



Departamento de Medicina Familiar

1. Profesor Dr Battistella, Gabriel

Jefe de Departamento Medicina Familiar

2. Medico Adscripto al Dpto de MF Dr Tomason, Andrés O.

JTP Departamento de Medicina Familiar

Encargado de Enseñanza UAC II

3. Dra Alejandra Rivas Tornese

Docente Asociada Catedra Construir Salud

HISTORIA CLINICA ORIENTADA AL PROBLEMA (HCOP)

Autora: Dra Alejandra Rivas Tornese

La información tiene una importancia fundamental en el proceso de atención, ya que sin ella no es posible percibir adecuadamente la necesidad de salud del individuo, conocer si la acción sugerida ha sido efectivamente realizada, o evaluar su efecto.

La Historia Clínica (HC) es el centro de todas las actividades de recolección y utilización de información clínica presente en nuestra práctica. Un buen sistema de registro a través de la HC debería asegurar exactitud en los datos que ofrece para evaluar la efectividad, tanto a nivel individual como poblacional, de las intervenciones que el sistema de cuidados médicos realiza.

El modelo clásico de Historia Clínica utilizado desde Hipócrates ordenaba los datos cronológicamente, se partía de antecedentes familiares, hábitos, antecedentes patológicos, enfermedad actual, exploración física, la evolución clínica y por último la epicrisis.

La HCOP se origina en 1969 en los Estados Unidos, a partir de que el microbiólogo *Lawrence Weed* desarrolla 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 permitía consignar eventos relacionados con los cuidados de los pacientes, hasta el momento no 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).

La Historia Clínica Orientada al Problema (HCOP) constituye una herramienta importante en la práctica de atención primaria. Su uso facilita el acceso fácil y rápido a los datos de las personas, permite el registro continuo de la evolución de las enfermedades y desarrolla un soporte adecuado para la medicina preventiva.

Una de las principales diferencias entre la HCOP con la historia clínica tradicional es que en ésta última no se suele evolucionar por problemas de salud específicos, lo cual puede dificultar el seguimiento e interpretación de ese problema; siendo además difícil de informatizar.

La clasificación por problemas permite realizar un mejor seguimiento de los pacientes , además de favorecer a la realización de actividades de educación e investigación.

El concepto de problema

En Atención Primaria abordamos tanto diagnósticos médicos como problemas de salud, que incluyen también los aspectos psico sociales del individuo (condiciones sociales, económicas, red de apoyo familiar y social).

Se entiende por “problema” todo aquello que *requiere una acción* por parte del médico o del equipo de salud. Puede ser cualquier queja, observación o hecho que la persona o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, afecta o puede afectar la capacidad funcional del paciente.

Los problemas pueden ser presentes o pasados y por sus características pueden afectar la funcionalidad de la persona que consulta o su grupo familiar Cada problema se registra con un nombre que reflejará el conocimiento que se tiene sobre el mismo. Por ejemplo, en un primer momento, puede registrarse como problema “dolor abdominal” y tras evaluaciones sucesivas

consultas, si se arriba a un diagnóstico, el problema se registrará, por ejemplo, como "colon irritable".

Un problema es también una situación que no requiere una acción inmediata del equipo de salud, pero su presencia modifica su contexto; por ejemplo, desempleo, aislamiento social, jubilación.

Ejemplos de problemas habituales en la consulta*

Tipos de problemas posibles	Ejemplos
Un diagnóstico o enfermedad	Hipotiroidismo, infarto agudo de miocardio
Un signo	soplo cardíaco, hepatomegalia
Un síntoma	tos, proctorrágia
Un síndrome	insuficiencia cardíaca congestiva
Un factor de riesgo	tabaquismo, antecedentes familiares de alguna enfermedad
Una situación no patológica que determina una acción	control de salud, embarazo, anticoncepción
Un dato de un estudio complementario anormal	hiperglucemia, leucocitosis
Una alergia	alergia a la penicilina
Un efecto adverso de una droga	tos por enalapril
Una intervención quirúrgica	colecistectomía
Efectos de un traumatismo	fractura de radio brazo derecho
Una alteración familiar, social o laboral	divorcio, jubilación
Un trastorno psicológico / familiar	personalidad narcisista, crisis familiar estructural
El seguimiento de un paciente de riesgo	persona que vive con VIH , falta de adherencia al tratamiento

*En la historia clínica se pueden registrar uno o varios tipos de problema

Cuando se consigna en la HCOP un problema, debe hacerse según el máximo grado de certeza que se tiene en ese momento; por lo tanto, NO es problema:

- Un término vago: como malestar, proceso respiratorio.
- Algo a descartar o en estudio.
- Una sospecha o diagnóstico probable: posible hipertiroidismo.

