



MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

DEL MÉTODO CLÍNICO BIOMÉDICO A UN MODELO CLÍNICO
AMPLIADO.

Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
UNAM



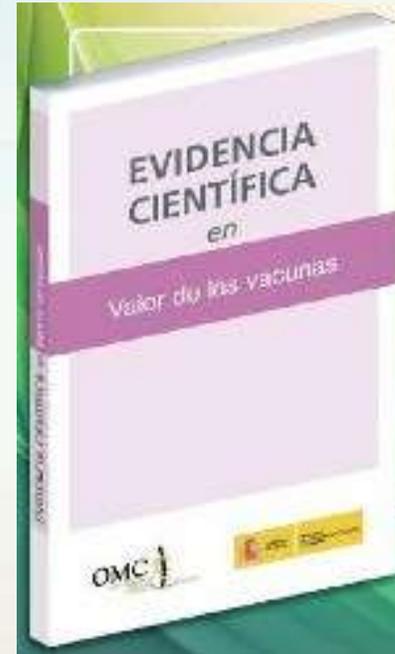
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- En el modelo biomédico, se obtiene la información necesaria para hacer un diagnóstico y tratamiento correctos.
- Pero, además, el paciente se acerca al médico movido por sus miedos, creencias o expectativas.



Atención Centrada en el Paciente.

- Es preciso conocer y valorar las evidencias científicas disponibles.
- Pero también se debe fomentar una ciencia de relación e incluir como evidencia los sentimientos, percepciones y las experiencias del paciente.

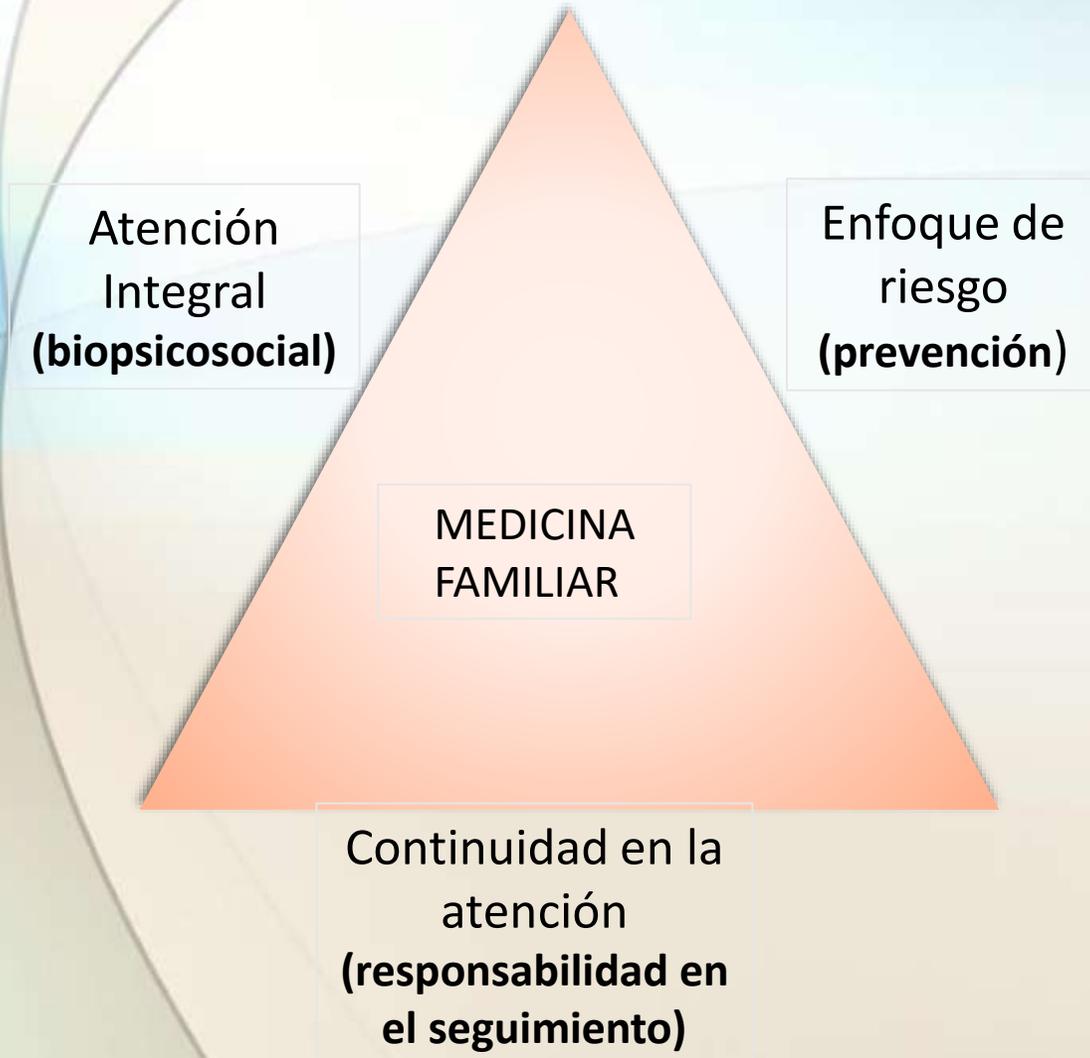


Atención Centrada en el Paciente. Recomendación simple de la OMS

- La atención centrada en el paciente:
 - Aumenta las tasas de cumplimiento de los planes de atención.
 - Reduce la morbilidad.
 - Mejora la calidad de vida de los enfermos.



