



Acta Médica Peruana

ISSN: 1018-8800

fosores@cmp.org.pe

Colegio Médico del Perú
Perú

Masgo-Coronado, Karina Mariela; Cuba-Fuentes, María Sofía; Miranda-Mesías, Rocío
Modelo TOPIC: tareas orientadas a los procesos ambulatorios en el primer nivel de
atención

Acta Médica Peruana, vol. 33, núm. 3, 2016, pp. 223-227

Colegio Médico del Perú

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96648717009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Modelo TOPIC: tareas orientadas a los procesos ambulatorios en el primer nivel de atención

The TOPIC model: tasks oriented for outpatient processes in the first level of healthcare

Karina Mariela Masgo-Coronado¹, María Sofía Cuba-Fuentes², Rocío Miranda-Mesías¹

¹ Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Policlínico Juan José Rodríguez Lazo, ESSALUD. Lima, Perú.

Correspondencia

Karina Mariela Masgo Coronado
karina.masgo.c@upch.pe
karinamasgo@gmail.com

Recibido: 30/06/2016

Arbitrado por pares

Aprobado: 10/08/2016

Citar como: Masgo-Coronado KM, Cuba-Fuentes MS, Miranda-Mesías R. Modelo TOPIC: tareas orientadas a los procesos ambulatorios en el primer nivel de atención. Acta Med Peru. 2016;33(3):223-7

RESUMEN

Los médicos del primer nivel de atención deben emplear herramientas que permiten hacer una adecuada gestión del tiempo y recursos en cada encuentro clínico, debido a que las necesidades de salud que abordan, son variadas y complejas. El modelo TOPIC (Tareas orientadas a los procesos de atención ambulatoria), categoriza las consultas en cinco prototipos y establece un conjunto de tareas y procesos estandarizados para reconocer las necesidades existentes en cada tipo de visita, y en consecuencia responder ordenadamente a cada tipo de persona. Tiene una utilidad concreta para la práctica ambulatoria por orientar un abordaje más costo-efectivo y de mayor impacto en la salud de la población.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Médicos de atención primaria; Relaciones médico-paciente (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Primary care doctors must use tools that may allow them to adequately manage time and resources in each clinical encounter, because the health needs that they face are varied and complex. The TOPIC (Tasks-oriented processes in care) model categorizes each encounter in five prototypes and it establishes a set of tasks and standardized processes for recognizing the needs for each type of visit; and, consequently, to respond in an orderly fashion to each type of person. It has a particular utility for the outpatient practice since it allows a cost-effective approach and a greater impact on the health of the population.

Key words: Primary health care; Physicians, primary care; Physician-patient relations (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La consulta ambulatoria en la práctica de la atención primaria es compleja, las personas que acuden tienen múltiples problemas y necesidades de salud que deben ser atendidos en un espacio limitado de tiempo. Además, el encuentro clínico representa un reto en el que se abordan diferentes problemas biopsicosociales^[1]. En las primeras consultas, es habitual la incertidumbre, y al inicio de las mismas, no se puede predecir con exactitud cuál será su curso. Asimismo, está establecido que cada encuentro dure pocos minutos, por lo que es difícil poder abordar en tan corto tiempo, la complejidad que representa la atención de una persona^[2].

A diferencia de la práctica clínica hospitalaria donde se usa la historia clínica extensa y la revisión anamnésica por sistemas como la principal herramienta para la obtención de datos de los pacientes; en la práctica ambulatoria, una herramienta tan extensa puede no resultar apropiada para llegar a conectar con los problemas que traen los pacientes y sistematizarlos para generar un mejor abordaje; existen dos factores que contribuyen a la necesidad de un diferente tipo de abordaje: 1. El menor tiempo de consulta. 2. La diversidad de problemas^[3].

Por ello, los médicos del primer nivel de atención, emplean herramientas que permiten hacer una adecuada gestión del tiempo y recursos en cada encuentro^[4]: desde modelos de entrevista clínica centrada en el paciente hasta el que se presenta en el siguiente artículo^[5-7].

