

EL TRABAJO MÉDICO EN CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA GENERAL:

Dr. Santiago Soto Obrador.
Octubre 2012

No hay trabajo médico más sacrificado y menos considerado, que el trabajo de un Médico General.

Las armas básicas de la clínica, la Anamnesis y el Examen Físico, y a veces algunos exámenes de laboratorio, son los únicos elementos con los que cuenta este profesional para diagnosticar, indicar terapias específicas con la menor incidencia de efectos colaterales, y el menor costo y la máxima efectividad; prevenir morbos y morbilidades, y enseñar al paciente y a su familia a organizarse de tal modo que pueda evitar, con fáciles medidas, afecciones mayores.

Como esencial, los datos que se anotan a continuación servirán de fundamento mínimo para otorgar al paciente una medicina elemental pero de alto rendimiento.

Competencias mínimas de un médico general debieran ser:

1. Examen del Estado Mental y estado funcional-
2. Determinación del Estado Nutritivo.
3. Examen del Sistema Linfático.
4. Examen de Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta.
5. Examen Pulmonar.
6. Examen Cardiovascular.
7. Examen Gastrointestinal incluyendo el rectal.
8. Examen Ginecológico incluyendo examen mamario y pelviano y saber practicar un PAP.
9. Examen Urológico incluyendo Próstata.
10. Examen Neurológico.
11. Examen Músculo- Esquelético.
12. Examen de la Piel.
13. Obtención de la anamnesis evidenciando los problemas médicos actuales y la historia médica pasada incluyendo intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, traumas.
14. Obtención de una historia familiar pertinente.
15. Obtención de una historia social incluyendo estilo de vida, trabajos actuales y pasados, situación vital, uso de sustancias o abuso de ellas.
16. Obtención de una historia de fármacos recibidos incluyendo alergias.
17. Demostrar eficiencia en modificar la entrevista con el paciente y el examen de este según circunstancias, incluyendo la habilidad de practicar una historia completa y un examen físico cabal en servicios de urgencia.
18. Demostrar ser capaz de conducir una historia clínica y un examen físico cabal, en un tiempo determinado, de acuerdo a los síntomas señalados por el paciente, en la atención ambulatoria.
19. Practicar un examen médico preventivo.
20. Modificar la técnica de la entrevista de acuerdo a las habilidades del paciente y a su estilo interaccional.

21. Identificar las necesidades del paciente en relación a su salud y los requerimientos de éste.

22. Aplicar el conocimiento clínico para establecer la agudeza de una enfermedad, y reconocer los riesgos, las complicaciones y reagudizaciones de pacientes con enfermedades crónicas.

23. Aplicar los conocimientos clínicos necesarios para ayudar a los pacientes, junto a sus familias, que enfrentan la muerte o una enfermedad terminal.

24. Desarrollar hipótesis que expliquen los problemas del paciente de manera acuciosa, organizada y con una priorización del diagnóstico diferencial preliminar.

25. Desarrollar una estrategia que con la información inicial dada por el paciente se seleccione y se interprete adecuadamente los tests apropiados y los procedimientos diagnósticos, aplicando a estos procedimientos lo que se sabe de sensibilidad y selectividad, riesgos, costos y beneficios.

26. Aplicar el conocimiento de los mecanismos básicos del proceso patológico para analizar los datos obtenidos en la Historia, el Examen Físico y los Procedimientos de Laboratorio.

27. Hacer la terapia inicial en salas de emergencia en donde la eficiencia es una prioridad.

28. Presentar los pacientes y todos los datos necesarios de su exploración médica de manera concisa, organizada y efectiva, a los médicos especialistas requeridos o a los otros miembros de equipo de salud si es necesario.

29. Implementar el plan terapéutico inicial que exprese:

- La apreciación crítica de cada diagnóstico.

- El conocimiento de la historia natural de los procesos y consideración de la

probabilidad de que el tratamiento pueda alterar el curso del proceso patológico.

- Conocimiento básico de las indicaciones, contraindicaciones, riesgos, reacciones adversas, costo y beneficio de las potenciales intervenciones terapéuticas.

- Conocimiento básico de los mecanismos de la acción de las drogas, farmacoterapia, farmacodinamia, interacciones droga -droga y droga -nutrientes.

30. Evaluar la evolución del paciente durante el tratamiento, identificando la tolerancia al tratamiento y las complicaciones inesperadas de este, y reasegurar diagnóstico y tratamiento a la luz del actual curso clínico.

31. Demostrar responsabilidad en la continuidad del tratamiento del paciente total en relación con los factores que influyen la terapia incluyendo:

- Estado psicológico.

- Aspectos sociales, económicos, culturales y religiosos.

- Potencial abuso de sustancias.

- Hábitos de nutrición y de salud general.

- Aspectos del medio ambiente y del trabajo del paciente.

- Consideración de los fines perseguidos con el tratamiento en el corto y largo plazo.

- Conducta para prevenir incapacidades y para mejorar el daño funcional.

32. Demostrar habilidades en la práctica de Medicina Preventiva individual y comunitaria:

- Fundamentar los riesgos de la enfermedad centrado en el paciente, aconsejando en áreas de reducción de riesgo cardiovascular, reducción de riesgo tumoral dependiente de tabaco, disminución de traumatismos y accidentes, reducción del riesgo de abuso de sustancias, promoción de estilos de vida saludable.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

-Prevención. Promoción de salud.

-Desarrollo normal.

-Alimentación saludable

-Sedentarismo vs actividad física

-Obesidad y sobrepeso

-Manejo del paciente en tratamiento anticoagulante

-Prevención de enfermedad reumática

33. Demostrar conocimiento acerca de las implicancias de las alteraciones congénitas y de las alteraciones genéticas adquiridas en el proceso de enfermedad.

34. Aprender el rol del médico en el cuidado de la salud de una comunidad incluyendo la habilidad de describir el impacto de los sistemas de salud en la salud de la comunidad, y en cómo pueden mejorarse.

35. Demostrar reflexividad en los principios de calidad de la atención médica y el cuidado costo-beneficio incluyendo la habilidad de:

-Dar valor a la entrega de cuidados médicos enfocados a un acceso a la salud fácil, barato y amistoso para el paciente.

-Conocer los costos y los medios para reducirlos en el sistema de salud.

-Incorporar los principios de Costo-Beneficio en el cuidado individual de pacientes.

Competencias Instrumentales.

36. Demostrar el uso de precauciones universales y proponer y estructurar procedimientos clínicos y diagnósticos incluyendo:

-Punción venosa.

-Cateterización endovenosa.

-Inserción y remoción de catéter Foley.

-Instalación y retiro de tubos nasogástricos.

-Punción arterial.

-Punción lumbar.

-Suturas de heridas menores.

-Cuidado básico de heridas.

-Incisión y drenaje de abscesos.

-Colocación de vendajes, férula e inmovilizaciones en extremidades dañadas.

37. Saber instalar e interpretar los siguientes procedimientos:

-Interpretar Radiografías de Tórax y Abdomen Simple.

-Instalar e interpretar un Electrocardiograma.

-Interpretar Gases en sangre arterial.

-Interpretar: Hemograma, sedimentación, Electrolitos plasmáticos y urinarios, tests de función hepática, tests de función renal, examen de orina completa, tinción de Gram, Guayaco en deposiciones, Tests funcionales respiratorios.

38. Ser capaz de revisar los datos clínicos primarios incluyendo radiografías e informes histopatológicos con expertos y con médicos tratantes.

39. Estar capacitado para efectuar resucitación Cardiopulmonar.

40. Demostrar la adquisición de principios fundamentales respecto de reconocimiento clínico, diagnóstico diferencial, evaluación diagnóstica e inicio de terapias en pacientes con problemas prevalentes hospitalizados y ambulatorios.

41. Registrar observaciones, reflexiones y consideraciones respecto de la toma de decisiones en la Ficha Clínica incluyendo:

42. Registrar en forma escrita, la evolución del paciente, el estado actual, el manejo de las opciones tomadas por el equipo de salud, en forma legible, organizada y concisa.

43. Demostrar el rol de la responsabilidad del médico hacia el paciente y la sociedad.

44. Demostrar un cuidado humanitario y un acercamiento afectuoso al paciente.

45.Desarrollar una relación con los pacientes de modo tal que puedan estos relatar sus síntomas y saber que han sido comprendidos por el médico.

46.Entender la autonomía del paciente e incluir al paciente en el proceso de la toma de decisiones;

-Demostrar una comunicación efectiva con el paciente y su familia acerca de las opciones terapéuticas, de modo que el paciente se informe para escoger y tomar opciones apropiadas, consienta con el plan recomendado o demuestre que ha entendido un plan recomendado que no ha escogido;

-Interactuar en forma positiva, con pacientes y familiares, aún cuando sean diferentes sus valores personales, culturales, políticos, económicos o religiosos.

