



MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

DEL MÉTODO CLÍNICO BIOMÉDICO A UN
MODELO CLÍNICO BIO-PSICO-SOCIAL

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

Coordinador de Docencia

Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

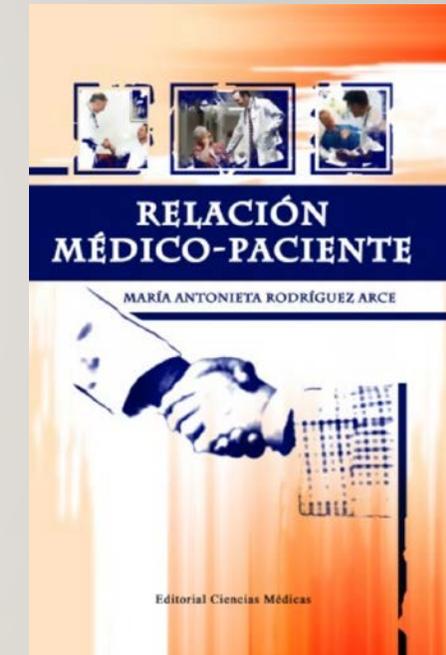
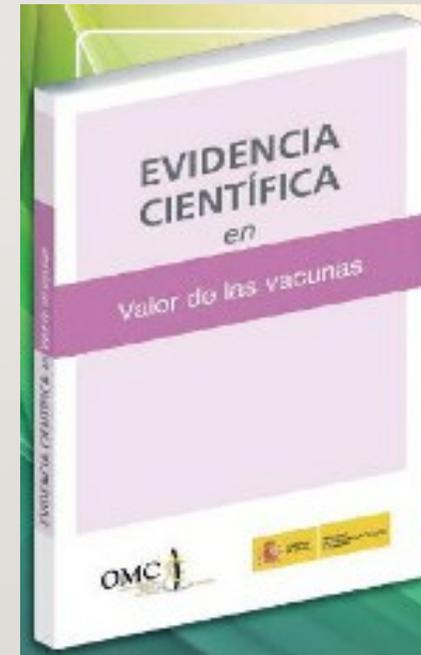
Facultad de Medicina

UNAM



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.

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



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.

- **Qué es :** Cambiar el foco de atención de las necesidades del médico, por las necesidades del paciente.

¿QUÉ EFECTOS TIENE?



- Aumenta las tasas de cumplimiento de los planes de tratamiento.
- 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.

SIN EMBARGO, NO OLVIDAR

- “Primero descartar lo orgánico...pero no desatender Las necesidades psicosociales presentes en todo paciente”.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.

No se rechaza la **corriente biomédica**, pero resulta incompleta:

- La sola anomalía bioquímica o molecular no explica el significado de los síntomas para el paciente.
- Tampoco asegura que el clínico recaba toda la información valiosa y que la procesa de manera adecuada.



CÓMO ACTÚA EL PROFESIONAL ORIENTADO EN FORMA BIOPSIICOSOCIAL

RECOMENDACIONES DE LA OMS.



El médico debe:

- Buscar el componente emocional que resulte terapéutico.
- Legitimar cualquier motivo de consulta y no sólo los biomédicos.
- Priorizar aspectos no valorados por el propio paciente.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- Con el modelo biomédico, obtenemos la información necesaria para hacer un diagnóstico y tratamiento correctos.
- Pero, el paciente también se acerca movido por sus miedos, creencias o expectativas.
- Por lo tanto, se requiere un modelo diferente para rellenar las carencias del anterior modelo biomédico.



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

Sus 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.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

I. Explorar la enfermedad y el padecer:

- “Disease” (enfermedad) expresa la alteración real que existe en el organismo con sus alteraciones bioquímicas.
- “illness-sickness” (padecer) explora la forma en que experimenta, en que vive el paciente su enfermedad.

Es decir, además de explorar síntomas, explorar:

- Ideas que tiene el paciente.
- Miedos o sentimientos
- Impacto en su función.
- Expectativas con respecto al médico.



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

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

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

Es decir; cómo está situado en el mundo.

Se debe incorporar el contexto familiar, social y laboral del paciente.

Esto modifica todo: comprensión y abordaje.

