

ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE AMBULATORIO

MÉTODO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL

LA ENTREVISTA MÉDICO PACIENTE, es la parte más importante del acto médico, debe ser entendido como el encuentro entre dos maneras de mirar el mundo en la búsqueda de un acuerdo común, mediado por el lenguaje.

La libertad, la intimidad y la confianza son elementos esenciales y constitutivos de esta relación. Al ser un acto de comunicación humana, el lenguaje verbal y no verbal son determinantes de esta relación. La mirada, la palabra, los silencios, el examen físico y la exploración instrumental son formas de llevar a cabo dicha comunicación.

También es una técnica y un arte que persiguen dos objetivos:

1. Obtener en un tiempo razonable el máximo de información relevante para obtener un diagnóstico presuntivo.
2. Aproximarse al contexto cultural y familiar del paciente, quien determina la aceptación o rechazo del diagnóstico y también el camino correcto para la recuperación de la salud o la aceptación de la enfermedad.

LA TÉCNICA

La integralidad en el abordaje terapéutico, debe ser vista como una utopía. Si es imposible el conocimiento de la realidad, menos posible es el conocimiento de la realidad integral.

Con fines didácticos lo resumimos en 6 pasos:

PASO 1 LA OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA

Mirar y registrar lo que el paciente hace y dice.

Inicia con el primer contacto: observar como viste, su saludo, su lenguaje no verbal, donde se sienta, quien lo acompaña.

Lo más difícil de aprender, es el análisis del discurso, que permite descubrir la distancia entre lo que se dice (el discurso) y lo que se hace (la conducta observada) para entender la brecha entre lo que se piensa, lo que se dice y lo que se hace y como esto va a determinar la conducta del médico.

El aprendizaje de esta destreza se dificulta en la práctica clínica, pues el entrenamiento médico clásico, promovió una observación distante o clandestina.

“Para ser un buen observador hay que saber aguzar la vista y afinar el oído, saber escuchar a los demás en vez de reaccionar directamente ante sus palabras, y poder evitar constantemente la distracción o las faltas de atención tan frecuentes en una interacción social habitual”.(Kaplov), 1974 Sin dejar de lado las emociones y sentimientos tanto del observador como del observado.

PASO 2 LA ESCUCHA ACTIVA

Escuchar no es lo mismo que oír.

Oír: un fenómeno biológico relacionado con la capacidad de distinguir sonidos en nuestra interacción con el medio.

La escucha tiene raíz biológica y descansa en el oír, pero pertenece al dominio del lenguaje y se constituye en nuestras interacciones con los demás.

El acto de escuchar implica comprensión y, por lo tanto interpretación.

En síntesis, podría decirse que escuchar es “oír más interpretar”.

El “hablar efectivo” sólo se logra cuando sigue a un “escuchar efectivo”.

La habilidad de escuchar al otro determinará en gran medida cómo se va a desarrollar esta comunicación.

Desarrollar nuestra capacidad de atender y escuchar es tan importante y puede ser tan difícil como desarrollar la habilidad de expresión.

Muchas veces no verificamos si el sentido de lo que escuchamos corresponde a aquel que le da la persona que habla.

Es por ello, que gran parte de los problemas de la comunicación surgen porque las personas no se dan cuenta de que el escuchar difiere de interpretar sólo palabras.

El escuchar es siempre activo. No somos receptores pasivos, cuando escuchamos, construimos historias y atribuimos sentido a lo que el otro dice.

Existen algunos obstáculos que impiden que escuchemos con eficiencia y debemos ser conscientes de estos para poder superarlos.

El primer obstáculo es ideológico, se manifiesta en el medicocentrismo que impide escuchar y entender al paciente.

El segundo obstáculo tiene que ver con el

desarrollo profesional, su vocación, su entrega en la atención a los pacientes, y la capacidad de dejar atrás sus problemas personales y dedicarse de lleno a los problemas del paciente.

PASO 3

LA PREGUNTA CORRECTA

La pregunta puede ser automática, como aprendemos en el entrenamiento de pregrado, o puede ser inteligente, es decir nos ayuda a confirmar o descartar hipótesis que vamos ya manejando.