47.Educar y asistir al paciente y a su familia para seguir con los planes terapéuticos, incluyendo la simplificación de las opciones terapéuticas, reconociendo implicancias económicas y delineando la evolución esperada.

48.Demostrar sentido de responsabilidad con el paciente y servirle de abogado.

49.Mantener una conducta ética y demostrar comprensión de los principios éticos implicados en la práctica clínica tales como:

-Consentimiento informado.

-Lo inútil en Medicina.

-La muerte digna.

-Ordenes de No Resucitar.

50.Demostrar participación en el equipo de salud y proceder profesional conductual:

-Contribuir al funcionamiento del equipo de salud por la acción y el comportamiento, con una voluntad para asumir responsabilidades para sí y los demás profesionales cuando sea

necesario para el cuidado del paciente y el trabajo educacional.

51.Demostrar apariencia, conducta y porte que refleje el estatus profesional; utilizar un lenguaje respetuoso y apropiado con los pacientes, con los miembros del staff, con los miembros del equipo de salud, y con los pares en el cuidado de los pacientes.

52.Demostrar conocer y comprender el abanico de habilidades, saber, destrezas y roles con los cuales otros profesionales de la salud contribuyen al cuidado de la salud de los pacientes en forma integrada y total.

53.Entender y reconocer los límites del conocimiento y de la experiencia. Aceptar y utilizar la crítica constructiva.

54.Desarrollar áreas de demostración de Principios Fisiopatológicos, por ejemplo:

-Enfermedad pulmonar restrictiva y obstructiva.

-Aterosclerosis.

-Insuficiencia cardíaca congestiva.

-Diarrea.

-Artritis.

-Complicaciones de la Cirrosis Hepática.

-Síntomas menopáusicos.

-Cáncer y sus complicaciones.

-Diabetes.

-Embarazo.

-Síndrome nefrótico.

-Enfermedad de Alzheimer.

-Accidente cerebro-vascular.

-Cardiopatías congénitas.

-Cambios fisiológicos asociados a la senectud.

55.Ser capaz de diagnosticar y tratar las siguientes patologías:

-Cefaleas.

-Otitis.

-Abdomen agudo.

-Hemorragia Digestiva alta.

-Constipación.

-Hipertensión Arterial.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

-Malnutrición/obesidad.

-Fiebre Prolongada.

-Retraso del crecimiento.

-Polineuro y Miopatías.

-Exantemas.

-Infecciones del tracto respiratorio superior.

-Neumonía

-Fiebre.

-Sepsis.

-SIDA.

-Cardiopatía isquémica.

-Insuficiencia cardíaca congestiva.

-Coma.

-Síncope.

-Embarazo normal.

-Anticoncepción.

-Insuficiencia Suprarrenal.

-Enfermedades de transmisión sexual.

-Fármacos y Enfermedades.

-Insuficiencia renal.

-Interacciones de fármacos.

-Hiperplasia prostática benigna.

-Infección urinaria.

-Incontinencia urinaria.

-Angustia.

-Depresión.

-Insomnio.

-Demencia.

-Abuso de sustancias.

-Abuso físico y psíquico. °-

Convulsiones.

-Accidente cerebro-vascular

-Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

-Asma.

-Anemia.

-Hipo e hipertiroidismo.

-Osteoporosis.

-Heridas y daños menores.

-Fracturas no complicadas.

-Lumbago. Omalgia.

-Anafilaxia, shock, y coma

-Cáncer mamario, pulmonar, prostático.

-Glaucoma.

Competencias interpersonales:

56.Como médico, cumplir con el siguiente decálogo:

-Hacer que la atención de los pacientes sea la principal preocupación, tratando a cada uno de ellos con gentileza y consideración.

-Respetar la dignidad y privacidad del paciente escuchando sus puntos de vista.

-Entregar al paciente información oportuna, clara y precisa, de manera que él pueda entender y decidir.

-Respetar el derecho del paciente a participar de las decisiones que tengan relación con su salud.

-Considerar a cada uno de los pacientes como seres únicos, integrales, sin hacer diferencias por consideraciones económicas, raciales, políticas o religiosas.

-Asegurarse que las creencias personales del médico no perjudiquen la atención de los pacientes a su cargo directa o indirectamente.

-Ser honesto y confiable; respetar y proteger la información confidencial de pacientes y colegas.

-Mantener conocimientos y práctica al día, reconociendo los límites de la propia competencia profesional y, si existen razones para estimar no estar en condiciones de atender pacientes,

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

adoptar todas las medidas necesarias en su resguardo.

-Actuar rápida y diligentemente para proteger a los pacientes de riesgos.

-No abusar de la posición de médico y trabajar con el máximo respeto y unidad con los colegas, de manera de servir a los intereses de los pacientes.

- En todas estas materias, no discriminar jamás a pacientes o colegas, y estar siempre preparado para justificar las acciones ante ellos y la sociedad.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

Estas Competencias mínimas debieran ser objeto de especial cuidado en que sean cumplidas por la totalidad de los egresados de las Escuelas de Medicina del país, y desarrolladas progresivamente en el plan curricular.

Enfermedad Hipertensiva del Corazón.

Trastornos depresivos unipolares.

Trastornos de las vías biliares y vesícula

Dependencia al alcohol.

Cirrosis Hepática

Accidentes de Tránsito.

Agresiones.

Úlcera péptica.

Trastornos de la audición de aparición en la adultez.

Diabetes tipo II.

Enfermedades Cerebrovasculares.

Enfermedad Isquémica del Corazón.

Trastornos ansiosos.

Cataratas.

Caídas.

Trastornos de la visión relacionados con la edad.

Esquizofrenia.

Alzheimer y otras demencias.

Obesidad.

Trastornos de ánimo bipolar.

Lesiones autoinflingidas.

Migraña.

Glaucoma.

Enfermedad Obstructiva Crónica..

Hernia núcleo pulposos

Factores de Riesgo.

1. Bajo peso de nacimiento
2. Colesterol sérico
3. Hipertensión Arterial
4. Sobrepeso y obesidad
5. Sedentarismo
6. Bajo consumo de frutas y verduras
7. Tabaquismo
8. Consumo de alcohol
9. Sexo inseguro (Virus papiloma Humano)
10. Contaminación del aire intradomiciliario
11. Contaminación del aire extradomiciliario
12. Saneamiento ambiental

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

13. Helicobacter Pylori
14. Glicemia elevada
15. Uso de Drogas ilícitas
16. Virus Papiloma
17. Consumo de sal

Si se da una mirada reflexiva a la patología prevalente nacional se puede inferir que no son condiciones nosológicas complejas, ni en su génesis ni en el diagnóstico, las que dominan como afecciones frecuentes entre nosotros. Un médico recién salido de la Escuela de Medicina, debe ser capaz de enfrentarlas con el armamento clínico básico de la Historia y del Examen Físico, elementos que le darán una gran capacidad para hacer Diagnósticos Sindromáticos; efectuar Terapias Básicas, evitar complicaciones por drogas, prevenir interacciones de fármacos, enseñar prevención de complicaciones, disminuir tasa de discapacidad, reducir el impacto de la violencia intrafamiliar y la tasa de suicidios entre los jóvenes, entre otras acciones.

Para llevar a cabo este proceso es muy importante darle al ejercicio clínico el tiempo indispensable requerido para obtener una buena anamnesis y para hacer un examen físico completo. Este tiempo no debiera ser inferior a treinta minutos. Con los 10 minutos que se usan en la actualidad en el sistema público de salud y los 15 que se disponen en las Isapre, los profesionales médicos no pueden cumplir a cabalidad con seriedad y profundidad el proceso de obtener la información necesaria para plantear un diagnóstico, ni se puede reflexionar con detención para proponer un estudio de laboratorio y mucho menos, integrar datos que permitan ofrecer al paciente una terapéutica sin interacciones peligrosas, de bajo costo, de alto rendimiento, con pocas acciones colaterales y de fácil administración. El sólo preguntar por **Bajo peso de Nacimiento**, por ejemplo, permite hallar patologías familiares, determinar afecciones maternas que lleven a trastornos circulatorios placentarios, encontrar por vía indirecta, información sobre abuso de sustancias; descubrir patología inmunológica cuya terapia puede ayudar a prevenir mortalidad perinatal (Síndrome antifosfolípidos); señalar eventuales complicaciones de hipertensión arterial, etc. El inquirir por consumo de frutas y verduras no sólo enseña al paciente por el hecho de preguntar, sino que permite establecer con él una relación en la cual la propia pregunta enseña y, al mismo tiempo, hace nacer en el paciente la sensación de estar siendo verdaderamente

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

cuidado o de que el médico está francamente interesado en resolver todo problema del enfermo. Recuérdese, además, que esta acción del médico va en directo beneficio del paciente al prevenir en forma importante la Enfermedad Isquémica del corazón, la Enfermedad Cerebro-vascular, el Cáncer Colo-rectal, el cáncer gástrico, esofágico y pulmonar. Los mismos comentarios pueden hacerse respecto de los demás parámetros que se muestran en el cuadro de los 17 factores de riesgo en el que resalta que, con una formación sólida en cuestiones básicas se pueden obtener valiosos beneficios para la salud de nuestra población. De otro lado, si se da una mirada reflexiva a este cuadro, este médico que el país necesita y cuya formación debe priorizarse, puede, casi sin gastar recursos, reducir carga de enfermedad, discapacidad y muertes prematuras.

