

El Registro Médico Orientado por Problemas

JULIO MUÑOZ

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Nacional Daniel A. Carrión - Callao.
Profesor Tutor de Post Grado - Facultad de Medicina - UNMSM

METODOLOGÍA CLÍNICA

El avance de la medicina se lleva a cabo de acuerdo con dos procesos diferentes: el primero tiene que ver con la acumulación cuantitativa y cualitativa de conocimientos, el segundo se refiere a la metodología de la aplicación de dichos conocimientos médicos. A este respecto, la era actual se caracteriza por la síntesis de la Tecnología con «superespecialización», lo cual sin duda ha llevado al progreso de las ciencias de la salud, pero por otro lado ha conducido a la fragmentación de la Medicina, con la consecuente «visión tubular» y aplicación fría de los exámenes auxiliares de última generación frente al enfermo.

Centrándonos ya en la enseñanza y aprendizaje de la Metodología Clínica, observamos que en los inicios de la medicina se detallaba la descripción de los enfermos y sus características (ésta fue la era Hipocrática), después Corvisart, Laenec y muchos otros esclarecieron el significado de los síntomas y signos y crearon el examen físico. Posteriormente, Sir Willian Osler y sus seguidores introdujeron la era moderna. Los registros médicos clásicos no se vieron modificados desde que se describieran por primera vez en forma escrita en el año de 1847; es así que las historias clínicas del Hospital Johns Hopkins se mantenían idénticas en su estructura tal como se hacían en el siglo XIX (1).

Durante los últimos 50 años la enseñanza de la medicina bajo el sistema tradicional se ha caracterizado por la recolección mecánica de información, donde rara vez se hace discriminación de datos que orienten al descubrimiento de la enfermedad en el paciente.

Correspondencia:

Dr. Julio Muñoz Tapia.
Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Nacional Daniel A. Carrión.
Av. Guardia Chalaca 2176. Bellavista. Callao.
Lima - Perú

Los recursos pedagógicos clásicos que incluyen desde la clase magistral hasta el libro de texto, centralizan el suministro de información teórica a partir del concepto de enfermedad. Se insiste en el aprendizaje más o menos ordenado de la etiología de las entidades mórbidas, fisiopatogenia, anatomía patológica, cuadro y formas clínicas, tratamiento y prevención. El futuro médico termina por aceptar que su formación profesional depende, en cierta medida, de su capacidad para aprender un gran número de enfermedades; cuanto más larga la lista, mejor aún.

Sin embargo, el ejercicio profesional pronto demuestra que esta información acopiada en base a la memoria es endeble, perecedera y, además, de confusa aplicación al paciente. El médico se siente descolocado, advierte dificultad para ubicarse o encontrar soluciones y recurre entonces a su imaginación, intuición y subjetivismo, que lo van alejando cada vez más de una medicina razonada y con base científica, es decir, de la verdadera medicina (2,3).

Las reflexiones precedentes indican que existe un vacío en los métodos clásicos de educación médica, vacío que se ubica entre la enfermedad y el enfermo, entre la teoría y la práctica, entre lo que «debo hacer» y el «cómo lo hago».

Este vacío pedagógico parte de un hecho elemental: ningún paciente acude a la consulta médica con un rótulo en la solapa indicando la enfermedad que lo aqueja. Los enfermos no vienen «etiquetados» tal como se plantea en los textos corrientes sobre medicina. Por ejemplo, el enfermo se presenta con dolor abdominal, cefalea, diarrea y trastorno de la conciencia, y el examinador encuentra fiebre, lengua saburral, y esplenomegalia. El razonamiento primario deduce que se debe discriminar entre varias entidades que se presentan clínicamente de ese modo (4).

Continuando con la evolución de los métodos clínicos, más adelante en la práctica se van distinguiendo los distintos grupos de médicos (1):

-El equipo mecánico: que realiza largas historias clínicas sin garantizar calidad.

-El equipo que progresivamente omite información hasta que sus expedientes pierden todo significado.

