

ARTICULO

El método clínico en la práctica de la medicina familiar

The clinical method in the practice of family medicine

Roberto Álvarez Sintés

Especialista de II Grado en Medicina General Integral. MSc. en Longevidad Satisfactoria. MSc. en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana.

Terminal Professional Degree in General Medicine. MSc. in Satisfactory Longevity. MSc. in General Children Care. Assistant Professor. University of Medical Sciences. Havana City.

"La clínica no es más que la ciencia misma aplicada a la cabecera del enfermo. Más que una rama peculiar de la medicina, comprende todas aquellas que tienen una aplicación junto al paciente"
Ilizástigui⁽¹⁾

RESUMEN

En este artículo se exponen algunas consideraciones sobre la aplicación del método clínico en la atención primaria de salud y se fundamenta su importancia y particularidades. Se trata el procedimiento desarrollado por el médico general integral para la obtención de los datos, principalmente sobre la base del interrogatorio y examen físico, además del razonamiento diagnóstico en su desempeño. Se destaca el papel del enfoque clínico epidemiológico y social. Se analizan las contribuciones de la dispensarización, el análisis de la situación de salud y la sectorización al método clínico en la práctica de la medicina familiar. Se señalan variaciones y adecuaciones del autor al llamado método clínico centrado en el paciente. Se insiste en que la forma de entender los problemas y abordarlos con el método clínico por el médico general integral, puede ser interesante para otros especialistas que tratan los mismos trastornos y las mismas personas, pero desde otros ámbitos sanitarios.

Palabras clave: Diagnóstico clínico; medios críticos; medicina clínica; medicina familiar y comunitaria

ABSTRACT

This article presents some considerations on the

application of the clinical method in primary health care and justifies its importance and particularities. The procedure developed by the general practitioner in order to collect the data, mainly on the basis of the interview to the patient and the physical examination along with his diagnostic reasoning is presented. The role of clinical, epidemiological and social approach is highlighted. The contributions of this method, the analysis of the health situation and the segmentation method in the clinical practice of family medicine have been analyzed. The author points out some variations and adaptations to the so called patient-centered clinical method. We insist on the way the general physician understands problems and addresses them using the clinical method. This may be of interest for other specialists who treat the same disorders and the same patients approached from other health areas.

Key words: Diagnosis, clinical; critical pathways; clinical medicine; family practice

En nuestro país, resulta un tanto difícil y hasta redundante hablar de método clínico después de tantos ensayos y reflexiones de los profesores: Ilizástigui, Rodríguez Rivera, Fernández Sacasas, Rodríguez Silva,

Correspondencia:

Roberto Álvarez Sintés

Universidad de Ciencias Médicas.

Ciudad de La Habana.

Moreno Rodríguez, Nasiff Hadad, Mercedes Batule, Espinosa Brito y otros, que tanto han defendido el rescate de este método científico en el siglo XXI. Albergó sin embargo dos razones:

1. El derecho que tengo de dejar constancia de mi admiración y fidelidad a la defensa de este método por el Profesor Ilizástigui a quien me unieron lazos de amistad, trabajo y enriquecedor aprendizaje.
2. Agradecer y aceptar la invitación del Profesor Alfredo Espinosa Brito para compartir con otros colegas de la medicina peculiaridades de este método en la Medicina General Integral / Familiar que vengo ensayando desde 1995 (primer encuentro de la Clínica a las puertas del Siglo XXI), a fin de proveer los elementos prácticos que permitan mejorar las tareas diarias.

El Profesor Ilizástigui señalaba "todo médico debe tener la misma base teórica y conceptual de la medicina pero a la hora de actuar lo hará en dependencia de la especialidad escogida. Actuará en un campo amplio, el médico de familia más vinculado con los aspectos preventivos y profilácticos, los epidemiólogos e higienistas, en estrecha dependencia con la curación de las enfermedades, los clínicos y, dentro de la actuación curativa, los médicos ligados a la técnica: radiólogos, patólogos, etcétera".⁽²⁾

Continuaba Ilizástigui "con estos antecedentes se pueden identificar dos grandes formas de ejercer la Medicina: la medicina social y la medicina individual" (2), siendo esta última la que utiliza lo que se conoce como método clínico, que no es más que la aplicación del método científico a la práctica de la medicina, siendo un atributo del médico que atiende personas donde quiera que se encuentre.

