



Fascículo de Educación Continua

El Modelo de los Procesos-Cuidados Orientados a la Tareas en la Atención Ambulatoria (TOPIC): Tareas Generales y Consulta de Chequeo *The Task-Oriented Processes In Care (TOPIC) Model in Ambulatory Care: General Tasks and Check up Consult*

Miguel A. Suárez-Bustamante
Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb *

RESUMEN

Introducción: El enfoque TOPIC busca ayudarnos a asumir una perspectiva integral que sobrepase la simple respuesta ante las quejas de los pacientes, favoreciendo la longitudinalidad, la calidad y la resolutivez de la práctica ambulatoria en atención primaria.

Objetivo: Explicar el sentido de las tareas generales del enfoque TOPIC y, adicionalmente, ofrecer información sobre las tareas específicas del TOPIC consulta de chequeo.

Temas abordados: Evaluación de las expectativas y preocupaciones del paciente, Desarrollo de una relación terapéutica, Negociación de un nuevo plan, Aprendizaje permanente (qué, cuándo, dónde y cómo enseñar con el enfoque). Para la Consulta de Chequeo: Explorar adecuadamente los factores de riesgo en la Consulta de Chequeo, Recomendar servicios preventivos o sociales-comunitarios para cada etapa de vida y según las Task Force preventivas.

Descriptor: Enfoque TOPIC, Docencia en la práctica ambulatoria, Chequeos y Prevención, Atención Primaria

ABSTRACT

Introduction: The TOPIC approach helps us to adopt a comprehensive perspective, that overcomes a simple reaction to patient's complain, promoting longitudinality, quality of care and an effective ambulatory practice in Primary Health Care.

Objectives: To explain the main meaning of general tasks of TOPIC approach, and to inform about specific tasks of Checkup TOPIC.

Reviewed topics: Assessment of patients's expectations and worries, Therapeutic Relationship Development, New plan Management, Permanent Learning (What, when, where and how to teach with that approach). Risk Factors Screening in Checkup TOPIC, Recommending adequate preventive and social-community services, according to the Life Cycle and to Preventive Task Forces.

Keywords: TOPIC approach, Teaching in ambulatory practice, Checkup and Prevention, Primary Health Care

Documento de posición editorial no sujeto a arbitraje.

MPA e-j. med.fam.aten.prim.int. 2012, 6 (1): 3.14

Este artículo esta disponible en www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación de los Autores:

*Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Maestría de Medicina Familiar, Lima Perú). Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima.

Méd.Dr.: Médico Titulado. Mag.Sal.Púb.: Magister en Salud Pública. MF: Especialista en Medicina Familiar.

Correspondencia para el Autor: migsuarez@yahoo.com



En el primer artículo de esta serie [1] se explicaron las bases del Enfoque de Procesos Orientados a las Tareas en el Cuidado de la Salud (llamado TOPIC por sus siglas en inglés) propuesto el año 2004 por los profesores Rogers y Corboy, y sus colaboradores del Department of Family and Community Medicine del Baylor College of Medicine en Houston, Texas [2,3]. El enfoque TOPIC, organiza los procesos ligados a la consulta, al asumir una perspectiva integral que sobrepasa la simple respuesta a la queja aparente de los pacientes. Con ello, se favorece la longitudinalidad, se incrementa la calidad y se promueve la resolutivez de la práctica ambulatoria en atención primaria.

En dicha primera entrega explicábamos que, en una variación desarrollada por nuestro equipo sobre la propuesta original, denominamos tareas específicas a los principales puntos del *Proceso Mayor 1: Procesamiento de la información*; mientras que rotulamos como tareas generales a las acciones de los restantes procesos mayores [1]. Estas tareas generales no pudieron ser previamente presentadas por limitaciones de extensión, siendo abordadas en el presente texto. Adicionalmente ofrecemos información sobre las tareas específicas del TOPIC consulta de chequeo.

Tareas Generales del Enfoque TOPIC

La formulación original del enfoque TOPIC considera una estructura compuesta por cuatro procesos mayores, y un número variable de tareas para cada consulta prototípica [2,3]. Los principales componentes de esta propuesta eran:

Proceso Mayor 1: Procesamiento de la información: Recolección de información del paciente y/o familiares, equivalente a la anamnesis, antecedentes, examen físico y pruebas auxiliares.

Proceso Mayor 2: Desarrollo de una adecuada relación médico-paciente-familia: Acciones para transmitir respeto hacia el paciente, demostrar un real interés, poseer una buena disposición a solucionar sus problemas, ayudar y ofrecer una efectiva orientación y educación.

Proceso Mayor 3: Integración de la

información. Procesamiento de la información verbal, exámenes auxiliares y respuesta inicial al manejo, probabilidades diagnósticas y enfoque.

Proceso Mayor 4: Aprendizaje de por vida. Perfeccionamiento continuo mediante guías diagnósticas, estudios, y otras relacionadas a las recomendaciones preventivas específicas.

