizado por problemas. Bol. Med. Hosp. Imp. Mex. 38: 567-570,1981.

13. Rodnan, Gerard O., Shoumacher Ralph.: Primer on the reumatic diseases. Eight edition, Arthritis Founáation, Atlanta, Georgia. 1983.

14.- Weed, Lawrence L.: A new aproach to medical teaching, resident. Phisieian. July. 1967.