El arte es invitar a contestar, sin inducir una respuesta, para eso en este momento hemos logrado algunos avances en la entrevista.

- Un clima emocional acogedor, en el cual el paciente está convencido que es la persona más importante en el consultorio.
- Mostrar empatía (“entiendo lo que siente”, “noto que”).
- El médico está en la capacidad de proponer síntesis parciales que ayuden a centrar la entrevista.
- Evitar el “síndrome del experto”, es decir, tener la respuesta antes de que el otro cuente todo.
- No rechazar las emociones que el otro manifiesta, ni sentirse en la responsabilidad de solucionar todos los problemas que expresa el paciente

PASO 4

LA ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

El método para elaborar hipótesis, se basa en los tres pasos anteriores y la utilización del método científico:

La inducción: es ir de lo particular hacia una hipótesis general, fundada en la experiencia pasada, conocimiento particular que lleva a generalizaciones.

La deducción: es ir de lo general a lo particular, como por ejemplo evidencia, epidemiológica clínica, que utilizamos para entender y elaborar hipótesis clínicas.

La abducción: Es igual un proceso lógico, pero se diferencia de los anteriores al introducir una idea nueva; que no parte de evidencias científicas, sino del instinto racional. Se diferencia del instinto no empírico o mágico, en que para desarrollar la abducción el científico, el médico, debe trabajar varios años, hasta desarrollar sus sensibilidades científicas que le permite hacer conjeturas que se acercan a las verdaderas, aunque no aseguran infalibilidad. El proceso abductivo es generado a partir de una sorpresa, una situación que el observador no puede explicar con las teorías existentes.

En la práctica médica realizamos todo el tiempo abducciones, inducciones y deducciones que utilizamos sin racionalizarlo pero estas al final, conforman el método clínico.

Los métodos de análisis de problemas enunciados por Weed en 1966 y posteriormente por Rakel son muy útiles en la práctica clínica con las limitaciones de todas las herramientas, responden al paradigma lineal del análisis matemático de probabilidades, para

saber cuan buena es esta predicción puede medirse el número de falsos positivos o el número de falsos negativos a que da lugar un cierto indicador de riesgo. Cuanto más alto es el valor de uno de ellos, más bajo resulta el del otro.

Su utilidad depende de la prevalencia de una enfermedad, por ejemplo, Dengue en zonas tropicales en brotes epidémicos, es muy útil, pero no es tan útil para asegurar que alguien tiene enfermedad de Still del adulto, pues depende de la población, su perfil epidemiológico y el riesgo de tener una enfermedad, que define la proporción de falsos positivos y falsos negativos que vamos a encontrar.

El enfoque dinámico, utiliza el término «situación de salud», al considerar la salud como categoría en su orden relativo, ya que depende del criterio que la sociedad tenga de ese concepto, introduce el relativismo cultural a la complejidad de enfrentar una posibilidad diagnóstica.

Otro factor a tomar en cuenta son los recursos personales, familiares y sociales que atenúan o neutralizan el impacto de los riesgos, La capacidad de algunos seres humanos en lo biológico, psicológico y social de estar expuestos al riesgo, sin sufrir consecuencias adversas, “la resiliencia”.

Para el pensamiento complejo la teoría general de sistemas, permite sumar los elementos relacionados que están provocando la perturbación, que se manifiesta como malestar físico, psicológico, social u otro y cuáles son los bucles que producen la inestabilidad y cual parte del sistema es el máximo provocador de la inestabilidad ya sea en la célula, en el órgano, organismo, grupo humano, orga-

nización, sociedad, etc.

En este punto, es importante aclarar que, el método sistémico no supone una herramienta más de la medicina biológica, sino que es un nuevo paradigma que permite abordar la integralidad del paciente, incorporando el conocimiento médico clásico, con el desarrollo de la biotecnología, las ciencias sociales, las diversas escuelas de salud mental en una estrategia transdisciplinar

Para tener hipótesis convincentes priorizamos en la construcción teórica en cual esfera se encuentra el malestar, es solo biológico, interviene lo psicológico o lo social, antes aceptamos la imposibilidad de la matemática lineal, para entender los problemas humanos y que siempre existirá incertidumbre en el diagnóstico y en el tratamiento que proponemos al paciente.

