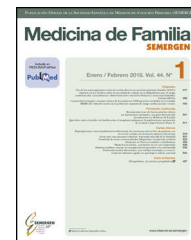




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTAS AL DIRECTOR

Ian McWhinney y la importancia de los referentes en medicina de familia para crear una identidad profesional propia



Ian McWhinney and the importance of referents in family medicine in order to create an individual professional identity

Conocido como uno de los padres de la medicina de familia Ian McWhinney es el prototipo de médico artesano, tecnólogo, humanista y artista. Este canadiense nace en Burnley, Inglaterra, en el año 1921 y fallece en el año 2012. Sus fuentes fueron el modelo psicosocial de Engel y la psicología humanista de Carl Rogers. Entendió como pocos la importancia de rescatar las cualidades específicas de los médicos generalistas que les hacen diferentes del resto de especialidades médicas, e instigó a buscar una identidad propia en la especialidad de medicina de familia.

Destacamos 2 ideas que resumen su pensamiento. La primera: *To see the universal in particular (Ver lo general en lo concreto)*. McWhinney nos transmite con su práctica que el conocimiento de lo particular es crucial en esta disciplina tan impregnada por el cientificismo que caracteriza los avances en ciencia y tecnología de los últimos siglos. En un mundo en el cual el conocimiento ha sido separado de la experiencia, las emociones son obviadas en favor del objetivismo, aunque el centrarse en el mundo de las emociones favorezca algunas veces la pereza y el inmovilismo. Ian ponía la atención en las emociones y sabía que además del desarrollo intelectual existía un desarrollo emocional cuya importancia era subestimada. Trae a primer plano los aspectos experienciales, psicológicos, sociales y ecológicos de la dolencia el paciente lo que le permite abordar de una manera *organísmica* (entendiendo la vida como un equilibrio dinámico), lo mecanicista. En su metáfora de la biología organísmica entiende los seres vivos como organismos complejos que interaccionan con el medio de forma multilateral¹. Teniendo siempre en mente lo que suele pasar desapercibido (lo que se suele obviar), el clínico logra proporcionar un cuidado personal integral. Si hay algo en lo que este autor profundiza es en la relación del médico con el paciente, o alianza médico paciente, pues la suya era una medicina basada en relaciones^{2,3}, centrada en el individuo en singular, pero viendo lo general en lo concreto. Prioriza las relaciones y la persona o individuo con el que se relacionaba y fue uno de los primeros médicos en promover la escucha activa como actitud. Desarrolla el concepto

de *mapa y territorio* y propone dejar atrás nuestro cientificismo y *caminar mano a mano con nuestros pacientes por el territorio*.

La segunda idea: *To think complexity and to accept uncertainty (Reflexionar la complejidad y aceptar la incertidumbre)*. Uno de los temas que abordó McWhinney fue cómo trabajar en condiciones clínicas de gran incertidumbre. Para comprender esta incertidumbre se va a fijar en la naturaleza y se va a preguntar qué es lo que diferencia los organismos vivos de las máquinas. No es otra cosa que es el poder sanador de la naturaleza. Los seres vivos tenemos capacidad de crecimiento, regeneración, organización y trascendencia. En medicina, como en la naturaleza, la causalidad no es lineal, sino que existen redes causales complejas que determinan un resultado concreto. Prever este resultado con precisión es una tarea harto difícil teniendo en cuenta las capacidades y con la tecnología de la cual dispone el ser humano actualmente. Por lo tanto la incertidumbre en medicina es entendida como una condición inevitable y necesaria. Condición que puede y debe ser compartida con nuestros pacientes ya que si no la aceptamos nos abocamos al error, la frustración y la deshumanización.

Otra de las aportaciones de Ian McWhinney fue determinar los 7 motivos de visita o razones que llevan al paciente a la consulta (1 límite de tolerancia, 2 límite de ansiedad, 3 comportamiento señal, 4 administrativo, 5 oportunidad y 6 sin enfermedad). También enunció 5 factores de riesgo para enfermar (1 pérdida, 2 conflicto, 3 cambio, 4 desajuste, 5 estrés, 6 aislamiento y 7 esperanza frustrada) transformando la visión biológica de su época por otra biopsicosocial mucho más amplia⁴.