Los objetivos de la historia clínica orientada al problema son:

- Registrar los problemas por los que las personas están consultando.
- Registrar los hechos pasados, presentes o futuros que sean relevantes para la salud de la persona y su familia.
- Registrar no sólo los hechos relacionados con la enfermedad, sino también aquellos relacionados con la salud.
- Registrar el contexto en el que la relación médico-paciente se está desarrollando.
- Registrar el nivel de utilización de los servicios de salud, a los fines de auditoria, evaluación de calidad, planificación, etcétera.
- Introducir los datos introducidos para que puedan ser hallados de manera rápida y facilitar la continuidad por parte del médico y de otros integrantes del equipo de salud.
- Dar un marco administrativo legal para el ejercicio médico.

Estructura de la historia clínica orientada al problema

Si bien el estilo puede ser distinto, la Historia Clínica orientada al Problema estructura la información en 4 partes principales:

1. Conjunto Mínimo de Datos Básicos.
2. Familiograma o Genograma
3. Lista de Problemas.
4. Notas de Evolución

1. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS BÁSICOS

Los datos básicos son definidos previamente por los profesionales del equipo por lo cual es fundamental el consenso de estos sobre qué datos registrar en esta parte, ya que ellos serán los que pongan en práctica y utilicen la historia.

Estos datos forman parte de la base de datos definida por los antecedentes personales y familiares. Son obtenidos del interrogatorio y pueden completarse enteramente en la primera consulta o irse recabando en las sucesivas consultas (por ejemplo, ocupación, domicilio, estado civil, Necesidades Básicas Insatisfechas,etc.).

A continuación, se muestra un ejemplo de organización de la base de datos. Cada equipo de salud o institución podrá diseñar la base de datos de acuerdo a sus necesidades en la atención.

BASE DE DATOS - Interrogatorio * N normal AN anormal			
Sexo	varón	Edad	35 años
Estudios	universitarios	Ocupación	abogado
Estado civil	casado	Medicación	no
Residencia	Avellaneda	Procedencia	nació en Junín
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		ANTECEDENTES FAMILIARES	
clínicos	paperas, varicela	Cardiopatía isquémica	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Quirúrgicos	apendicectomía	ACV	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Traumatológicos	fractura de tobillo	DBT	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Internaciones	si, apendicectomía	HTA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Gineco, obstétricos	no corresponde	Abuso de alcohol, drogas	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		Ca Mama	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ca Colon	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Alcohol	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Otros	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dieta	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Actividad física	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Catarsis	N <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/>
Conduce	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Sueño	N <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/>
Alergias a medicamentos	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diuresis	N <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/>

2. EL FAMILIGRAMA O GENOGRAMA

El familigráma o genograma es unas de las herramientas fundamentales en la práctica del Médico de Familia que permite visualizar la estructura familiar y la dinámica relacional de una familia en un momento determinado de su evolución de una forma rápida y fácil.

El familigráma es la representación gráfica de los datos de las familias a través de símbolos seleccionados por convención, lo que permite su interpretación por cualquier profesional capacitado. Permite conocer la estructura funcional de la familia y el contexto de las personas a través de sus relaciones interpersonales.

La construcción de un familigráma se compone de tres fases sucesivas:

- 1) trazado de la estructura familiar;
- 2) recolección de la información básica de la familia; y
- 3) delineado de las relaciones familiares.

Estas etapas suelen desarrollarse en forma simultánea, y es común que algunas veces requiera más de una consulta para su representación.

Confección del familigráma

Para señalar la persona a quién se le está confeccionando el familigráma, se utiliza una flecha o bien se la remarca con un doble círculo.

