

Medicina Familiar durante y después de la COVID-19

Family Medicine During and After COVID-19

Sebastián Galvis Acevedo,* Leidy Suarez Orozco,* Mariana Blanco Betancur,** Jorge A. Sánchez Duque.***

Recibido: 09/05/2021
Aceptado: 02/08/2021

*Departamento de Medicina Familiar, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

**Grupo de investigación Epidemiología, Salud y Violencia. Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Risaralda, Colombia.

*** Grupo de investigación Epidemiología, Salud y Violencia. Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Risaralda, Colombia. Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad. Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán, Cauca, Colombia.

Correspondencia:
Jorge A. Sánchez Duque
jorandsanchez@utp.edu.co

Resumen

La pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 ha evidenciado la necesidad imperiosa de avanzar desde el modelo biomédico hacia la Medicina Centrada en el Paciente (MCP), la cual involucra un abordaje del proceso salud-enfermedad desde los determinantes sociales de la salud, el marco teórico de la sindemia y el paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). La integración de formación docente, administrativa, investigativa y salubrista permite al médico de familia diseñar y coordinar programas de promoción y prevención, así como sugerir cambios en las políticas de salud pública en pequeña y gran escala. Este documento busca describir la importancia de la Medicina Familiar para fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS).

Palabras clave: medicina centrada en el paciente, Atención primaria, Medicina Familiar, COVID-19

Sugerencia de citación: Galvis-Acevedo S, Suarez-Orozco L, Blanco-Betancur M, Sánchez-Duque. Medicina Familiar durante y después de la COVID-19. *Aten Fam.* 2021;28(4):280-283. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.4.80599>

Summary

The pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus has shown the urgent need to advance from the biomedical model towards Patient-Centered Medicine (PCM), which involves an approach to the health-disease process from the social determinants of health, the syndemic theoretical framework and the paradigm of Evidence-Based Medicine (EBM). The integration of administrative, research and health training allows the family physician to design and coordinate promotion and prevention programs, as well as to suggest changes in public health policies on a small and large scale. This document seeks to describe the importance of Family Medicine to strengthen Primary Health Care (PHC).

Keywords: Patient-Centered Medicine; Primary Care; Family Practice; COVID-19

Introducción

Hoy día, el modelo biomédico sigue siendo hegemónico en la práctica clínica, conduciendo al profesional de la salud a centrar su atención en la enfermedad y su origen fisiopatológico, para determinar un diagnóstico y tratamiento específico, la mayoría de las veces sin tener presente las preferencias de los pacientes.^{1,2} Esta visión reduccionista afecta el proceso salud-enfermedad, por lo que un enfoque holístico e integrativo que involucre la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, el marco teórico de reciente caracterización denominado *sindemia* y el paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia es de gran trascendencia.^{3,4}

Medicina Centrada en el Paciente

Durante la pandemia de la COVID-19, debido al uso indispensable de equipos de protección personal y al distanciamiento

social, se evidenció una importante ruptura en la triada de atención médico-paciente-familia, no sólo en el contexto intrahospitalario, sino de forma extrahospitalaria.^{4,5} Ante el riesgo inminente de contagio y de exacerbación de condiciones clínicas de la población general se ha requerido implementar un modelo de atención clínica ininterrumpida con enfoque biopsicosocial, en la cual pacientes y familiares participan activamente en la toma de decisiones, otorgando un grado mayor de empoderamiento de la patología, facilitando el autocuidado y control sobre su propia vida, todo esto es un componente fundamental de la MCP.⁵⁻⁷

La MCP configura una parte esencial de la práctica diaria del médico familiar, el cual se distingue de otros especialistas médicos por su profundidad al abordar las enfermedades más prevalentes de la población, así como en su capacidad para forjar una estrecha relación médico-paciente-familia.⁸⁻¹⁰ Lo anterior, desde luego, refuerza el hecho de que el médico familiar es el profesional de la salud que debe prevenir el surgimiento de la enfermedad y promocionar la salud.^{11,12}