La Medicina General Integral tiene por objeto de estudio, el proceso salud enfermedad en la persona y los grupos humanos (familia y comunidad) y desarrolla variantes de aplicación del método científico según el objeto de trabajo: el método clínico, la terapia familiar y el epidemiológico.⁽³⁾

En este artículo haremos referencia al método o procedimiento desarrollado, por el Médico General Integral o Médico Familiar, para la obtención de los datos, principalmente en base al interrogatorio y el examen físico del paciente, además del razonamiento diagnóstico en su desempeño en la APS.

En el acápite "Organización de la atención médica y las etapas del método clínico" en su ya clásico artículo sobre el Método Clínico de los profesores Fidel Ilizástigui Dupuy y Luis Rodríguez Rivera, que aparece en esta publicación, se expresa con gran elocuencia como se lleva a efecto el método clínico en la APS.

El uso del método clínico por el Médico General Integral tiene como fin la construcción del conocimiento del proceso salud enfermedad y lleva implícito un enfoque clínico epidemiológico y social e integra las ciencias

biológicas, clínicas y de la conducta ya que para la solución de los problemas de salud se requiere tomar en cuenta a la persona como miembro de una familia, un colectivo de trabajo o estudio y una comunidad determinada.

El método clínico que debe aplicar el médico de familia incluye las mismas etapas clásicas (Ver Método Clínico de los profesores Fidel Ilizástigui Dupuy y Luis Rodríguez Rivera), pero los problemas de salud que debe enfrentar y el contexto, difieren de los que se presentan en los hospitales y por ello presenta particularidades en la práctica de la medicina familiar que comentaremos a continuación:

Este enfoque clínico epidemiológico y social es un componente obligado del proceso diagnóstico en la práctica de la medicina familiar y si bien en los escenarios hospitalarios se utiliza, en la APS es mucho más relevante.

En la práctica médica familiar es frecuente enfrentar a problemas de salud indiferenciados y desorganizados, sin una entidad nosológica definida y otros autolimitados (enfermedades que curan solas), molestias, quejas o achaques para los cuales no es posible establecer un diagnóstico específico. En esos casos se recomienda utilizar el tiempo como recurso diagnóstico, siempre y cuando se hayan descartado los procesos graves o aquellos en que una demora pueda tener consecuencias desfavorables. Es preciso recordar la "lápida": "*En los pacientes ambulatorios, aguardar la evolución del cuadro, bajo una observación estrecha puede ser vista como una prueba diagnóstica*".⁽⁴⁾

Existe consenso de que solo por el interrogatorio se puede llegar al 60 o 70 % de los diagnósticos y el examen físico añade un 10 a un 15 %, de ahí la importancia de este paso del método clínico.^(1, 5- 9)

Para la recolección del dato por medio de la anamnesis el proceso diagnóstico que representa el modelo intrahospitalario, está basado en un modelo de entrevista inductivo-exhaustivo. Este pretende agotar cada síntoma planteado por el paciente, separando y analizando cada problema por separado, tiene baja tolerancia a la incertidumbre, y considera los aspectos psicosociales como datos secundarios, auxiliares en el diagnóstico y manejo del paciente.⁽⁶⁾

Como nos podemos percatar, este método diagnóstico es inoperante para la medicina ambulatoria que requiere una aproximación más integral para comprender todas las variables y facilitar el manejo del paciente. En la atención ambulatoria, la anamnesis tradicional requiere ser reemplazada por la historia del paciente y su contexto, en un modelo integrador de tipo hipotético-deductivo. Esto, técnicamente, se llama "anamnesis espontánea" para diferenciarlo de la "anamnesis dirigida" clásica. La anamnesis espontánea suele ser el tramo más indicador de la entrevista de la medicina ambulatoria y de la no ambulatoria también.⁽⁶⁾

Es importante destacar que con frecuencia en la visita al hogar o en la consulta propiamente dicha el paciente expone varios problemas y quizás el de mayor repercusión para salud inmediata del mismo no sea el expresado en primer lugar, corresponde al médico de familia detectar esta situación para reorientar el proceso diagnóstico.