El enfoque biopsicosocial (Engel, 1977)



- La atención del médico familiar no podrá ser integral si no utiliza realmente el enfoque biopsicosocial en la atención que otorga.
- “Primero descartar lo orgánico...pero no desatender las esferas psicológica y social”

Atención Centrada en el Paciente.

No se niega la corriente biomédica, pero es incompleta por varias razones, entre las que destacan:

- La sola anomalía bioquímica o molecular no explica el significado de los síntomas para el paciente.
- Tampoco asegura las actitudes o habilidades del clínico para recabar la información y procesarla de manera adecuada.



Cómo actúa el profesional orientado en forma biopsicosocial.



El médico:

- Busca el componente emocional que resulte terapéutico.
- Legitima cualquier motivo de consulta y no sólo los biomédicos.
- **Prioriza aspectos no valorados por el propio paciente.**

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Descripción del modelo

- Este modelo es tan natural que aparecen dos escuelas en diferentes partes del mundo, llegando a conclusiones similares: la escuela canadiense y la escuela inglesa.



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Seis Pasos del Método

Modelo canadiense

El modelo está compuesto de 6 componentes:

1. Explorar la enfermedad y las vivencias.
2. Comprender a la persona y la familia como un todo.
3. Buscar acuerdos con el paciente (un terreno común).
4. Incorporar la prevención y la promoción de la salud.
5. Cuidar la relación médico paciente.
6. Ser realista.



1. EXPLORAR LA ENFERMEDAD Y EL PADECIMIENTO (LA VIVENCIA):

“**Disease**” (enfermedad) expresa la alteración real que existe en el organismo con sus alteraciones bioquímicas.

“**illness**” (padecimiento) explora la forma en que experimenta, en que vive el paciente su enfermedad.

Además de la exploración de síntomas, explora:

- Ideas sobre su enfermedad.
- Sentimientos que le produce (miedos).
- Impacto en su función.
- Expectativas con respecto al médico.
- Esto lo señala verbal y no verbalmente



... 1 EXPLORAR LA ENFERMEDAD Y EL PADECIMIENTO (LA VIVENCIA):

Una cosa es la enfermedad y otra la forma de experimentarla:

- Algunos pacientes con enfermedades graves como el cáncer viven sin dar importancia al tema **Vs.** Pacientes con diabetes cuyo malestar esta presente todos los días.
- ¿Cómo lo vive la persona enferma? ¿Cuáles son sus ansiedades, sus sentimientos, impresiones, dudas?
- Ello requiere observar y escuchar atentamente a la persona?

2. Comprender al individuo y la familia como un todo

Conocer quién es esa persona: su nombre, edad, estado civil, situación en la familia, su contexto social y condición laboral.

Pero no como un simple llenado del formato de historia clínica. Sino conocerla realmente, interesarnos por el paciente.

Es decir; saber cómo está situado en el mundo para poder ayudarlo.



P ej., es absurdo indicar reposo absoluto a una ama de casa con varios niños sin medios económicos y sin nadie que le ayude.

3. Búsqueda de Acuerdos (establecer un terreno común)

En la atención centrada en la enfermedad, el médico informa el diagnóstico y el tratamiento necesario.

Aquí, busca la participación del paciente en las decisiones del:

- Diagnóstico o estudio diagnóstico.
- Tratamiento propuesto.
- Rol que cada uno asumirá