En el examen físico, medir el peso, la talla y el perímetro abdominal, datos que en los consultorios externos del país son entregados por la auxiliar de enfermería, tiene el suficiente valor como para que el médico, con el consejo más simple acerca de una dieta o con el acto de solicitar que el nutricionista enseñe al paciente, modifique tendencias patológicas o prevenga las complicaciones que suelen derivarse del sobrepeso o la obesidad, a saber, Enfermedad Isquémica del corazón, Enfermedad Cerebro-vascular, Enfermedad Hipertensiva, cáncer colorectal, Diabetes, cáncer endometrial, cáncer de mama, artrosis de rodillas, patologías dinámicas de la columna lumbar, lesiones de los pies, depresión, reflujo gastro-esofágico, apneas del sueño, síndromes de hipoventilación, micosis de pliegues, cesantía, violencia intrafamiliar.

Un Médico General de calidad debiera conocer, diagnosticar sindromáticamente o diagnosticar exactamente (según corresponda) y tratar primariamente para prevenir muerte y complicaciones del cuadro básico o tratar completamente, si corresponde a su nivel, las siguientes condiciones patológicas del PROGRAMA DE MEDICINA BÁSICA que se expone a continuación:

Abdomen agudo.

Abordaje del paciente traumatizado y enfermos agudos.

Abuso de sustancias.

Abuso físico y psíquico.

Accidente cerebro-vascular.

Acidez y Reflujo Gastro - Esofágico.

Administración de fármacos por vía oral, sublingual, tópica, vaginal, rectal, inhalatoria, irrigaciones e instilaciones en ojos, nariz y oídos.

Anafilaxia

Dr. Santiago Soto Obrador.
Medicina Interna.
Octubre 2012,
Angina de pecho e infarto agudo
del miocardio.
Anemia.
Anticoncepción.
Artritis.
Asfixia por inmersión .
Asma.
Ataques convulsivos y de histeria .
Aterosclerosis.
Auscultación cardíaca y pulmonar.
Cambios fisiológicos asociados a
la senectud.
Cáncer mamario.
Cáncer prostático
Cáncer pulmonar.
Cáncer y sus complicaciones.
Cardiopatías congénitas.
Cardiopatía isquémica.
Cefaleas.
Clasificación de los niveles de conciencia.
Coma diabético. y shock hipoglicémico
Comas.
Complicaciones de la Cirrosis Hepática.
Constipación.
Control de hemorragias.
Convulsiones.
Crisis asmática .
Cuidados legales y criterios de malapraxis.
Demencia.
Desbridamiento, suturas y anestesia
local, asepsia y antisepsia,
esterilizaciones y uso de antisépticos
y desinfectantes.
Diabetes.
Diagnostico diferencial del dolor torácico.
Diarreas e hidratación (de comunes a cólera).
Dolor crónico.
Dolor de garganta -
Edema agudo de pulmón.
Electrocardiografía.
Embarazo.
Emergencias hipertensivas y lipotimias
Emergencias psiquiátricas.
Enfermedad de Alzheimer.
Enfermedades de transmisión sexual.
Enfermedades y padecimientos frecuentes
como a adicciones a: estimulantes
(Cocaína, Anfetaminas), depresores (Alcohol, Heroína),
alucinógenos y psicodélicos (Marihuana, LSD).

Dr. Santiago Soto Obrador.
Medicina Interna.
Octubre 2012,
Exantemas.
Exploración de signos y síntomas para
determinar amenazas de vida .
Fármacos y Enfermedades.
Farmacología esencial de la OMS.
Fiebre.
Fiebre Prolongada.
Fracturas no complicadas.
Glaucoma..
Hemoptisis y Epistaxis .
Hemorragia Digestiva alta.
Hemorroides
Heridas no quirúrgicas y curaciones .
Heridas y daños menores.
Hiperplasia prostática benigna.
Hipertensión Arterial.
Hipoglicemia y shock hipoglicémico.
Hipotermia e hipertermia.
Hipo e hipertiroidismo.
Incontinencia urinaria.
Infección urinaria.
Infecciones del tracto respiratorio superior.
Inmovilizaciones de emergencia y férulas
de yeso de fracturas, esguinces y luxaciones.
Insomnio.
Insuficiencia respiratoria aguda .
Interacciones de fármacos.
Interpretación de radiografías y análisis
clínicos con extracción de sangre para
toma de muestra.
Intoxicación aguda y envenenamiento.
Insuficiencia cardiaca congestiva.
Insuficiencia renal.
Insuficiencia Suprarrenal.
Inyección subcutánea, intradérmica y
endovenosa (goteos y soluciones endovenosas).
Lesiones de la piel por quemaduras corrosivas,
térmicas, electricidad y radiaciones.
Lesiones en la cabeza y cuello.
Lumbago.
Llamada de emergencia.
Malnutrición/obesidad.
Manejo del paciente traumatizado
en la vía pública.
Medicina del Anciano.
Miopatías.
Neumonía.
Neumotórax.
Omalgia.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

Otitis.

Oxigenoterapia .

Polineuropatías.

Posiciones corporales de recuperación y transporte para rescate y traslados en ambulancia

Reconocimiento de la sangre proveniente de diferentes partes del organismo.

Respuesta general del organismo al shock .

Resucitación Cardio Pulmonar (RCP).

Retraso del crecimiento.

Sepsis.

Shock anafiláctico.

Shock séptico.

Shock cardiogénico.

SIDA -

Síncopes y pérdidas bruscas de la conciencia .

Síndrome nefrótico.

Síntomas menopáusicos

Taponamiento y torniquetes.

Urgencias ginecológicas y partos.

Urgencias oftalmológicas (impactos, proyectiles clavados, lesiones por corrosivos y térmicas).

Control del dolor con o sin drogas.

Tratamientos de moribundos e identificación de muertes.

Vendajes y cabestrillos.

La medicina de atención primaria debe ser considerada como una especialidad compleja y riesgosa como actividad profesional para el médico, porque casi sin medios debe hallarse soluciones a complejas circunstancias humanas y de enfermedad donde campea el error o la mala interpretación. Si esta Medicina de Atención Primaria no se ejerce con calidad extrema, constituye una instancia de alto costo en salud para la población que cubre, y de alto costo económico para el país.

De alto costo en salud para la población: porque una anamnesis incompleta origina las siguientes situaciones de riesgo según lo que se dejó de hacer o se pasó por alto como no importante o por olvido:

- Por ignorar alergias a medios de contraste, medicamentos en general se arriesga producir o no prevenir alergias graves, insuficiencia renal.
- Por no inquirir por los parámetros del dolor se puede errar en la configuración de diagnósticos diferenciales.
- Por dejar de hacer una secuencia de aparición de los síntomas se arriesga culpar a otra enfermedad del mal del paciente y no a la verdadera..

- Por no hacer una historia laboral se puede arriesgar al paciente a no gozar de todos los beneficios que otorgan las leyes laborales.
- Por no hacer los correlatos sintomáticos con los actos de comer, orinar, obrar, postura, ejercicio y periodo menstrual del médico llega a cometer errores diagnósticos.
- Por dejar de examinar al paciente o no conversar acerca de sus síntomas viene el riesgo alto de errores médicos en lo profesional, a veces con riesgo vital del paciente y juicios en lo legal.

De alto costo económico para el país: resulta evidente que, cuando la clínica se ejerce deficitariamente, el médico tiende naturalmente a escudarse del error potencial solicitando numerosos exámenes de laboratorio. Es un dato fuerte el saber que las solas armas de la clínica, anamnesis y examen físico, son capaces de hacer que el médico diagnostique certeramente un 90% de la patología y que sumados todos los exámenes de laboratorio, apenas se acercan al 70%. De otro lado, solicitar exámenes de laboratorio sin un basamento clínico y sin haber examinado al paciente, rebaja la actividad del médico a la de un mero amanuense y al paciente le da la ingrata sensación de no haber sido tomado en cuenta. Sin embargo, esta actitud tiene una connotación grave, aún mayor que la afirmación precedente y que es gastar descuidadamente los recursos del paciente o del estado, y de someter al paciente a técnicas que no están exentas de riesgos sin haber tomado las precauciones correspondientes.