Con respecto al examen físico, se debe realizar completo pero se profundizará y detallará más el aparato hacia el cual orienta la sintomatología subjetiva. Es importante resaltar que en medicina familiar con mucha frecuencia el paciente consulta en las etapas iniciales de la enfermedad, cuando los signos se manifiestan con menor frecuencia, por lo que los síntomas adquieren mayor connotación ya que los signos se manifiestan más tardíamente. Los cuatro procedimientos clásicos son necesarios (inspección, palpación, percusión y auscultación) y cada uno tiene su indicación, su utilidad y sus hallazgos específicos.

El médico de familia debe saber evaluar el valor de los datos procedentes del interrogatorio y el examen físico, y elegir de entre ellos aquellos que puedan orientar mejor la búsqueda del diagnóstico. Que datos buscar, cuáles ignorar y cuando los datos clínicos son relevantes es una habilidad fundamental a desarrollar en la práctica de la medicina familiar. De la misma manera decidir la necesidad o no de indicar exploraciones complementarias que más información puedan aportar en relación a la pérdida de tiempo, coste económico, sufrimiento y riesgo para el paciente y su familia. ⁽¹⁰⁾

Del análisis del problema, que como ya expresamos la mayor parte de las veces es indiferenciado, y de la información que de este se dispone se formula la hipótesis y esta será certera si el razonamiento está despejado de imprecisiones e inexactitudes en el dato recogido. En medicina familiar el razonamiento más utilizado para la elaboración de la hipótesis diagnóstica es el probabilístico, algunas hipótesis se activan rápidamente a partir de la frecuencia de la enfermedad en una población dada, en una edad, sexo, raza y el motivo de consulta. Pero sin descuidar la variabilidad del objeto de estudio de la medicina clínica, el paciente con problemas de salud. ^(2,11)

Toma valor el aforismo "*Pensar siempre en lo frecuente pero sin olvidar lo raro*" y la metáfora "*no hay enfermedades sino enfermos*".

La Medicina General Integral desarrollada en Cuba y en Barrio Adentro (Venezuela) tiene como armas la dispensarización, el análisis de la situación de salud y la sectorización con un número determinado de familias y personas para ser atendidas, esto brinda la oportunidad de relacionarnos ampliamente con ellos. Mientras más tiempo desarrollamos la profesión, más grato nos resulta comunicarnos con los pacientes, sus familias y la comunidad, a quienes llegamos a conocer mejor no solo desde la óptica de la enfermedad que los aqueja, sino desde el punto de vista humano. Otra ventaja es que

nos permite hacer un seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo e identificar los riesgos a que están sometidos. ⁽¹²⁾ Estos elementos nos permiten elaborar:

- El diagnóstico intuitivo
- Las diferentes hipótesis diagnósticas.

El diagnóstico intuitivo, llamado "ojo clínico", que la mayor parte de las veces orienta la búsqueda del diagnóstico, pero en el caso específico de la medicina familiar establece con mayor o menor precisión el diagnóstico a primera vista que tan solicitado es por el paciente y sus familiares. En la práctica de la medicina familiar consideramos un error transmitir al paciente y sus familiares tal intuición como una certeza, recomendamos inspirar confianza con un trabajo más disciplinado, descartando otras posibilidades diagnósticas, esta recomendación adquiere mayor fuerza cuando el diagnóstico es de peor pronóstico o el problema de salud es más indiferenciado.

En esta etapa del proceso diagnóstico entran a desempeñar un gran papel las tres características citadas anteriormente (dispensarización, análisis de la situación de salud y sectorización) ya que en estas herramientas de la profesión aparece el patrón de enfermedad existente en el comunidad, donde se podrán consultar las enfermedades agudas breves, las enfermedades crónicas y los problemas conductuales de mayor incidencia y prevalencia.

El médico de familia debe entrenarse para actuar y tomar decisiones en situaciones de incertidumbre, diferenciar lo grave de lo banal, determinar cuándo solicitar el concurso de otros especialistas o remitir el paciente al hospital, son habilidades que deben incorporarse en el actuar diario de la práctica médica familiar.

