

Resumen de congreso

Medicina centrada en la persona Person-centered medicine

Autor: Enrique de Mestral¹

Artículo recibido: 20 enero 2015

Artículo aceptado: 9 febrero 2015

Resumen

Se pasa revista a algunos temas tratados en el II Congreso Internacional de Medicina Centrada en la Persona (<http://www.icpcmbuenosaires2014.com/es>) con el lema: Avances interdisciplinarios y humanísticos en salud, Buenos Aires, Noviembre 7-9 de 2014, confrontándolos con la literatura médica mundial.

Palabras claves: medicina familiar, bioética, relación médico y paciente, medicina basada en evidencia, medicina basada en la persona

Abstract

Some issues discussed at the II International Congress of Person-Centered Medicine (<http://www.icpcmbuenosaires2014.com/es>) with the slogan: Interdisciplinary and humanistic advances in health, Buenos Aires, November 7-9, 2014, are reviewed confronting them with the world medical literature.

Keywords: family medicine, bioethics, physician-patient relationship, evidence based medicine, person-centered medicine

Introducción

En primer lugar, lo que ha resaltado, es la convocatoria del Congreso a una población en edad netamente geriátrica, sobre todo la composición de las mesas expositoras. Habría dos explicaciones para esto: que hayan invitado solamente a esta franja etaria o que recién en esta franja etaria uno se interese en la humanización de la Medicina.

Temas tratados sobre Bioética

La práctica clínica necesita la aplicación de los principios éticos, como respetar los derechos humanos, la cultura, los códigos de conducta, la conciencia individual. Estos principios deben ser internalizados dentro del profesionalismo. Cada persona es una mezcla de emociones, pulsiones, cultura, con roles sociales. Desde hace unos 40 años está surgiendo la bioética como disciplina de estudio sistemático de la conducta humana en temas de la vida y la salud a la luz de los valores y principios que la han inspirado. Entre los principios de origen anglosajón

¹Profesor de Medicina y Bioética. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

Autor correspondiente:

Prof. Dr. Enrique de Mestral

Dirección: San Lorenzo, Paraguay

Teléfono: +(595) 971 205064

Correo electrónico: enrique.de.mestral@gmail.com

sajón citemos a la beneficencia, no maleficencia, respeto de la autonomía de los pacientes en cuanto a la aceptación o no de los procedimientos o tratamientos propuestos por el equipo de salud y finalmente la justicia como principio prioritario. Un ejemplo, en el caso de que la madre tenga una neoplasia que necesite quimioterapia; ésta, aunque pueda dañar al feto, debe indicarse pues por justicia se debe prodigar el tratamiento que uno de los dos necesite. Si existiese daño en el segundo, es un efecto no buscado ni deseado.

Entra dentro de lo que sería el doble efecto. Otra corriente de la bioética, la personalista, propone el respeto a la vida humana desde la concepción hasta la muerte natural, permite la donación de órganos dentro del principio de socialidad y solidaridad, la intervención sobre órganos enfermos, no así la cirugía de cambio de sexo. La corriente utilitarista se fija en el costo beneficio, la beneficencia al mayor número de personas y obtener resultados sin prestar total atención a los límites éticos. Ejemplo: la fertilización in vitro, que concede un niño o más a la pareja estéril pero dejando detrás decenas de embriones en el intento.

Discusiones sobre las especialidades

La filosofía engloba:

- Ciencias físicas (leyes de Newton a la teoría cuántica)
- Ciencias biológicas (de la célula al organismo)
- Ciencias humanas (del individuo a la comunidad)

Las especialidades troncales se fueron fragmentando en neurología, gastroenterología, cardiología, así como las quirúrgicas en traumatología, cirugía del abdomen. Otras fragmentaciones ocasionaron las tecnológicas: radiología, endoscopías, ecografía, resonancia magnética, medicina nuclear.