Como fruto de la reflexión ligada a nuestra actividad cotidiana [4], propusimos modificar dicha estructura, buscando favorecer un aprendizaje más directo y una aplicación más simple. Así, cada uno de los Procesos Mayores 2 al 4 deriva en las tareas generales 2 a la 4, mientras que la primera acción del Proceso Mayor 1 deviene en la tarea general 1. Acordes a dicho esquema, detallamos a continuación, las mencionadas tareas generales.

1. *Evaluar las expectativas y preocupaciones del paciente,*

Aunque originalmente subordinada a un proceso mayor, por presentarse en todos los rubros de consulta prototípica, y de forma global más que circunscrita, esta acción originalmente subordinada a un proceso mayor, se plantea como una tarea general.

Los objetivos de esta primera tarea general suelen ser diferentes para cada consulta prototípica. Así, para el TOPIC consulta por problema nuevo y TOPIC consulta de chequeo, es prioritario identificar la "agenda" real, y a veces oculta, del paciente. Ello implica verificar si las quejas centrales se alinean con su real preocupación. Las divergencias entre ambos elementos pueden esclarecerse indagando si "Hay alguna idea que le ronda la cabeza sobre la causa de su problema?".

Frecuentemente los pacientes con algún amigo o pariente cercano que presentó cáncer, SIDA, enfermedad coronaria, enfermedad con carga genética, etc., suelen secretamente obsesionarse con portar esos eventos. Si esta "agenda" no declarada, se mantiene oculta, el subsecuente abordaje del real problema del paciente, puede fracasar. De ahí su importancia.



Por otro lado, para la consulta TOPIC problema crónico o TOPIC cambio de comportamiento, esta tarea general explora la disposición del paciente a introducir cambios actitudinales y priorizar estilos de vida clave para las enfermedades no transmisibles. En múltiples casos, al ser incapaces de realizar los esfuerzos requeridos, estos pacientes no controlan exitosamente su problema metabólico o nutricional, al ser incapaz de realizar los esfuerzos requeridos [5]. Aunque preliminar, una indagación de expectativas puede decidir el ritmo de las propuestas y recomendaciones a plantearse.

Finalmente, dentro del TOPIC psicosocial, evaluamos la resistencia a captar la base emocional y raíz no orgánica de las quejas. Por sorprendente que parezca, muchos portadores de estos síntomas no están preparados para aceptar que sus problemas aparentemente orgánicos, son en realidad psicosomáticos [6]. Identificar, e idealmente manejar estas situaciones, influye notoriamente en el pronóstico final, siendo por ello muy relevante.

Además, nuestra experiencia práctica nos ha enseñado que es mejor aplicar este ítem finalizando las tareas específicas, casi al cerrar la anamnesis. Consideramos que presentarla en el orden de ejecución, ayuda a entender mejor su importancia.

2. Desarrollar una relación terapéutica

Uno de los mayores determinantes de la adherencia y percepción final de la calidad, es sin duda la relación entre el paciente y su proveedor de salud. Para reforzar este vínculo y dejar satisfechos a los usuarios, la cantidad y calidad de información transmitida deberá alcanzar niveles suficientemente altos.

Al respecto, es necesario saber que, especialmente para los temas más serios, cada problema de salud desencadena un largo proceso de decisiones, hallazgos y reacciones, por lo que el enfermo comúnmente delega las decisiones, incrementa su dependencia de otros agentes y progresivamente mina su capacidad para gobernarse a sí mismo. Dicho proceso acumula una sensación de agobio y desconfianza,

que frecuentemente alcanza su clímax al llegar a la consulta, cuando el paciente se muestra extremadamente atento a las opiniones del médico[7]. Por ello, un buen modo de reforzar el vínculo terapéutico es compensar su incertidumbre e ideaciones pesimistas con información: explicándole consistentemente su evolución esperada, describiéndole el aporte a nuestro conocimiento de cada examen diagnóstico, resaltando los progresos en su diagnóstico y manejo, y en general compartiendo las grandes decisiones concernientes a su salud. Este efecto será aún mayor si ofrecemos la información en un contexto de participación. Esta recomendación tiene mayor utilidad para pruebas diagnósticas invasivas, para aquellas cuyo valor final sea controversial, o cuando las decisiones siguientes sean cruciales para el futuro inmediato [8,9]. El uso de la prueba PSA para screening del cáncer de próstata es un buen ejemplo: idealmente la decisión de hacerse o no la prueba debe ser un paciente bien informado más que del médico.

Es igualmente importante reforzar la confianza del paciente en el equipo que lo atiende y su soporte diagnóstico. Por ello, independientemente de si el diagnóstico o manejo será en la atención primaria o si será transferido para cuidados especializados por requerir medios localmente no disponibles, debe enfatizarse que, para el sistema como un todo su problema es totalmente abordable. Debemos enfatizar nuestra confianza en estar tomando las decisiones más adecuadas, por lo que en cuestión de minutos, horas, o a lo mucho algunos días, podrá lograrse un razonable control sobre su problema.