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



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

3. Búsqueda de Acuerdos (terreno común).

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

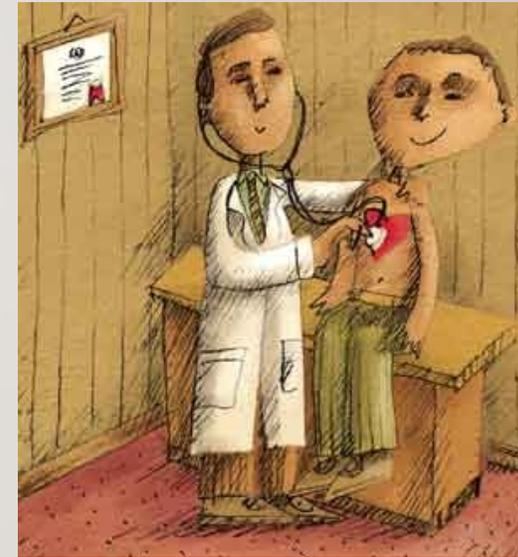
Dar **SEGUIMIENTO** al plan acordado.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

4. Prevención-promoción.

Reducir los riesgos de desarrollar otra enfermedad diferente o complicaciones de la ya presente.

Educación para la salud. El médico competente debe despertar el deseo de ser ayudado: educar al paciente.



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

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 detalles que concede el médico, son algo esencial que influye en el resultado del tratamiento y cuidado.



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

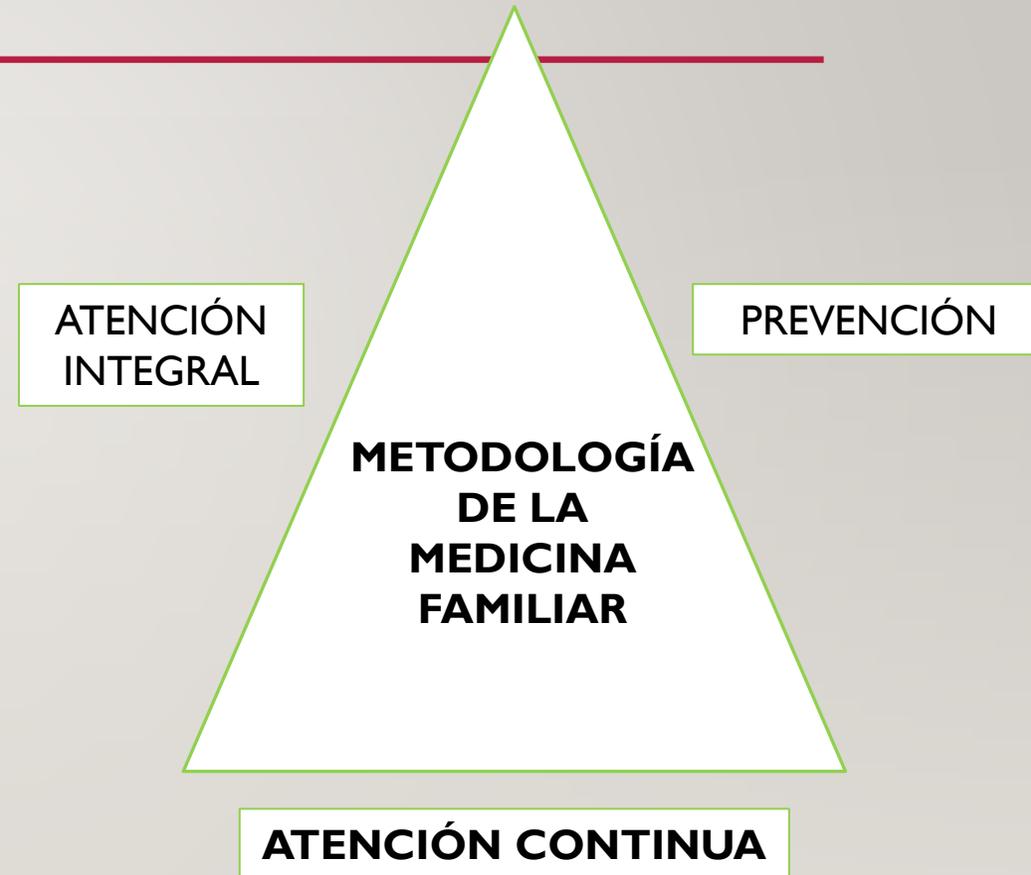
6. Ser realista.