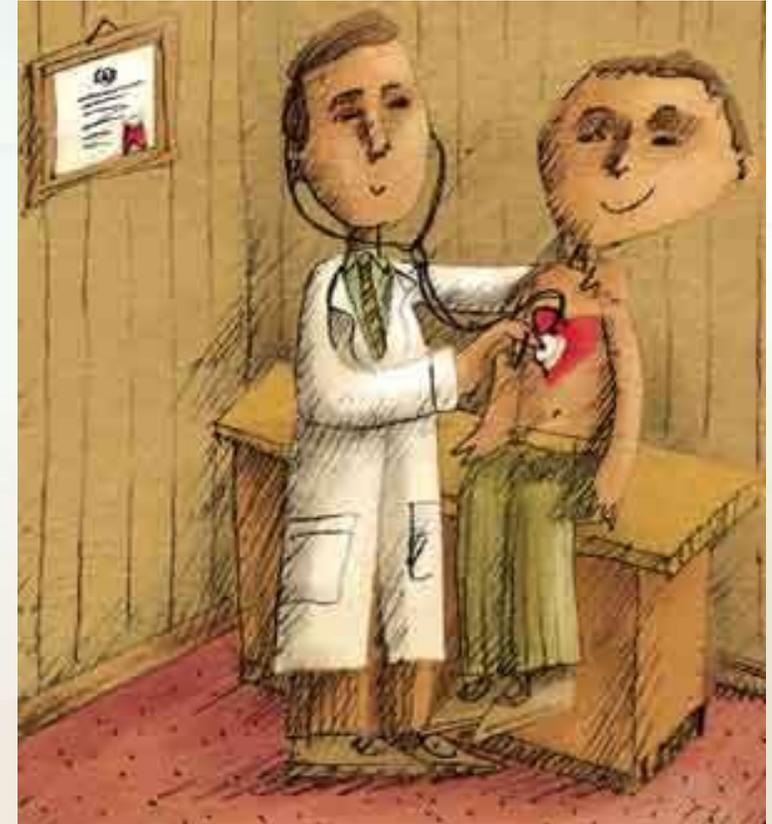


El médico familiar debe establecer un plan común con metas y objetivos diseñados por él, el paciente y la familia.

Dar seguimiento a la revisión del plan.

4. PREVENCIÓN-PROMOCIÓN

- La prevención deben impregnar la actividad del MF.
- Reducir los riesgos de desarrollar otra enfermedad o las complicaciones de la enfermedad presente.
- El MF competente debe despertar en el paciente el deseo de ser ayudado y educado.



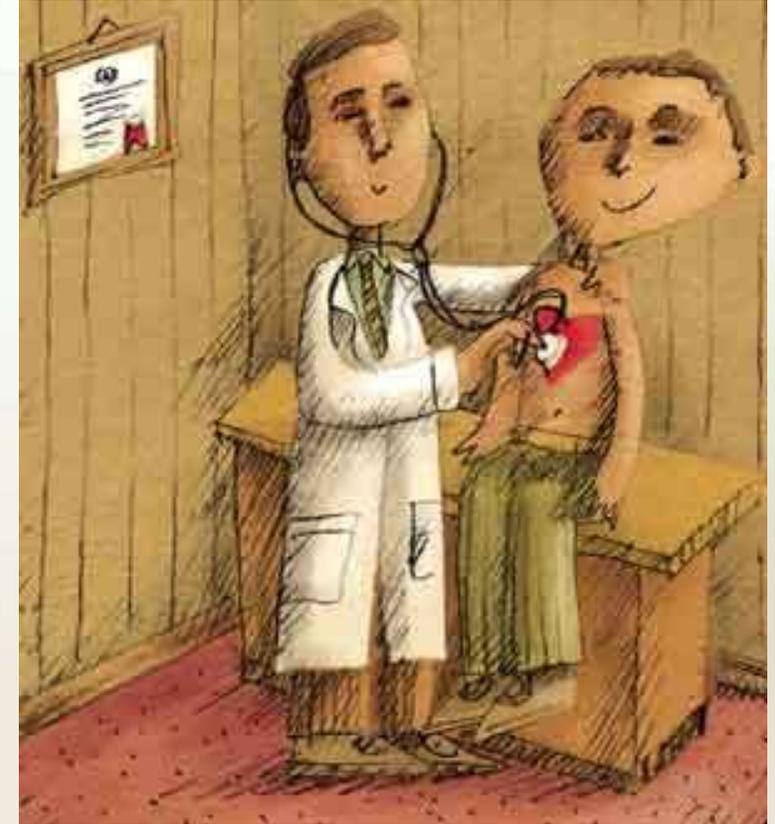
5. Cuidar la relación médico - paciente

El profesional debe intentar que la relación sea mejor en cada entrevista.

- *“Más importante que lo que el médico hace, es lo que el paciente piensa que hace”.*

William Osler

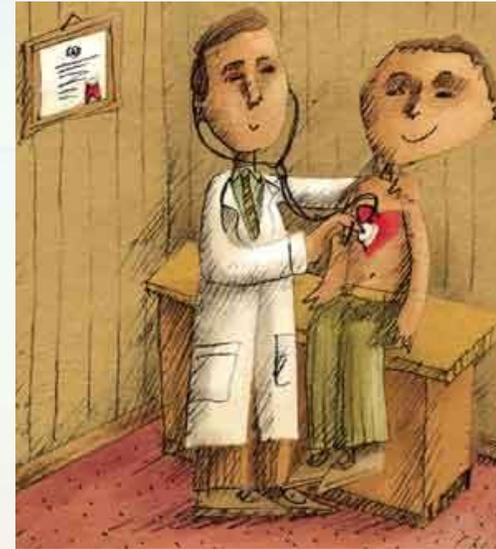
- La confianza y el respeto, no son algo que concede el médico, son algo esencial que influye en el resultado del tratamiento.



