PLAN DE MANEJO

AUTOR (ES)

Luigi Bilotto, *Brien Holden Vision Institute*, Sydney, Australia. University of Montreal, Quebec, Canada.

PARES REVISOR (ES)

Bina Patel, *New England College of Optometry,* United States.

ESTA SECCIÓN INCLUIRÁ UNA REVISIÓN DE:

- Formato SOAP de registro

INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones clínicas requiere de la habilidad del profesional de “el juicio, inferencia y razonamiento y diagnóstico clínicos”. Todos estos atributos tienen su raíz más importante en la atención detallada a los informes del paciente e historial del caso. Esto es un aspecto de la evaluación optométrica, del cual se ha dicho que continúa a través de la evaluación y no se limita exclusivamente al tiempo dedicado a obtener información para el historial del caso. El segundo aspecto más importante de la evaluación es el conocimiento general del profesional de todas las facetas de un examen optométrico. Estas incluyen el conocimiento de la distribución oftalmológica, optométrica, ocupacional, visión binocular, visión disminuida, farmacología y técnicas de investigación. Por medio de la obtención de la información recolectada, el profesional es capaz de identificar los resultados que causan los síntomas del paciente. El profesional es capaz de analizar estos resultados holísticamente y tomar decisiones en relación a un plan de acción para el manejo clínico y terapéutico de los problemas identificados.

FORMATO SOAP DE REGISTROS

El formato SOAP es un sistema de formato de registros que se utiliza en la comunidad de cuidado de salud y no se limita a la práctica de la optometría. Es adaptable al gran alcance de la profesión optométrica, ya que se utiliza fácilmente también en áreas sub-especiales de la optometría como la contactología, baja visión, visión deportiva.

El SOAP también facilita el almacenamiento, recuperación y transferencia de información clínica tanto inter- como intra- profesionalmente. Este método permite una documentación simple, completa y clara de la información en los registros del paciente. El registro del caso del paciente puede leerse con facilidad y puede obtenerse información descriptiva con facilidad. Además, facilita la computarización de la información clínica, si está disponible.

El formato SOAP asiste y expone el razonamiento clínico deductivo detrás del manejo del paciente y el proceso de toma de decisiones. La lógica detrás del diagnóstico, tratamiento y manejo de las condiciones clínicas se resalta explícitamente para que otros puedan entenderlo fácilmente. Cuando se domina, el formato SOAP de registros agrega una nueva dimensión al conocimiento del clínico del cuidado primario y aumenta la calidad del servicio.

SOAP ES UNA SIGLA QUE SIGNIFICA:

S	= Subjetivo	Historia completa del caso (la información se obtiene del paciente a través del profesional)
O	= Objetivo	Base de datos de resultados de exámenes, observaciones clínicas y resultados (la información obtenida por el profesional)
A	= Análisis	Diagnóstico Diagnóstico Diferencial Dado de alta (pueden estar en el plan)
P	= Plan (Manejo)	Tratamiento Seguimiento Monitoreo Consulta/Referencia Educación del Paciente, Consejos, o Asesoramiento

La información subjetiva y objetiva se recolecta a través del examen. La evaluación se completa al final de los resultados subjetivos y objetivos. Se hace una lista de la evaluación o diagnóstico de todos los resultados pertinentes y significantes. Cada entidad anotada requiere un plan (manejo).

EJEMPLO DE EVALUACIÓN Y PLAN

1.	Miopía Simple OD + OI	Fórmula dada a pacientes: (ligero cambio de Rx previa) OD-11.00 DS (6/6) OS -12.00 DS (6/6) La educación del paciente con respecto a los cambios de Rx y para considerar alto índice y policarbonato.
2.	Agujero de retina superior OD	La educación e información del paciente de los riesgos de desprendimiento de retina. Hace referencia a una evaluación adicional por un oftalmólogo
3.	No hay retinopatía diabética OD + OI	La explicación dada al paciente sobre le importancia de un examen anual de ojo fondo de ojo (dilatado) (Abril 2009). Debe enviarse una carta al médico tratante sobre los resultados encontrados

FORMATO SOAP DE REGISTROS (CONTINUACIÓN)

Generalmente, la primera evaluación es siempre el diagnóstico de refracción. Se incluye el diagnóstico utilizando términos calificativos y descriptivos, no como datos, por ejemplo, un diagnóstico (Dx) se registra como hipermetropía, y la fórmula como +1.00 DS la evaluación también incluye el Diagnóstico Diferencial y descartado en casos de diagnóstico cuestionable. Al final del registro, se requiere la firma del profesional y la fecha de finalización del examen.

SE ANOTAN LAS EVALUACIONES Y SE ENUMERAN SEPARADAMENTE.

Las evaluaciones hechas en cada examen también se enumeran en una lista de problemas mayores colocada al principio del registro médico del paciente. Esto también incluirá la evaluación sistémica del paciente hecha por otros profesionales. Cada evaluación se anota con el mismo número asignado para permitir la lectura rápida de la historia clínica del paciente. El Plan no se indica aquí. La lista de problemas mayores solo se aplica a problemas pertinentes, al examen de cuidado ocular primario, problemas tales como los relacionados con otra área específica de la práctica médica, por ejemplo contactología o baja visión, o si se reflejarían sobre otras listas pertinentes similares, como por ejemplo la descripción general de lentes de contacto o la historia clínica.

El plan representa la respuesta dada a cada evaluación. Los planes incluyen cuestiones de manejo relacionadas al tratamiento, seguimiento, consulta, referencia, educación y asesoramiento. Los planes se numeran para corresponder cada evaluación. El Plan incluye 3 puntos específicos; Medidas de Diagnóstico (Dm), Tratamiento (Tx) y Ecuación del Paciente (Px.edu).

- mD: Las medidas de diagnóstico (md) son acciones futuras que se necesitan para adquirir información diagnóstica adicional o para asegurar el diagnóstico. Las md no siempre son necesarias
- Tx: El tratamiento (Tx) incluye medidas terapéuticas tomadas para referirse al diagnóstico. El Tx puede incluir acciones como seguimientos, consultas y referencias
- Px. Edu: La educación del paciente (Px. edu) incluye la información, asesoramiento y recomendaciones dados al paciente

EJEMPLO DE APLICACIÓN DE FORMATO SOAP

El siguiente es un ejemplo del formato SOAP aplicado a un caso clínico:

Subjetivo:	Un hombre de 50 años que trabaja en una planta de fabricación de automóviles presenta una dolencia de visión disminuida cuando trata de ensamblar partes de un motor y cuando lee especificaciones de partes de automóviles. También presenta un historial de lesión de trabajo en su ojo izquierdo. Este aspecto del SOAP puede incluir más información obtenida del paciente durante la historia del paciente.
Objetivo:	**Agudeza visual:** AV reducida no corregida del ojo derecho de lejos y cerca, con deficiencia visual próxima más marcada que la de lejos. **Hallazgos de refracción:** Astigmatismo hipermétropico simple en el ojo derecho y deficiencia visual no corregible en el ojo izquierdo.
Plan / Evaluación:	A1: Hipermetropía/presbicia OD P1: Tx: Se formula Rx nueva – indica la formula en cada ojo con agudeza visual Ed: 1er Bifocal, opciones discutidas, se recomienda FT bifocal. Se recomienda lentes de policarbonato para mayor seguridad A2: Catarata Traumática OI, AV = PL P2: mD: Regrese a la clínica para Interferometría Láser y escaneo A quirúrgico Tx: Refiera a oftalmólogo para consulta quirúrgica Ed: Naturaleza de cataratas, opciones quirúrgicas y pronóstico