Si alguna duda cabe que las Escuelas de Medicina debieran privilegiar la enseñanza matriz de la patología prevalente, por estimar que es poca la información que se entrega al futuro médico, he aquí algunas consideraciones que bien pueden a cambiar esa afirmación.

El estudio del Abdomen agudo implica: conocer la fisiología de todos los órganos contenidos en la cavidad abdominal, la fisiopatología, la anatomía patológica, las afecciones infecciosas, inflamatorias no infecciosas, tumorales, degenerativas y metabólicas que afecten a dichos órganos; la semiología para enfrentar la diversidad sintomática, los numerosos signos físicos que ayuden a establecer diagnósticos presuntivos; la farmacología que otorga las posibilidades de acciones terapéuticas eficaces sin los riesgos de una interacción de drogas indeseables. La anamnesis, por otra parte, es capaz de diferenciar muchísimas enfermedades, idear condiciones de abdomen agudo generadas en patologías previas (anamnesis remota, antecedentes mórbidos); en

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

antecedentes ginecológicos, en condiciones laborales, en uso de drogas, etc. Pero, no sólo eso, la enseñanza del abdomen agudo permite ejercer el pensamiento reflexivo para tomar decisiones, para integrar hechos agregados potencialmente peligrosos para el paciente, y da al estudiante la oportunidad de contemplar y reflexionar acerca de lo que significa el trabajo en equipo. El estudio del abdomen agudo, además, obliga a considerar causas raras que pueden simular a esta afección y entre las que se incluyen la acidosis, la hipertrigliceridemia, el loxocelismo, la crisis addisoniana, la crisis hemolítica, el hiperparatiroidismo, el arsenicismo, la Fiebre Mediterránea. Como puede apreciarse, el estudio completo y cabal del abdomen agudo es de una extensión y profundidad grandes.

Otro ejemplo: la Acidez y el Reflujo Gastro - Esofágico. Sin entrar de nuevo a considerar los ramos básicos, fundamentales para entender procesos fisiológicos y fisiopatológicos, toda la semiología alrededor de esta afección permite entrar en consideraciones de enfermedades que se expresan como “acidez” o “reflujo” como podrían ser la anemia perniciosa, la ascaridiasis, la distomatosis, la anemia ferropriva, el cáncer esófago-gástrico, el colon irritable, la lúes, la esclerodermia, las micosis esofágicas, el divertículo de Meckel, los tumores mediastínicos, la litiasis biliar, la pancreatitis crónica, el daño hepático crónico, los síndromes paraneoplásicos, etc.

Si se da una mirada a la tabla de **AVISA por causas específicas**, se puede apreciar que las 5 primeras son enfermedad hipertensiva del corazón, trastornos depresivos unipolares, trastornos de la vesícula y vías biliares, dependencia al alcohol y cirrosis hepática. Estas patologías pueden, por sí solas, enseñar las siguientes materias:

Anatomía, Fisiología, Fisiopatología, Electrolitos, Nefrología, Endocrinología, Neurología, dependencia a drogas, Farmacología, Psiquiatría, Pericarditis, Insuficiencia cardíaca derecha e izquierda, Infarto miocárdico, Angina de pecho, Hipertensión pulmonar, Anemia, Hiperesplenía, Trombopenia, Leucopenia, Ictericia, Trastornos pancreato-biliares, Esquizofrenia, Depresión, Angustia, Epilepsia, Derrame Pleural, Síndrome nefrótico, Interacciones de drogas, Anatomía Patológica, Tumores hepáticos, Hepatitis A, B y C, SIDA, Linfoma, Deficiencia de Vit B12, Hipoferremia, Hemorragia Digestiva, Várices, Hipertensión Portal, Edema cerebral, Demencia, Coma, Sopor, Síncope, Neumopatías agudas, Diarrea Crónica, Síndrome de malabsorción, Hipotensión, Hipertensión arterial, Hiponatremia, Hipo e hiperkalemia, Acidosis, Alcalosis, Síndrome de Fanconi, Depresión medular, Impotencia, Disfunción Eréctil,

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

Violencia Intrafamiliar, Suicidio, por nombrar las más evidentes.

Saber Medicina Básica, con los temas sugeridos por el Examen Médico Nacional o por el listado de temas del Programa de Medicina Básica, significa sacar a los hospitales, B y C, a las Postas de Urgencia, a los Consultorios Externos, etc., un profesional con seguridad en sí mismo, con capacidad para diagnosticar y tratar criteriosamente aquello que, en el lugar donde esté, sea posible; que esté preparado para hacer un post grado; que pueda usar con maestría el laboratorio clínico como medio de confirmar sus sospechas diagnósticas y no como un medio diagnóstico; que logre acotar en un total determinado por una anamnesis acabada, los riesgos potenciales que enfrentaría un paciente dado frente a drogas, cirugías o exploraciones de laboratorio.

El Médico de Familia con un Programa de formación en Medicina Básica estaría capacitado para resolver los problemas prevalentes de salud de la nación, en especial del núcleo familiar, aportando a este grupo de personas los siguientes beneficios:

1. Acción directa en la resolución de las enfermedades que afectan a algunos de sus miembros en los campos de protección, fomento y recuperación de la salud física y psíquica.
2. Acción indirecta al núcleo familiar o a alguno de sus componentes en las áreas que no son de su competencia, pero en las cuales se requiere consejo criterioso para la toma de decisiones, tomando en cuenta la condición socio-económica de la familia, sus creencias, la relación con el ambiente en el que vive y se desarrolla esta familia, y su nivel cultural.
3. Acción de liderazgo no sólo en lo concerniente a los problemas de salud sino en el apoyo, discusión, enseñanza y manejo en todo lo referente a la salud del núcleo familiar mismo, a fin de prevenir la violencia intrafamiliar y la drogadicción, ayudar a resolver los trastornos derivados de los conflictos en las relaciones padre - hijo y entre los esposos, y aconsejar. Aconsejar a prevenir la cesantía o ayudar a mitigar sus efectos en la salud física y psíquica de los diferentes miembros de la familia y constituirse en un miembro más de la familia con lazos de amistad que permitan el ejercicio de este liderazgo.

Chile tuvo, en la primera mitad del siglo pasado, grandes médicos de familia que ejercían esta labor de conducción, sin ser necesariamente especialistas en cada uno de los problemas surgidos en el ámbito familiar. En la actualidad, en la práctica, sólo

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

Pediatras y Ginecólogos - Obstetras mantienen, un poco, viva la imagen del médico general o de lo deseable en un médico de familia.

Las causas por las cuales desapareció este médico son múltiples. Entre ellas destacan:

- La socialización de la medicina, que en beneficio de un gran número de personas, obligó al núcleo familiar a disgregarse en la obtención de posibilidades para recuperar la salud, al ofrecer programas de atención para adultos y niños en lugares diferentes y con exigencias que, de no ser cumplidas, terminaban por suspender la atención médica; y con profesionales a los cuales no se accedía con libertad de elegirlos.

- Las grandes extensiones de las ciudades, que hicieron cada vez más difícil el desplazamiento del médico hacia el hogar de una familia determinada, para ejercer allí, en el domicilio, las acciones de salud para las que era requerido.

- El deterioro económico de las familias, que al recibir atención por un sistema público gratuito, fueron desplazando a sus médicos familiares por aquellos que les daban cuidado en hospitales y consultorios del sistema estatal. Este sistema, con atenciones rápidas, poco profundas, destinadas a resolver el problema puntual y con escasa cobertura de personalización, agregado a la tendencia cada vez más acentuada a entender la salud como un derecho, y por lo tanto a no pagar por ella, hicieron cada vez más difícil el poder reconocer que el médico tenía un justo derecho a un justo honorario.

- Los programas de enseñanza de la medicina.

La carrera médica, en un comienzo hecha a la medida entre un discípulo y un maestro, fue derivando en grupos o escuelas con numerosos alumnos. Poco a poco surgieron las cuatros especialidades básicas, Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia y Ginecología. En un afán de aumentar la profundidad del conocimiento, nacieron diferentes especialidades y sub especialidades que, indefectiblemente, fueron recargando los programas docentes. Para suplir defectos de formación y para acentuar las especialidades, surgieron los post grados médicos y la academia comenzó a dominar, con la estructura de acentuado cientificismo, a toda la medicina. Y frente a la academia, el Médico General y también el Médico de Familia recibieron el duro embate de la crítica de sus pares y comenzaron a desaparecer.

- La especialización de la medicina.

La medicina, dado el avance científico, el aumento casi inmanejable de datos del conocimiento, las dificultades de llegar a saberlo todo y el afán de lucro más fácil, fue

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

atomizándose poco a poco hasta llegar a tener incluso, especialidades por órganos, ni siquiera por sistemas.