6. Ser realista

Todo debe hacerse considerando los recursos reales que se tienen:

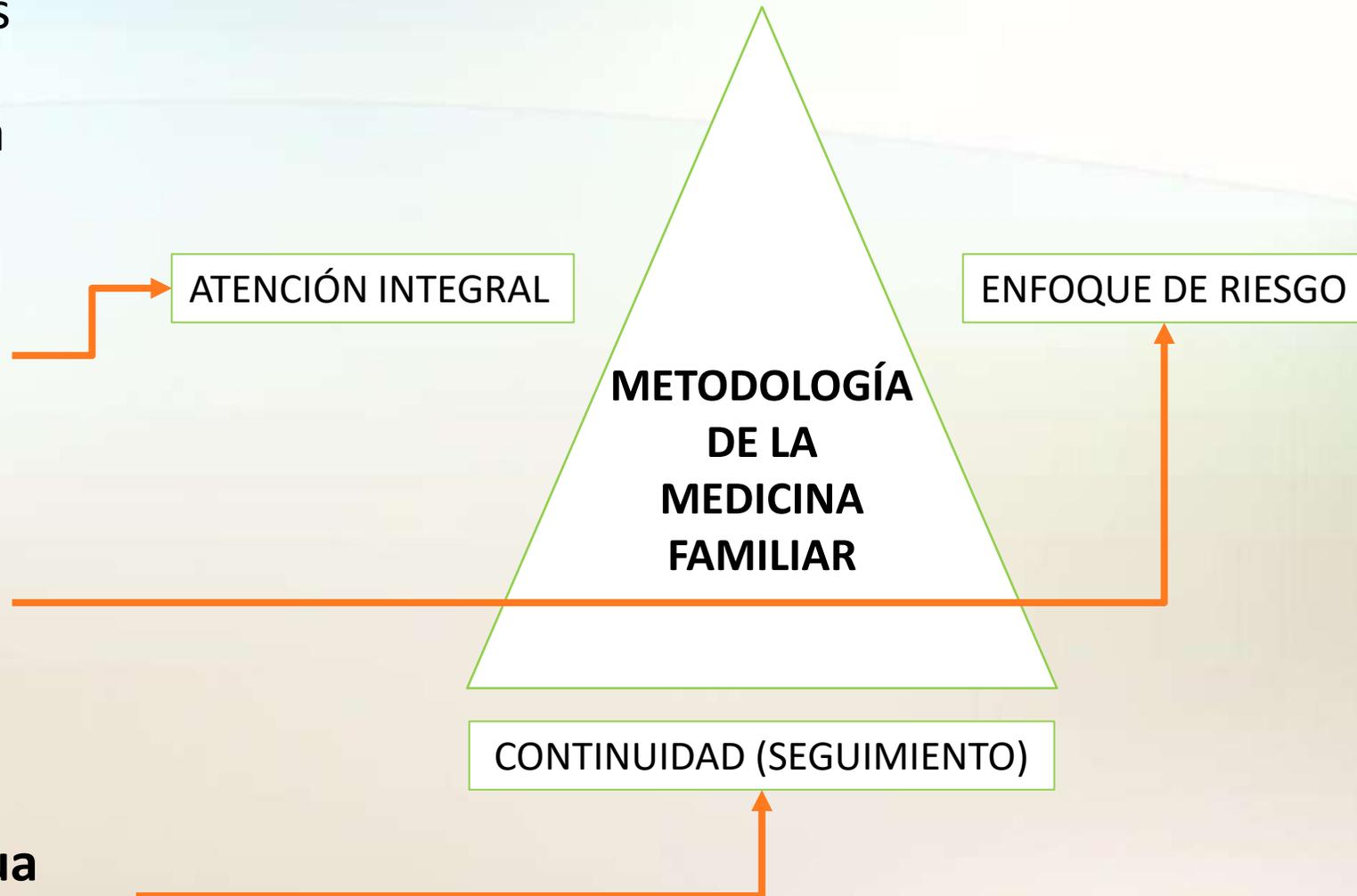
- Implica orientar la clínica a las prioridades, necesidades y recursos del paciente, del médico y de la institución.
- No por invertir más tiempo y recursos, se cuida mejor al paciente.



- Conocer al paciente: sus demandas, sus preferencias, su condición socio familiar y económica, lo que le preocupa.
- Reforzar el plan realizado en el punto del terreno común.
- No perdernos en posibilidades utópicas.

Atención Centrada en el Paciente

- Destaquemos tres componentes de la atención centrada en el paciente y que son los ejes de la medicina familiar:
- **Atender la enfermedad y el padecer.**
- **Prevención – promoción de la salud**
- **Brindar una atención continua (búsqueda de acuerdos)**



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- “Ser el médico de aquella persona antes de ser el médico para determinada enfermedad”.
- El *modus faciendi centrado en la persona* de los médicos familiares, es uno de los objetivos primordiales en su formación.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

En Medicina, la Universidad promueve ideas, el humanismo y la evolución técnico-científica.

Los alumnos son más seducidos por los grandes progresos científicos.

Se descuida el humanismo médico.

EN LA PRÁCTICA

Conduce a olvidarse poco a poco del paciente como persona.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

No se practica la metodología científica de la medicina familiar por parte de las instituciones de salud y facultades de medicina



Los estudiantes buscan la seguridad que ofrece la alta especialización.