- Todo debe hacerse considerando los recursos reales que se tienen.
- Implica orientar la práctica clínica a las prioridades, necesidades y recursos del paciente, del médico y de la institución de salud.
- No por invertir más tiempo y recursos en el paciente, se le cuida mejor.
- Conocer al paciente: sus demandas, sus preferencias, su condición socio familiar, económica y lo que le preocupa.
- Reforzar el plan realizado en el terreno común.
- No perdernos en quimeras o posibilidades utópicas.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- De los 6 componentes de la ACP, tres coinciden con la metodología de la Medicina Familiar:

1. **Atender la enfermedad y el padecer**
(*Atención integral: bio-psico-social*)
2. **Búsqueda de acuerdos** (dar seguimiento al plan acordado: *Atención continua*).
3. **Prevenir enfermedades y educar para la salud** (*Prevención*)



IMPACTO DE LA ACP EN RESULTADOS CLÍNICOS

- Variables relacionadas con la atención centrada en el paciente, mejoran:

Cifras de tensión arterial, nivel de glucemia, tolerancia a quimioterapia y percepción de bienestar por el paciente (Greenfield and Kaplan, 1988).

- Pacientes con problemas comunes en AP:

La resolución de síntomas se asocia a la toma de acuerdos con el médico sobre el problema consultado (Bass 1986).



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Mecanismo por el cual mejoran: no esta aclarado:

- Efecto placebo.
- Mayor capacidad Dx al incorporar elementos psicosociales
- Mayor adherencia al tratamiento.
- Elección mas adaptada a la realidad del pac.



La confirmación científica es suficiente para que cualquier médico se plantee el uso del modelo de Atención Centrada en el Paciente.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Perfil de actuación:

- Prevención y promoción de la salud.
- Atención independientemente de a edad, sexo, condición social y patología.
- Atención continua integrando lo biológico, psíquico y social.
- Atención a lo individual considerando lo colectivo.
- Cuidar familias y comunidades, sin descuidar las necesidades de cada persona.
- Educador en salud.
- Ganar la confianza de las personas.

Implica un cambio de paradigma educativo

RETOS PARA LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

La Universidad promueve ideas, humanismo y la evolución técnico-científica

Los alumnos son seducidos por los grandes progresos científicos

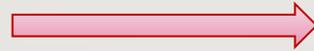
Se descuida el humanismo médico

EN LA PRÁCTICA

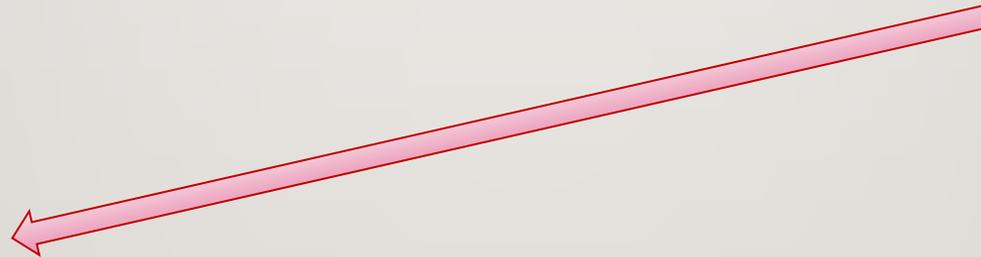
Conduce a olvidarse poco a poco del paciente como persona

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

No se practica la metodología científica de la MF por parte de las instituciones de salud y no se fomenta adecuadamente desde las universidades.



Los estudiantes buscan la seguridad que ofrece la alta especialización.



No quieren correr el “riesgo” imaginado de ser médicos «sin prestigio».



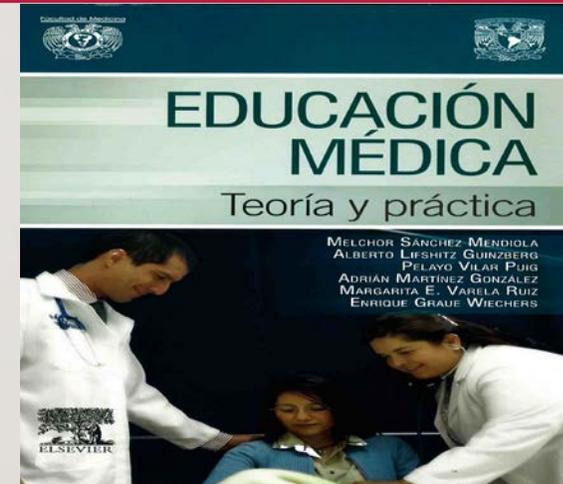
Posgrado: oportunidad para formar médicos familiares científicos y humanistas.