Esto, en las reuniones académicas, permitió que diversos especialistas pudieran mostrar a la audiencia un bagaje extraordinario de saber, con un brillo no visto antes. Por cierto, los jóvenes estudiantes de medicina, aun sin proponérselo, fueron mirando cada vez en menos no sólo al médico de Familia, al doctor de barrio, sino al Internista General, al Cirujano General, al Pediatra y al Obstetra - Ginecólogo Generales.

El especialista, con un enfoque determinista, sin un acto médico cabal y completo, ha ido haciendo descansar el diagnóstico y las complicaciones de una afección en un sin número de exámenes de laboratorio y procedimientos diagnósticos que al país le cuestan enormes cantidades de dinero. Por otra parte, por considerar que nadie debe morir por falta de tratamiento, se ocupan metodologías terapéuticas, incluso contra enfermedades con pésimo pronóstico, que también cuestan mucho dinero y producen mucho dolor y tristeza.

Antaño, el Médico General o el Médico de Barrio, con el uso de la Historia Médica, del Examen Físico y de muy pocos exámenes de laboratorio, diagnosticaba y trataba alrededor del 95 % de las enfermedades prevalentes y, con un criterioso ejercicio de la profesión, cavilaba, reflexionaba muy profundamente, acerca de cuándo tratar o no tratar afecciones terminales o de sombrío pronóstico, y en estrecha unión con la familia del afectado, era capaz de ofrecer cuidados paliativos y alero, comprensión, compañía y consuelo, al paciente y a la familia de éste.

Antaño, mujer y hombre formaban un conjunto entregados al cuidado de los hijos, y al trabajo. La inexistencia de la televisión permitía conversar en la mesa familiar los problemas del trabajo, las dificultades estudiantiles, los problemas del trato de los maestros hacia los hijos, los comadreos de la mujer con sus vecinos; conocer los amigos de los hijos y alternar con ellos; dormir más horas, y por lo tanto, estar el cuerpo y la mente más dispuestos al trabajo y al estudio; invitar, a veces, al párroco del lugar y alternar con él, dándole la sensación de ser importante para su comunidad y con ello, paliar su propia necesidad de afecto y compañía. Casi no había, para trasladarse, más que locomoción colectiva. El número de autos era escaso. Ello derivaba en tener a los hijos en colegios cercanos al hogar y atraer a los compañeros de curso de los hijos, a la casa de éstos, de modo que la enseñanza de la escuela se prolongaba hacia el hogar y desde aquí se influía en los hijos de los otros mostrando la calidez familiar.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

El doctor del barrio era un hombre bueno, criterioso, protector, conocedor de los problemas en el seno de las familias a las que servía; aconsejaba no sólo en lo referente a cuestiones de salud, sino en lo relacionado al buen y al bien vivir, en la toma de decisiones familiares y hasta en situaciones de índole moral.

La llegada de los adelantos tecnológicos no sólo cambió al doctor, cambió a la familia. Poca o nada conversación, desmedido afán por tener, intenso trabajo para ganar más y copar las ambiciones de tener. El exceso de trabajo y la falta de horas de sueño disminuyeron más las relaciones intra familiares, se redujo el tiempo que el padre gastaba con sus hijos y la mujer salió a buscar sustento; surgió una extrema fatiga física, menor rendimiento laboral, más incidencia de depresión, aumento en patologías degenerativas, incremento en la tasa de suicidios. La visión de versiones cinematográficas, antes sólo posibles en el cine, se introdujeron en la familia con la televisión. Los hijos comenzaron a ver violencia, aprendieron cómo asaltar una casa, un banco, una persona; aprendieron cómo asesinar y engañar a la justicia; entendieron que los problemas entre esposos podían arreglarse con el divorcio, y que el juramento de estar juntos hasta que la muerte los separe era una falacia; vivieron las guerras de otros países como propias, generando la misma angustia de un bombardeo; comieron en la mesa familiar tragando la angustia que las imágenes producían, originando la dura crítica de los hijos a los inocentes progenitores que estaban junto a ellos en la mesa familiar, como si los padres fueran los culpables de pecados sociales como son el hambre y la guerra.

Se puso de moda el orgullo y la mentira, se generó un lenguaje nuevo mezcla de argot, inglés y castellano que produjo una brecha lingüística entre padres e hijos; desapareció Dios de las escuelas, se popularizó el matonaje, y las pandillas convirtieron el hogar de cada familia en una cárcel por el miedo de esta a salir libremente a usar de los espacios públicos; se estableció un toque de queda impuesto por la delincuencia, y la drogadicción hizo su aparición junto a la muerte, sin que a nadie le llamara la atención, porque los sentidos ya habían sido embotados.

Esto superaba con creces la modesta acción del Médico de Barrio o el Médico General que, sumado a los recargados programas universitarios de la carrera médica, comenzaba a enfrentar una "patología social" para la que no estaba preparado y en la que se deben considerar entre otros:

1. Prevenir la drogadicción:

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

Antaño, el tabaco y el alcohol. Hoy, Marihuana, Cocaína, Heroína. Los factores determinantes de este flagelo son, en último término, la existencia de trastornos de la personalidad diagnosticados tardíamente, la generación de depresión y angustia por no haber alcanzado las metas que alguien se propuso muy por encima de sus expectativas, y la ganancia fácil de dinero por parte de los que promueven el comercio de drogas ilícitas.

Padres poco receptivos, escasa conversación familiar, cobardía de los progenitores en poner límites, generan soledad en el muchacho y lo lanzan a las pandillas y/o a las drogas.

El Médico, antaño, conversaba con los padres, con los hijos, tenía una familiaridad con ellos que le permitía influir en la prevención de estos ilícitos, y muchas veces aconsejaba a los padres o al colegio un cambio de conducta con el hijo rebelde o con el alumno problema, que solía tener éxito. Era preciso, para esta labor, tener tiempo, estar dispuesto. Hoy, el academicismo y el cientificismo han ahogado toda posibilidad de "bajar" hacia al hombre y elevarlo a una condición de dignidad, porque a causa de tanto específico conocimiento, el hombre resulta empequeñecido; es más importante el conocimiento o la ciencia que el hombre mismo. Tener tiempo para alternar médicamente con una familia es ahora casi impensable. Cuando se atiborra de conocimientos al estudiante de Medicina, se atenta contra su capacidad de enjuiciar la cultura, el entorno social, la vida religiosa, la actividad económica, el aspecto sexual, las relaciones filiales y conyugales. Con el cientificismo, curiosamente todo el entorno espiritual pasa a ser una nadería. Con ello, se atenta no sólo a rebajar la figura del médico como consejero y amigo veraz, sino también se abandona al hombre a su propio cauce, muchas veces sin una educación suficiente para tolerar y enfrentar la vida y sus vicisitudes.

El médico de antaño tenía tiempo. No se avergonzaba de esta modesta, pero importante actividad.

En la actualidad, para mayor consideración, el 31. 5% de las mujeres son dueñas de casa en cuanto a jefatura del hogar. Significa ello la ausencia del hombre en dicho núcleo familiar. Se sabe que, la ausencia de un cónyuge no puede ser suplida por el accionar del otro en lo referente al efecto en el niño. No es posible suplir la figura parental ausente. Cuando es la madre la que toma el control del hogar, con frecuencia ejerce una actitud de autoritarismo marcada en la prole y, por cierto, dado que debe conseguir el

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

pan familiar, se ausenta de su casa hasta tarde, de modo que los hijos están solos en el hogar y, poco a poco, comienzan a ser absorbidos por la pandilla del barrio o por el líder del lugar que es el que, en último término, reemplaza a la figura paterna. Esto trae consigo deserciones escolares, angustia, rebeldía, aparición de psicopatías escondidas, anorexia nerviosa, bulimia, depresión, trastornos en la esfera sexual, pérdida de identidad y drogadicción.

Estas situaciones no eran las que debía enfrentar el Médico de antaño, y por cierto que el profesional que haga de Médico General o Médico de Familia del presente, sí que debe cumplir de modo tal de prevenir, en lo posible, la aparición de estas condiciones patológicas. Por ello es que en la educación del estudiante de Medicina de hoy es imperioso el enseñar psicología, psiquiatría, antropología, sexología, y adicciones dentro del plan curricular, de modo que pueda ejercer en el seno familiar, en el colegio o en el hospital, las medidas que ayuden a prevenir este flagelo social.

El graffiti, técnica de escribir arabescos en las paredes, es no sólo expresión de soledad (los cuadernos del niño son las paredes de la ciudad), sino de alevé victimización nocturna a un semejante, e invasión del espacio de otro como ensayo a la agresión corpórea y al crimen.

Cuando el Médico de Familia logra, con los estudios previamente señalados, diagnosticar estos males sociales, tiene en sus manos, junto a Profesores, Asistentes Sociales, Policía, y otros estamentos sociales, la posibilidad de prevenir criminalidad en un ámbito más general.