Posgrado: oportunidad para formar médicos familiares **científicos y humanistas**



No quieren correr el riesgo imaginado de ser médicos de «segunda categoría».

MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

- EL desequilibrio entre lo biomédico y lo psicosocial, se convierte en una oportunidad para ejercer la atención centrada en el paciente, donde:
 - El médico familiar no reduce su visión a la enfermedad.
 - Cobra sentido la frase: existen enfermos, no enfermedades.
 - Es real la diferencia entre el “disease” y el “illnes” y marca una enorme diferencia entre tratar solamente la patología y tratar a la persona con su enfermedad.

MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

- Con la ***medicina centrada en la persona***, el medico familiar integra la evidencia científica al contexto del paciente y
- ***Su postura humanística*** es el verdadero recurso que personaliza e integra la ciencia medica.



MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

- Colocar al paciente en el primer plano.
- Actuar con perspectiva humanística.
- Mejorar la visión holística de la práctica clínica y
- Crecer en la forma de relacionarse con el paciente es construir....

***“Buenos médicos
células madre”.***

No serán médicos del estómago del paciente, de su depresión, de su diabetes, etcétera, sino su médico.

Incorporará el progreso de la evidencia científica y lo traducirá hasta su paciente.

Una conciencia frente a una confianza.

Cómo lograrlo en tan poco tiempo y con tantos pacientes? ¿Cómo se hace en la práctica?

EL PACIENTE

¿Por qué tenemos miedo a permitir que el paciente hable el tiempo que quiera?

Tal vez porque tenemos poco tiempo.

Investigación:

- 80 % de los pacientes relata en dos minutos los motivos de su consulta.
- Solamente 2% requieren hablar por más de cinco minutos.
- El promedio es de 92 segundos.

EL MÉDICO

El propio médico es quien interrumpe: en promedio a los 18 segundos.

Eso obliga a que el paciente desista.

Lo médicos familiares en promedio interrumpió a los 23 segundos.

Tenemos que aprender a escuchar al paciente.

Pasos sencillos en la práctica

1. Leer el expediente antes de ver al paciente.
2. Dejar la pluma o no teclear la computadora (una persona normal recuerda un relato que suele durar dos minutos)
3. Evitar que la consulta se convierta en una barrera como si se realizara un proceso burocrático en una oficina estatal.
4. Mirar al paciente a los ojos para “sintonizar” con él (quitar más barreras, hacer a un lado la computadora, retirar papeles).
5. Utilizar preguntas abiertas – No dirigir la consulta a la patología: ¿En qué puedo ayudarle? Vs. ¿Qué síntomas tiene su diabetes?
6. Preguntarnos: ¿por qué razones el paciente acudió a consulta precisamente hoy?

Todo esto permite establecer un terreno común - atender las expectativas del paciente - ser realista - fomentar una relación médico-paciente terapéutica.

MODELOS DE RELACIÓN MEDICO PACIENTE

Método Clínico Centrado
en el Paciente

EJEMPLO. CASO CLÍNICO



Somatometría: Talla de 1. 62 m., peso de 80 kg. IMC 31.2, TA de 145/95.

Antecedentes. Paciente masculino de 55 años edad, Originario de la Ciudad de México, preparatoria terminada, empleado en oficina del gobierno, casado, tres hijos. **AHF** padre alcohólico, madre diabética ambos fallecidos, desconoce si fue por complicación de alguna de estas enfermedades. **APP:** Alcoholismo desde los 14 años edad, consumo actual desde hace 5 años, tres copas por semana a base de tequila. HAS de 10 años de evolución. Diabetes mellitus de 18 años de evolución. Consumo de tabaco tres cigarrillos por día. Dislipidemia detectada a los 50 años, alérgico a pravastatina. Hernioplastía umbilical a los 30 años.

Motivo de consulta. Acude a control de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Presenta somnolencia y cansancio ocasionales, niega fosfenos, tinitus, mareos y cefalea, sin poliuria, polifagia, polidipsia ni pérdida de peso, niega otros datos. Familia nuclear, en etapa de dispersión-independencia, crisis paranormativa por cirugía reciente a esposa debido a miomatosis uterina.

Exploración física. Cráneo sin hundimientos ni exostosis, pupilas simétricas, narinas permeables, adoncia de varias piezas dentales, faringe normal. Ruidos cardiacos, sin soplos ni agregados, campos pulmonares bien ventilados, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación media y profunda, presencia de cicatriz de hernioplastía, peristalsis normal, sin datos de irritación peritoneal. Puntos ureterales negativos, Giordano negativo. Extremidades inferiores con edema leve en maléolos, adecuado llenado capilar, pulsos pedios presentes.

ATENCIÓN CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA.

Factores de riesgo:

- Todo factor que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o problema de salud.
- Las personas afectadas por el factor de riesgo, presentan un riesgo mayor que las personas sin ese factor.



Cómo identificar y manejar estos factores de riesgo en el grupo familiar.