Prevención de la enfermedad

La organización de la prestación de los servicios de salud y de las intervenciones médicas, en correspondencia con la historia natural de la enfermedad, permite optimizar y hacer el mejor uso posible de los recursos en salud y, en última instancia, potenciar su impacto en la salud global.³ Los niveles de prevención propuestos originalmente por Leavell y Clark,^{1,2} y que presentaron desarrollos teóricos posteriores, constituyen un conjunto de acciones, actividades e intervenciones entre los que se encuentran: 1. la prevención primaria, que incluye la promoción de la salud (v. gr. educación

en salud) y prevención de la enfermedad (gestión y detección de los factores de riesgo); 2. la prevención secundaria, que implica el diagnóstico y tratamiento oportunos de la enfermedad (v. gr. tamización de enfermedades prevalentes); 3. la prevención terciaria, enfocada en la rehabilitación y mitigación de las secuelas de las enfermedades. Recientemente se introdujo el concepto de la prevención cuaternaria, entendida como el conjunto de acciones que se realizan para evitar o atenuar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas, las cuales son derivadas del contacto de las personas con los sistemas de salud.^{13,14}

En Colombia, uno de los componentes más representativos de la APS —al menos en lo que respecta a la parte institucional y de la política pública en salud— se encuentra orientado hacia la implementación de estrategias de tamización o cribado según el curso vital de la persona, las cuales se encontraban inicialmente descritas en la resolución 412 del 2000, y actualmente están reglamentadas en la Resolución 3280 del 2018, con algunos ajustes añadidos por la resolución 276 de 2019. Algunos de sus principales componentes se describen en la tabla 1.¹⁵⁻¹⁷

Al igual que en Colombia,¹⁵⁻¹⁷ diferentes estrategias de APS en los países latinoamericanos se encuentran centradas en el diseño de programas de tamización de la enfermedad y seguimiento a la población en los diferentes grupos etarios especialmente coordinados desde la consulta externa. Si bien estos programas tienen como objetivo la detección temprana de enfermedades prevalentes en la población general, aún hace falta robustecer la construcción de políticas públicas centradas en la promoción y mantenimiento de la salud, sobre

Tabla 1. Principales estrategias de tamización o cribado para la población colombiana

| Estrategia de tamización | Curso de vida por edad | | | | | |
|--|--------------------------|--|---|---|--|--|
| | Primera infancia (0-5 A) | Infancia (6-11 A) | Adolescencia (12-17 A) | Juventud (18-28 A) | Adulthood (29-59 A) | Vejez (≥60 A) |
| Tamizaje auditivo (EOA o RATEA) | Recién nacido | | | | | |
| Anemia | 6-23 M. Hb según riesgo | 10-13 A y 14-17 A con Hb y HCT solo en mujeres | | | | |
| Prueba rápida treponémica, VIH, hepatitis B | | | Según exposición al riesgo | Según exposición al riesgo | Según exposición al riesgo | Según exposición al riesgo |
| Hepatitis C prueba rápida | | | | 22-28 A con transfusiones <1996 | 29-49 A con transfusiones <1996 | ≥50 A una vez en la vida |
| Riesgo cardiovascular (Glucemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis) | | | | Quinquenal | Según clasificación de riesgo cardiovascular | Según clasificación de riesgo cardiovascular |
| Cáncer de cuello uterino | | | | Citología: #20-24 A según antecedentes y asociados. 25-28 A esquema 1-3-3 | O prueba ADN VPH: 30-65 A, esquema 1-5-5 | |
| Cáncer de mama | | | | Riesgo alto**: RM contrastada anual o mamografía + ecografía anual | 50-69 A mamografía cada 2 años. #40-69 A valoración clínica cada año ≥30 A con riesgo moderado*: mamografía + ecografía anual | |
| Cáncer de próstata (PSA y tacto rectal) | | | | | 50-75 A cada 5 años Tamización de oportunidad | |
| Cáncer de colon | | | Antecedentes familiares en primer grado de PAFC: colonoscopia anual desde los 12-15 A, hasta los 30-35 A, después cada 5 años | | 50-75 A cada 2 años con sangre oculta en materia fecal por inmunohistoquímica, o colonoscopia cada 10 años. Riesgo bajo y moderado**: Colonoscopia desde los 40 A, cada 5 años, o 10 años antes del caso índice en 1er o 2do grado | |