2. Reponer el honor, la generosidad y la veracidad en los miembros del grupo familiar:

Chile se ha puesto relativista, las personas que lo conforman, también. En el hecho, más se cree en la masa que en el hombre, conceptualizando fuertemente una expresión falsa de libertad que funda lo importante en el utilitarismo y no en el bien humano en sí y en la felicidad moral del hombre. Con ello, las medidas para resolver los problemas del hombre se han vuelto ineficaces. Las Escuelas de Medicina, incluso las medidas de salubridad estatal, no han conformado con verdad, libertad ni realismo sus programas docentes y las políticas de salud se juegan en el mercado de capitales.

El concepto de honor también ha sufrido serios deterioros a manos de muchas entidades que no han recibido por ello, castigos ejemplares. Esto trae aparejada una subterránea conducta de engaños y falta de veracidad entre hombres que no se conocen, y ello se

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

trasvasija hacia la familia. A veces también, ocurre lo contrario, dado el abandono de los hijos por padres que deben luchar por el sustento.

El Médico General de antaño, se movía en un medio familiar valiente, dispuesto a ser generoso, compuesto por miembros veraces, capaces de sobrellevar las culpas de los padres e, incluso, no avergonzarse por las culpas de los hijos. Era frecuente que en el seno familiar siguieran conviviendo con los hijos, los padres ya viejos que eran respetados y admirados.

El Médico General de ahora sabe que, hecho el diagnóstico de senectud o de menor valía de un anciano o del comienzo de una Enfermedad de Alzheimer en éste, el grupo familiar se deshará de él y lo llevará a un Asilo de Ancianos o a una Casa de Reposo. Su acción como médico se trasladará hacia este lugar y no podrá ser ejercida en el seno familiar. El cortejo de decisiones médicas de tratamientos, a veces costosos; de exploraciones de laboratorio, a veces riesgosas, lo comandará la falta de medios o el egoísmo familiar, o la avaricia de sus componentes. Esto trae consigo la necesidad de que este Médico General actual tenga una clara formación ética y moral que cautele ofrecer al anciano, doquiera esté, una atención cabal que consiga anudar los cabos sueltos de compromiso de conciencia - limitación social - tratamientos - exámenes - con la posibilidad de recuperación, y que las decisiones sean cumplidas cualesquiera sean las presiones a las que se le someta como profesional.

Para ello deberá tener sólidos principios morales y excelencia como persona, cosas que Chile y el mundo están ofreciendo menos, porque la señal que se está dando es de mediocridad. Y frente a ello es cada vez más difícil exigir a las personas que sean como se debe ser. No se explica de otro modo que por todas partes se exija al viejo, aun al limitado, que cargue con sus gastos de salud en el mismo saco en el que carga su soledad.

Atender médicamente al senescente es tarea difícil, porque requiere del médico tener conocimientos de finura terapéutica, de interacción de medicamentos; que sepa de rendimiento de tratamientos y exploraciones de laboratorio; que considere los riesgos propios de las medidas médicas, de la contingencia de vivir en comunidades de viejos con cuidadores que, no infrecuentemente, pasan a constituirse ellos mismos en un peligro; requiere que conozca de dietas especiales, de trastornos de la deglución que con frecuencia presenta el anciano; de tratamientos simples e inocuos de síntomas

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

molestos y peligrosos; en fin, la Medicina General es una medicina de gran complejidad y poco reconocimiento social.

Es evidente que el Médico General, en este ámbito, también puede y debe desenterrar los valores perdidos del sentido de la caridad familiar, de la generosidad y de la altura de miras, como firmes basamentos a que los hombres de mañana, los hijos de ahora, tengan un ejemplo que les señale un accionar acorde a lo humano y no a lo utilitarista.

3. Estimular el descanso para prevenir la fatiga:

El descanso o cese del trabajo, reposar, tener alivio, es una situación cada vez más escasa. Es común irse a dormir cercano a la medianoche, cargado con las noticias dramáticas de la aldea global sumadas a los propios sinsabores del existir de cada persona. Esta situación, provoca, por la disminución de las horas de sueño, fatiga durante el día siguiente, fatiga que se suma día a día. Este cansancio produce disminución en la capacidad laboral, trastornos del aprendizaje, irritabilidad, tendencia depresiva, menor productividad académica y laboral, búsqueda de satisfacciones en drogas y fármacos estimulantes; consumo de más cantidad de comida, mayor tendencia a accidentes hogareños, públicos y laborales; discapacidad temporal y permanente e insatisfacción personal. Puede, en ocasiones, ser vehículo de violencia intra- familiar.

El Médico General o de Familia o de Barrio de antaño no tenía esta perspectiva de patologías surgidas por esta conducta. El Médico de Familia de ahora debe estar preparado para conocer bien cómo prevenir estas patologías, aconsejar al respecto, ser fuerte en imponer razonadas formas de descanso, promover valores diferentes al tener cosas que por la misma fatiga no se pueden usar; enseñar que la falta de descanso produce enfermedad y ser un promotor de cambio de políticas públicas al respecto. Vale decir, desde el seno familiar deberá enseñar al Estado a tomar conciencia de regular, en lo posible, y de estimular, el bien llamado descanso. El ahorro de divisas que produce esta política es inmenso y la prevención de patologías personales y sociales, enorme.

Por diversos medios el hombre busca descansar, pero parece obvio que no está el descanso en practicar gimnasia durante las horas de trabajo ni en hacer juegos computacionales que interrumpan la jornada laboral. El descanso es una acción destinada a satisfacer necesidades espirituales, a elevación del espíritu, a cultivar lo bello, aunque se viva en el barro. El médico tiene las armas para, en el seno familiar, favorecer con su enseñanza el descanso, ya no como una necesidad y un derecho, sino como medio de prevención de patologías cardiovasculares, neurológicas y traumáticas.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

4. Luchar contra la polución ambiental para disminuir riesgos de demencia, cánceres, stress, delincuencia, depresión:

Antaño no había, en la práctica, polución. El Médico de antaño poco o nada sabía al respecto. Actualmente existe no sólo la polución atmosférica con su carga de Plomo, Nitroso - Ureas, Bencenos aromáticos y Pesticidas, Alquitrane, sino también polución de aguas, de alimentos; existencia de químicos preservantes, de hormonas en algunas carnes, de anilinas y ruido ambiental.

Es preciso, en el seno familiar, educar acerca de los riesgos inherentes a dichas sustancias como son : depresión, amnesia, trastornos del carácter, fatiga física y mental, insomnio de diversa cuantía, alteraciones genéticas múltiples, alergias, problemas respiratorios, aumento de cánceres.

En el caso del ruido en particular, se estima que este flagelo, que en Santiago alcanza habitualmente niveles por sobre los 80 db., produce disminución significativa de la audición y emergencia de angustia, irritabilidad y fatiga. Probablemente la enseñanza al doctor que va a servir a una familia, debiera contemplar claros conceptos sobre estas materias, condición que puede modificar, en un futuro, la calidad de vida de nuestros hijos. Pero, además, el ruido trae aumento de la violencia a todo nivel, y cambios de conducta en los seres humanos que deterioran en mucho las relaciones personales y parece obvio que sea el médico quien enseñe estos riesgos y pueda indicar cómo prevenirlos.

El mundo político poco o nada ha hecho por resolver este problema. La acción del doctor, con la enseñanza al niño, puede lograr cambios al respecto.

5. Enseñar medidas de higiene en poblaciones hacinadas por la pobreza y diezmadas por la cesantía:

Tarea difícil. Resulta obvio que las poblaciones marginales, casi sin agua corriente, con cercanía de basurales aledaños y con un sistema de excretas a todas luces insuficiente, peligroso y contaminante, sufren el embate de enfermedades contagiosas como Hepatitis, Tifoidea, Amebiasis, Giardiasis, Influenza, Meningitis, Pediculosis e Infecciones de la piel, con alta incidencia en todos los grupos étnicos que las conforman.

Sin embargo, el Médico General que tiene a su cargo, en los Consultorios Públicos, la atención de estas personas, puede, con el equipo de salud, promover la limpieza. Primero con pequeñas acciones como hervir el agua para beber, enseñar al líder de la

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

comunidad a hacer una buena disposición de excretas, estimular a llevar las basuras a lugares más lejanos de la población de marras y preocuparse de taparlas con tierra, no dejar utensilios usados para las comidas, sin lavar. Con ello, a pesar de la pobreza, puede alejarse a los roedores, a los perros y a los insectos (moscas, baratas, hormigas), evitando así, contaminación.

El Médico de antaño, tampoco tenía esta clase de problemas, porque , en general, las familias de escasos recursos se acogían a terratenientes que, mal que mal, algo se preocupaban de ellas.