Los referentes en medicina de familia, como en la vida misma, son importantes porque nos sirven de ejemplo e inspiración en nuestra práctica clínica diaria, en nuestra manera de situarnos en la sociedad. Siembran un necesario precedente para motivar a los médicos actuales a la imitación y a la consecuente superación. No se trata solo de saber más sino de poder crecer a hombros de gigantes que han recorrido mucho camino en nuestro beneficio.

Bibliografía

1. Kidd M. The importance of being different: Inaugural Dr Ian McWhinney Lecture. *Can Fam Physician*. 2015;61:1033–8.
2. McWhinney IR. Family medicine in perspective. *N Engl J Med*. 1975;293:176–81.
3. McWhinney IR. Core values in a changing world. *BMJ*. 1998;316:1807–9.
4. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1981 and 1997.

F. Abadín López^{a,*}, S. Casado Buendía^b y C. Lozano Suarez^c

^a Unidad Docente de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Centro de Salud Villalba, Collado Villalba, Madrid, España

^c Centro de Salud Almagro, Almagro, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ref.fal@hotmail.com

(F. Abadín López).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.09.002>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Propuesta de confirmación espirométrica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica



Proposal confirmation by spirometry of chronic obstructive pulmonary disease

Sr. Editor:

Según la nueva actualización de la guía GesEPOC¹, el proceso diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se inicia con su sospecha, debiendo estar en alerta ante un adulto fumador o exfumador que refiera un consumo superior o igual a 10 paquetes/año, y que presente síntomas respiratorios. La realización de una espirometría forzada permitirá confirmar el diagnóstico al demostrar un cociente entre el volumen respiratorio máximo en el primer segundo (FEV₁) y la capacidad vital forzada (FVC) tras la prueba broncodilatadora inferior a 0,7. Si bien esta es la definición aceptada y aplicada por diferentes guías nacionales e internacionales en el manejo de la EPOC^{1,2}, su existencia no determina cronicidad. Con este concepto se asume que en un paciente fumador o exfumador en el cual se objetiva una obstrucción al flujo aéreo tras la prueba broncodilatadora, esta se mantendrá en dicha situación a lo largo del tiempo. Sin embargo, la evidencia científica nos ha mostrado como hasta un 15% de los pacientes fumadores, que inicialmente mostraban obstrucción al flujo aéreo, presentan una espirometría dentro de los límites normales al mes de tratamiento³, especialmente aquellos con obstrucción más leve. Este aspecto hace plantearnos el concepto actual aplicado por las diferentes guías para diagnóstico de EPOC, ya que con el existente estamos generando un sobrediagnóstico de la enfermedad, potenciándose este aspecto al no existir en las guías recomendaciones explícitas que apoyen el realizar una espirometría de control tras inicio de tratamiento². Si bien la EPOC es una enfermedad heterogénea en donde la progresión de la enfermedad difiere en cada paciente⁴, lo cierto es que la administración de una correcta terapia broncodilatadora mejora la función pulmonar en la inmensa

mayoría de nuestros pacientes, alcanzando una meseta en torno a los 2 meses del inicio del tratamiento⁵. Es por ello, que animamos a los coordinadores de GesEPOC a establecer una confirmación diagnóstica, especificando una duración mínima en donde, tras un correcto tratamiento broncodilatador, persista la obstrucción crónica al flujo aéreo.

Bibliografía

1. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. Arch Bronconeumol. 2017;53:324–35.
2. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD); 2017. [consultado 30 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>.
3. Llordés M, Jaén A, Almagro P, Heredia JL, Morera J, Soriano JB, et al. Prevalence Risk Factors and Diagnostic Accuracy of COPD Among Smokers in Primary Care. COPD. 2015;12:404–12.
4. de-Torres JP, Marín JM, Pinto-Plata V, Divo M, Sanchez-Salcedo P, Zagaceta J, et al. Is COPD a Progressive Disease? A Long Term Bode Cohort Observation. PLoS One. 2016;11:e015185.
5. Zhong N, Wang C, Zhou X, Zhang N, Humphries M, Wang L, et al. LANTERN: A randomized study of QVA149 versus salmeterol/fluticasone combination in patients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015;10:1015–26.

J.M. Figueira Gonçalves* e I. García-Talavera

Servicio de Neumología y Cirugía Torácica, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC), Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmarcofigueira@gmail.com
(J.M. Figueira Gonçalves).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.01.004>
1138-3593/

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.