

CLASIFICACION DE LOS DAÑOS (Y) SINTOMAS DE LOS PACIENTES -
(PROBLEMAS)

por

Kerr White

Por varias décadas la Clasificación Internacional de Enfermedades ha sido la principal fuente de referencia para una adaptación sistemática de los términos usados, contemporáneamente, para la descripción de los desórdenes patológicos. Sirve bien a la ciencia médica, especialmente cuando perturbaciones en las funciones del cuerpo se asocian con desviaciones observadas, tanto sea anatómicas, psicológicas o de comportamiento, de las normas aceptadas.

Sin este esquema de clasificación, la comunicación entre científicos clínicos, biomédicos, especialistas, consultores, etc., sería difícil si no imposible. La CIE ha fomentado, y seguirá haciéndolo, el progreso en la ciencia médica.

Existe otro rango de términos usados en Medicina que la CIE apenas roza. Son los términos, muy subjetivos, que el paciente usa para presentar sus problemas a los médicos. A veces son síntomas, pero es más frecuente que sean quejas o problemas. Aunque comúnmente se utilizan expresiones de uso corriente, existen términos coloquiales locales, regionales y nacionales, que no están relacionados fácilmente entre sí, en ausencia de algún tipo de catálogo o matriz de clasificación. Estos términos se emplean en la entrevista o diálogo, entre el paciente y el médico, enfermera, etc. Son los términos usados en el primer contacto. Como tales, constituyen el grueso principal del vocabulario usado por los pacientes y los profesionales médicos para comenzar el proceso de cuidado médico.

Es probable que el número total de diferentes términos empleados sea pequeño comparado con el de los diferentes términos usados en la CIE, pero la frecuencia con el cual cada uno es empleado, en promedio, excede indudablemente por un gran margen a la frecuencia promedio con el cual los términos de CIE son usados.

El gran bulto de la utilización de los servicios de atención médica proviene de la atención primaria, sea esto medido en términos como el número de consultas a los profesionales médicos o por el tiempo que éstos últimos gastan en el tratamiento de los síntomas y daños que se les presentan a ellos inicialmente. El desarrollo de un esquema de clasificación que permita la investigación del volumen de la atención médica primaria y la comparación entre diferentes estructuras de ese nivel de atención, parece bastante deseable.

Una gran parte de todos los recursos de cualquier sistema de atención médica está dedicado, inevitablemente, a la provisión de la atención médica primaria de la población en general y, por lo tanto, aumenta la importancia de estudiarlo con vistas a mejorar su efectividad y eficiencia.

Cuando los pacientes buscan atención médica no se quejan de enfermedades. Términos como enfermedad arterioesclerótica del corazón, duodenitis, fractura del fémur, son escasamente usados por los pacientes y sólo ocasionalmente por los médicos al primer contacto. Términos como dolor, molestia, lastimadura, picazón, erupción en la piel, chichón, resfrío, hemorragia, nervioso, preocupado, cansado, débil, melancolía, asustado, son los usados. Hay muchas más frases expresivas y términos coloquiales que se vuelven familiares a los profesionales médicos y que ellos utilizan en su tarea diaria de aconsejar, informar, manejar, tratar y referirse a los pacientes que los consultan.

La tarea central de la Medicina y de las profesiones médicas es la de resolver los problemas o daños de los pacientes. Estos buscan un rápido alivio, explicación y una resolución eventual de sus síntomas presentes. Es el resultado o efecto de la atención médica que recibe, lo que a él le interesa. Un diagnóstico es meramente un paso intermediario en el proceso de resolver el daño del paciente y es de poco interés y de no utilidad intrínseca al paciente.