El Médico General actual, que se encuentre destinado a cumplir labores entre estos grupos marginados socialmente, debe también tomar contacto con otros profesionales como veterinarios, agrónomos, ingenieros civiles, asistentes sociales y abogados para que conformen un grupo profesional cohesionado capaz de dar una visión de conjunto a estas personas en lo referente a sus derechos civiles y en las acciones que la sociedad tiene implementadas para su ayuda dentro de los márgenes de la ley.

Por ello es que la educación en las Escuelas de Medicina debe dar a los estudiantes de la carrera médica, una amplia visión epidemiológica con los problemas de salud prevalentes y un acabado conocimiento de las medidas básicas para enfrentar su prevención y manejo básico.

De allí que las relaciones inter-escuelas universitarias-(Ingeniería, Medicina, Agronomía, Asistencia Social, Enfermería)- pueden dar gran impulso a estas conductas médicas las que llegarían a tener relevancia dado el liderazgo que el médico, naturalmente, tiene en el grupo humano.

Es evidente que el patio de cada casa o mejora (habitación límite), si se usa como pequeña chacra, puede satisfacer necesidades básicas de nutrientes para grupos poblacionales pobres. El médico puede actuar de catalizador para hacer surgir estas condiciones.

6. Enseñar a comer de manera saludable, de modo de obtener que, con poco dinero, sea posible alimentarse sin los riesgos a la salud de las comidas rápidas:

La medicina poco sabía del Colesterol y las grasas saturadas. La Diabetes se trataba sólo con Insulina y régimen sin azúcares, y la Hipertensión con muy pocos medicamentos hipotensores y con dietas sin sal.

Existía, además, un culto al comer: comidas largas en cuanto al tiempo para ingerirlas, cantidades grandes de nutrientes, conversaciones y discusiones familiares a las cuales,

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

frecuentemente era invitado el doctor de la familia, incluso en barrios de baja condición social.

Hasta hace 30 años, era menester sentarse a comer en la mesa familiar. Los obreros y estudiantes llevaban comida casera para ingerirla en el mediodía.

Alrededor de la comida se arreglaba el mundo, se tejía la política, se hablaba de Dios, se educaba a los hijos en las reglas básicas del buen vivir y del bien convivir; se comentaban las noticias al amparo de la información del padre y de lo aprendido en la escuela. La figura paterna dominaba el entorno y su ejemplo era indiscutible motor de socialización, hombría en el tomar decisiones y franco amparo familiar. La figura del Médico de la Familia acentuaba con su consejo esta condición y no le otorgaba a la comida el sentido de riesgo o preocupación que se le ha dado ahora en que la Medicina ha cambiado el gusto por comer por el miedo a la comida.

El Médico General actual requiere tener el equilibrio para exigir de su paciente y del núcleo familiar razonable conducta alimentaria basada en regímenes estrictos en lo referente a Diabetes, Enfermedades de Malabsorción intestinal, Hipertensión arterial, Migrañas, Osteoporosis, Anemias por deficiencia de Hierro, Obesidad o Hipovitaminosis.

El Médico General actual debe, también, hacer perder el miedo irracional al colesterol, enseñando que se puede comer bien, sin riesgos, cuando se tiene cuidado en equilibrar los nutrientes sin comprometer el presupuesto familiar, expulsando el miedo en las gentes muy aprensivas al respecto; evitando la aparición de Anorexia Nerviosa al poder enseñar a la familia a su cargo que hablar de obesidad en la mesa familiar es un riesgo de Anorexia patológica. En fin, el Médico de Familia debiera tener una información acabada de cómo, con un presupuesto exiguo, se puede comer bien y sano.

Lo mismo vale para que este profesional sea bien formado en lo referente al conocimiento de elementos como las anilinas, las hormonas, los preservantes de alimentos, las bebidas estimulantes, los edulcorantes, la comida rápida cocinada con grasas saturadas, que se ingieren con regularidad, y la potencial capacidad de daño a la salud humana de dichas sustancias.

Informar a una familia acerca de los riesgos de tales elementos suele ser el camino para cambios de conducta que terminan por mejorar la calidad de vida, valorar el presupuesto familiar e, incluso, conseguir mejores relaciones padres-hijos.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

7. Hacer visitas domiciliarias y tener un tiempo de conversar los problemas de la familia:

La extensión de las ciudades, el escaso tiempo destinado a la familia, el lento desplazamiento para poder llegar a alguna parte, las poblaciones marginales presas de pandillas que siembran el terror y la criminalidad ambiente, han disminuido notoriamente la visita domiciliaria del médico.

Es importante poder rescatar esta conducta, pues es posible que el hogar sea un buen lugar de "hospitalización" evitando el uso de las camas del hospital para otros fines que los propiamente médicos.

Crear en los Consultorios Públicos una Medicina Domiciliaria, con visitas diarias a los pacientes hospitalizados en sus casas, puede convertirse en una instancia de ahorro de divisas en salud, de aprendizaje en autocuidado de las personas, de unidad familiar en torno a la desventura de una enfermedad, de consejo a los miembros del grupo familiar no sólo en cuestiones de salud sino en otras instancias del conocimiento y la conducta; de buen uso de los recursos farmacéuticos para terapias de enfermedades crónicas; de volver a sacar del olvido, lo mejor de la Medicina: la Historia Médica y el Examen Físico, armas de valor extraordinario en diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, de sociopatías, de criminalidad, de violencia intrafamiliar. Un médico, sentado al lado del paciente yaciente en su lecho de enfermo, es un poderoso ejemplo de humildad, generosidad, entrega y protección al núcleo social llamado familia.

Pero, no sólo sirve la visita domiciliaria para los hechos precedentemente anotados. El conocer la vida familiar permite que el Médico de Familia sea una fuente de información médica veraz no suplida por Internet. Este último parece ser el actual Médico de Familia, pero es silencioso, duro, no acogedor, lleno de datos catastróficos sobre cada síntoma, objetivo, incapaz de acompañar en el dolor y de involucrarse con alguien en perseguir su bien.

Esta condición puede devolver al médico actual su perdida importancia social, pero no para vanagloria personal, sino para el bien de las personas, del país. Porque el médico fue, es y debe seguir siendo para el hombre un amigo desinteresado, preocupado por su salud y bienestar, sin que las vallas políticas, sociales, religiosas, culturales, económicas y ni siquiera las guerras, puedan alterar esta condición de servicio desinteresado, amistoso, afable y misericordioso.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

9. Enseñar vida sexual sana:

Antaño, la vida sexual era como ahora, pero en secreto. Quizás si era más difícil conseguir pornografía, pero la había. Es cierto que era más difícil alcanzarla, pero la había.

Las actividades sexuales eran de un gran secreto y se hacían sigilosamente.

La masturbación era castigada severamente y se lanzaba sobre el culpable una serie de admoniciones entre las cuales la más frecuente era que el que la practicaba se iba a enfermar.

El sexo tenía un sentido pecaminoso y de vicio tal, que el infierno era poco como seguro castigo.

Actualmente, el sexo es una actividad abierta, se comercia con él como con cualquier mercancía; pululan revistas, videos, películas cinematográficas, actividades in vivo teatrales en tal número, que no se oculta de él ni siquiera la aberración.

Antaño, conseguir un preservativo era tarea difícil. Era preciso comprarlo en una farmacia, casi hablando al oído del dependiente. Ahora se regala, incluso en lugares públicos, y se estimula su uso.

El Médico de Familia tenía poca actividad en lo relativo a conversar sobre el sexo y sus riesgos; la Gonorrea y la Sífilis eran enfermedades que se ocultaban incluso a la familia. Ahora se manejan ellas y el Síndrome de Inmunodeficiencia como cosa pública.

El Médico de Familia de los tiempos que corren debe tener amplios conocimientos acerca de la sexualidad, manejar los factores de riesgo, prevenir la impotencia y las aberraciones sexuales; es preciso que enseñe al joven que la masturbación no enferma, pero que su obsesiva práctica revela trastornos de la esfera sexual, angustia, afecciones obsesivo - compulsivas y afecciones de la personalidad.

El Médico de Familia debe, en el seno familiar, enseñar acerca de la pornografía cuyo uso provoca el peligro cierto de impotencia, porque sube el umbral del estímulo, y es un factor determinante en el origen de la violación de un hombre o de una mujer. Es importante que señale que afecciones sexuales como la infección por Chlamydia es sutil, no se ve, y, a veces, no se siente; y que a medida que se multiplica el número de compañeros sexuales, se hace más frecuente y segura su aparición. Que se complica de esterilidad femenina con alta seguridad y, por lo tanto, genera para un futuro, problemas de salud de compleja resolución y problemas conyugales que son de dimensiones insospechadas.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

La conducta del médico respecto de la sexualidad implica que éste conozca el alma del hombre. El secreto del alma que el hombre revela al doctor, sumado al examen médico, puede ser un factor determinante en prevenir la criminalidad relacionada al sexo, en disminuir la tasa de infecciones ligadas al sexo, reducir la tasa de parejas que conviven sin vínculo matrimonial, reducir la angustia producida por obsesividad sexual, y en disminuir la incidencia de impotencia y de eyaculación precoz, causal de neurosis de angustia, depresión y ruptura matrimonial en muchas parejas.