-Un grupo con objetivos claros en el registro y análisis de los datos, que considera que lo coherente es partir de los problemas identificados en el enfermo (no a partir de la enfermedad), y a través de un método de razonamiento y síntesis llegar al diagnóstico, el cual es sólo una vía para contribuir a solucionar los problemas del paciente y jamás un fin por sí mismo.

Con esta perspectiva, la dinámica del proceso de enseñanza-aprendizaje en medicina adquiere otra dimensión. Por otra parte, el complemento de la información teórica surge como una necesidad real en determinados pasos del método analítico: es necesario acopiar datos acerca de la patología de distintas afecciones, del cuadro clínico o de laboratorio, del pronóstico, de la evolución. Entonces, la búsqueda de esta información se hará en las fuentes bibliográficas, pero ahora con una motivación concreta: la solución integral de los problemas de ese paciente (4).

Cuando el estudiante y el médico novel comprenden esta tónica metodológica, comienzan a vivenciar de modo diferente las inquietudes del hombre enfermo, toman conciencia de la necesidad de cambiar sus métodos en el enfoque diagnóstico y aún de la educación médica (5,6). El acto médico aparece así como un proceso integrado por una serie de pasos sucesivos que corresponden a la secuencia seguida por el método científico. La identificación de problemas de salud le permite al médico seguir un camino de razonamiento y buscar de manera ordenada la información teórica necesaria para resolver el diagnóstico y actuar en consecuencia.

La metodología expuesta tiene nombre propio, autor y seguidores, y fue presentada a fines de la década de los '60 por el médico norteamericano Dr. Lawrence Weed, quien describe un método que conserva lo mejor del sistema tradicional y añade conceptos nuevos: (7-10) surge EL REGISTRO MÉDICO ORIENTADO POR PROBLEMAS (RMOP); sus primeras publicaciones fueron:

- Lawrence Weed M.D.
Medical Records That Guide And Teach (I y II).

The New England Journal Of Medicine
1968; 278(11): 593-600 y 1968; 278(12): 652-7.

- Lawrence Weed M.D.
Medical Records, Medical Educación,
and Patient Care. The Problem-Oriented Record
as a Basic Tool.
Copyright 1969, 1970 by The Press
Of Case Western Reserve.
University, Cleveland, Ohio

REGISTRO MÉDICO ORIENTADO POR PROBLEMAS

El RMOP ha sido adoptado por un número creciente de establecimientos médicos y Escuelas de Medicina en los Estados Unidos de Norteamérica (11-13) (en donde se empleó originalmente) y de muchos otros países del mundo (14).

La opinión de la mayoría de quienes lo han utilizado es de que no sólo tiene las virtudes de la simplicidad lógica, sino que en efecto constituye un excelente instrumento para ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los enfermos, a la vez que contribuye poderosamente a la educación y a la investigación clínica en medicina (11,12,15-18).

Sus principales elementos son:

- I. Base de datos
- II. Lista de problemas
- III. Planes de acción
- IV. Notas y comentarios de evolución

Otros elementos son:

- . Hoja de Plan de Trabajo
- . Hoja de Concentración de Laboratorio
- . Notas de Interconsulta

En épocas más recientes, el sistema de registro médico por problemas se aplica en la informática, representando lo más avanzado en la aplicación de la tecnología en computación no sólo referente al registro de pacientes sino también respecto a los planes a adoptarse

frente a cada problema en especial y sus posibles opciones terapéuticas ^(19,20).

I) BASE DE DATOS

Viene a ser la historia clínica pero incluye información precisa, obtenida por la anamnesis y el examen físico. El universo de información sobre cada paciente es potencialmente infinito, el objetivo no es establecer una Base de Datos completa, la palabra clave es definida. El proceso de delimitar el universo de datos se denomina «Definición de la Base de Datos».

Los datos son determinados por cada institución, hospital, servicio médico o médico individual, en función a una serie de variables como tipo de población atendida, edades, tasas de morbilidad y mortalidad, factores de riesgo, tiempo disponible por el médico para la atención de cada paciente, disponibilidad de recursos técnicos entre otros.