En cuanto al trazado de la estructura, el género se grafica con distintos símbolos. Para el masculino se utiliza un cuadrado y para el femenino un círculo. A la izquierda de cada símbolo

se suele colocar la fecha de nacimiento y eventualmente a la derecha la del fallecimiento. Es posible además registrar la causa de su fallecimiento en el mismo gráfico.

La edad de la persona se puede graficar de dos formas, colocando la fecha de nacimiento a la izquierda de su figura o bien colocando directamente su edad dentro de su figura. Cuando elegimos una fecha en la vida de una persona, el resto de la información, las muertes, edades y sucesos importantes se calculan en relación con dicha fecha.

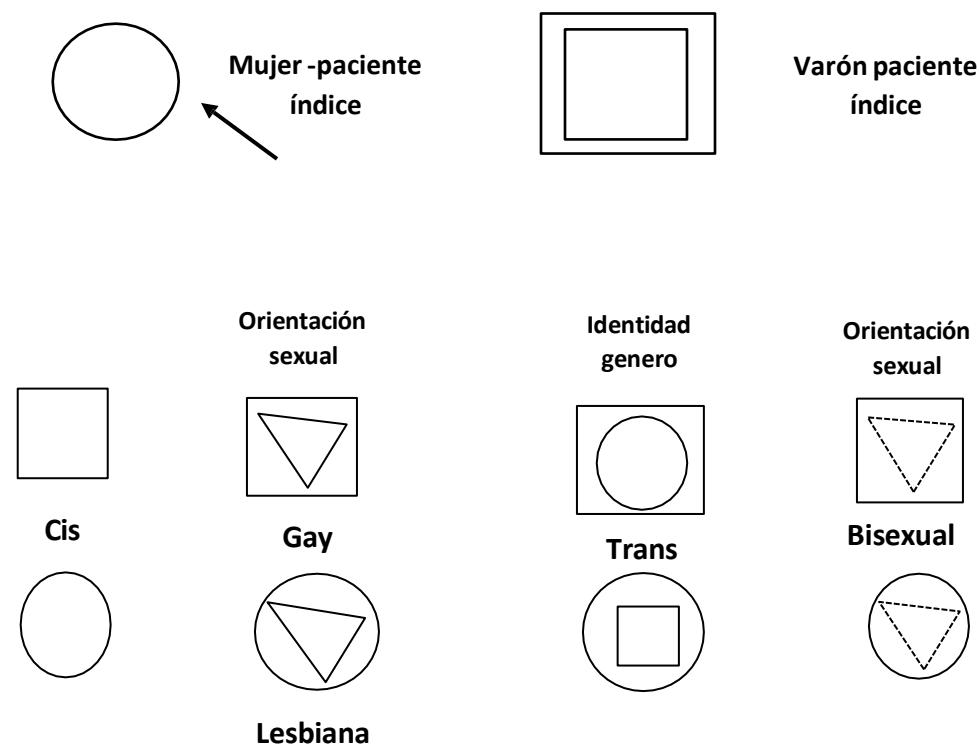
Se puede graficar el tipo y la cantidad de hijos con distintos símbolos. Los hijos se ubican de izquierda a derecha según el orden de nacimiento. Cada miembro de la familia debe llevar nombre y año de nacimiento o edad. Asimismo, es posible registrar los antecedentes obstétricos de la mujer; representando el estado de embarazo con un triángulo, y el antecedente de un aborto espontáneo con un círculo relleno, o con una cruz en caso de ser voluntario.