PILARES DE LA RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE



1. Atención primaria

2. Educación Médica



3. Humanismo médico



4. Formación de líderes



PILARES DE LA RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Atención primaria: la medicina familiar es la puerta de entrada al servicio de salud, el primer contacto del enfermo quien, requiere un médico que le cuide y oriente.

Humanismo médico no es falta de competencia científica. Es comprender que el objeto de la actuación médica es un ser humano, una persona, única e irrepetible.

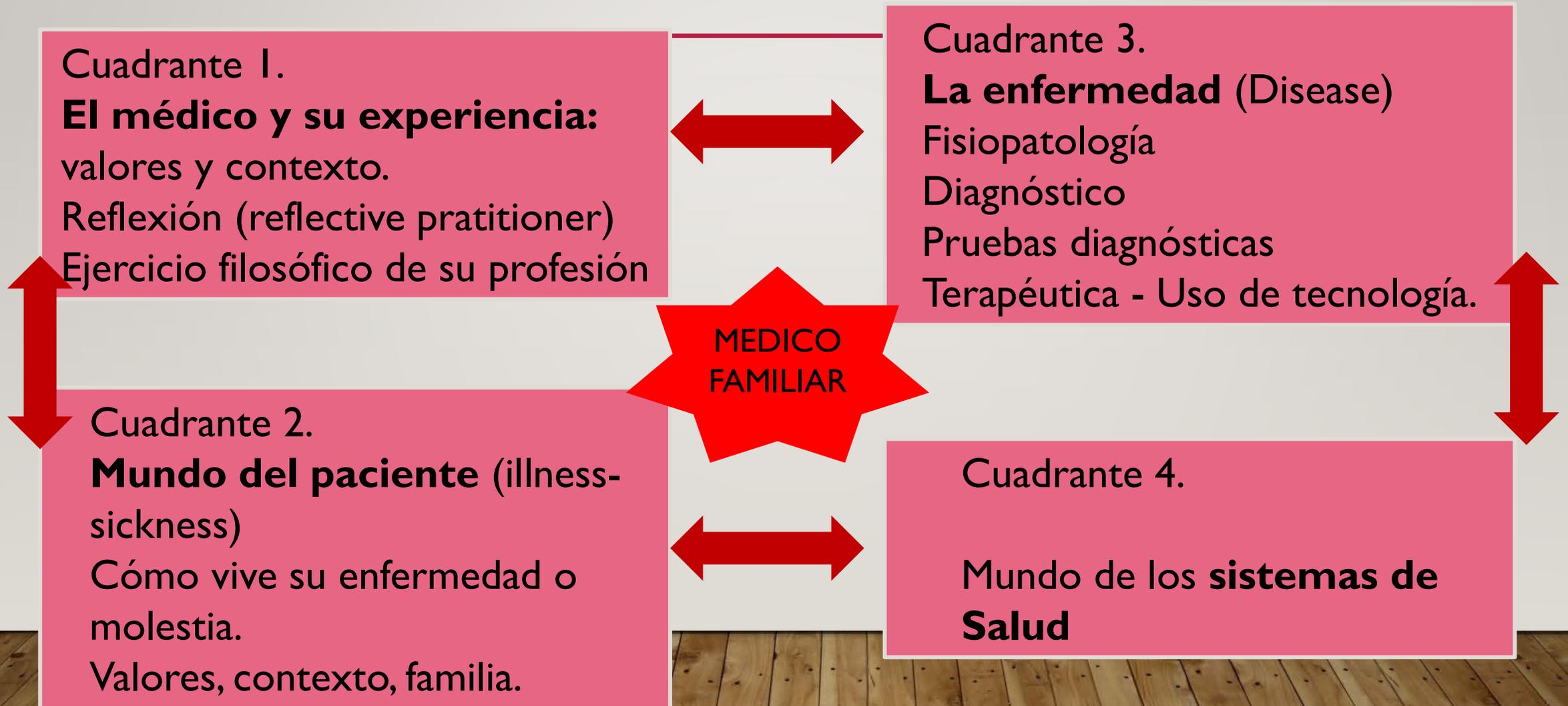
La **Educación Médica** apoyará una práctica médico-familiar centrada en la persona, no en la enfermedad.

Se requiere repensar el proceso educativo: alumnos y profesores

Líderes. implica contar con líderes, que sepan crear, soñar, ejecutar y convocar seguidores en torno de un ideal.