A: edad en años. Hb: hemoglobina. HCT: hematocrito. M: edad en meses. PAFC: poliposis adenomatosa familiar clásica. RM: resonancia magnética. EOA: Emisiones Otoacústicas. RATEA: respuesta auditiva de tallo encefálico automatizada. *Riesgo alto de cáncer de mama. Remitirse a las Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Colombia¹⁶. **Riesgo bajo y moderado cáncer de colon y recto. Remitirse a las Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto.¹⁷

todo en lo concerniente a la Medicina del Estilo de Vida (MEV).^{8,12}

Promoción de la salud

Aunque en teoría se reconoce la importancia de la promoción de la salud para lograr mejores resultados globales en salud, los profesionales de la salud suelen presentar dificultades a la hora de concretar lo que denominamos promoción de estilos de vida saludables, especialmente en lo que respecta a práctica de

la MEV, a la adecuada prescripción de la actividad física, nutrición balanceada y la consejería para modificaciones comportamentales, como el apoyo a la cesación del tabaquismo, entre otras.^{4,5,18,19}

Las intervenciones de asesoramiento o consejería médica que tienen como propósito la modificación de estilos de vida, tienen como sustento teórico a las cinco *aes* del inglés: *assess*, *advise*, *agree*, *assist*, *arrange*, que son: 1. averiguar sobre factores y conductas de riesgo; 2. aconsejar

acerca de los riesgos y beneficios personales; 3. acordar y pactar objetivos claros con el paciente; 4. ayudar haciendo uso de técnicas de modificación de la conducta y 5. asegurar citas de seguimiento a los pacientes.⁹⁻¹¹

Para la construcción de planes exitosos que permitan garantizar el cumplimiento de las metas establecidas y, por lo tanto, lograr el cometido de la promoción de la salud, se han diseñado estrategias como los criterios SMART. Esta

palabra es un acrónimo que significa que los planes deben ser específicos (*specific*), medibles (*measurable*), alcanzables (*achievable*), realistas (*realistic*) y cronometrados (*timely*).¹⁸

El rol del médico de familia en atención primaria

El médico de familia posee actitudes y aptitudes en cinco dimensiones principales: 1. enseñanza en salud; 2. investigación en salud; 3. administración en salud; 4. liderazgo en salud pública y 5. cuidado y manejo clínico de la familia.¹

El impacto de la participación del médico de familia en la APS se evidencia al analizar variables asociadas al número de consultas, ya que, a pesar de que 75% de los adultos de una población expresan alguna molestia o enfermedad y 25% de los adultos consultan a un médico, en presencia de un médico de familia, por cada mil personas sólo 0.9% se hospitaliza, 0.5% es remitido a otros especialistas y únicamente 0.1% es remitido a hospitales de mayor complejidad,^{8,20} con oportunidad de readmisión hospitalaria a 30 días de 5% para ataque cardíaco, 7% para neumonía y 8% para falla cardíaca.¹²

Lo anterior denota la necesidad imperiosa de establecer cambios en las políticas públicas en salud, especialmente en la asignación y distribución de recursos centrados en el nivel primario de atención, contrario al contexto social actual en el que gran parte del gasto en salud se encuentra designado a centros de atención de alta complejidad.^{8,21}