PASO 5

LA ELABORACIÓN DE PLANES DIAGNÓSTICOS.

Tanto en el paso 4 como en el 5, son indispensables un dominio de la epidemiología clínica y de la medicina en general.

Estos conocimientos tienen diferente desarrollo según la etapa de formación del médico, la especialidad elegida y el nivel de complejidad de atención donde ejerce su práctica.

El método clásico de elaboración y priorización de lista de problemas es útil para elaborar diagnósticos presuntivos, que confirmamos con pruebas de laboratorio, gabinete o fármacos, que confirman o rechazan estas hipótesis o diagnósticos.

PASO 6

LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Luego que tenemos diagnósticos definitivos surge la pregunta: ¿Qué tipo de intervención es la que más beneficia al paciente? Esto es especialmente difícil en pacientes ancianos o que presentan múltiples patologías, en los cuales es necesario un abordaje integral.

La priorización de los problemas a ser intervenidos, en el paciente, no soluciona el problema de la integralidad, solo permite realizar nuestro trabajo médico en el día a día. Esta priorización, es temporal y va cambiando en la continuidad de la atención.

Herramientas para la priorización:
Priorizamos cual esfera de la integralidad es la que necesita intervención:

- Esfera Biológica
- Esfera Psicológica
- Esfera Social

Todo ser humano maneja niveles de problemas en las tres esferas al mismo tiempo.

- Por fines prácticos, priorizamos los problemas en un momento vital guiados por nuestras presunciones diagnósticas.

Y priorizamos el tipo de intervención terapéutica:

- biológica pura
- educativa
- psicológica
- social
- compleja

DIAGNÓSTICOS	ESFERAS		
	BIO.	PSICO.	SOCIAL
APENDICITIS AGUDA	X X X	X	
INFARTO AGUDO	X X X	X	X
NEUMONIA	X X X	X	X
DOLOR PÉLVICO CRÓNICO	X	X X X	X
INTENTO DE SUICIDIO	X X X	X X X	X X X
EMBARAZO EN ADOLESCENTES	X X	X X X	X X X
DESNUTRICIÓN	X X	X	X X X
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	X X X	X X X	X X X
ACCIDENTES DE TRÁNSITO	X X X	X	X X

Manejo Integral / Priorización de la Intervención

PERLAS

- Nunca se debe olvidar, que la condición humana, y los prejuicios culturales tanto del médico como del paciente, determinarán la relación médico paciente y el camino de la curación.

- El contexto como determinante del accionar del médico y del paciente.

- Las limitaciones del médico y de la medicina ante la complejidad de la vida.

- La función esencial del médico, no como técnico ni sanador, sino como instrumento terapéutico.

- El uso del lenguaje como herramienta fundamental de la práctica médica, con la cual podemos construir o destruir.

BIBLIOGRAFÍA

- Laín Entralgo P. El médico y el enfermo, Madrid: Ediciones Guadarrama SA (1969).
- Lipovetsky G. La Era del vacío, Edit. Anagrama, Nov. 2003.
- Dörr O. La Postmodernidad y la pregunta por el sentido, Revista Atenea, Año 2001, N° 484: 29-42, Editorial Universidad de Concepción, Chile, 2002.
- Aruguete G. Humanizar la atención médica. Revista del Círculo Médico de Moron, Buenos Aires, Argentina. 2000; 123: 12-23
- Organización Mundial de la Salud: Doctor Patient Interaction and Communication. Division of Mental Health, Publicación WHO-MNS-PSF-93. 11, Ginebra, 1993.
- Goic A. El fin de la medicina. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2000
- Sebeok Albert, Umiker Donna. Sherlock Holmes y Charles S. Peirce: el método de la investigación. Ediciones Paidós, 1994.
- Maturana R., Humberto. Emociones y lenguaje en educación y política: Pedagógicas, 1990. 9Bp. nfst.
- Kaplov Theodore, La investigación sociológica, Ed. LAIA, Barcelona, 1974.