Saber quiénes somos y qué queremos para arrastrar otros a nuevas ideas.

CUADRANTES DE LA CIENCIA MÉDICA



ENSEÑANZA-APRENDIZAJE REDUCIDO A SU MÍNIMA EXPRESIÓN

Cuadrante 1.
Práctica profesional del médico

*Hay hipertrofia de algunos
cuadrantes*

Cuadrante 2.
Necesidades del paciente

CUADRANTE 3. BIOMEDICINA

Hay tanta información para revisar
Hay tanto que estudiar
No queda tiempo para que el médico
reflexione
No queda tiempo para escuchar al
paciente

CUADRANTE 4. SISTEMA DE SALUD

Hay tantos enfermos que tratar
Hay tantas enfermedades que controlar
Hay tanta tecnología que incorporar

MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

Este desequilibrio en los cuadrantes, se conviene en una oportunidad para ejercer la *Atención Centrada en el Paciente*:

- No reducir nuestra visión a la enfermedad.
- Recordar que existen enfermos, no enfermedades.
- Es real la diferencia entre el “disease” y el “illness-sickness”.
- El puente entre el “disease” y el “illness- sickness” marca una enorme diferencia entre tratar sólo la patología y tratar a la persona.

MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

- Colocar al paciente en el primer plano.
- 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 TRANSITAR POR LOS CUATRO CUADRANTES EN TAN POCO TIEMPO? ¿CÓMO SE HACE EN LA PRÁCTICA?

EL PACIENTE

¿Por no permitimos que el paciente hable por mucho tiempo?

Tal vez porque tenemos poco tiempo.

Investigaciones:

- 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 interrumpieron 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. 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 barreras, hacer a un lado la computadora, retirar papeles).
5. Utilizar preguntas abiertas – No dirigir la consulta a la patología: ¿En qué puedo ayudarlo? **Vs.** ¿Qué síntomas tiene?
6. Preguntarnos: ¿por qué razones el paciente acudió a consulta precisamente hoy?

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

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?

IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO EN LA FAMILIA

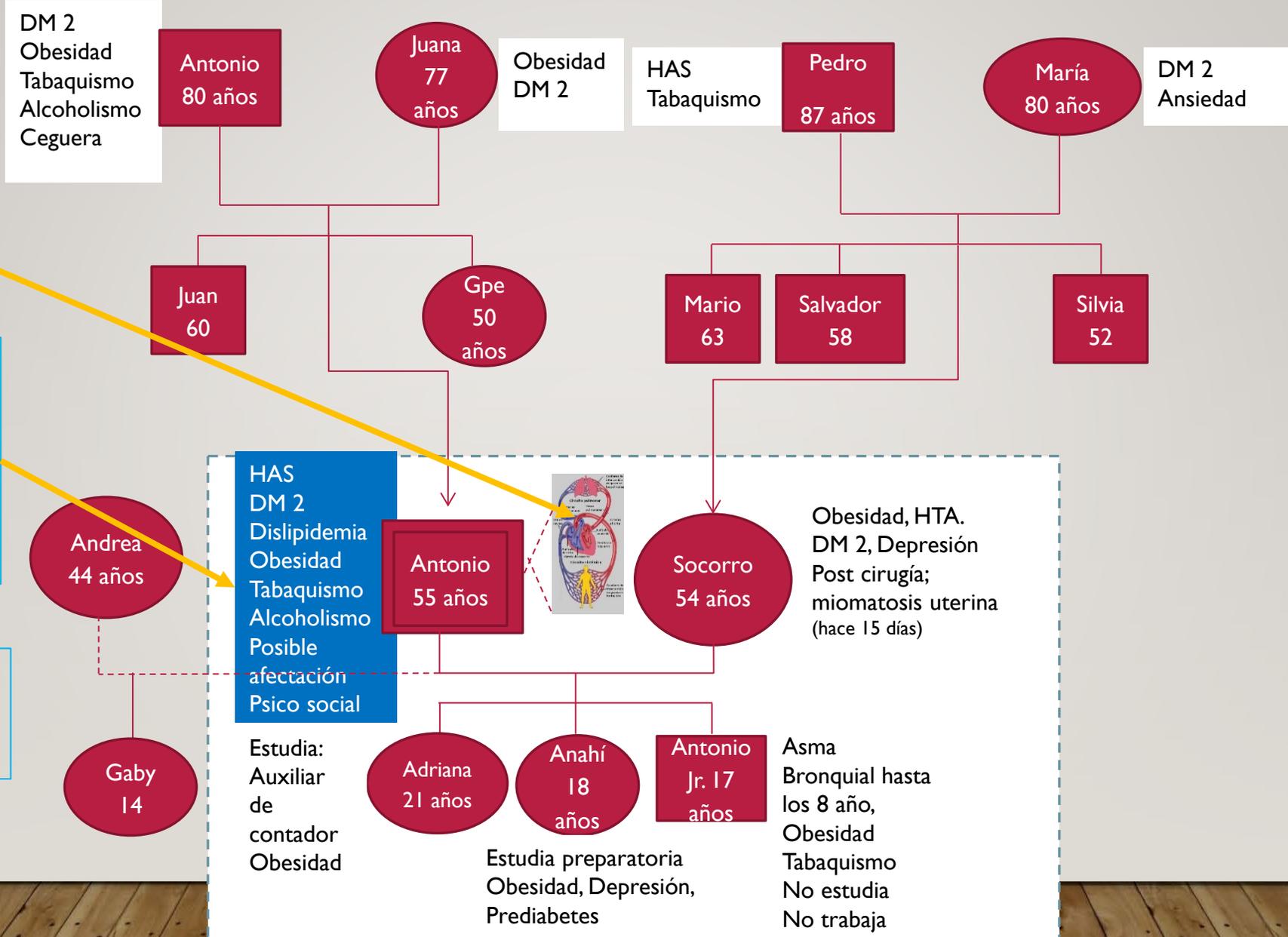
Familia L-S

Genograma de
Don Antonio
6 enero 2024

MODELO BIOMÉDICO
(At'n Centrada sólo en el órgano o la Enfermedad)

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

¿QUÉ NECESIDADES TIENE DON ANTONIO?



MODELOS DE RELACIÓN MEDICO PACIENTE

Puedes mejorar la metodología
de tu práctica clínica.