Un principio importante es ser unicista en la infancia, adolescencia y edad adulta, no así en los ancianos. Con pocas excepciones, en los primeros todo puede ser explicado a través de un solo proceso morboso y no se debe ser dualista; en los segundos, que presentan, por lo general más de un problema de salud condicionadas por la propia edad, el enfoque unicista conduce a errores frecuentes. Este grupo de edad asiste con gran frecuencia al consultorio de medicina familiar. La individualidad genética, psicológica, conductual, cultural y social de cada persona requiere de un abordaje específico y único. La intuición tiene un espacio legítimo en la medicina familiar, si bien está sujeta a comprobación. ⁽³⁾

Estas hipótesis se comprueban siempre, en unos casos, mediante el uso de exámenes complementarios y cuando eso no sea necesario, observando la evolución del paciente. De este proceso en espiral, resulta un diagnóstico certero.

La mejor comprobación de la hipótesis que tiene el médico es el estudio de la evolución del paciente y esto es una realidad en la práctica de la medicina familiar.

Los exámenes complementarios forman parte del método clínico y muchas de las hipótesis se comprueban con ellos pero la mayor parte de los diagnósticos diarios en la consulta de medicina familiar no llevan exámenes de tecnología. Sin embargo estos son necesarios para el seguimiento y control de afecciones ya definidas, proveen información y ayuda pronóstica, son imprescindibles en la evolución de ciertas enfermedades, rastrean enfermedades ocultas, revelan posibilidades diagnósticas allí donde no llega la sensibilidad clínica y al decir de Gentilini⁽⁶⁾ en determinadas circunstancias tienen el poder de tranquilizar tanto al médico como al paciente.

Nunca olvidar que los estudios complementarios son para confirmar o negar, cuando sea necesario, un diagnóstico clínico y nunca para que nos diga el diagnóstico. No siempre un resultado negativo excluye una enfermedad ni uno positivo la confirma. Vale la pena recordar el aforismo: "en medicina dos más dos no siempre suman cuatro".

En el momento actual y como resultado del paradigma técnico biológico de la medicina y la propaganda por los medios de comunicación, incluso en nuestro país, muchos pacientes sobrealoran el uso de la tecnología y reclaman estudios diagnósticos al médico de familia y en ocasiones asisten a consulta ya con los exámenes realizados para que el médico los interprete. Al decir del Profesor Sacasas una práctica viciosa que no resulta infrecuente, la tendencia a tratar "pruebas alteradas" en vez de a los pacientes de quienes proceden las pruebas.⁽¹³⁾

Existen dos aspectos a evaluar al analizar la utilidad de los exámenes complementarios: la validez del test y su valor predictivo.⁽⁶⁾ Otro elemento de importancia y que ha tomado gran auge en nuestro país en los últimos cinco años, es la pesquisa activa. Esta no puede estar divorciada de la clínica ya que descansa fundamentalmente en la exploración clínica sistemática y periódica de la población objeto de atención de salud, tiene como meta final la disminución de la mortalidad específica de la enfermedad sujeta a pesquisa y la identificación del mayor número de individuos a los que se les ofrece la posibilidad de un tratamiento oportuno y efectivo, para mejorar su calidad de vida.^(14,15)

Otro aspecto a considerar en el proceso diagnóstico en medicina familiar es el factor tiempo. Este es determinante en muchos problemas de salud y en el pronóstico de muchos pacientes.

La atención primaria de salud, en general, y el consultorio de medicina familiar en particular, constituyen la puerta de entrada al sistema de salud, por tanto ante un "malestar o achaque" es a este médico a quien los pacientes acuden en primera instancia y como expresamos en párrafos anteriores, en la consulta del médico de familia es frecuente encontrar gran cantidad y variedad de problemas que pueden ser abordados, muchos de ellos indiferenciados y desorganizados.

En una misma sesión de trabajo el médico de familia atiende pacientes que presentan demandas, dolencias o quejas pertenecientes a muy variadas áreas clínicas predominando situaciones clínicas todavía no clasificadas en una categoría específica, en la que abundan los signos y síntomas vagos o mal definidos y las consultas por motivos que ocultan problemas psicológicos y sociales.⁽¹⁶⁾

La práctica de la medicina familiar exige a su profesional hacer la distinción entre enfermedad (DISEASE) y dolencia (ILLNESS). En el proceso diagnóstico el médico de familia tiene la tarea de realizar los diagnósticos de los problemas de salud indiferenciados y desorganizados en las fases iniciales de la dolencia, pues cuando la enfermedad está avanzada y tiene todos sus síntomas y signos completos, hasta para los familiares y amigos del paciente es evidente de lo que se trata, aunque indudablemente el pronóstico será peor.⁽¹⁷⁾

Llegar a un diagnóstico definitivo de certeza permite utilizar la terapéutica en todas sus facetas.