Tipos de Bases de Datos:

1. De cuidados globales: para el médico primario.
2. Para especialidades: en el campo del médico especialista.
3. Específica de un problema: v.g. factores de riesgo coronario en un paciente con infarto de miocardio.

A su vez, la base de datos es diferente según sea para Consultorio Externo, Emergencia, Hospitalización, etc.

Se debe realizar una revisión periódica para corregir:

1. Errores de comisión: Datos superfluos que conviene eliminar.
2. Errores de omisión: Datos importantes que no se habían anotado.

II) LISTA DE PROBLEMAS

Es la primera página del RMOP y sirve de índice.

Se define como PROBLEMA a todo trastorno o proceso orgánico, mental, personal o social que afecta la salud del paciente y que implica una evaluación diagnóstica o una decisión terapéutica por parte del médico o de los demás componentes del equipo de salud ^(7,8,12,21).

Los problemas son identificados por el médico a partir de:

- . Padecimientos concretos referidos por el enfermo.
- . Alteraciones objetivadas durante la exploración física.
- . Pruebas complementarias anormales.

Los problemas identificados deben ser el objeto fundamental de la atención del médico ⁽¹⁵⁾, y solamente podrán ser sustituidos por un diagnóstico específico cuando se disponga de pruebas suficientes para sustentarlo. Se logra de esta manera una mayor objetividad y se evitan los errores atribuibles a la presunción o elucubración.

Los problemas según el nivel de resolución diagnóstica se clasifican en ⁽²²⁾:

1. Síntoma: v.g. dolor abdominal.
2. Signo: v.g. ictericia de escleras.
3. Síndrome: v.g. hipertensión endocraneana, insuficiencia cardíaca.
4. Examen auxiliar normal:
 - a) De laboratorio: v.g. hiperuricemia.
 - b) Por imágenes: v.g. nódulo pulmonar solitario.
5. Enfermedad: v.g. diabetes mellitus.
6. Otros: problemas sociales (v.g. esposo sin trabajo), problemas psicológicos, incluso una historia clínica incompleta (v.g. examen rectal pendiente).

Una premisa fundamental en la elaboración de la LISTA DE PROBLEMAS es llevar cada problema al nivel más alto de resolución diagnóstica con la evidencia disponible en un momento dado, agrupada en síndromes si es posible, aunque si ello no es factible, se selecciona un núcleo de problemas guía para luego ir sustituyéndolos por un diagnóstico etiológico cuando éste haya sido confirmado ^(22,23).

En conclusión, no se aceptan problemas probables, posibles o a descartar, tampoco se utiliza los signos de interrogación, aunque ello implique descender en el nivel de resolución diagnóstica. El «descartar tal enfermedad» no es un diagnóstico, sino un plan de acción ⁽²²⁾.

Los problemas se agrupan en:

1. Problemas Activos: demandan acciones médicas a corto o largo plazo y se deben calificar en:

III) PLANES DE ACCIÓN

Cada problema genera un plan de acción. Se debe disponer de una Hoja de Plan de Trabajo, donde se señale el enunciado y la fecha de solicitud.

Tipos de Planes:

1. Planes Diagnósticos: encaminados a llevar el problema al nivel óptimo de resolución diagnóstica.
 - a) Exámenes auxiliares.
 - b) Procedimientos.
2. Planes Terapéuticos: orientados a resolver el problema, atenuar o aliviar sus manifestaciones.

IV) NOTAS DE EVOLUCIÓN

Registro del curso que sigue el paciente con su enfermedad. Debe ser en función de cada problema.

Se organiza en cuatro secciones (SOAP):

1. Datos Subjetivos: información proporcionada por el paciente.
2. Datos Objetivos: proporcionados por exploración física y resultados de exámenes auxiliares.
3. Apreciación: evaluación y comentarios que surjan como resultado de los datos obtenidos.
4. Planes de acción nuevos.