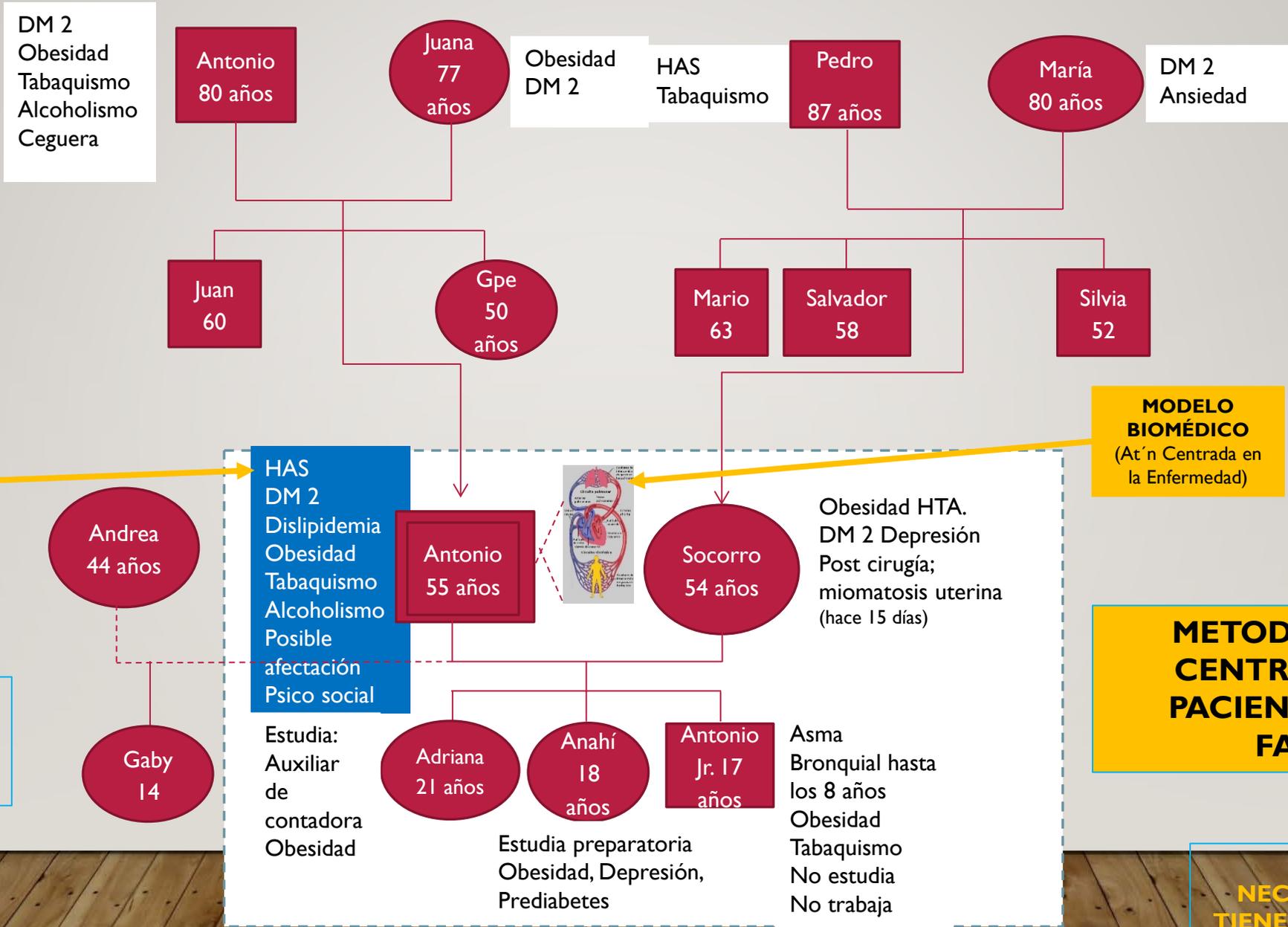


MÉTODO CLÍNICO
CENTRADO EN EL
PACIENTE
Y EN LA FAMILIA

IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO EN LA FAMILIA

Familia L-S

Genograma de
Don Antonio
6 enero 2024



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?

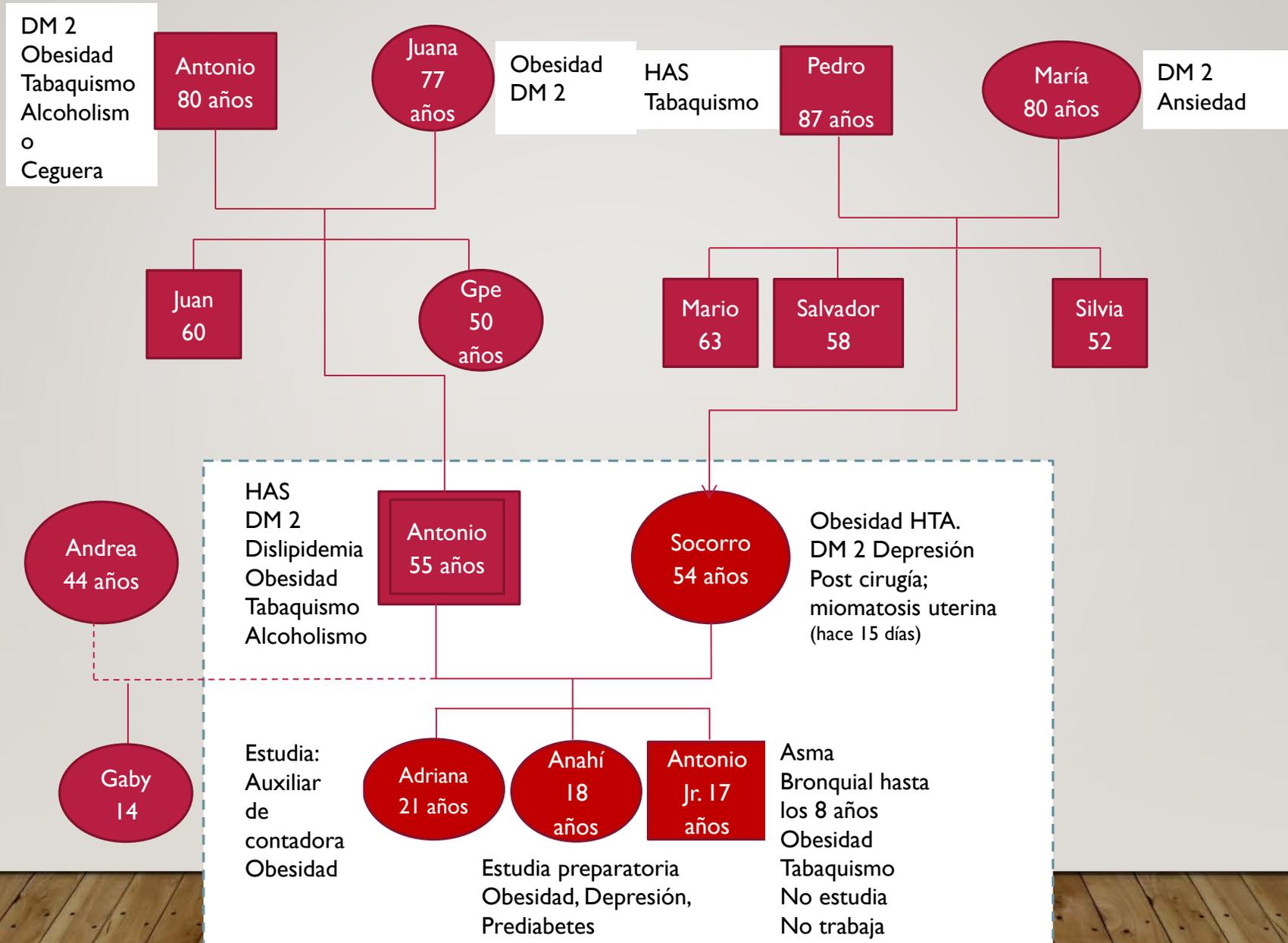
METODO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE Y EN LA FAMILIA