Para transmitir adecuadamente estas ideas, asegurar interacciones clínicas provechosas y conseguir una relación colaborativa con los pacientes y sus familias, podemos emplear el siguiente repertorio de recomendaciones que han demostrado ser efectivas en diferentes contextos: 1) usar frases de empatía, reflexión, soporte, compañerismo, respeto y optimismo; 2) presentar tempranamente, de manera directa pero con tacto, la evidencia sobre el problema detectada durante la historia, examen físico y pruebas de laboratorio; 3) evitar etiquetas pseudo-psiquiátricas



y términos asociados a conductas emocionalmente chocantes, las cuales pueden ser contraproducentes; 4) no juzgar al paciente; 5) mostrarse incondicional con él, aunque siempre de un modo constructivo; 6) expresar empatía, reflejando una escucha activa, comprensiva y valorativa de sus sentimientos, sin criticarle o echarle la culpa; 7) encaminar al paciente hacia un proceso de auto descubrimiento y cambio de conducta guiado, antes que el tradicional modelo del médico paternalista o autoritario; y 8) avanzar considerando la resistencia, buscando ayudar al paciente a su propio ritmo, esto es, sin parecer que forzamos nuestra agenda [10].

Emplear este estilo dará al paciente una sensación de mayor control sobre su futuro, y ayudará al prestador a construir una sólida relación con este y su familia.

3. *Negociación de un nuevo plan.*

Debemos considerar que desde la facultad, la mayoría de médicos y otros prestadores de salud con capacidad de prescripción hemos sido formados para atender bajo una lógica lineal que se reduce a interrogar, diagnosticar y luego recetar medicamentos o realizar recomendaciones. Esta linealidad es respaldada por nuestra supuesta potestad absoluta para influir sobre las acciones de los pacientes.

La verdad es que sólo aquellas personas sujetas a importante estrés —emergencias médicas u hospitalizaciones— cumplen con regularidad todo lo que les recomendamos. Por el contrario, los pacientes que habitualmente encontramos en atención primaria, quienes no tienen situaciones urgentemente serias o amenazas tangibles a su salud, con mucha frecuencia, incumplen nuestras prescripciones. Esta falta de adherencia es particularmente relevante cuando se requieren importantes cambios de comportamiento para su control, ejemplos de estas situaciones son las enfermedades crónicas no transmisibles, neoplasias, y otros. Dicha situación suele conducir a diversidad de complicaciones e incluso a una muerte prematura, por lo que debería ser efectivamente abordada.

En consecuencia, desarrollar un plan de manejo negociado, donde un paciente bien informado ventila con su médico las opciones de acción disponibles, y toman conjuntamente la mejor decisión, es un cambio de enfoque con grandes potencialidades.

Para lograr este objetivo, primero deberá informarse adecuadamente al usuario. En la mayoría de casos, para darles una buena información, basta enfocar de manera simple y bienintencionada, aspectos relacionados a su diagnóstico y pronóstico asociado, el periodo esperado hasta su mejoría, las posibles complicaciones, señales de alarma y planes contingenciales, así como las razones detrás del potencial éxito de las prescripciones farmacológicas y no farmacológicas [11]. Los pronósticos relacionados a alguna enfermedad crónica, discapacitante y/o terminal, deben ser ofrecidos siguiendo las recomendaciones técnicas para informar sobre malas noticias, detallada en bibliografía específica [24].

Posteriormente, deberá definirse conjuntamente, la secuencia de pasos por la cual debe transitar el paciente hasta llegar a su ansiada mejoría. Ello implicará trazar en consenso, la trayectoria de exámenes diagnósticos, tratamientos y cambios de comportamiento a seguir en las diferentes etapas de su abordaje. Actuando de este modo, tendremos una hoja de ruta, con definiciones temporales y de recursos compartidos por los interesados, y de gran valor pues los hace en gran medida participes del cuidado de su salud.

En lo que concierne a la adopción de estilos de vida específicos, deberán enumerarse



los comportamientos ideales a asumirse, las conductas actuales de las personas y especialmente los comportamientos factibles que ellos se comprometen a asumir en un futuro cercano. Estos últimos representan los puntos intermedios entre las conductas presentes y las prácticas saludables que constituyen el ideal a alcanzar. Su nivel dependerá de las preferencias y del grado de voluntad de cambio del paciente en un momento indicado. No es conveniente presionar al paciente para alcanzar aceleradamente los estándares indicados, más bien debe esperarse a que paulatinamente la brecha entre lo factible y lo ideal se vaya cerrando. Por ejemplo, el ideal para un paciente con riesgo cardiovascular alto, es practicar actividad física de 30 minutos a una hora, de 4 veces por semana a todos los días, regularmente. Pero si actualmente, este no realiza ningún tipo de ejercicio, será poco probable alcanzar este ideal en lo inmediato. Un comportamiento factible sería que el paciente desarrolle actividad física solo los miércoles y domingos. Gradualmente esta conducta podrá extenderse a los fines de semana completos y luego a más días durante la semana.