Es imprescindible la consolidación del médico de familia como actor protagonista en la construcción de guías de práctica clínica fundamentadas en MBE y MCP con enfoque en APS, considerando desde programas de educación a los pacientes,²¹ seguimiento virtual y atención

domiciliaria, hasta consideraciones de políticas públicas en los campos de la administración en salud y la salud pública para optimizar el manejo de recursos en salud.²²

En conclusión, la pandemia de COVID-19 ha precipitado una nueva mirada hacia los principios de la APS de la mano de conquistas teóricas del modelo biopsicosocial, los determinantes sociales de la salud, el enfoque teórico sindémico, la MCP, y la MBE. Lo anterior configura un llamado urgente a la necesidad imperiosa de fortalecer la participación del médico de familia, un especialista con cualidades clínicas, administrativas, investigativas, en docencia y de liderazgo en salud pública.

Referencias

- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980; 137(5):535-544.
- E-Gurney Clark. Natural history of syphilis and levels of prevention. *Br J Vener Dis*. 1954;30(4):191-197.
- Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam salud pública*. 2002;12:149-152.
- Mendenhall E, Kohrt BA, Norris SA, Ndeti D, Prabhakaran D. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet*. 2017;389(10072):951-963.
- Gómez-González JF, Cortés-López V, Basante-Muñoz LY, Gaviria-Zuluaga K, Blanco-Betancur M, Sánchez-Duque JA. Humanización de los cuidados intensivos: Un llamado a la acción durante y después del COVID-19. *Rev arch med familiar gen*. 2021;18(1):5-9.
- Rodríguez-Perón JM. Precision medicine and evidence-based medicine. *Rev Cub Med Mil*. 2019;48(4):e321.
- Cuba-Fuentes M, Contreras-Samamé JA, Ravello-Rios PS, Castillo-Narro MA, Coayla-Flores SA. La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Rev Med Hered*. 2016; 27(1):50-59.
- Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff*. 2010; 29(8):1489-1495.
- Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med*. 2002;22(4):267-284.

- Galvis-Acevedo S, Melo-Quiñones J, Sánchez-Duque JA. Educación en medicina familiar, durante y después de la pandemia. *Aten Fam*. 2020;27(19):48-49.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychother theory, Res Pract*. 1982;19(3): 276.
- Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012; 26 Suppl 1: 20-26.
- Almenas M, Cordero-Hidalgo E, Pineda CA, Muñoz E, Rojas-Armadillo ML, Salvatierra E, et al. Quaternary prevention: how to do, how to teach. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(Supl 1):69-83.
- Hashim MJ. Patient-Centered Communication: Basic Skills. *Am Fam Physician*. 2017; 95(1):29-34.
- Ministerio de Salud y Protección social. Resolución número 3280 de 2018. [Internet]. [Citado 2021 Mar 04] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama [Internet]. [Citado 2021 Mar 04] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20de%20Cancer%20de%20Mama%20versi%C3%B3n%20completa.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto [Internet]. [Citado 2021 Mar 04] Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_cancer_colon/GPC_Ca_colon_Profesionales2daEd.pdf
- Bailey RR. Goal setting and action planning for health behavior change. *Am. J. Lifestyle Med*. 2019;13(6):615-618.
- Blanco-Betancur M. Efecto del ayuno intermitente en salud: Un enfoque de prevención primaria durante y después de la pandemia. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2021;25(Suppl 2): e1283.
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265(18):885-892.
- Sánchez-Duque JA, Ardila-Quiñones ME, Molano-Dorado H, Acevedo SG. Atención domiciliaria durante, y después del COVID-19. *Aten Primaria*. 2021; 102096. Epub ahead of print.
- Sánchez-Duque JA, Su Z, Rosselli D, Chica-Ocampo MC, Lotero-Puentes MI, Bolaños-Portilla AN, et al. The ignored pandemic of public health corruption: a call for action amid and beyond SARS-COV-2/COVID-19. *J Exp Biol Agric Sci*. 2021;9(2):108-116.