ATENCIÓN CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE

Genograma de Don Antonio
6 enero 2017

Familia L-S

DM 2
Obesidad
Tabaquismo
Alcoholismo
Ceguera

Antonio
80 años

Juana
77 años

Obesidad
DM 2

HAS
Tabaquismo

Pedro
87 años

María
80 años

DM 2
Ansiedad

Juan
60

Gpe
50 años

Mario
63

Salvador
58

Silvia
52

**METODO CLÍNICO
CENTRADO EN EL
PACIENTE (OTROS
FACTORES DE
RIESGO)**

**MODELO
BIOMÉDICO**
At'n Centrada en la
Enfermedad: HAS;
DM 2

Andrea
44 años

HAS
DM 2
Dislipidemia
Obesidad
Tabaquismo
Alcoholismo
Afectación
Psico social

Antonio
55 años



Socorro
54 años

Obesidad HTA.
DM 2 Depresión
Post cirugía;
miomatosis uterina
(hace 15 días)

Gaby
14

Estudia:
Auxiliar
Contadora
Obesidad

Adriana
21 años

Anahí
18 años

Antonio
Jr. 17 años

Asma
bronquial hasta
los 8 años
Obesidad
Tabaquismo
No estudia
No trabaja

Estudia preparatoria
Obesidad, Depresión,
Prediabetes

**¿QUÉ NECESIDADES
TIENE DON
ANTONIO?**

MODELOS DE RELACIÓN MEDICO PACIENTE

¿Hay otro método aún más efectivo para mejorar la práctica clínica del médico familiar?



**MÉTODO CLÍNICO
CENTRADO EN EL
PACIENTE
Y LA FAMILIA**

ATENCIÓN CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Genograma de Don Antonio
6 enero 2017

Familia L-S

DM 2
Obesidad
Tabaquismo
Alcoholismo
Ceguera

Antonio
80 años

Juana
77 años

Obesidad
DM 2

HAS
Tabaquismo

Pedro
87 años

María
80 años

DM 2
Ansiedad

Juan
60

Gpe
50 años

Mario
63

Salvador
58

Silvia
52

**METODO CLÍNICO
CENTRADO EN EL
PACIENTE**
(At'n Centrada en la
persona)

**MODELO
BIOMÉDICO**
(At'n Centrada en la
Enfermedad)

**¿QUÉ NECESIDADES
TIENE DON
ANTONIO?**

**METODO CLÍNICO
CENTRADO EN EL PACIENTE Y
LA FAMILIA**

Andrea
44 años

Gaby
14

HAS
DM 2
Dislipidemia
Obesidad
Tabaquismo
Alcoholismo
Afectación
Psico social

Antonio
55 años



Socorro
54 años

Obesidad HTA.
DM 2 Depresión
Post cirugía;
miomatosis uterina
(hace 15 días)

Estudia:
Auxiliar
Contadora
Obesidad

Adriana
21 años

Anahí
18 años

Estudia preparatoria
Obesidad, Depresión,
Prediabetes

Antonio
Jr. 17 años

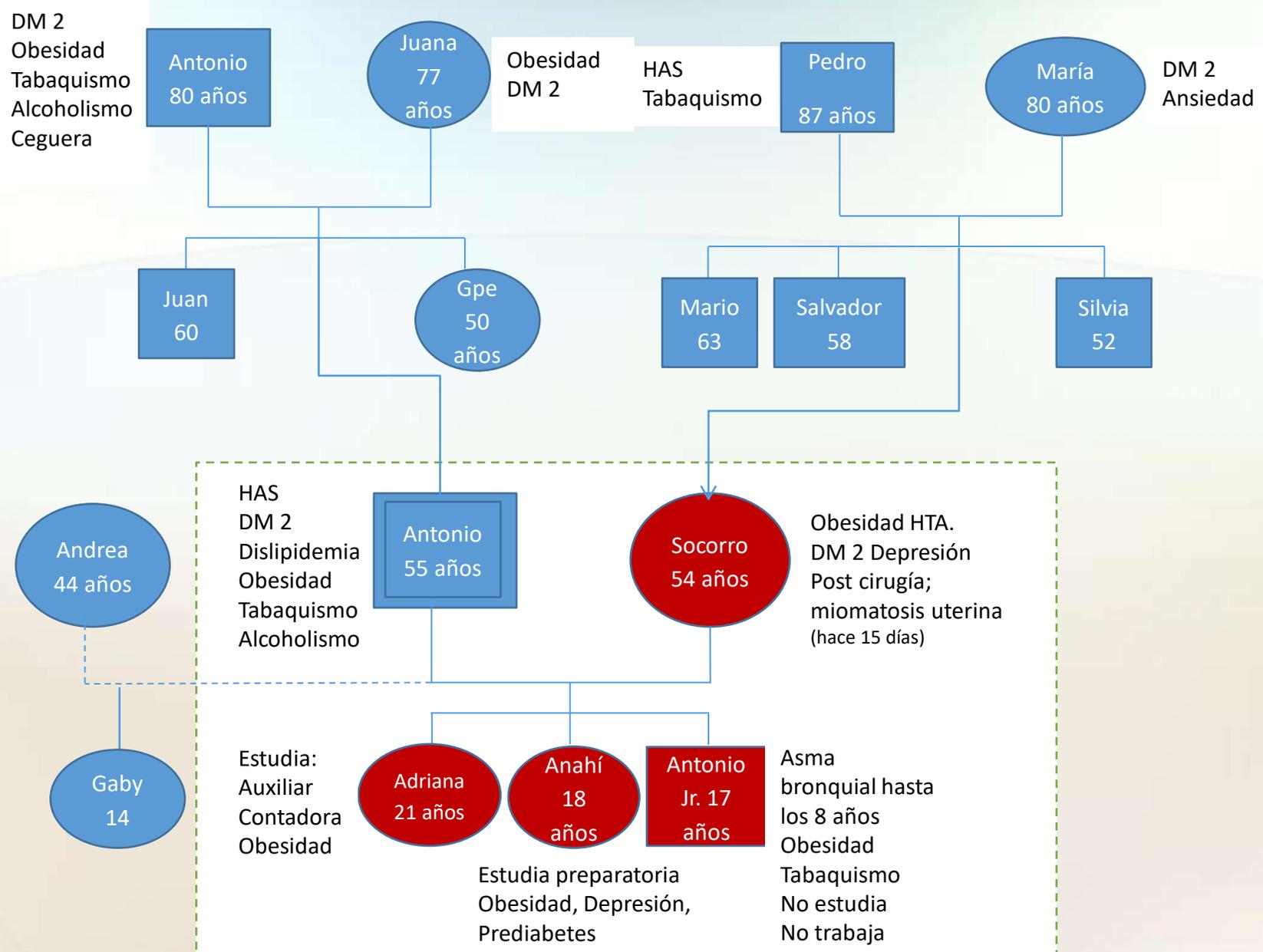
Asma
bronquial hasta
los 8 años
Obesidad
Tabaquismo
No estudia
No trabaja