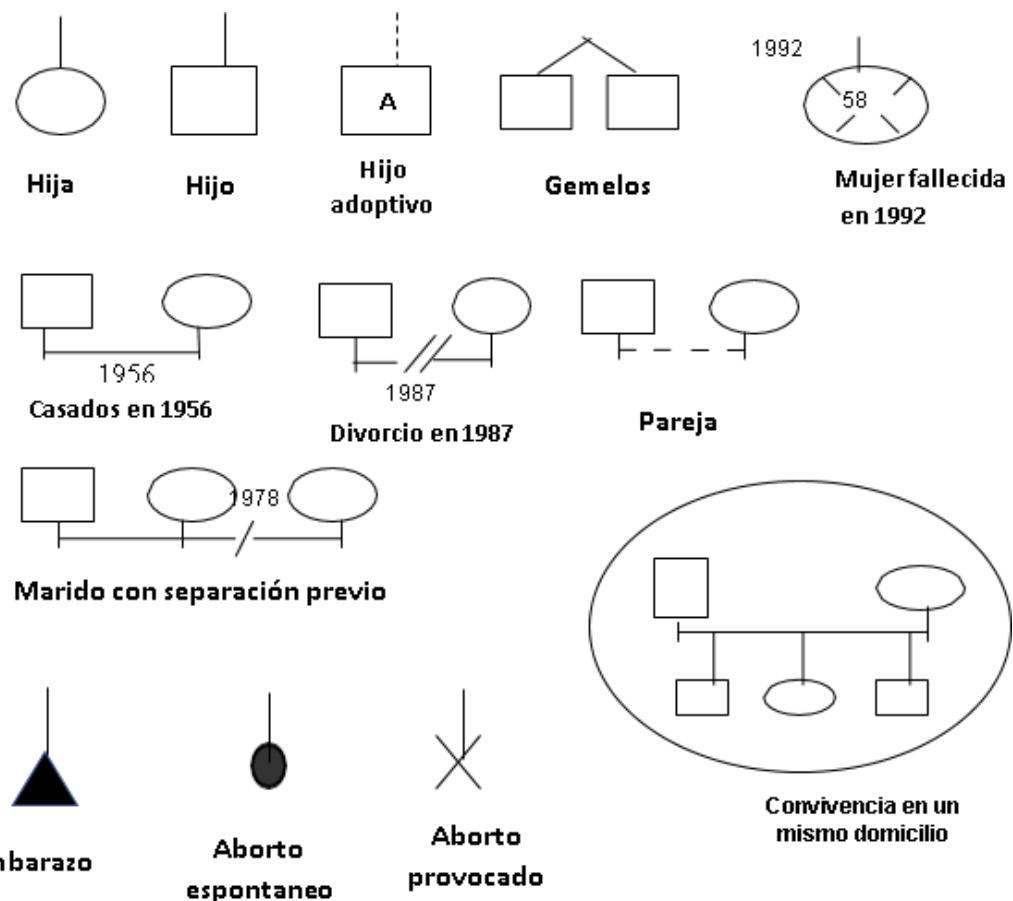
Las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia también se grafican utilizando distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes **tipos de vínculos**. Dos personas que forman una pareja están conectadas por una línea que baja y cruza; si es heterosexual, por convención el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Se puede graficar tanto la relación de pareja como la unión en matrimonio (m) con su fecha (m: año de matrimonio), la separación (s) o el divorcio (d) (s: año, d: año).

Una vez graficada la estructura familiar, el médico de atención primaria puede profundizar sobre las interrelaciones familiares acorde a la necesidad del contexto del problema de salud de la persona que consulta. Para cada **tipo de relación** entre los miembros de una familia existen distintas líneas que la representan.

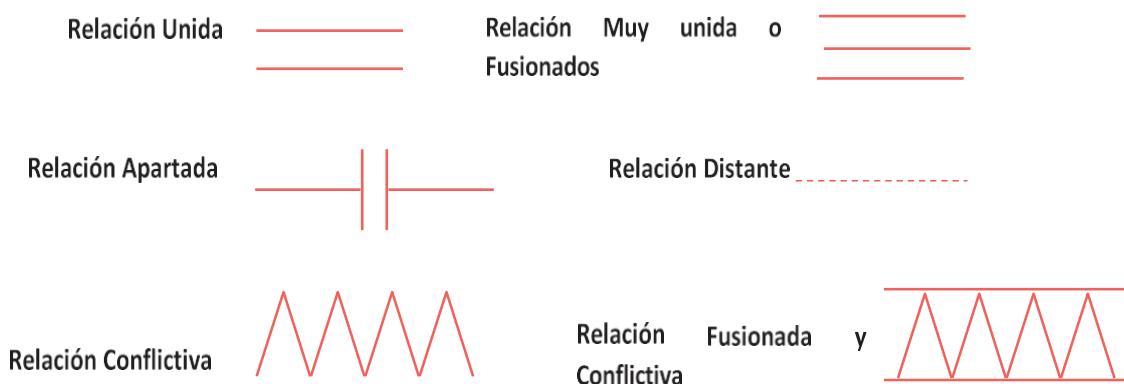
Por último, debe colocarse la fecha en que se confecciona el familigráma en el extremo inferior derecho de forma que sirva de referencia para su interpretación. Asimismo, se encierra con un círculo a los miembros de la familia que conviven en el hogar.