VENTAJAS DEL RMOP ^(15,16,22,24,25):

1. Toma en cuenta los problemas biológicos, psicológicos y sociales.
2. Exige una comprensión cabal de la situación del paciente para poder identificar sus problemas.
3. Mejora la lógica del razonamiento clínico.
4. La información teórica surge como una necesidad real en determinados pasos del método analítico. La consulta en las fuentes bibliográficas se realiza con una motivación concreta: la solución integral de los problemas del paciente.
5. Facilita la recolección de datos para los trabajos de investigación.
6. Permite evaluar la atención médica.
7. Impulsa al estudiante y al médico a obtener datos del paciente con minuciosidad, veracidad y precisión, a desarrollar su capacidad de análisis y síntesis para

identificar problemas, y a llevar a cabo planes de acción con eficiencia.

8. Hace factible el trabajo interdisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Walker K. Métodos Clínicos. 1983.
- 2) Ruiz Chavez R. Filosofía Médica. U.N.M.S.M. Lima-Perú.
- 3) Muñoz J, Grados C, Portugal Ch. Problemas Clínicos en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrion. U.N.M.S.M. Enero 1997.
- 4) Dain A. Infectología Razonada. Editorial Marcos Lerner, Córdoba, Argentina; 1993.
- 5) Judge R D, Zuidema G D. Examen Clínico, Bases de la Semiología. El Ateneo Editorial, 3ª edición; 1980.
- 6) Judge R D, Zuidema G D, Fitzgerald F T, ed. Clinical Diagnosis, a physiologic approach. 5ª ed, Little Brown & Company; 1989.
- 7) Weed L L. Medical records that guide and teach. N Engl J Med 1968; 278(1): 593-600.
- 8) Weed L L. Medical records that guide and teach (concluded). N Engl J Med 1968; 278(12): 652-7.
- 9) Weed L L. Medical Records, Medical Education, and Patient Care: The Problem-Oriented Record as a basic tool. Cleveland, The Press Of Case Western Reserve University, 1969.
- 10) Weed L L, Burlington V. Quality control and the Medical Record. Arch Intern Med 1971; 127: 101-5.
- 11) Hurts J W. The Problem-Oriented Record and the Measurement of Excellence. Arch Intern Med 1971; 128: 818-9.
- 12) Hurts J W. How to Implement the Weed System (In order to improve patient care, education, and research by improving medical records). Arch Intern Med 1971; 128: 456-62.
- 13) Hurts J W. The art and Science of Presenting a Patient's Problems (As an extension of the Weed System). Arch Intern Med 1971; 128: 463-465.
- 14) Gledhill V X, Mackay I R, Mathews J D, Strickland R G, Stevens D P, Thompson C D. The Problem-Oriented Medical Synopsis. Ann Intern Med 1973; 78: 685-91.
- 15) Feinstein A R. The Problems of the "Problem-Oriented Medical Record". Ann Intern Med 1973; 78: 751-62.
- 16) Hurts J W. Ten Reasons why Lawrence Weed is Right (editorial). N Engl J Med 1971; 284(1): 51-2.
- 17) Goldfinger S E. The Problem-Oriented Record. A critique from a Believer. N Engl J Med 1973; 288(12): 606-8.
- 18) M.D.B. The challenge and the opportunities of the Weed System. (editorial). Arch Intern Med 1971; 128: 832-4.
- 19) Ali M Y. Problem-Oriented Medical Information System (PROMIS). For Australian Medical Education. The Medical Journal of Australia. 1983; 291-5.
- 20) Rector L, Nowlan Kay. Foundations for an Electronic Medical Record. Methods of information Medicine. 1991: 179-86 (INTERNET).
- 21) Hillman R, Goodell B. Exploración Clínica. Salvat Editores; 1986.

- 22) Jinich H. El expediente Clínico Orientado por Problemas. El Expediente Clínico. Págs 481-8.
- 23) García Díaz y Gutierrez Rodero. Introducción a la Práctica Clínica. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 2da edición; 1990.
- 24) Lloyd G, Wyn-Pugh E. The Problem-Orientated Medical record and its educational implications. Medical Educational Booklet 1976; (6): 143-52.
- 25) Hurts J W, Walker H K, Hall W D. More Reasons Why Weed is right. N Engl J Med 1973; 288(12): 629-30.