Desde el punto de vista del administrador de los servicios de salud o del responsable oficial de la adjudicación de los recursos para la atención de la salud de una nación, región, provincia o comuna, o para controlar la disponibilidad y efectividad de la atención médica en su territorio,

será de enorme valor la posibilidad de tener estimaciones de los tipos y número de síntomas, daños y problemas que se presentan en el sistema de atención médica en su territorio. Por ejemplo, es importante conocer cuántas personas de una población de 100.000 se quejan de dolor de cabeza a los profesionales médicos generales (o a otros médicos primarios) que sirven dicha población. De los varios miles de personas que presentan este malestar inicialmente en el curso de un año, ¿cuántos son eventualmente clasificados como "dolores de cabeza tensionales", "reacciones musculoesqueléticas psicofisiológicas", "migraña", "hematomas subdurales" y "tumores cerebrales" de varios tipos? ¿Cuántos deben repetir la consulta, cuántos requieren prescripciones para analgésicos, cuántos Rayos X, cuántos deben ir a la consulta de un neurólogo o neurocirujano, cuántos deben hacerse un arteriograma, electroencefalograma, pneumoencefalograma, craneotomías u otras cirugías, radioterapia o quimioterapia? Sin un conocimiento, aunque no sea total, de la amplia gama de las dolencias de los pacientes hacia los cuales el sistema de atención médica debe dirigir sus recursos, se hace difícil conocer hasta qué punto es efectiva la planificación y la consiguiente adjudicación de recursos. Por las mismas razones, es difícil conocer cómo los objetivos curriculares de la educación médica y de otro tipo de personal de salud pueden ser proyectados sin la adecuada información acerca del contenido de la práctica médica.

Las estadísticas de mortalidad son de limitado valor para la planificación de los servicios de atención médica en el nivel primario. Las estadísticas hospitalarias, que incluyen información clínica, demográfica y administrativa, son esenciales para la planificación hospitalaria o de servicios especializados, pero no revelan el rango completo de la morbilidad de la población. De la misma manera las encuestas domiciliarias, epidemiológicas o de exámenes de salud, son útiles para medir las necesidades potenciales. Lo que falta, en una escala total, en los servicios de información médica, es un mecanismo para recopilar y comparar los hechos que ocurren en el consultorio del médico o en la clínica ambulatoria. Es a este nivel que la demanda real es medida y donde la estimación realista de la presión sobre el sistema de salud puede ser determinada. La

reportación de algunas enfermedades transmisibles y no transmisibles seleccionadas a los departamentos de salud tiene sus propios problemas, pero, aparte de éstos, son las enfermedades las que son reportadas y no los problemas o daños presentados inicialmente por los pacientes.

Si la información acerca de síntomas, daños y problemas que se presentan en las fuentes de atención médica primaria, es importante para la planificación de personal en los servicios de salud, parece esencial tener un esquema de clasificación "realista". En este punto, el término "realista" se enfatiza porque probablemente es más exacto contar "dolores de cabeza" como son observados en el encuentro inicial paciente-médico, de contar diagnósticos tentativos, posibles o potenciales, que pueden ser o no reafirmados por observaciones o investigaciones posteriores, o por el simple transcurso del tiempo. Recuentos espúreos acerca del número de posibles o cuestionables "tumores cerebrales", por ejemplo, pueden dar una impresión inflada de las necesidades generales de servicios de neurocirugía en la población.

Cualquier intento de formular un esquema de clasificación para los síntomas, daños y problemas debe comenzar con los términos usados por los pacientes y moverse hacia un esquema de clasificación médica que represente los significados equivalentes. Es este esquema de clasificación y no el propuesto en los centros médicos universitarios del mundo (desarrollado como la clasificación internacional de enfermedades, CIE), el que es usado por la gran mayoría de los profesionales de salud para la gran mayoría de los problemas que se presentan.

En resumen: de lo que se trata es de desarrollar un lenguaje clínico descriptivo que refleje la situación actual de los términos, daños y problemas pero expresados en lenguaje médico. Puede ser perfectamente relacionado a la clasificación internacional de enfermedades y operaciones y a los procedimientos basados en cambios anatómicos, fisiológicos o de comportamiento pero tiene un diferente propósito y cubre aquel extremo de la historia natural de la enfermedad que está asociado con su principio, más bien que con su culminación y la muerte del paciente. Tal tipo de

clasificación sería útil para una aplicación general en la información médica, especialmente en sistemas automatizados; la discusión en este trabajo la restringimos a su uso para la medición y descripción de la carga que, sobre las fuentes de atención médica primaria, presenta la enfermedad en una comunidad dada.