Además del escuchar, observar, examinar e interpretar la información el médico familiar debe comunicar sus conclusiones y consejos, estableciendo una relación que, según las circunstancias, puede ser diagnóstica, terapéutica o de prestación de apoyo.⁽¹⁸⁾

La poderosa herramienta del médico de familia en el proceso diagnóstico llamada anamnesis se convierte también en un pilar fundamental para la terapéutica. La entrevista médica va más allá de la meta diagnóstica. El diálogo que se realiza durante el proceso diagnóstico es usado por el médico familiar en función terapéutica, es decir, está curando mientras y a través del diálogo con el paciente. Por lo tanto podríamos afirmar que durante la aplicación del método clínico ya aparece un elemento terapéutico de mucha importancia.⁽⁶⁾

En la práctica médica familiar cuando se habla de método clínico no puede ignorarse la herramienta de registro, la historia clínica, que al no ser objetivo específico de este artículo se convierte en tema a tratar en otra oportunidad.

Otro elemento importante y a nuestro juicio necesario para la consolidación académica de la especialidad es la instauración de la discusión de los "casos" en colectivo para tomar decisiones en grupo, discutir resultados de tecnología y evaluar la terapéutica empleada. Es una manera de contribuir al desempeño clínico del médico familiar.

Otra particularidad es que la aplicación del método clínico en la práctica de la medicina familiar está dirigido no solo al hombre enfermo, sino también al expuesto a riesgos y al supuestamente sano que muchas veces está enfermo o expuesto a riesgo y no lo sabe. Es decir, al aplicar el proceso diagnóstico no vemos a la persona con problemas de salud o aparentemente sana aislada, sino intentamos ver el futuro de la misma, que tenemos que eliminar o disminuir para prevenir incapacidades o secuelas.

Como habremos podido percatarnos, a diferencia de la atención clínica centrada en la enfermedad, el proceso diagnóstico en la práctica de la medicina familiar centra el Método Clínico en el Paciente (MCCP) que toma en cuenta, además de los aspectos biomédicos en la consulta, la experiencia humana de enfermar, los aspectos subjetivos en la relación médico paciente e introduce la participación activa del paciente en la toma de decisiones. En el caso de la Medicina General Integral cubana se incorporan los elementos psicológicos, de la conducta, culturales, sociales, de la familia, la colectividad, la comunidad y el ambiente.

El MCCP, implica una serie de componentes cualitativos que según los resultados de algunos estudios, refuerzan la relación médico - paciente - familia - comunidad, mejoran los resultados clínicos y la calidad de atención. (9,19-21)

El Center for Studies in Family Medicine (UWO)⁽¹⁹⁻²¹⁾ ha desarrollado una guía del MCCP, que se convierte en una herramienta práctica para el entrenamiento y la implementación del método, comprende seis componentes que se desarrollan de manera simultánea y en interacción:

1. Explorar de la dolencia y la enfermedad
2. Comprender integralmente a la persona
3. Encontrar un campo común con relación al manejo
4. Incorporar la promoción de la salud y la prevención.
5. Reforzar la relación médico paciente,
6. Uso realista del tiempo y los recursos.

En nuestra práctica como médicos de familia hemos realizado variaciones y adecuaciones a este método diagnóstico y las presentamos a continuación:

1. Explorar de la dolencia y la enfermedad: El método clínico está centrado en el paciente, basándose en la distinción entre enfermedad (Disease) y dolencia (ILLNESS). Dolencia es la palabra que se utiliza para referirse a la experiencia de estar o sentirse enfermo. Se refiere a la forma como la persona enferma, su familia o el entorno social perciben, categorizan, explican, viven con, y responden a los síntomas, a las incapacidades y limitaciones que producen las enfermedades. Por contraste, la enfermedad es el proceso biológico utilizado por los médicos para explicar la dolencia. Para nosotros implica la exploración simultánea de los aspectos biopsicosociales de la consulta, el problema de salud comprendido en la secuencia de diagnóstico sindrómico o nosológico, así como la dimensión humana de la experiencia de la enfermedad (dolencia), su nivel de aceptación y adaptación, las ideas, las vivencias del paciente y los sentimientos respecto al problema. La aplicación del método se efectúa, constantemente, en forma explícita o implícita en los cuatro momentos siguientes: ⁽²⁾