DEFINICIÓN

TOPIC son las siglas en inglés de *Task oriented processes in care*, modelo desarrollado por Rogers *et al.*, del departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Baylor en Houston, Texas, en el año 2004^[8,9].

Al usar el modelo TOPIC, se categoriza la consulta en cinco prototipos que engloban a los problemas más frecuentes observados en la práctica ambulatoria, en donde se incluyen la evaluación y el tratamiento eficaz de los problemas nuevos, la atención preventiva, la atención integral de las enfermedades crónicas, y la continuidad de la atención en el que una buena relación médico – paciente promueve el adecuado manejo de los problemas psicosociales y cambios de comportamiento^[10,11].

Una consulta prototipo es aquel tipo de atención generada como respuesta a un cierto tipo de demanda en los servicios de medicina ambulatoria en atención primaria, y que, por lo tanto, presenta requerimientos comunes de asistencia^[12]. Establece un conjunto de tareas y procesos estandarizados y seleccionados para reconocer las necesidades existentes en cada tipo de visita, y en consecuencia responder ordenadamente a cada tipo de paciente^[13].

Uno de los principales beneficios del modelo TOPIC, es favorecer una atención eficiente y de calidad, que aproveche al máximo el encuentro médico-paciente, y le permita al médico ser más resolutivo. En este sentido, su estructura metodológica

contribuye a que los profesionales de la salud logren ejecutar sus tareas con eficacia, y puedan siempre elegir las opciones más adecuadas, con independencia de las particularidades de cada caso^[14]. Se estructurará de esta manera una respuesta ordenada, basada en fundamentos científicos, y acompañada de los mejores procesos de cuidado para el paciente.

Esta aproximación estructurada puede también ser valiosa a la hora de entrenar al personal de salud en el abordaje de los pacientes. Ello ocurre porque al asignar los contenidos a situaciones concretas, permite asimilar mejor los nuevos conocimientos y reforzar los ya existentes.^[14]

El modelo por enfoque TOPIC define un conjunto de procesos y tareas que se resumen en las Tablas 1 y 2.

DESARROLLO DEL MODELO POR ENFOQUE TOPIC

Para poder formular los procesos y tareas que constituyen el núcleo del enfoque, los autores partieron de sistematizar los procedimientos que normalmente realizan los prestadores de atención primaria en la práctica ambulatoria. Así se identificaron cinco consultas prototípicas: consulta por problema nuevo, consulta por enfermedad crónica, consulta por chequeo, consulta por problema psicosocial y consulta por cambio de conducta o comportamiento.

En la formulación original del enfoque TOPIC se proponen cuatro procesos mayores y un número variable de tareas al interior de ellos para cada consulta prototípica, tales como:

Proceso Mayor 1: Procesamiento de la información por el médico:

Organiza el recojo de información del paciente y/o familiares, necesaria para plasmar el enfoque en cada tipo de consulta. Se correlaciona con la anamnesis, antecedente, examen físico y solicitud de pruebas auxiliares convencionales.

Proceso Mayor 2: Desarrollo de una adecuada relación médico-paciente-familia:

Genera una corriente favorable entre el prestador de salud, el paciente y su familia. Incorpora aspectos como dedicar el tiempo necesario para ayudar, transmitir respeto hacia el paciente, demostrar un real interés, poseer una buena disposición para apoyarlo hasta la solución de sus problemas y ofrecer una efectiva orientación y educación.

Proceso Mayor 3: Integración de la información:

Procesamiento a posteriori de la información recibida, tanto del paciente y familiares, como de exámenes auxiliares y de la respuesta inicial al manejo, buscando alcanzar las mejores probabilidades diagnósticas y plantear el mejor enfoque. Esta es la tarea que es diferente en cada tipo de consulta

Tabla 1. Modelo por enfoque TOPIC.

