

Investigación en Medicina Familiar

Cacace PJ, Coppolillo FE.

Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian McWhinney. Buenos Aires. Argentina

“La Investigación en Medicina Familiar no es ni siquiera un tema de interés entre los médicos en sus consultorios”. Esa es una de las ideas principales que destaca el Dr. Tony Reid, Editor Científico de la Canadian Family Physician, en su nota editorial del número de Septiembre de 2004.[1]

¿Y para nosotros es acaso un tema de interés en nuestra práctica asistencial?. De ser sinceros debemos responder con un rotundo NO. La mayoría creemos, (y ojalá que al final de este artículo podamos comenzar a poner en duda esta creencia) que la investigación está siempre vinculada a: grupos pequeños y selectos de médicos, unidades académicas, financiación e intereses de grupos farmacéuticos, y a temas que están bastante alejados de lo que concierne a nuestra práctica diaria en el consultorio.

En el ámbito de la Atención Médica Primaria (AMP) debemos ser concientes y asumir que está en nosotros cambiar el actual modelo de investigación en el que participamos casi exclusivamente como ejecutores en campo. Ha llegado el momento en que tomemos rédito de nuestra posición privilegiada en el Sistema de Salud, como primer contacto con el paciente, para que los Médicos de Familia empecemos a elaborar las preguntas de los trabajos de Investigación, y desde ya también buscar sus respuestas.

A medida que pasa el tiempo se hace cada vez más evidente el beneficio de la AMP en la población, y en épocas en que está en auge hablar de costos y servicios de salud, esta estrategia despierta mayor interés cuando demuestra en forma concluyente tener impacto significativo sobre ciertos indicadores de salud.

El *primer contacto* con el Sistema de Salud es importante porque la “calidad” del mismo nos permitirá minimizar costos y mejorar los resultados. Así a través de nuestra *Práctica Centrada en el Paciente*, con nuestra capacidad y posibilidad de realizar un *seguimiento integral, longitudinal y personalizado*, mediante el desarrollo de una *práctica médica sustentada en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades*, estamos en condiciones de reconocer precozmente problemas de salud, incrementar la exactitud del diagnóstica, evitar la iatrogenia, disminuir la incidencia de efectos adversos, y atenuar las tasas de hospitalización y los costos sanitarios.

Los Investigadores en Medicina Familiar en todo el mundo concuerdan en que el entendimiento de nuestra práctica diaria es indispensable para poder realizar la suya, debido, por ejemplo, al efecto que tienen las diferentes creencias y culturas sobre la salud.

Ian McWhinney sostiene que la falta de atención que le damos cómo Médicos de Familia a la Investigación se debe principalmente a 3 causas[1,2]:

- devaluación de la investigación taxonómica,
- falta de reconocimiento de las limitaciones de los Ensayos Clínicos,
- falta de confianza en nuestra habilidad para incrementar el saber médico.

Existe en la subcultura de la ciencias médicas un imperativo, en el sentido orteguiano, que puede atentar con el impulso vital de nuestra “joven especialidad”: la rigidez de las metodologías de investigación; sería al menos un grave error pensar que podemos utilizar las mismas herramientas para evaluar la eficacia de un nuevo medicamento, que para comprender los caminos que recorre la empatía en la práctica clínica.

En la Cúspide del Imperio de las Pruebas Científicas, se encuentran los meta-análisis, y los ensayos clínicos multicéntricos, aleatorizados y enmascarados . Y desde allí cualquier inquietud de nuestro saber, de nuestra curiosidad, de nuestra experiencia,

pareciera presentarse como científicamente minusválida. Puede catalogarse a un trabajo de observación retrospectiva como una simple “anécdota”, que carece de valor. ¿Quién o qué determinan que sus aportes no son científicos? Lo que hace a un relato algo científico es el relato en sí, como una construcción del pensamiento a partir de una experiencia, no exclusivamente si los resultados pueden ser reproducibles, o son capaces de soportar un test de hipótesis.

El protocolizar (normalizar) la investigación sin dar margen a la creatividad, pretendiendo que todo se ajuste a reglas lógicas puede engeguernos y bloquearnos ante eventos inesperados que no se ajustan a los modelos preestablecidos, o ¿Qué hubiera sido de Fleming y la Penicilina?. Por tanto es importante recordar siempre que no hay un camino directo hacia un descubrimiento. El hecho fundamental en la investigación es *tener una idea o proponer una hipótesis*. Popper sostiene que la idea de una investigación tiene una naturaleza creativa y singular que depende de la persona que investiga.[7]

Es también de destacar que la Medicina Basada en Evidencias (MBE) generalmente aporta datos de Estudios Randomizados y Controlados (ERC) que se llevan a cabo sobre escenarios, patologías y pacientes que no son los mismos que vemos nosotros en nuestra práctica en el ámbito ambulatorio, y por lo tanto muchas veces son difícilmente transpolables a nuestra realidad.