Para poder construir un plan de manejo negociado que constituya una verdadera hoja de ruta, se requerirá una fuerte voluntad de prestadores de salud y pacientes, para llegar a acuerdos concretos, identificando y consensuando la adopción de cada comportamiento factible entre prestadores de salud y pacientes [12]. El círculo se cierra monitoreando el cumplimiento de los comportamientos factibles asumidos por el paciente, dándoles el respaldo necesario para garantizar su permanencia.

4. Aprendizaje permanente.

La última tarea general incorporada en el enfoque TOPIC, busca desarrollar una nueva costumbre: aprender de cada encuentro con nuestros pacientes, superando

nuestra propia falibilidad. La aplicación cotidiana de dicha práctica posibilitará mantenerse al día con los conocimientos de cada especialidad, a través de una rutina de actualización y auto-aprendizaje constantes, que se traducirá en una mejor atención a la población.

El cumplimiento fiel de esta tarea del Enfoque TOPIC permitirá aprovechar las situaciones clínicas concretas y cotidianas, para la formación o el refrescamiento de los profesionales que trabajan en Atención Primaria. Ello es válido tanto para encuadrar los hallazgos clínicos, como para valorar las pruebas diagnósticas o las opciones de manejo a ofrecer, y en general para fijar el curso de acción más adecuado para nuestros pacientes. La práctica de contrastar permanentemente las bases de lo aplicado en la práctica con la teoría vigente, es algo que desarrollamos bastante comúnmente cuando somos principiantes —alumnos, internos, recién egresados del pregrado—, pero que olvidamos al volvernos “expertos”. Al forzarnos a revisar y enfrentar nuestros denominados “vacíos del conocimiento”, el enfoque promueve la validación constante de nuestras prácticas, contrastándolas con el estado de arte vigente para la atención al paciente, familia o comunidad, como postula la Medicina Basada en la Evidencia [13].

Esta valiosa utilidad de la última tarea general del Enfoque TOPIC, se aplica tanto para la actualización continua de los operadores en salud ya graduados, como para los alumnos de ciencias de la salud y futuros médicos familiares, así como de otros especialistas en Atención Primaria. Algunas ideas sobre cómo puede aplicarse el Enfoque TOPIC en la Docencia Médica, se muestran a continuación.

- A quién enseñar:

Existen múltiples ventajas del Enfoque TOPIC para la formación de los futuros profesionales de los sistemas de salud. Si bien pueden obtenerse grandes beneficios de familiarizar a los alumnos con esta herramienta, desde el pregrado, su mayor valor lo alcanza al formar residentes en Medicina Familiar y otros especialistas relacionados a la



Atención Primaria.

En el caso del pre-grado, es ideal incorporar este enfoque dentro de los procesos de reforma programática, como parte de la búsqueda de currículos menos segmentados por cursos y más abiertos a metodologías integradoras como el trabajo conjunto con materias básicas y clínicas, el Aprendizaje basado en el problema, las revisiones de caso, etc. [14]. El Enfoque TOPIC es particularmente valioso en estas últimas circunstancias, pues favorece la incorporación de desafíos diagnósticos y terapéuticos de tipo práctico. Sin embargo, también es posible preparar clases magistrales convencionales, utilizando esta metodología.

Para quienes están siendo formados en un contexto de especialización —residentes, post-graduandos, etc.— la introducción del enfoque es más sencilla y directa, pues sus actividades cotidianas —rondas en el internamiento, consultas, casos, presentaciones, revisión de registros, etc.— se amoldan a la propuesta. Aquí el esfuerzo básicamente consistirá en inducir a que los formados apliquen en sus labores cotidianas esta metodología que se detalla en los párrafos siguientes.

-Qué enseñar:

Para estructurar un programa adecuado será necesario incluir tres elementos fundamentales. El primero es el aprendizaje de las tareas generales y específicas que constituyen el enfoque. El segundo es la identificación del tipo de consulta prototípica que los participantes deberán emplear en cada caso. Finalmente se deberá explicitar los conocimientos requeridos para emplear el Enfoque TOPIC y sus variantes de acuerdo al tipo presentado.

El empleo inicial del enfoque TOPIC podría equivaler a aprender una nueva lengua. En ambos casos, el punto de partida es evocar de memoria sus componentes. Aunque inicialmente no hay como obviar el relativamente tedioso asunto de memorizar los pasos y tareas del enfoque, conforme se domine lo elemental y se utilicen más asiduamente sus contenidos, el aprendizaje de los términos podrá ser más entretenido.

El segundo y tercer paso de la aplicación implican incorporar dentro de las consultas, discusiones y otras oportunidades educativas, los elementos del enfoque, desmenuzándolos para enfatizar como las decisiones acerca del cuidado integral de los pacientes pueden favorecerse al usarlo.

Por ejemplo, al enseñar el manejo de un paciente con diabetes u otra enfermedad crónica no transmisible, según esta metodología, deberá iniciarse identificando la consulta prototípica correspondiente, en este caso el TOPIC problema crónico. Luego, podrá abordarse el diagnóstico, comorbilidades, seguimiento y los múltiples aspectos relacionados al abordaje de la diabetes, encajándolos según la tarea a desarrollar, y variando la profundidad según si el participante es un médico familiar, alumno, profesional de Atención Primaria o especialista en formación.