El esquema de clasificación debe tener por lo menos dos dimensiones: un sistema del cuerpo o clasificación anatómica regional y una clasificación de los síntomas o, mejor aún, de las funciones. Ejemplos del primero deberían incluir: abdomen, cabeza y sistema gastro-intestinal, y del segundo, malestares, dolores y debilidades o deficiencias.

Una matriz más elaborada que abarca muchas otras dimensiones está siendo diseñada y desarrollada por Brunjes, Director of Medical Computer Sciences, Yale University. Un esquema de 10 dimensiones se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 1

Matriz de diez dimensiones de una señal, síntoma, queja o problema

1. <u>Sistema</u> Subsistemas Cuerpo como un todo Regiones	5. <u>Quién</u> Paciente Familia	9. <u>Modificadores</u> Agravantes Atenuantes Calidad Marco Ambiente
2. <u>Funciones</u> Funciones normales Funciones anormales	6. <u>Fuente</u> Vigencia Paciente Paciente Médico Enfermera Laboratorio Otro	Tratamiento
3. <u>Cantidad</u> Severidad Urgencia Valores numéricos Normal	7. <u>Etiología</u> Diagnóstico Problemas resueltos	10. <u>Otros</u> Asociaciones Referencias cruzadas Enlaces
4. <u>Tiempo</u> Tiempo de comienzo Duración Periodicidad Tasa de cambio Tiempo registrado	8. <u>Fichas</u> Problemas Daños Recordatorios Omisiones	

Este arreglo de diez dimensiones permitiría la clasificación rápida de muchos, sino de todos, los síntomas y daños. Los propósitos de cada una de las diez dimensiones propuestas por Brunjes necesitan de un breve comentario. "Sistema" se refiere a las categorías usuales pero permite la identificación de regiones del cuerpo y el cuerpo como un todo. "Funciones" son clasificadas como normales o anormales. Las variaciones en las funciones básicas, como el pulso o la presión sanguínea, serían clasificadas como normales y hemorragias o dolores como anormales. La dimensión de "cantidad" puede ser aplicada a observaciones subjetivas y medibles. El "tiempo" es una dimensión que frecuentemente se pasa por alto que añade una información clínica importante. La categoría "quién" permite la identificación de los datos, tanto sea del paciente como de la familia. "Fuente" da una oportunidad para establecer la validez de la información. "Etiología" es auto-explicativa; sin embargo, en esta matriz es de sólo una dimensión y menos específica y puede ser de limitado valor. "Fichas" identifica rasgos importantes del problema del paciente para su posterior atención o seguimiento. "Modificadores" da oportunidad para comentarios cualitativos y más subjetivos que amplían la descripción básica. "Asociaciones" da una dimensión para relacionar varias características.

Este no es el lugar para intentar un desarrollo total de las ideas de Brunjes, pero el enfoque parece tener un mérito real como método para dar algún orden al vasto conjunto de síntomas y daños presentado por los pacientes. Podría proveer la misma clase de orden al lenguaje de síntomas que la introducción de la tabla periódica trajo a la química.

Estas ideas de Brunjes y otros, son importantes para la planificación de los servicios de salud.

Si nuevos servicios y objetivos educacionales van a ser desarrollados para cubrir nuevas demandas, es importante medir el efecto o impacto de los servicios de salud corrientes, y por lo tanto es necesaria una información cuantitativa y cualitativa acerca de la demanda hecha por la población a los servicios de atención médica y un sistema para organizar y clasificar dicha información. Una planificación de los servicios de salud que no preste máxima atención al problema de la atención médica primaria, muy raramente puede ser considerada como "comprehensiva".