1. Diagnóstico de un signo
2. Diagnóstico de un síndrome

3. Diagnóstico de una enfermedad
4. Diagnóstico global del paciente

En la práctica de la medicina familiar nos encontramos con que en el 25 al 50 % de las consultas no es posible establecer un diagnóstico específico de enfermedad, por lo que es muy frecuente encontrar dolencias sin un proceso biológico detectable; es decir, existe dolencia sin enfermedad. Por ello, el MCCP se plantea como objetivos comprender la dolencia y siempre que sea posible, diagnosticar la enfermedad.

2. Comprender integralmente a la persona: implica comprender a la persona en su contexto familiar (ciclo vital de la familia), social y biográfico (ciclo vital), factores que se encuentran en íntima relación con los problemas de salud, las expectativas, el impacto del mismo. En ocasiones es preciso "esperar" para llegar a ciertos temas que nos facilitan comprender a la persona. La esencia del MCCP es el intento del médico por comprender al paciente y comprender la enfermedad.

3. Encontrar un campo común con relación al manejo: este componente se refiere a poder generar un plan de acción que comprenda la "agenda médica" y la "agenda del paciente", acordando prioridades y metas, la responsabilidad y el poder; en términos bioéticos hacer hincapié en el desarrollo de la autonomía del paciente.

4. Incorporar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y otros daños: Los cuidados longitudinales en atención primaria de salud permiten desarrollar cuidados preventivos primarios y secundarios que protejan la salud del paciente, su familia y la comunidad desde una perspectiva biopsicosocial. Cada encuentro con el paciente es una oportunidad para desarrollar acciones promocionales y preventivas.

5. Reforzar la relación médico paciente: comprendida como una relación humana de ayuda, permite establecer un vínculo de confianza para prevenir y resolver los problemas de salud del paciente. Las personas, y por tanto, las familias y las colectividades necesitan un médico que converse, conozca sus problemas, atienda sus dolencias, promueva su salud y prevenga las enfermedades y otros daños, donde cada encuentro con el paciente sea único e irreplicable. Reforzar la relación médico paciente implica actitudes como la empatía, la aceptación y la autenticidad.

6. Uso realista del tiempo y los recursos: este componente implica orientar la práctica clínica a las prioridades, necesidades y recursos del paciente y del médico, en el contexto donde se realizan los cuidados.

En la aplicación de este MCCP recomendamos desplegar dos componentes más:

7. Sexto sentido: El médico general integral debe ser capaz de desarrollar un sexto sentido que le permita darse cuenta de cuándo un paciente está somatizando un problema que responde a una crisis familiar o cuándo

se vale de una aparente queja sin importancia para lograr que se le tranquilice frente a sus temores por la presencia de una enfermedad en él o en algún ser querido. ⁽³⁾

8. Expediente clínico: el método clínico se convierte en un orden de trabajo elaborado por el médico dentro de la consulta a través del desarrollo de una relación médico - paciente - familia - comunidad, con una herramienta de registro, la historia clínica con el objetivo de llegar al diagnóstico global del proceso salud enfermedad de la persona que en la APS se trata en realidad del expediente clínico, porque, como diría el profesor Ilizástigui, ⁽²⁾ las etapas del método clínico no se agotan en la historia clínica.

El método clínico del enfoque familiar, agrega al anterior una búsqueda intencionada de la relación entre el problema de la persona y su familia:

- ¿El problema de salud puede tener su origen en patrones familiares de interacción o comportamiento? ¿La información que aporte la familia mejorará la comprensión del caso?
- ¿El problema de salud impactará en la dinámica familiar o en una reorganización de sus roles?
- ¿La evolución del problema se verá beneficiada con un compromiso familiar?
- ¿Las decisiones frente al problema de salud debieran ser tomadas de manera compartida entre dos o más miembros de la familia?
- ¿Hay otros miembros sintomáticos o en riesgo?
- ¿El problema se está viviendo con sufrimiento de otros miembros?