-Cuándo y dónde enseñar:

La aplicación del Enfoque puede hacerse en múltiples escenarios, al lado de la cama del paciente, mediante la enseñanza en el consultorio, en la sala de clases, en las reuniones post-consulta, etc. No obstante, se obtiene mayor efecto al discutir los alcances del caso con relativa tranquilidad, idealmente en una sala de clases, o al concluir la consulta. En tales casos, los resultados de la discusión podrán emplearse al retomarse el cuidado del paciente, en consultas sucesivas.

Otra posibilidad es aprovechar un intermedio en la atención, debiendo, al promediar la consulta, solicitársele al paciente un pequeño intermedio. Entonces, puede desarrollarse la discusión del grupo aplicando el Enfoque TOPIC, mientras el paciente espera. Con ello es posible aplicar los resultados de la discusión, al propio paciente, en la segunda



parte de la consulta.

También puede emplearse el Enfoque TOPIC como un elemento estructurador del debate a desarrollarse en las rondas de atención hospitalaria, en la auditoria de las historias clínicas orientadas al problema, durante la discusión de casos clínicos, o durante talleres específicos. Estos últimos son especialmente útiles cuando se está explicando la metodología por primera vez.

-Cómo enseñar:

Para todos aquellos ejemplos de enseñanza fuera del aula y al lado del paciente, físicamente o virtualmente cuando se trata de una discusión de caso, la metodología es aproximadamente la misma. En un primer momento se deberá identificar la consulta prototípica correspondiente. En segundo lugar se aplicarán cada una de las tareas generales y específicas al caso particular, y finalmente se deberán identificar los “vacíos del conocimiento” que nos impidan desplegar adecuadamente nuestro enfoque. Es importante que los formados se acostumbren a aplicar esta secuencia de modo que, en algún momento puedan desarrollarlo prácticamente sin asistencia y finalmente lo hagan ellos solos.

Para la preparación de clases magistrales por los docentes, los elementos conceptuales que constituyen las partes de la conferencia, se pueden guiar por las tareas generales y específicas a aplicarse en el problema motivo de la exposición.

En todos los casos, es clave revisar material adecuado para responder con precisión a la aplicación del Enfoque TOPIC correspondiente. Pueden emplearse libros de textos convencionales sobre la materia, guías de práctica clínica —recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a decidir sobre la asisten-

cia sanitaria de un caso particular, en circunstancias clínicas específicas— o compendios de evidencia —Resúmenes, Preguntas (Queries), POEMs, CATs, etc— como los disponibles en bases de sinopsis como el ACP Journal Club, Journal of Family Physician o Evidence Based Medicine, libros de resúmenes informáticos como Clinical Evidence, Dynamed, Up to Date, MD Consult, Best Evidence, Medical Letter, o buscadores de revisiones sistemáticas y metanálisis como la Colaboración Cochrane [15-22].

Por ejemplo, si estamos aplicando el TOPIC psicosocial a un paciente con dolor crónico como una queja médicamente inexplicada, indagaremos primero si entre los alumnos se encuentran claros los criterios para el diagnóstico de Trastorno Somatomorfo. Si ello no es conocido por los interrogados, entonces este será un punto a ser explorado, verificado y posteriormente aprendido por los interesados. Para lograr este objetivo, nuestro siguiente paso será, seguramente, revisar los criterios del manual DSMIV al respecto, y luego se completarán las respuestas a las siguientes tareas del enfoque TOPIC, revisándose la múltiple evidencia disponible a este respecto.

Tareas Específicas del TOPIC Consulta de Chequeo

Como ya se mencionó, uno de los objetivos centrales que impulsaron a los Dres. Rogers y Corboy a proponer el enfoque TOPIC fue ayudar a los profesionales de Atención Primaria a desarrollar mejor aquellas actividades que se consideran importantes y distintivas de su trabajo como las relacionadas con la prevención [10,23]. La relevancia de esta actividad se refleja en su consideración especial en dos de los nueve principios planteados en 1981, por McWhinney para la Medicina Familiar [24]:

-El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.

-El médico de familia ve a su práctica como una «población en riesgo».

Ello implica que, fieles al paradigma del modelo bio-psico-social que inspira a



los especialistas en Medicina Familiar [25], se enfatice que nuestra práctica, trascienda el modelo biomédico centrado en la queja del paciente, yendo hacia cuidado de la salud centrado en la persona. Ello se concretiza sólo si incorporamos una mirada integral fuertemente enfocada en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

En consecuencia, el especialista en Medicina Familiar debe reconocer y encarar los factores de riesgo y/o el medio que les rodea, el cual incrementa la probabilidad de que ciertas enfermedades se produzcan. Para ello deberá promover estilos de vida saludables que consoliden o restauren la funcionalidad de las personas, así como reforzar medidas preventivas convencionales, combinándolas con una acción anticipatoria y una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo y la prevención. Actuando así se podrá prevenir o retrasar la progresión de enfermedades, retardar o evitar sus complicaciones, y en general mejorar el status de salud de cada grupo poblacional.