El advenimiento de la pediatría se justificaba con una pirámide poblacional con base ancha. La geriatría, que se ocupa de las personas que tuvieron un largo periodo expuesto a los factores de riesgo tanto físicos como psicosociales, se justifica con el cambio de la pirámide en el último siglo.

La medicina familiar nace por queja social sobre la atención médica fragmentada y despersonalizada. Tiene un enfoque sistémico y biopsicosocial. Dispone de una práctica clínica con área para la educación y entrenamiento, la investigación, consulta centrada en el paciente y orientada al problema.

La psiquiatría se hizo su propio camino frente a la separación mente-cuerpo, aunque se entienda la salud mental como equilibrio biopsicosocial, adaptación activa, entrar en los escenarios de cambios constantes, creatividad como los vínculos, ver más allá de lo que está a la vista, participación en la vida comunitaria. La interrelación entre desorden mental, el deterioro, la discapacidad, el estigma, la discriminación, es compleja, dinámica y no lineal. El hombre es como una cebolla, con muchas máscaras. Es importante que antes de morir se quite todas las máscaras y se conozca finalmente cómo es.

El intensivismo es muy atractivo para los médicos jóvenes, los aparatos, la técnica. Los médicos de hoy están formados para una medicina industrial. El hospital terciario tiene que ser lo último. Se debe priorizar el automanejo.

Con esta fragmentación de la atención, con 5 afecciones diagnosticadas, se recibe 50 recetas al año (polifarmacia).

Al inicio, las cirugías se practicaban sin anestesia, eran agresivas, invasivas. Hoy día, con las vías endoscópicas y robóticas, se vive una nueva era en esta disciplina.

Comentarios sobre vulnerabilidad del paciente

Con el término fragilidad describimos una situación de menor capacidad funcional, lentitud, debilidad muscular, inactividad física, pérdida inexplicable de peso. Los adultos mayores deben caminar diaria y progresivamente, caminar hacia atrás pues favorece el equilibrio, sobre las puntas de pies y talones, sentarse y levantarse de una silla, tener actividad en el agua, elongación diaria.

Los ciclos vitales pueden presentar crisis patológicas o inesperadas, como muerte de la madre, del hijo, embarazo adolescente. El que no se adapta en sus ciclos vitales, se enferma. Uno no es completamente sano o enfermo, se puede oscilar entre estos dos polos.

Valor de la relación médico paciente

Se hizo hincapié en la importancia del vínculo con el paciente. La empatía, el acompañamiento, la presencia, que son propios del médico de familia o médico de cabecera. Tal es así que un especialista puede ser "médico de cabecera", todo dependerá del vínculo que haya establecido.

Cada paciente va a "entregar" su molestia según el color afectivo, su contexto cultural, según él mismo. El paciente experimenta una serie de molestias (ansiedad, resentimiento) que nosotros no escuchamos. Los pacientes consultan por síntomas y los médicos diagnostican enfermedades para explicarlas. El problema es cuando el médico no encuentra enfermedades y entonces los llama somatomorfos o funcionales y estigmatiza.

La enfermedad está en el enfermo y no en sus medios auxiliares. El paciente puede o no tener ganas de vivir, hay que preguntar por su trabajo, su familia. La curación empieza en la relación médico paciente. Hay que hacer semiología: Freud lo hizo en psiquiatría, Marx en la sociedad, Nietzsche en la moral.

Beneficios de la Medicina centrada en la persona

Este modelo presupone un "diálogo maduro" entre el médico y el paciente. La curiosidad del profesional es un requisito mínimo. Qué exactamente desea o espera este paciente? Por qué rechazaría de entrada la intervención de médicos residentes y estudiantes, antes de verlos siquiera? Me atrevería yo a decir que la enseñanza clínica es más arte que ciencia? Se aceptaría esto en un medio académico?¹

Existe un contraste entre lo que siente el paciente como enfermo y lo que el profesional médico interpreta a la luz de la ciencia. La medicina centrada en la persona busca poner el foco de atención a lo que un paciente particular necesita antes que lo que la ciencia en su estado actual dictaría².