**¿QUÉ NECESIDADES
TIENE LA FAMILIA
DE DON ANTONIO?**

ATENCIÓN CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Genograma de
Don Antonio
6 enero 2017

Familia L-S



ATENCIÓN CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA.

Qué necesidades (riesgos) tiene en lo biomédico la Familia de Don Antonio:

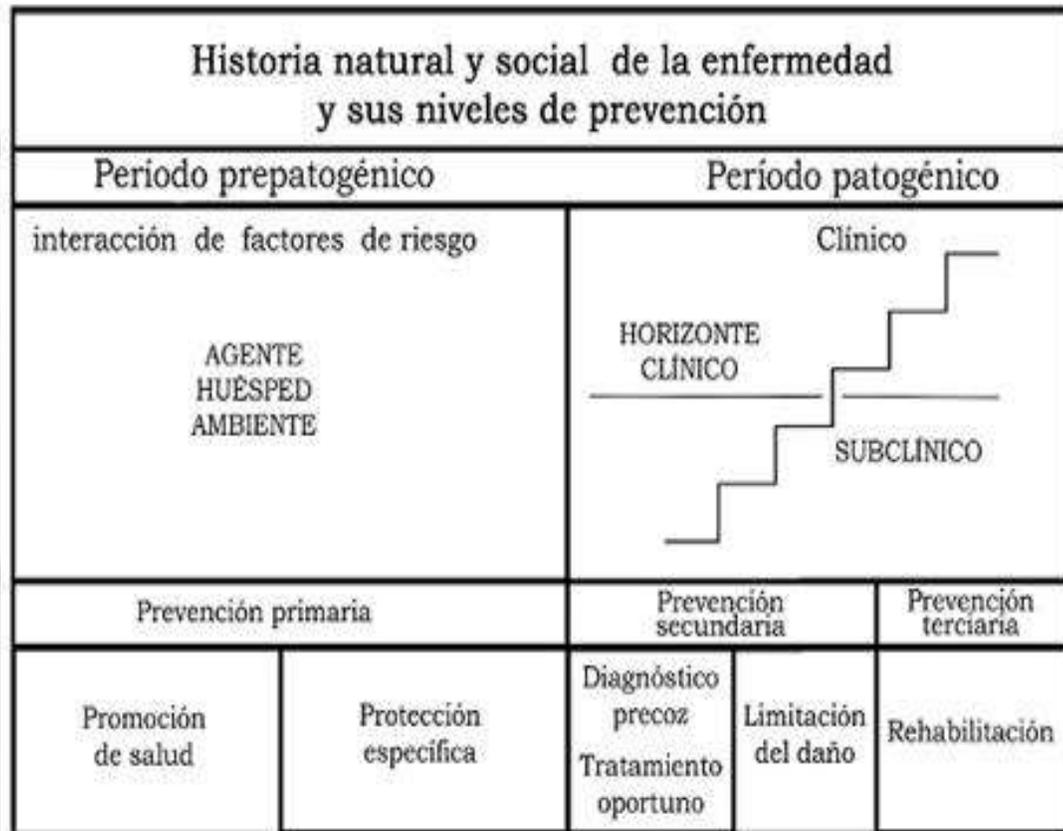


Figura 2. Tipos y niveles de prevención y su relación con los periodos prepatogénicos y patogénicos del esquema de Leavell y Clark (citado por Snow l.³⁴)

1. Prevención Primaria:

- Promoción de la salud: ¿de qué?
- Protección específica: ¿de quién y de qué?