Volviendo al enfoque TOPIC, vemos que este se caracteriza por proponer tareas específicas para un conjunto de consultas prototípicas, que engloban aspectos comunes por los que una persona demanda los servicios de medicina ambulatoria y Atención Primaria. Por ejemplo, para la Enfermedad Crónica se propone como tareas específicas:

1. Evaluar la severidad y control de la condición
2. Evaluar la adherencia al tratamiento y efectos colaterales
3. Explorar daño de órgano blanco
4. Revisar el estado de condiciones de comorbilidad y factores de riesgo

Y para el TOPIC Cambio de Conducta, las tareas específicas propuestas por el enfoque son:

1. Recabar información previa relevante sobre el problema de conducta
2. Evaluar el estadio de cambio de comportamiento
3. Incrementar la motivación y autoeficacia del paciente.

El TOPIC Consulta de Chequeo que revisamos en esta entrega, se aplica

a los denominadas chequeos preventivos por etapas de vida. Ellos son desarrollados en personas sanas, e incluyen un conjunto de procedimientos orientados a evitar la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad —prevención primaria—; o a detectar precozmente los procesos patológicos en fase pre-clínica, y detener la evolución de las enfermedades ya declaradas —prevención secundaria.

Aunque se ha difundido extensamente la necesidad de realizarse una consulta de chequeo anual, periodicidad verdaderamente dependerá del tipo de relación establecida con el paciente. Si el abordaje es continuo, como en aquellos pacientes con un control regular por enfermedades crónicas, el mantenimiento de la salud probablemente ha sido ofrecido a lo largo de varias visitas regulares, y no se requiera una consulta específica para este fin. Por otro lado, si el paciente no acude con frecuencia a la consulta, el chequeo anual puede ser una buena excusa para establecer un contacto entre el paciente y el equipo de salud.

Las tareas específicas para las visitas del tipo TOPIC Consulta de Chequeo son únicamente dos:

1. Realizar una apropiada evaluación o tamizaje (screening) de factores de riesgo para cáncer, trauma, enfermedades transmisibles, metabólicas, cardiovasculares y emocionales de acuerdo a las Task Force.
2. Recomendar servicios preventivos o sociales comunitarios según la etapa de vida y de acuerdo a la Task Force, basados en el riesgo y en el perfil de servicios

Estas se describen a continuación.

1. *Realizar una apropiada evaluación o tamizaje de factores*



de riesgo para cáncer, accidentes, enfermedades transmisibles, metabólicas, cardiovasculares y emocionales de acuerdo a las Task Force.

Desde la década de los 80s, dos organismos expertos en cuidado preventivo de la salud: la US Preventive Task Force (USPTF) y la Canadian Task Force on Preventive Care, publican revisiones basadas en evidencia científica, para la toma de decisiones en salud preventiva [9]. Posteriormente se han sumado instituciones europeas y de otros continentes al objetivo de emitir recomendaciones enfocadas en las intervenciones a desarrollar para el mejoramiento del estado de salud (reducir morbilidad y mortalidad).

Estos organismos suelen recomendar tres tipos de procedimientos para la prevención de los principales problemas de salud: inmunizaciones, consejería y despistajes.

Los despistajes, también conocidos como *screening*, por su denominación inglesa, se orientan a identificar las necesidades individuales de salud, en el ámbito de la prevención primaria y secundaria. Parte integral de esta evaluación de riesgos consiste en revisar el uso de servicios previos de prevención — que pruebas se realizó, cuando, en que establecimiento, con que resultados, etc.—. Ello se justifica pues las actitudes de un paciente, ante estas propuestas, pueden ser fuertemente influenciadas por el consumo previo en esta área.

Aunque gran cantidad de problemas de salud pueden ser prevenidos, el chequeo debe centrarse en patologías con importante severidad, magnitud dentro de la población, vulnerabilidad ante una respuesta precoz, posibilidad de una intervención factible, viabilidad para realizar un diagnóstico temprano, accesibilidad cultural y

económica a los medios de detección de la condición o factor de riesgo, y sin una tasa excesiva de falsos positivos o falsos negativos. Adicionalmente, la intervención temprana deberá poder obtener resultados significativamente superiores a la observación, hasta que las manifestaciones o síntomas de la enfermedad aparezcan naturalmente.

Estos y otros aspectos relevantes han sido considerados por las Task Force al momento de establecer que problemas serán detectados por los despistajes. Así, si bien el listado de problemas de salud a evaluarse puede variar de una realidad a otra, aquellos realmente prevenibles son prácticamente los mismos, tanto para países desarrollados como para países en desarrollo. En consecuencia, los Dres. Rogers y Corboy que desarrollaron el enfoque TOPIC, sugirieron concentrarse en los siguientes puntos

- Infecciones más comunes
- Cáncer
- Enfermedad Cardiovascular y Accidentes Cerebrovasculares (ACV)
- Diabetes Mellitus y otros problemas metabólicos
- Prevención de accidentes tanto en el domicilio como en las vías de tránsito
- Problemas de Salud Mental

Naturalmente, estas son las prioridades para las personas adultas. En otras etapas de vida, las consultas de chequeo se estructuran en los denominados Controles de Crecimiento y Desarrollo para niños y adolescentes, estos últimos basados en la aplicación de los GAPs y el acrónimo HHEEAADDSS, en los controles prenatales para las gestantes y en la valoración geriátrica integral para los adultos mayores.