Epílogo

La Medicina General Integral va mucho más allá del abordaje concreto de cada problema de salud, ya que permite el abordaje integral de los problemas que afectan a las personas, mucho más allá de la fragmentación de los problemas de enfermedad y se dirige al diagnóstico global.

Más allá de su calificación científico – técnica, el Médico General Integral debe poseer una gran dosis de humanismo, comunicación asistencial, razonamiento clínico y profesionalidad componentes imprescindibles al proceso diagnóstico.

El método clínico en la práctica de la medicina familiar tiene implícito el enfoque clínico epidemiológico social y en el caso cubano y venezolano (Barrio Adentro) emplea la dispensarización, el análisis de la situación de salud y la sectorización.

El proceso de toma de decisiones en el ámbito de la atención primaria se define como método clínico centrado en el paciente, o intento por parte del médico de desempeñar una doble tarea, comprender al paciente y comprender a la enfermedad.

El MCCP aborda los siguientes aspectos:

- Explorar la situación (síntomas y signos del problema) y el padecimiento o malestar (la experiencia personal de la situación).
- Comprender al paciente como una persona única, con sus emociones y con una historia personal también única.
- Negociar con el paciente la explicación y el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
- Introducir la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona.
- Reforzar el aspecto relacional, de manera autocrítica y reflexiva.

El método clínico centrado en el paciente es ideal para:

- El desempeño de médicos de familia en la atención primaria de salud.
- Hacer uso con excelencia del interrogatorio, el examen físico, el razonamiento clínico e indicar complementarios cuando sea necesario.
- Desplegar la observación del proceso salud enfermedad de la persona durante un periodo de tiempo antes de realizar exploraciones o intervenciones agresivas y/o costosas. De esta forma la observación clínica se convierte en un arma importante en el arsenal del médico de familia para validar o rechazar las hipótesis clínicas, siempre que, como es natural, no conlleve riesgos inaceptables y que el peligro que supone la espera sea menor que el de la investigación activa
- Reconocer en la persona, la diversidad, la magnitud y la interrelación de los problemas de salud que la aquejan e instruir en las mejores estrategias de solución.
- Asumir la mayor parte de la atención médica individual de la población.

El "nuevo" método clínico centrado en el paciente y no en la enfermedad tiende a restaurar el equilibrio entre pensar y sentir y requiere un compartir con la tecnología. La etiqueta diagnóstica explica lo que un individuo con una determinada enfermedad tiene en común con todos los demás que la padecen, pero el sufrimiento (malestar) personal es único para cada persona.

Nuestra forma de entender los problemas, de abordarlos con el método clínico, puede ser altamente interesante para otros especialistas que tratan los mismos trastornos y las mismas personas que nosotros, pero desde otros ámbitos sanitarios.

La práctica de la medicina familiar exige un gran dominio del método clínico. Si esto no se logra es muy probable que sea un profesional peligroso para la salud y para la vida del paciente. Recordemos que con frecuencia es el primer especialista consultado por un paciente.

Para terminar el artículo nos referiremos a Daniel Barenboim, que citado por Gentilini (6) relataba como en un escrito sobre Música y Humanidad, expresaba: *"La gente cree que lo que un director tiene que hacer es lo que está escrito. Pero, ¿Qué es lo que está escrito? La partitura es sólo una anotación del pensamiento, de una idea. Es una aproximación, pero no algo exacto. En realidad, lo que dice la partitura es muy relativo. Y no se trata sólo de leer entre líneas sino de hacer vivir el pensamiento que tuvo el autor en un medio como la música, que es efímero.*

Quien piense que una obra musical es lo mismo que una partitura sigue una línea errónea. La obra existió en el cerebro del autor. Unas manchas negras sobre un papel blanco, no son lo mismo que una sonata de Beethoven. Es algo así como la foto y la realidad. La partitura es una

foto. Pero no es la obra. La obra se crea cada vez. Interpretar una obra es cada vez un desafío, es libertad, pero también implica mucha humildad. Para mí, interpretar una obra es como crear un universo aparte, fuera del mundo".

En medicina el profesional tiene que unir y compaginar todas las notas, todo lo que influye y de lo que depende el método clínico para que se llegue al diagnóstico global y se recupere, alivie o proteja la salud de la persona. Cada encuentro con el paciente es único e irrepetible, de la misma manera que no hay dos conciertos iguales.