Símbolos utilizados en el Familigráma /Genograma





Símbolos que representan las relaciones interpersonales



El familigráma no solo contribuye al desarrollo del vínculo entre el médico y el paciente y su familia, sino que también provee información importante sobre el contexto familiar que servirá de guía para el encuentro clínico.

Esta herramienta puede utilizarse de diversas maneras, el/la médico/a, el/la enfermero/a o el resto del equipo de salud puede construir la estructura básica en una primera consulta y completarla en las visitas de seguimiento. Asimismo, resulta valioso el compartir el familigráma con la persona que consultan de manera que puede visualizar y reflexionar sobre los patrones de la dinámica de su familia, cuando este sea relevante para el seguimiento de sus problemas de salud.

3. LISTA DE PROBLEMAS

Es la parte de la historia clínica donde se registra de manera secuencial, ordenada y lógica, los problemas más significativos de la vida de las personas, y orienta sobre los factores que pueden afectar su manejo. Se ubica en la primera página de la historia clínica y actúa como un índice o tabla de contenidos. No es un registro estático, sino que es un reflejo de la situación dinámica de la vida de las personas, que permite una rápida evaluación de la situación en un momento determinado.

La lista de problemas puede ser organizada de diferentes maneras .

➤ *Problemas crónicos o permanentes*

Son aquellos que duran más de seis meses y se dividen en activos e inactivos o pasivos.

- **Activos:** generan una acción o influyen activamente en el momento actual (por ejemplo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, depresión, desempleo).
- **Inactivos o pasivos:** no requieren acción inmediata para los propósitos de diagnóstico y tratamiento, pero es útil que se muestren en la lista de problemas crónicos ya que su conocimiento afecta el manejo de otros (por ejemplo: antecedentes de cáncer de mama en la hermana, alergia a la penicilina, etc.).

A cada problema crónico o permanente se le asigna un número con el que se identifica en la lista de problemas crónicos, y su fecha de entrada debe constar al lado de su nombre. En varios sistemas de atención, el problema número 1 se refiere por convención al *control en salud y actividades de medicina preventiva*.

Un problema activo puede volverse inactivo y viceversa. Tal cambio de estado debe registrarse y fecharse.

➤ *Problemas agudos o transitorios*

Son aquellos que duran menos de seis meses (por ejemplo faringitis, lumbalgia aguda, hematuria). A cada problema agudo se le asigna una letra (A, B, C, etc) y su fecha de ingreso debe constar al lado de su nombre. Los problemas que duran más de seis meses, o que se repiten, pueden pasar a ser registrados como problemas crónicos de acuerdo con el criterio de cada profesional.

Los problemas crónicos tienen una sola fecha que indica cuándo se incorpora el problema o cuándo pasa a inactivo, mientras que los agudos tienen varios espacios para fechas. Una persona puede consultar a lo largo del tiempo varias veces por una faringitis, pero ésta no puede constituirse nunca en un problema crónico.

Ejemplo de listado de problemas crónicos y agudos

Lista de problemas agudos		Fecha	
Activos	Fecha	Inactivos	Fecha
Control de salud	15/08/2014	Colecistectomía	1998
Hipertensión arterial	20/03/2000	Antecedente familiar de ca. de colon	2000
Tabaquismo	15/06/2000	Tabaquismo	15/08/2018
Obesidad	15/08/2014		
Jubilación	15/08/2009		

Lista de problemas agudos		Fecha
A-Faringitis		15/08/2024
B- Registro alto de presión arterial		15/08/2024

La lista de problemas es la parte más importante de la HCOP. Los problemas registrados como crónicos o permanentes, o como agudos o transitorios, permiten evaluar rápidamente el perfil de las personas en forma dinámica.

A medida que el médico va realizando el seguimiento de la persona a lo largo de su vida, recoge más información de su contexto, historias personales y familiares. Así se podrán agregar nuevos problemas o redefinir los ya registrados.

Esta forma de estructurar la Historia Clínica por Problema nos permite optimizar el proceso de pensamiento y razonamiento médico porque obliga a registrar los problemas de salud con la más alta precisión posible y facilita una visión global e integradora.