Tareas mayores	Problema nuevo	Chequeo	Problema Crónico	Problema Psicosocial	Cambio de Comportamiento
Procesamiento de información	Expectativas del paciente y preocupaciones.	Expectativas del paciente y preocupaciones.	Expectativas del paciente y preocupaciones.	Expectativas del paciente y preocupaciones.	Expectativas del paciente y preocupaciones.
	Evaluar el problema actual.	Evaluar factores de riesgo y priorizar cuidados preventivos: Ca, CVD, ID, injuria metabólica y salud emocional.	Evaluar severidad y control de la condición médica.	Evaluar necesidades afectivas del paciente/familia (BATHE):	Antecedentes de problemas de comportamiento.
	Construir una lista de problemas/ hacer un diagnóstico.	Recomendar cuidados preventivos para cada área basados en el perfil de riesgo y priorización de servicios.	Evaluar adherencia al tratamiento y efectos adversos. Tamizar para daño de órgano de acuerdo a la condición. Revisar comorbilidades.	B: Pasado A: afecto T: problemas H: afronte E: empatía Diagnóstico de enfermedad mental. Evaluar riesgo suicida.	Evaluar en qué fase del cambio se encuentra: P: precontemplación C: contemplación D: determinación A: acción M: mantenimiento R: recaída
Desarrollo de la relación médico – paciente	Desarrollo de la relación médico – paciente.	Desarrollo de la relación médico – paciente. Negociar plan de trabajo. Apoyar el autocuidado del paciente.	Desarrollo de la relación médico – paciente.	Desarrollo de la relación médico – paciente.	Desarrollo de la relación médico – paciente.
Integración de la información	Negociar plan de trabajo. Apoyar el autocuidado del paciente.	Negociar plan de trabajo. Apoyar el autocuidado del paciente.	Negociar plan de trabajo. Apoyar el autocuidado del paciente.	Negociar plan de trabajo. Apoyar el autocuidado del paciente.	Negociar plan de trabajo. Incrementar la motivación y el autocuidado del paciente.
Aprendizaje para la vida	Aprender del encuentro revisando protocolos de diagnóstico y terapia que sean aplicables.	Aprender del encuentro revisando guías de cuidados preventivos.	Aprender del encuentro revisando protocolos de diagnóstico y terapia que sean aplicables.	Aprender del encuentro revisando criterios del DSM – V.	Aprender del encuentro reflexionando sobre nuestra necesidad del cambio.

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

Tabla 2. Ejemplos de expectativas y preocupaciones para cada tipo de entrevista.

Expectativas y preocupaciones de pacientes según tipo de entrevista
Problema nuevo Diagnósticos de causa de síntomas. Órdenes de pruebas diagnósticas para evaluar síntomas. Preocupación por síntomas que pueden afectar la vida del paciente.
Chequeo (prevención) Evaluar el estado de salud del paciente. Discutir los pros y contras de los cribados que el paciente se quiere realizar.
Enfermedad crónica Mejorar condición de salud y alivio de síntomas. Diagnosticar y tratar síntomas somáticos que el médico pueda concluir se traten más bien de un problema emocional.
Problemas psicosociales Diagnosticar y tratar síntomas que puedan indicar una enfermedad mental o manifestaciones físicas de enfermedad. Diagnosticar y tratar síntomas somáticos que el médico pueda concluir se traten más bien de un problema emocional.
Cambio de conducta Aliviar los síntomas físicos resultado de un problema de conducta que necesita un cambio. Discutir cómo afrontar problemas de comportamiento que el paciente sabe que tiene que cambiar. El paciente tal vez no tenga estas expectativas pero tal al médico si le preocupan pues pueden estar agravando una condición física del paciente.

Fuente: Rakel RE, 1998^[3]

Proceso Mayor 4: Aprendizaje de por vida:

Consolida un perfeccionamiento continuo, revisando guías diagnósticas, estudios, y otra bibliografía disponible para esclarecer dudas en el abordaje de problemas vagos e inespecíficos, en la oferta de recomendaciones preventivas específicas, o al realizar una elección entre tipos de manejo semejantes, entre otros puntos.