El médico, inserto como profesional en el seno de una familia, tiene una importancia capital en cambiar la epidemiología de las patologías sexuales, de allí que la psicología y la psiquiatría que estudie, deben capacitarlo para ser un líder confiable al respecto.

10. El Médico de Familia y el viejo de la casa:

Existen diferentes estados en lo concerniente a la relación del senescente y su familia. Me atrevería a clasificarlos en: el que acoge en su hogar a alguno de ellos para que viva con su familia; aquellos que viven dentro de la familia de alguno de sus hijos; el que vive solo con su mujer; el que habita un hogar de ancianos; el que vive de allegado a una familia que no es la propia y el que deambula en las calles pidiendo la caridad pública.

Si ser joven es soñar para vivir, ser viejo es vivir para soñar.

Antaño, el Médico de Familia cuidaba, entre otros miembros, al viejo, el abuelo o la abuela o el bis abuelo o la bis abuela, que compartían el mismo techo con sus hijos y nietos en una condición social de entera normalidad. Como si fuera así la vida, como si fuera normal acoger a los padres o a los abuelos envejecidos y limitados.

Ahora, han cambiado las cosas. En la práctica, sólo el pobre acoge a sus viejos, y viven juntos el amargo sabor de lágrimas del hambre o de la necesidad.

El resto de los hijos busca, tarde o temprano, una casa de reposo para llevar allí, a veces con engaños, a los padres viejos o a los suegros molestos.

Si se conversa con estos senescentes, más de la mitad de ellos no espera nada de la vida o como en una encuesta del INE de Agosto 2000, más del 30% de ellos quiere ser importante para los demás.

Hecha esta consideración, y sabiendo que Chile tiene la expectativa de vida más larga de América Latina, 78 años promedio, el Médico de Familia debe ser formado con una gran consideración hacia el anciano, tanto desde el punto de vista humano como en lo profesional.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

El senescente es un paciente difícil y es imperioso ejercer primero que nada medidas de prevención de caídas, de infecciones, de enfriamiento, de depresión; evitar la multi medicación o polifarmacia, y enseñar a los familiares o a los cuidadores, lo necesario para su bienestar.

El viejo llega a ser un niño, necesita afecto, quiere que lo toquen, espera no ser invisible para los que lo rodean.

El médico puede ser el único amparo de sus tristezas y secretos, y para serle útil como profesional debe ser acogedor, comprensivo, detallista en la obtención de los datos que lo lleven a un diagnóstico precoz de cualquier enfermedad, y cauteloso en las indicaciones de exploraciones de laboratorio o de técnicas invasivas que, a veces, pueden costar la vida del anciano; y ser cuidadoso en la indicación de medicación que, muchas veces, puede desencadenar síntomas que acaben con la existencia normal.

El anciano suele hablar bajo, oír mal, tragar defectuosamente; vive obsesionado por obrar y el deseo sexual, al menos en el hombre, no ha desaparecido. El Médico de Familia precisa estar atento a estas situaciones y tratar de solucionarlas en la medida de lo posible tanto enseñando a familiares y cuidadores, como ideando terapias simples de solución de estos problemas.

Así, por ejemplo, el uso de laxantes por parte del anciano sin supervisión médica, puede traerle trastornos del ritmo cardíaco, afecciones musculares y deshidratación, que son el origen de caídas o ser causa de tomar decisiones terapéuticas complejas y peligrosas.

El Médico de Familia debe también tener una sólida formación ética frente a problemas como la negativa del anciano a comer o a tomar sus medicamentos. Mucho antes que violentarlo para que se alimente o para que ingiera sus remedios, es importante saber si está o no deprimido, si sabe lo que está decidiendo; si esta conducta es o no una forma de suicidio sutil y lento, si es una forma de hacerse visible frente a los que no lo toman en cuenta o es la respuesta a un duelo como la pérdida de un amigo o el destrozo de una ilusión.

Muchos senescentes desean tener una vida sexual activa. Por ello, causa escándalo. Esta básica necesidad humana es mirada como un vicio por los mismos que convirtieron el sexo en un objeto. Ignoran que el sexo en el viejo es lo que debiera ser : una expresión cierta de amor por otro y de darse en pertenencia.

El Médico General no existe, en la práctica, en Chile.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

Su formación, como puede inferirse de las páginas precedentes, es de alta dificultad y, para colmo, a pesar de la gran carga académica que debe soportar para formarse bien en lo profesional, es un médico que aun hoy ante sus pares y ante las autoridades de salud tiene poco prestigio, pues lo marginan hacia las labores simples de la medicina, cuando, en verdad, el trabajo de él es de la más alta complejidad.

Chile debe volver a tener un Médico de Familia, un Médico de Barrio de excelencia, tal vez con él la Nación podría volver a tener la conciencia de un destino común y un sentido solidario y de respeto entre nosotros, que cada vez se aleja más de nuestras costas.

Hace siete años la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina de Chile, dependiente del Consejo de Rectores, creó el Examen Médico Nacional que tiene por objetivo establecer estándares de calidad en la formación de los alumnos en las diferentes escuelas de Medicina del país, luego de siete años de estudios de pregrado en la disciplina. Es teórico y mide, asimismo, competencias en las diferentes especialidades médicas asumidas por las escuelas de Medicina.

Existe un listado temático en el cual se define, para cada tema, qué debe cumplir el médico respecto del conocimiento de ello. Frente a cada tema, se define las siguientes condicionantes:

Si debe sospecharse el diagnóstico. (Diagnóstico Sindromático).

Si debe hacerse el Diagnóstico Específico.

Si debe hacer el Tratamiento Inicial y saber hacer su Derivación.

Si debe hacer el Tratamiento Completo.

Si debe hacer el Seguimiento y control.

Para conocimiento de quienes vayan a participar en la discusión de este documento de trabajo, se transcribe dicho listado y, a cada tema se le puso un número que describe lo que el médico debe saber respecto de cada tema.

De este modo, si el médico debe saber el Diagnóstico Sindromático se le puso el N° 1. El N° 2 es si debe hacer el Diagnóstico Específico. El N° 3, si debe hacer el Tratamiento Inicial y saber hacer su Derivación; el N° 4 si debe hacer el Tratamiento Completo y el N° 5 si debe hacer el Seguimiento y control. El N° 6 es si debe interpretar un Examen de Laboratorio o un procedimiento y el N° 7 si debe realizarlo.

Dr. Santiago Soto Obrador.

Medicina Interna.

Octubre 2012,

A continuación se transcribe este listado modificado por mi, pero que puede servir de base para eventual confección de bases programáticas mínimas y de acuerdo a las Competencias que debe tener este Médico que Chile Necesita.

Es conocido que en el delicado trabajo en Consultorio Externo, el médico cuenta con 10 minutos para ejecutar su trabajo. Es necesario pues capacitarlo para lograr un diagnóstico correcto y una terapia exitosa usando lo más elemental de la clínica. De este modo, en el Consultorio Externo se debe:

1. Pesar, medir, calcular el Índice de Masa Corporal; determinar el Pulso, la Presión Arterial y la Temperatura a todos los pacientes, antes de su ingreso al box de atención.
2. Un profesional para –médico debiera recabar del paciente, antes de ser visto por el médico los siguientes antecedentes:
 - 2.1. Identificación.
 - 2.2. Enfermedades, vacunas recibidas, e intervenciones quirúrgicas que se han tenido previo a la consulta actual.
 - 2.3. Listado de trabajos y la función específica cumplida en cada uno de ellos.
 - 2.4. Fecha de la última menstruación en el caso de las mujeres.
 - 2.5. Si hay o no problemas de drogadicción, ingesta de alcohol, violencia intrafamiliar, cesantía y causa de ella si la hay; y enfermedades en los progenitores, hermanos y allegados.
3. Anotar siempre el Motivo de Consulta.
4. Síntomas, descritos en orden de aparición, que sufre el paciente

Con el objeto de capacitar al médico para trabajar la clínica con la máxima perfección posible en el escaso tiempo del que dispone, se puede llevar a cabo un Taller de Clínica que tenga los siguientes contenidos que pueden ser alcanzados en 4 horas lectivas:

1. Semiología de la cabeza y cuello.
2. Semiología de las manos.
3. Discusión de asociaciones de síntomas usando la lógica.
4. Discusión de la Tabla Hipocrática de Diagnóstico Diferencial, elemento que reencanta el trabajo médico y le da poderosas armas de reflexión.