También se la podría definir por lo que no es: no es centrada en la tecnología, centrada en el médico, centrada en el centro hospitalario ni en la misma enfermedad que padece el paciente.

Este modelo mejora la atención de la salud de los pacientes y tiene la potencialidad de disminuir los costos³.

Hay que ver a los pacientes como portadores de enfermedades y manejar éstas según la persona que estamos tratando. Un paciente con metástasis pulmonares que desatura su concentración de oxígeno, según su enfermedad tiene indicación de acceder a un respirador, pero mirando su contexto, lo que necesita y le corresponde por derecho, son los cuidados paliativos, aliviando los síntomas molestos en ese trecho final de la vida

vida, renunciando a las medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida, desproporcionadas a los resultados esperados en esta etapa.

Puede existir una multimorbilidad somática y psicosocial. La "comorbilidad" está designada por el médico, quien determina lo que es más primario para él en un momento dado. La "co" es lo que acompaña pero para la concepción de ese profesional en ese momento. El paciente porta sus afecciones somáticas y psicosociales en todo momento.

Se debe evitar la atención en el trato despersonalizado. Este es el paciente cuya tomografía o electrocardiograma muestra tal cosa, poco importa que se llame Juan Jiménez o Elba Recalde.

En el 2013, un informe de la Fundación Economía y Salud sigue citando a Alan Dever GE en su trabajo "An Epidemiological Model for Health Analysis" de 1976^{4,5}. El entorno social, económico, cultural y ambiental son los responsables de más del 50% de las posibilidades de estar sano o de enfermar. Sin embargo, los gastos en salud van en su mayor parte a los sistemas hospitalarios, adonde llegan los más enfermos (1 de cada 1000 personas de la comunidad y muchas veces por falla del sistema de atención primaria de salud).

En Bolivia hay puestos en los hospitales para médicos tradicionales. Un académico de Perú, Prof. Perales, presenta un instrumento para medir la deshumanización de la medicina o de la sociedad⁶. Hay preguntas para el paciente como: para usted, qué es el trato humano, fue saludado correctamente, fue atendido con respeto, se le permitió hacer preguntas, fue informado, se le explicó el tratamiento, se le tomó la presión arterial, el peso? El ambiente era privado y limpio? El tratamiento prescrito fue de un precio accesible?

Terminologías confusas postmodernas:

Frente a un paciente: se satisface necesidades en los hospitales públicos

Cliente: gratificación de sus deseos

Usuario: término introducido por las empresas de salud prepagas

Delivery: se asocia a los servicios de emergencia

Medicina: arte, ciencia, magia, sugestión, sacerdocio, negocio limitado por la ética?

Médico: profesional universitario o empleado asalariado o esclavo?

Y dentro de la clásica dualidad cartesiana, los médicos se ocupan del cuerpo y de lo consciente. Los psicólogos de lo inconsciente. Como si pudiésemos fragmentar al paciente en sus diferentes dimensiones y ocuparnos solo de un aspecto. Recordar que no se resuelven los problemas existenciales con medicamentos.

Los incentivos en la carrera son muy importantes para la conducta del médico: jerarquía, carrera, fama, el apoyo de la industria farmacéutica, y esto produce perversión.

La medicina basada en evidencias (MBE), que genera protocolos y guías, dejó atrás al gran profesor quien puede no manejar toda la evidencia disponible pero tiene "el arte" que el médico joven puede que no lo haya adquirido aún. Hay que integrar MBE y medicina centrada en la persona (MCP).

Las empresas farmacéuticas fuerzan la MBE. No se estudia el atenolol como las drogas más caras como el carvedilol o bisoprolol.

El síndrome sensitivo central (síndrome funcional) es un ejemplo. Hay una hiperexcitabilidad a estímulos nocivos como no nocivos. Hay una disfunción neuroinmunoendocrinológica. Estos síntomas podrían ser artefactos

"artefactos" de la compartimentalización excesiva de la medicina actual.