El proceso es en esencia simple, y consiste en trabajar con listas de chequeo confeccionadas para cada grupo etario en base a la evidencia disponible, las cuales pueden ser replicables en diversos contextos. Ello en la práctica implica guiarse de instrumentos como la ficha familiar, la Historia Clínica orientada al Problema (HCOP) y otros registros específicos. A partir de estas ayudas estructuradas, podremos indagar efectivamente por los factores de riesgo más comunes. Algunos de ellos requerirán el uso de pruebas comple-



mentarias y exámenes auxiliares para una evaluación completa del factor, aunque en la mayoría de los casos, pueden identificarse únicamente realizando las preguntas precisas para cada condición.

2. Recomendar servicios preventivos o sociales comunitarios según la etapa de vida y de acuerdo a la Task Force, basados en el riesgo y en el perfil de servicios.

En un cierto sentido, podríamos decir que esta tarea TOPIC se divide en dos partes. La primera parte se orienta a identificar adecuadas necesidades de prevención y la segunda parte, que aquí se explica, se orientaría a programar intervenciones adecuadas para que cada persona o familia pueda manejar este riesgo.

En este rubro se incorporan los otros dos procedimientos recomendados por las Task Force: inmunizaciones y consejerías.

Debemos considerar que para ser recomendadas, las inmunizaciones deben tener eficacia biológica comprobada, y reducir la incidencia y/o complicaciones del problema de salud que se busca prevenir. Por su lado, para recomendar intervenciones de consejería, debe haber evidencia de que el cambio en el comportamiento promovido reduce el riesgo para el problema de salud abordado por la consejería, y que ésta es efectiva en conseguir un cambio en el comportamiento [9]. No olvidemos que existe un TOPIC específico para el cambio de comportamiento, el cual puede ser empleado beneficiosamente en las consejerías incluidas en las consultas de chequeo [1].

Al lado de estas intervenciones preventivas, podemos incorporar a las iniciativas promocionales (orientadas a necesidades de desarrollo, prácticas y escenarios saludables, etc) las cuales se orientan a modificar los estilos de vida de la persona y la familia, para así alcanzar un estado óptimo de salud.

Algunos aspectos que pueden considerarse son los siguientes:

- Recién nacido a 6 meses: lactancia, salud oral, cuidados habituales de la

piel, higiene, evitación del tabaquismo, entre los más importantes.

- Lactante (6 meses a un año): alimentación saludable, higiene, apego, recreación y estimulación sicomotora, entre los más importantes.

- Niños de uno a tres años: alimentación saludable, desarrollo y estimulación, seguridad en el hogar, socialización, incorporación de formas, entre otros.

- Gestantes: consumo de micronutrientes y alimentos saludables, evitar el consumo de café, tabaco y otras sustancias que pudieran ser tóxicas; incentivo para conformar grupos de ayuda mutua, entre otros puntos.

- Adultos mayores: cuidado de la piel, ojos, oídos, consejería sobre alimentación saludable, sexualidad, higiene del sueño, salud oral, entre otros

Debemos recordar que idealmente los contenidos de estas consejerías, así como de las otras intervenciones prácticas preventivas y las pruebas para detección precoz o tamizaje (*screening*), deben basarse en las recomendaciones de la US Preventive Task Force (USPTF) y la Canadian Task Force on Preventive Care o de otros organismos equivalentes, y estar siempre basados en la evidencia más actualizada disponible. Idealmente deberán prepararse guías con los contenidos a trabajarse en un nivel local, y ellas pueden desarrollarse tanto de manera individual como grupal, de acuerdo a cada situación, dependiendo de los grupos etarios de los miembros de cada familia.

Palabras finales

Conforme se va extendiendo la cultura de la salud en



el mundo y tanto los medios de comunicación como las interacciones humanas se orientan a favorecer las prácticas saludables de todo tipo, existe una presión colectiva cada vez mayor para que las personas periódicamente se sometan a consultas de chequeo. Sin embargo, a pesar de la relevancia dada a este tipo de contacto, con frecuencia falta una estructura para desarrollar esta intervención, y sus procedimientos son inusualmente enseñados en las facultades de ciencias de la salud. Aunque el objetivo — identificar problemas que están surgiendo, evitar que riesgos vigentes se transformen en enfermedades complejas y alentar la adopción de prácticas saludables — es claro y loable, para la mayoría de profesionales no es igualmente transparente el mejor método para lograr estos objetivos.

En la mayoría de los casos, como

aprendimos mediante la ejecución de historias clínicas durante la formación en el pregrado, nos concentramos en una exhaustiva evaluación de los antecedentes patológicos personales y familiares del paciente, y una detallada historia de sus hábitos potencialmente nocivos. Aunque esta práctica parece un método bastante efectivo, considerando las limitaciones de tiempo y recursos a encontrar en una consulta de atención primaria, un método exhaustivo como el anterior es poco viable.