DISCUSIÓN

El cumplimiento fiel de esta tarea permitirá aprovechar las situaciones clínicas concretas y cotidianas, para la formación o el refrescamiento de los profesionales que trabajan en atención primaria. Permitirá además revisar y enfrentar los denominados "vacíos del conocimiento", validar constantemente las prácticas contrastándolas con Medicina Basada en la Evidencia^[7].

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.

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^[15].

En el caso de pregrado, 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. 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^[15].

Para estructurar un programa adecuado será necesario incluir dos 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.

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.

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. También puede emplearse 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.

CONCLUSIONES

El Enfoque TOPIC tiene una utilidad concreta para la práctica ambulatoria, no solo para los pacientes sino también para los profesionales de salud y para el sistema de salud, por orientar un abordaje más costo-efectivo y de mayor impacto en la salud de la población.

Es en la Atención Primaria de Salud, donde el Enfoque TOPIC alcanza mayor relevancia, debido a las características del entorno prestacional de alta incertidumbre, donde abundan los problemas indiferenciados; la multiplicidad de problemas que debe atender el profesional en los diferentes grupos poblacionales y etapas del ciclo de vida y las limitaciones para el uso de exámenes auxiliares y de imágenes, debido a restricciones económicas o a la distancia física a los grandes centros hospitalarios.

RECOMENDACIONES

En la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se viene implementando el Modelo de Enfoque TOPIC en la atención ambulatoria de pacientes del primer nivel de atención. Se ha podido observar con satisfacción una mayor gestión del tiempo de consulta, sobre todo en el abordaje de problemas crónicos, una de los principales motivos de atención, por lo que se sugiere su difusión y enseñanza.

Fuente de financiamiento:

Los autores declaran no haber recibido ninguna financiación para la realización de este trabajo.

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses con la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vargas, P. El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. En: Ceitlin J, Gómez Gascón T, editors. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: Ed. SEMFYC y CIMF; 1997. p. 36-48.
- Rosenblatt RA, Cherkin DC, Schneeweiss R, Hart LG, Greenwald H, Kirkwood CR, et al. The structure and content of family practice: current status and future trends. *J Fam Pract.* 1982;15(4):681-722.
- Rakel RE. Essential family medicine. Fundamentals and case studies. 3th edition. Philadelphia: Elsevier; 2006.
- McWhinney. Medicina de Familia. 1ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1995.
- Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. Medicina Familiar y Atención Primaria de la Salud. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
- Davis S, Audet A. Vision of Patient-Centered Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2005;20(10):953-7.
- Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields C, Duberstein P, McDaniel S, et al. Patient Trust: Is It Related to Patient-Centered Behavior of Primary Care Physicians? *Med Care.* 2004;42(11):1049-55.
- 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.
- Rogers J, Corboy J, Huang W, Monteiro M. Task-Oriented Processes in Ambulatory Care (TOPIC). 2 ed. New York: Springer Publishing Company; 2004.
- Stange M, Miller W, McWhinney I. Developing the Knowledge Base of Family Practice. *Fam Med.* 2001;33(4):286-97.
- Rogers J, Corboy J. Task oriented process in care: A blueprint for ambulatory visits. *Clinics in Family Practice.* 2001; 3 (1): 35-58.
- Romero-Palacios P, Romero-López M, Gómez-Jiménez F, Miranda-León M. Aprendizaje práctico de la medicina en entornos clínicos para alumnos de tercer curso. *Educ Med Barcelona.* 2012;15(4):235-46.
- Carney P, Waller E, Eiff P, Saultz J, Fogarty C, Corboy J, et al. Measuring Family Physician Identity: the development of a new instrument. *Fam Med.* 2010;45(10):708-18.
- Huang W, Dains J, Monteiro F, Rogers J. Observations on the teaching and learning occurring in offices of community-based family and community medicine clerkship preceptors. *Fam Med.* 2004;36(2):131-6.
- Carney, G. An Emerging Epidemic of Innovation in Family Medicine Residencies. *Fam Med.* 2011;43(7):461-3.

Las ediciones anteriores de Acta Médica Peruana
están disponibles en:

www.redalyc.org