El financiamiento de los estudios por parte de la industria de producción de bienes y servicios sanitarios, estimula un modelo de investigación biomédica que por momentos pareciera que “morderse la cola”, de espaldas a la sociedad y la práctica clínica, produciendo ensayos clínicos acerca de lo que ya se sabe, acerca de lo que ya ha sido estudiado, para problemas que ya están casi resueltos desde su marco de pensamiento. Pero ¿Cuanto sabemos acerca de la confianza humana que se establece con el paso del tiempo entre nosotros y las familias, sus efectos en las comunidades y en los sistemas de salud? ¿Cuanto se ha estudiado acerca de la intuición y el valor del autoconocimiento del médico? ¿Cuanto sabemos acerca de la iatrogenia de los métodos de rastreo en pacientes asintomáticos, o del tratamiento farmacológico de las llamadas proto-enfermedades?

En el ámbito académico nuestra especialidad es vista como un partícipe secundario en temas de investigación, debido fundamentalmente a su aparente débil productividad en dicha área, pero en realidad nos sorprendería ver y saber que nuestra especialidad hizo varios e importantes aportes en este campo. Entre las investigaciones llevadas a cabo por Médicos de Familia en Canadá, por ejemplo, cuyos resultados usamos cotidianamente sin darnos cuenta, se destacan: Tablas de Score para Faringitis, datos para el Manejo de la Hipertensión Arterial, Valoración del uso de la Episiotomía, desarrollo del Método Clínico Centrado en el Paciente, Diagnóstico de Cistitis [1,2].

A través de la definición clásica de “Investigación Clínica” realizada por Ryle (por medio de las etapas incluidas en el proceso: Observación, Registro, Clasificación y Análisis) podemos pensar en cómo incluir este proceso como parte de nuestro trabajo cotidiano. Al fin y al cabo quién mejor que nosotros, con nuestro exclusivo rol de observadores y partícipes, para desarrollar una actividad que enriquecerá y garantizará el desarrollo de nuestra práctica clínica diaria y por ende de nuestra especialidad. Pensemos en todo lo que somos capaces de seguir aportando a diferentes áreas de la Medicina, como por ejemplo la Semiología para seguir definiendo signos y síntomas de las diferentes patologías, patrones clínicos y curso evolutivo de las enfermedades crónicas, etc.

Los registros que hacemos en nuestras historias clínicas no son hechos, en la mayoría de los casos, teniendo en mente un futuro trabajo de Investigación. Pero una revisión retrospectiva sobre diferentes datos de pacientes con un mismo problema de salud puede transformarse en hallazgos médicos importantes. Sin necesidad de tener una muestra elegida, ni datos estandarizados, podemos aportar datos científicos solamente con nuestro seguimiento longitudinal del paciente y nuestro profundo conocimiento del mismo. Si bien el “estar involucrados” puede implicar una pérdida de nuestra objetividad, es claro también que nos permite aportar datos de una gran riqueza por lo que al valor reducido de la información conlleva un valor agregado.

La Medicina Familiar como disciplina emergente, como un nuevo modelo de atención y de entender la práctica médica, debe transitar un camino de construcción de conocimiento. Una construcción que requiere nuevos modelos de comprender y razonar la experiencia clínica; la exploración del padecimiento, la dimensión humana del enfermar, como sostiene Ian McWhinney requiere diferentes vías de comprensión, como la fenomenología y la hermenéutica, que provienen más de las ciencias humanas que de las ciencias biológicas..

Revisar, explorar y registrar nuestra experiencia clínica, en su dimensión humana e instrumental, es un primer paso para generarnos interrogantes, y la inquietud del investigador. Y esto está en nuestras manos, día a día, en el trabajo con las familias.

Dres. Patricio J. Cacace y Fernando E. Coppolillo.

Médicos Especialistas en Medicina Familiar.

Egresados de la Residencia de Medicina Familiar del Hospital Francés de Buenos Aires, Argentina

Investigadores Principales del Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian McWhinney (CEMF). Buenos Aires, Argentina.

Contactos: pcacace10@yahoo.com

fcoppolillo@intramed.net

Bibliografía:

1. Rosser W. “Do we really need family Medicine Research?” Canadian Family Physician. Volumen 50, Septiembre de 2004
2. McWhinney, I.R. “Dr Olson’s discovery and the meaning of scientific”. Canadian Family Physician. Volumen 50, Septiembre de 2004.
3. Starfield, B. “Primary Care”. Oxford University Press, 1998.
4. McWhinney, I.R. “Medicina de Familia”. Mosby/Doyma Libros, 1995.
5. Zurro, A. “Atención Primaria”. Elsevier, 2003.
6. Stewart, M & Co. “Patient Centered Medicine”. Radcliffe Medical Press, 2003.
7. Lorenzano