En estas circunstancias, una combinación juiciosa de Tareas Generales del TOPIC, y Tareas Específicas de los TOPIC Consulta de Chequeo y Cambio de Conducta, pueden servir para un apropiado *screening* de factores de riesgo. Si al mismo tiempo se ofrecen de manera efectiva los principales servicios preventivos o sociales comunitarios de acuerdo al riesgo por cada etapa de vida, y a la disponibilidad en el perfil de servicios, la posibilidad de lograr impacto en nuestra población será mayor.

REFERENCIAS

- (1) Suárez-Bustamante MA. Construyendo Competencias Clínicas para la Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónicas y Estilos de Vida no Saludables: El Modelo de los Procesos-Cuidados Orientados a las Tareas. MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2011; 5 (2).
- (2) Rogers J, Corboy J, Huang W, Monteiro M. Task-Oriented Processes In (TOPIC) Model in Ambulatory Care. New York: Springer Publishing Company; 2004.
- (3) Rogers J, Corboy J, Dains J, Huang W, Holleman W, Bray J, et al. Task-oriented processes in care (TOPIC): a proven model for teaching ambulatory care. Fam Med. 2003; 35 (5): 337-42.
- (4) Suárez-Bustamante MA, Jurado-Vega A. Implementando la Atención Integral de Salud: Intervención en un área Urbanomarginal vulnerable de Lima, Perú. MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2010; 4 (1): 33-54.
- (5) Bustos-Saldaña R, Barajas-Martínez A, López-Hernández G, Sánchez-Novoa E, Palomera-Palacios R, Islas-García J. Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. Arch Med Fam. 2006; 9 (3): 150-4.
- (6) Alvis A. Aproximación teórica a la intervención psicosocial. Poiésis, Revista Electrónica de Psicología Social; 2009. citado en: 07/11/2011. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/poiesis>.
- (7) Hernández A. La familia como unidad de supervivencia, de sentido y de cambio en las intervenciones psicosociales: intenciones y realidades. Rev Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2005; (3): 57-71.
- (8) Coley CM. Early detection of prostate cancer. Part I: Prior probability and effectiveness of tests. Ann Intern Med. 1997; 126 : 394-406.
- (9) USPSTF. The Guide to Clinical Preventive Services 2010-2011 Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. 2010.
- (10) Duran EE. ¿Donde ha quedado el lado humano de la atención? Actual enferm. 2002; 5 (1): 6.
- (11) Steptoe A, Kerry S, Rink E, Hilton S. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. Am J Public Health. 2001; 91 : 265-9.
- (12) Bolaños E, Sarrea-Santamaría A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. AtenPrmria. 2003; 32 (4): 195-202.
- (13) Sackett DL SSRWR. Evidence-Based Medicine. How to practice an teach EBM. London: Churchill Livingstone; 2000.
- (14) Suárez-Bustamante MA. La importancia de Formular, Implementar y Evaluar Propuestas Curriculares por Competencias para Especialistas en Medicina Familiar y Atención Primaria. MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2010; 4 (2): 115-24.
- (15) ACP Journal (página web en internet). U.S.: American College of Physicians; (update: 2009; citado en:19/08/2209).



Disponible en: <http://www.acpjg.org/>.

(16) NHS Evidence - National Library of Guidelines (página web en internet). United Kingdom: NHS Evidence; (update: 2009; citado en:11/08/2009). Disponible en: <http://www.library.nhs.uk/guidelinesfinder/>.

(17) CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines (CPGs) (página web en internet). Canadá: The Canadian Medical Association; (update: 2009; citado en:26/06/2009). Disponible en: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>.

(18) Clinical Evidence (página web en internet). London: BMJ Publishing Group Limited; (update: 2009; citado en:29/08/2009). Disponible en: <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/index.jsp>.

(19) Clinical inquiries y POEMS (página web en internet). New Jersey: The Journal of Family Practice; (update: 2009; citado en:25/08/2009). Disponible en: <http://www.jfponline.com>.

(20) Levels of evidence and grades of recommendation (página web en internet). Oxford: 2009; citado en:http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp.

(21) Evidence in Health in Social Care (página web en internet). London: 2009; citado en:15 marzo 2009). Disponible en: www.evidence.nhs.uk.

(22) Instituto de Salud Pública. Medicina preventiva: retos de la salud pública en México. México 2012 Available from: URL: <http://www.insp.mx/noticias/sistemas-de-salud/1325-medicina-preventiva-retos-de-la-salud-publica-en-mexico.html>

(23) Rogers JC, Corboy JE. Task oriented process in care: A blueprint for ambulatory visits. Clinics in Family Practice. 2001; 3 (1): 35-58.

(24) McWhinney IR. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/Doyma libros S.A.; 1995.

(25) Vargas P. El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. In: Ceitlin J, Gómez Gascón T, editors. Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo. Madrid: SEMFYC y CIMF; 1997. p. 36-48.