Cuando un problema de salud es registrado en la historia clínica el/la médico/a de atención primaria debe tomar una conducta o acción con el fin de resolverlo o acompañarlo.

4. Las notas de evolución

En las historias tradicionales las evoluciones son pobres y tediosas, esto se debe entre muchas cosas por la falta de una metodología consensuada por médicos y médicas. En la Historia Clínica Orientada al Problema la evolución se realiza por el método del **S.O.E.P.** (Subjetivo, Objetivo, Evaluación y Plan) que incluye notas de evoluciones claras y organizadas.

En cada consulta médica se colocará la fecha y se llevará a cabo la evolución de esa consulta, a través de este método que se divide en 4 secciones utilizando las letras S, O, E y P (SOEP).

S (subjetivo): *Información subjetiva*. Registra todo aquello que la persona nos refiere como motivo de consulta o todo aquello que el profesional recibe como problema de la anamnesis o del lenguaje no verbal de la persona. Comprende los síntomas y los cambios o la falta de cambios

esperados en la sintomatología. Muchas veces es muy útil consignar las mismas palabras o términos que utiliza la persona entre comillas (" ") para poder valorar esa información.

O (objetivo): *Información objetiva.* Registra todo lo objetivado en la consulta. describe el examen físico (los signos del paciente, si hubo o no cambios, etc.), el valor de scores clínicos y los resultados de exámenes complementarios (laboratorio, imágenes, etc.) realizados para aclarar el problema.

E (evaluación) o A (apreciación diagnóstica): *Interpretación y reevaluación del problema* en función de la evidencia registrada en las dos secciones previas. Comprende todos aquellos problemas que requiere una acción por parte del equipo de salud y todo lo que sea un problema por parte de la persona. Recordar que problema no es solo un diagnóstico o enfermedad, si no también, un síntoma o signo (cuando no tengamos definido una patología), un factor de riesgo, un examen complementario anormal, un efecto adverso o una secuela y también, definimos como problema, una dolencia (tristeza, miedo, angustia, preocupación, etc.) o una alteración del contexto (desempleo, pobreza, familia disfuncional, etc.).

P (plan): Los planes de seguimiento:

- **Dx (diagnóstico):** Se consignan los exámenes complementarios que se solicitarán para estudiar el problema o los problemas definidos en la sección anterior o prácticas preventivas según edad y sexo.
- **Tx (tratamiento):** Se registra toda indicación terapéutica planteada para la resolución de los problemas que presenta la persona: medicamentos, dietas, cambio de hábitos, etc.
- **Ex (educación):** Breve descripción de la información que se da a la persona acerca de su problema necesaria para su comprensión y adherencia al tratamiento. Además, detalla toda la consejería o actividades de promoción que se realicen de acuerdo a sexo y edad del paciente (hábitos saludables, vacunas, prevención de accidentes, etc.).
- **Mx (monitoreo o seguimiento):** Se exponen los planes de monitoreo ideados para controlar la evolución de cada problema. Por ejemplo; control de hemoglobina glicosilada para un paciente con antecedentes de Diabetes Mellitus o de tensión arterial en un hipertenso.

Las notas de evolución deben ser breves y se deben realizar en cada consulta. Se evolucionan los problemas tratados en la consulta, no es necesario evolucionar todos los problemas activos. Todas las evoluciones deben ser firmadas por el médico o el personal del equipo de salud que evolucione o participe de la consulta.

Ejemplo de una nota de evolución:

Juana tiene 10 años y viene a la consulta junto a su mamá refiriendo dolor de garganta y fiebre desde hace 1 día. No tiene otros síntomas asociados.

S: Refiere presentar fiebre y dolor de garganta de 24 hs. de evolución. No presentó tos ni secreciones.

O: Temperatura axilar 38,5° inspección de fauces: exudado amigdalino. Se palpa una adenopatía submaxilar dolorosa.

E: Faringitis aguda.

P: Dx: Solicito Test rápido de detección de Estreptococo betahemolítico.

Tx: AINES según síntomatología.