Lugar de la Medicina familiar

La Medicina familiar deja de mirar al hombre en sus órganos y lo mira de manera global. Es la especialidad mejor preparada para la atención primaria de salud, que trata al paciente como persona integrada, en el contexto de su familia y su comunidad. Intenta también entender a una persona con problemas mentales⁶.

Se habló de la proliferación de Facultades de Medicina. En Latinoamérica hay 333 facultades, un promedio de 1 facultad cada 1.500.000 personas; en los Estados Unidos 1 cada 2 millones, en Perú 1 cada 800.000 personas.

Se propone incentivar el trabajo de tutoría, educación médica continua, desarrollar vínculos.

Ambos padres son necesarios como modelos. En el caso de los homosexuales, el rol heteroplástico, no es el suyo.

El drama de la pobreza.

Es la falta de cobertura de todas las necesidades básicas. La miseria sería la falta de cobertura de todas las necesidades básicas: alimentación, salud, educación, vivienda, vestido y esparcimiento.

Se habló mucho de la inequidad social. "Por la mañana", en los hospitales públicos, los pacientes hacen cola; "por la tarde", los profesionales hacen cola para ingresar a las empresas prepagas. Son justamente estos seguros médicos los que han marcado más aún la diferencia entre ricos y pobres.

Los accidentes circulatorios son más frecuentes en los pobres, seguramente por falta de prevención y tratamientos precoces. Los pobres no pueden acceder a medicamentos necesarios si estos no son provistos por el Estado.

Cómo los factores como pobreza y falta de estímulo afectan el desarrollo de los 5 primeros años? Los niños se enferman por el estrés familiar vía la neuroinmunoendocrinología. Los efectos adversos y los conflictos familiares afectan el desarrollo de la vista, el oído, el lóbulo prefrontal de los niños y hasta de un adolescente.

La depresión no reconocida de la madre puede afectar el desarrollo del niño. Muchas madres no tuvieron vínculos tempranos para luego poder amamantar a sus propios hijos. Hay que tener historia con los vínculos también. Todos tenemos adentro un proyecto de ser papá y mamá.

Se tocaron temas referentes al ejercicio de roles paternal y maternal, de la incapacidad de los padres de jugar con sus hijos. Interesante fue la presentación del rol de la madre como una placenta extrauterina, yendo un poco en contra de las corrientes feministas que quieren liberar a la madre de esta carga social.

Referencias bibliográficas

1. Reilly BM. Don't learn on me - Are teaching hospitals patient-centered? *N Engl J Med.* 2014 Jul 24; 371(4): 293-5.
2. Bardes CL. Defining patient-centered medicine. *N Engl J Med.* 2012 Mar 1; 366(9): 782-3.
3. Roehr B. Creating the patient centered medical home. *BMJ.* 2014 Oct 3; 349: g4916.
4. Alan Dever GE. An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research /Internet /.* 1976 /citado 20 Ene 2015/; 2(4): 453-66. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00303847>
5. Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Evolucionando hacia un modelo sociosanitario de salud: Iniciativas para avanzar en el recorrido. /Internet/. Madrid: Fundación Economía y Salud; 2013 /citado 20 Ene 2015/. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/InformeFundaci%C3%B3nEconom%C3%ADaySaludvNoviembre%281%29.pdf>
6. Perales Cabrera A. Ética y humanismo en la formación médica. *Acta bioeth [Internet].* 2008 [citado 20 Ene 2015]; 14(1): 30-8. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v14n1/art04.pdf>
7. Weiland S, Koczela S. The time is now for patient-centred innovation. 2014 oct 7 [citado 20 Ene 2015]. En: *The Lancet Global Health Blog /Internet/. Elsevier; 2014.* Disponible en: <http://globalhealth.thelancet.com /2014/10/07/time-now-patient-centred-innovation>