2. Prevención Secundaria:

- Diagnóstico precoz: ¿en quién y de qué?
- Tratamiento oportuno: ¿en quién y de qué?

3. Prevención Terciaria:

- Rehabilitación: de qué?

... **CONCLUSIÓN: LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA ES EL SUBSTRATO PARA BRINDAR:**

- UNA VERDADERA **ATENCIÓN INTEGRAL** AL PACIENTE Y SU FAMILIA

**METODOLOGÍA
DE LA MEDICINA
FAMILIAR**

- **ANTICIPACIÓN REAL** A LOS EVENTOS DE ACUERDO CON LOS FR. DEL PACIENTE Y CADA MIEMBRO DE SU FAMILIA

- AUTENTICIDAD EN EL **SEGUIMIENTO** DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DETECTADOS

**PRESENTAR EN EQUIPO UN CASO CLÍNICO EN EL QUE SE MUESTRE EL ABORDAJE Y MANEJO INTEGRAL BIOPSIICOSOCIAL
(ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y EN LA FAMILIA)**

- Aplicar los seis pasos del Método Clínico Centrado en el Paciente.
- Presentar la nota médica del paciente identificado.
- Elaborar el genograma de tres generaciones e identificar:
 - Factores de riesgo en el paciente
 - Factores de riesgo en los integrantes de la familia
- Mediante el esquema de Leavell y Clark y de acuerdo con los factores de riesgo identificados, señalar qué tipo de prevención hará :
 - En el paciente.
 - En el resto de los integrantes de la familia.

NOTA: El equipo hará la presentación ante el resto del grupo (usar diapositivas, cartulinas o lo que considere necesario).

1. Entender la enfermedad y el padecimiento:

- Semiología médica rigurosa de los síntomas, signos y datos de pruebas diagnósticas.
- ¿Cómo lo vive la persona enferma? ¿Cuáles son sus ansiedades, sus sentimientos, impresiones, dudas, miedos, creencias o expectativas acerca de sus síntomas, signos, resultados de laboratorio, diagnóstico y/o tratamiento?

2. Entender al individuo y la familia como un todo.

- ¿Quién es esa persona? su nombre, edad, estado civil, condición laboral.
- Incorporar el contexto familiar, social y laboral del paciente para poder ayudarlo.

3. Búsqueda de Acuerdos (el terreno común).

Participación del paciente en las decisiones del:

- Diagnóstico o estudio diagnóstico.
- Tratamiento propuesto.

4. Prevención-promoción.

- Reducir los riesgos de desarrollar otra enfermedad o complicaciones de la ya presente (¿a qué factores de riesgo te vas a anticipar?).

5. Cuidar la relación médico - paciente.

- Intentar que la relación sea mejor en cada entrevista.
- Indicar qué evidencias muestran que la relación ha influido en el resultado del tratamiento y cuidado.

6. Ser realista (Recursos reales que se tienen.)

- Orientar la práctica clínica a las prioridades, necesidades y recursos del paciente, del médico y de la institución.
- Considerar las demandas, preferencias, condición socio familiar y económica (lo que preocupa al pac.)

7. ¿Qué necesidades biomédicas y/o psicosociales tiene la familia del paciente?

Atención Centrada en el Paciente. Referencias bibliográficas

- Educación Médica Centrada en el Paciente. Millan-Núñez CJ, González Blasco P. Ed Unión Editoria-Catedra de Educación Médica-Fundación Lilly-UCM, Madrid Esp., 2017 ISBN978- 84 – 7209 – 718 – 6.
 - Ruiz MR, Rodríguez RR, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. Aten Primaria 2003; 32(10): 594-602
 - Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. 1989; 27 (Suppl 3): 110-27.
 - Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995; 152: 142333.
 - Stewart M, et al. Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control 1999; 3:25-30.
 - Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R, Pérula de Torres L. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. Patient Educ Couns 2002; 48: 23-31.
 - Levinson W, et al. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997;277: 553-9.
 - Torío DJ, García TM. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. Aten Primaria 1997; 19:18-26.
 - Ruiz MR, Rodríguez SJJ, Pérula TL, Prados CJA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. Aten Primaria 2002; 29: 132-44.
- Balint, E.; Norell, J.S. Edited by. Six minutes for the patient. Interactions in general practice consultation. Tavistock publications, London 1973.
- Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Tavistock publications, London 1957.
- Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson C. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. J fam pract 1986; 23: 43-47.
- Brown, J.B.; Weston, W.W. And Stewart, M.A.: Patient-centred interviewing part II: finding common ground. Can Fam Physician 1989; 35: 153-157 .
- Greenfield S, Kaplan Sh, Ware Je, Martin E, Frank Hj. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J gen intern med 1988; 3: 448-457.