A los 15 minutos, vuelve Juana con su mamá

S: Trae estudio solicitado

O: Test rápido +

E: Faringitis estreptocócica

P: Tx: Indico Fenoximetipenicilina 500.000 UI c/ 8 hs. por 10 días. Ibuprofeno 400 mg c/ 8 hs. según control térmico.

Mx: Pautas de alarma. Control en 48 hs.

Codificación de los problemas de salud en APS

Es fundamental que exista un sistema de códigos diagnósticos para poder clasificar los problemas que el médico de familia atiende cotidianamente. En muchas instituciones se usan códigos que no reflejan la realidad de la práctica de la atención primaria. Cuando hablamos de clasificación nos referimos a un sistema que nos permita asignar un código de identificación (generalmente alfanumérico) a un problema de salud de acuerdo a ciertos criterios consensuados. Uno de los sistemas más utilizados es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que ya está por su décimo primera revisión (CIE-11), con más de 3000 códigos diagnósticos, tantos códigos son difíciles de llevar a la práctica en un consultorio de atención primaria. Hace algunos años, se comenzó a utilizar el CIPSAP (Clasificación Internacional para los Problemas de Salud en la Atención Primaria), y luego en (1983) el CISAP-II, con 378 ítems. que es más a fin con nuestra práctica diaria.

En los últimos años también se comenzaron a desarrollar los Clústers (agrupamientos) diagnósticos. Los clústers nos permiten reducir la cantidad de códigos, agrupándolos en una lista que representa los problemas que tiene mayor importancia en la práctica ambulatoria. Se tomaron, aproximadamente, 100 códigos los cuales debían tener una prevalencia en la población superior al 0,1 % ; estos códigos representan el 85 % de los problemas de salud. De esta manera el médico de familia puede tener a su alcance y en una sola hoja, codificados los problemas de salud más frecuentes permitiendo su registro más fácil y eficaz.

Posteriormente el Comité Internacional de Clasificación de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) presentó la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2) que permite codificar varios elementos como por ejemplo la razón de consulta (lo que señala la persona), el problema de salud (lo que interpreta el médico), el proceso de atención (lo que se hace o se envió a hacer durante la consulta), la capacidad funcional de la persona y la gravedad del problema atendido.

El CIAP-2 engloba todas las clasificaciones presentadas por la WONCA anteriormente (CIPSAP) y fue concebido para ser compatibilizado con el CIE-9, el CIE-10 y CIE-11.

En los sistemas de salud es cada vez será más necesario clasificar los problemas de salud para obtener una relevamiento estadístico, brindar información real y clara a los auditores, desarrollar mejores tareas de docencia e investigación y permitir sacar conclusiones sobre qué

tipo de problemas atendemos con mayor frecuencia y poder planificar las distintas estrategias de abordaje..

BIBLIOGRAFÍA

- Atención Primaria. / M. Zurro . Tercera Edición, Mosby / Doyma. 1994 .
- Medicina de Familia. / Ian R. McWhinney . Ediciones Doyma . 1995 .
- Primary Care Medicine. Office Evaluation & Management of the adult Patient . Goroll . / Third Edition , J.B. Lippincott Company . 1995
- Weed LL. Quality Control and the Medical Record. Arch Intern Med. 1971;
- Medicina Familiar, Principios y Prácticas . Robert B.Taylor . / 4º Edición . 1995 .
- Genogramas en la evaluación familiar. McGoldrick-Gerson. Barcelona. 1993.
- Genograma. Dirección de Familias y Comunidades. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/pu4.g1.mo18.pp_ficha_tecnica - genograma_v1.pdf
- Cantale C. Historia Clínica Orientada a Problemas; El Generalista Nº 1 pág. 29-32 Enero-Febrero 2002.
- Rubinstein A., Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. 2. a Ed. Editorial Médica Panamericana, Bue- nos Aires, 2006.
- Motivos de consultas frecuentes en el primer nivel de atención primaria. TRAPS Programa de capacitación. MSAL. 2017.
- Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2 , Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. 1999, 2º Edición. Editorial Masson.
- Medicina Familiar . Tomo I . Principios y Herramientas. / Roa , Ruiz Morosini, Siede . c Ediciones Akadia. 1997 .
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. 10a revisión. Volumen 2. Washington, DC OPS. 1995
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Médicos Comunitarios. Sistemas de codificación y clasificación de los Datos sobre Problemas de Salud. 2009