¿QUÉ NECESIDADES TIENE LA FAMILIA DE DON ANTONIO?

ATENCIÓN CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Genograma de
Don Antonio
6 enero 2024

Familia L-S



Período Prepatogénico	Período Patogénico			E T A P A C L Í N I C A
<p>Agente: Nutricionales, Originada por múltiples factores etiológicos que ocasionan alteración de metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas.</p> <p>Huésped: El ser humano</p> <p>Susceptibilidad: Universal</p> <p>Factores de Riesgo: Edad, Obesidad, Sexo, Antecedentes familiares, Psicosociales, Ocupacionales, Socioeconómicos</p> <p>Grupo étnico: índices más elevados en México, Israel, Japón, Islandia, en menor medida en esquimales.</p> <p>Ambiente: Déficit de saneamiento del medio ambiente urbano, rural o laboral.</p> <p>Contaminación del aire, tierra y alimentos.</p>		Muerte		
		Deterioro en la movilidad, Sociopatías		
		Cetoacidosis, Hipoglucemia, Microangiopatía, Macroangiopatía, Neuropatías, Infecciones		
		Glucemia 200mg/dl, Poliuria, Polidipsia, Polifagia, Pérdida de Peso inexplicable, Astenia, piel seca, Infecciones urinarias frecuentes		
	Enfermedad con síntomas no específicos	Horizonte Clínico		E T A P A S U B C L Í N I C A
	Enfermedad inaparente			
	Prevención Secundaria		Prevención Terciaria	
	<u>Diagnostico temprano y Tratamiento Oportuno</u>	<u>Limitación del daño</u>	<u>Rehabilitación</u>	
Prevención Primaria	Cuadro clínico de sospecha o probabilidad.	Educar al paciente para prevenir las complicaciones.	Dieta	
<p>Promoción: Educación respecto a la enfermedad.</p> <p>Protección Específica: Educación médica e higiénica sobre diabetes.</p> <p>Prevención y corrección de la obesidad, hipertensión arterial, alcoholismo y tabaquismo.</p> <p>Prevención genética.</p> <p>Evitar el estrés, sedentarismo, malnutrición, intoxicación con diversas sustancias químicas</p> <p>Puerta</p>	<p>Determinación de glucemia.</p> <p>Curva de tolerancia a la glucosa.</p> <p>Mejoría de los síntomas y bienestar mediante el control metabólico adecuado, prevención, detección y tratamiento adecuado de complicaciones.</p> <p>Tratamiento con insulina</p>	<p>Mantener niveles mínimos de glucosa.</p> <p>Evitar lesiones en extremidades inferiores.</p> <p>Control de la presión arterial.</p> <p>Examen periódico para identificar lesiones neurológicas menores, circulatorias, oftálmicas, renales, dermatológicas y hepáticas.</p>	<p>Ejercicio</p> <p>Terapia Psicológica</p>	

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Educación Médica Centrada en el Paciente. Millan-Núñez CJ, González Blasco P. Ed Unión Editorial-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: 1423-33.
- 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.