El arte de la clínica en la medicina general integral se pondrá de manifiesto con la capacidad, habilidad y experiencia técnica para aplicar el método clínico a la solución de un problema de salud individual con enfoque clínico epidemiológico, social y psicológico.

Referencias bibliográficas

1. Ilizástigui Dupuy F. La ciencia clínica como objeto de estudio. Bol Ateneo "Juan Cesar García". 1996.
2. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. En: Nasiff Hadad A, Rodríguez Silva HM, Moreno Rodríguez MA. Práctica clínica. La Habana: ECIMED; 2010.
3. Alvarez Sintés R. Ciencia y arte de la medicina general integral. En: Álvarez Sintés R. y otros. Medicina General Integral. Vol. I. 2ª ed. La Habana: ECIMED; 2008. p.19-22
4. Díaz Novás J, Fernández Sacasas J, Guerrero Figueredo A. El diagnóstico en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1993;9(2):150-5.
5. Llanio Navarro R, Fernández Mirabal JE, Fernández Sacasas JA La Historia Clínica: la mejor arma del médico para el diagnóstico de las enfermedades. La Habana: Pueblo y Educación; 1987.
6. Gentilini JH. Del método científico al método clínico. Utilidad de una antigua herramienta [monografía en internet]. Argentina: Psicofisiología-UNR-Biblioteca; 2008 [citada 3 de septiembre 2010]. Disponible en: http://www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=251&Itemid=35
7. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método: reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
8. Moreno Rodríguez MA. Valor del interrogatorio en el diagnóstico. Rev Cubana Med [serie en internet] 2000 jul.-sep [citada el 29 de agosto 2010];39(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_3_00/med03300.htm
9. Alvarez Sintés R. Evaluación del método clínico mediante perfiles de práctica médica. En: IAES. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Diplomado Formación de Formadores. Maracay: IAES; 2006
10. Grenier, B. Décision Medicale. París: Masson; 1990
11. Espinosa Brito AD. La unicidad en la diversidad. Boletín Ateneo "Juan C. García". La Habana. 1996;4:100.
12. Alvarez Sintés R. Prefacio. En: Álvarez Sintés R. y otros. Medicina General Integral. Vol. I. 2ª ed. La Habana: ECIMED; 2008. p.xi-xiii
13. Fernández Sacasas J. La enseñanza de la clínica. Reflexiones sobre el tema. Rev Educ Med Super [serie en internet] 2005 abr.-jun. [citada el 3 de septiembre 2010];19(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Cabrera Cruz N, Toledo Fernández AM. Los estudios de la pesquisa activa en Cuba [debate]. Rev cub salud pública [serie en internet] 2008 jun.-mar. [citada el 1 de septiembre 2010];34(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Fernández Sacasas JA, Díaz Novás J. Algunas consideraciones teóricas sobre pesquisa activa [trabajo de revisión]. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en internet] 2009 oct.-dic. [citada el 1 de septiembre 2010];25(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi11409.htm
16. Konttnerus JA. Medical Decision making by general practitioners and specialists. FAM PRACT 1991; 8:305-7
17. Díaz Novás J. Secretos del diagnóstico médico. Juventud Técnica Digital [serie en internet] 2008 Junio [citada 21 de agosto 2010];(6):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.pdfdownloadzone.com/guia-digital2008-pub.html>
18. Pascual J, Torio J, García MC. El Juicio Clínico en Medicina Familiar. En: Gallo F J, editor. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid: SEMFYC; 1997. p. 61-72

19. Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian McWhinney. Método clínico centrado en el paciente. Rev Aequus: Medicina Familiar y APS. [serie en internet] 2007 Agosto [citada el 28 de agosto 2010];2007(8):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://aequus.blogspot.com/2007/08/mtodo-clinico-centrado-en-el-paciente.html>
20. Belle Brown J. Método Clínico Centrado en el Paciente. En Investigación Cualitativa y Método Clínico Centrado en el Paciente. Argentina: CEM / UWO; 2007.
21. Centro de Estudios en Medicina Familiar. Método Clínico Centrado en el Paciente: Estudio de Casos. Argentina: CEM Ian McWhinney; 2007.