

**LA MEDICINA INTERNA COMO
MODELO DE PRÁCTICA
CLÍNICA**

XXV Aniversario

SOCIEDADE GALEGA DE MEDICINA
INTERNA

“SOGAMI”

Edita: Sociedade Galega de Medicina Interna (SOGAMI)

Coordina: Fernando Diz-Lois Martínez

SOGAMI

Junta directiva

PRESIDENTE

Ricardo Fernández Rodríguez

VICEPRESIDENTE

Fernando de la Iglesia Martínez

SECRETARIA

María del Pilar Rozas Lozano

TESORERO

José Antonio Díaz Peromingo

VOCALES

José Luis Díaz Díaz

Álida Iglesias Olleros

Joaquin Campòs Franco

Juan Corredoira Sánchez

Juan Ignacio Telletxea Díaz

José María de Lis Muñoz

Martin Rubianes González

Antonio Enériz Calvo

Begoña Castro Paredes

Yago Mouriño López

Imprime: Tórculo Artes Gráficas, S.A.

ISBN: 978-84-612-6100-0

Depósito Legal: C 3049-2008

Índice de Autores

LUIS AMADOR BARCIELA. *Servicio de Urgencias y Hospitalización a Domicilio. CHUVI Meixoeiro. Vigo*

PEDRO CONTHE. *Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Vicepresidente de la SEMI. Madrid*

EMILIO CASARIEGO VALES. *Medicina Interna. Hospital Xeral-Calde. Lugo*

FERNANDO DE LA IGLESIA MARTÍNEZ. *Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña*

JOSÉ ANTONIO DÍAZ PEROMINGO. *Servicio de Medicina Interna. Hospital da Barbanza. Riveira. A Coruña*

JOSÉ LUIS DÍAZ DÍAZ. *Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña*

FERNANDO DIZ-LOIS MARTÍNEZ. *Medicina Interna Hospital Juan Canalejo. A Coruña*

ANTONIO ENÉRIZ CALVO. *Medicina interna. O Barco de Valedoras. (Ourense)*

RICARDO FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ. *Medicina Interna Hospital Virxen do Cristal. Ourense. Presidente de la SOGAMI*

JUAN ANTONIO GARRIDO SANJUÁN. *Medicina Interna. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol*

PEDRO GORDO FRAILE. *Medicina Interna. Hospital de la Costa. Burela (Lugo)*

JAIME MERINO SÁNCHEZ. *Profesor de Medicina Interna del Hospital Universitario de San Juan. Alicante. Expresidente de la SEMI y EFIM.*

SONIA MOLINOS CASTRO. *Servicio de Medicina Interna. Hospital da Barbanza. Riveira. A Coruña*

RAFAEL MONTE SECADES. *Medicina Interna. Hospital Xeral-Calde Lugo*

JULIO MONTES SANTIAGO. *Medicina Interna. CHU-Meixoeiro. Vigo*

JOSÉ DOMINGO PEDREIRA ANDRADE. *Medicina Interna Hospital Juan Canalejo. A Coruña*

MARTA PENA SEIJO. *Medicina Interna. Hospital de Conxo. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago*

ALBINO PÉREZ CARNERO. *Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral-Calde Lugo*

PAULA PESQUEIRA FONTÁN. *Servicio de Medicina Interna. Hospital da Barbanza. Riveira. A Coruña*

BEATRIZ POMBO VIDE. *Medicina Interna. Hospital Xeral-Calde. Lugo*

ANTONIO POSE REINO. *Medicina Interna. Hospital de Conxo. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago*

RAMÓN PUJOL. *Medicina Interna. Hospital de Bellvitge. Barcelona. Presidente de la SEMI*

RAMÓN RABUÑAL REY. *Medicina Interna. Hospital Xeral-Calde Lugo*

MANUEL DE TORO SANTOS. *Medicina Interna. Hospital Santa Maria Nai. Ourense.*

JOSE ANTONIO TORRE CARBALLADA. *Profesor de Medicina Interna. CHUS, Santiago de Compostela*

BEATRIZ SEOANE GONZÁLEZ. *Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña*

Los editores agradecen especialmente a los laboratorios MSD y Shering Plough, su colaboración en la materialización de este libro.

Prólogo

Constituye para mí un gran honor la oportunidad que se me brinda de escribir este prólogo. Las breves líneas que siguen son el preámbulo de un interesante conjunto de artículos que ven la luz en ocasión del 25 Aniversario de la “Sociedade Galega de Medicina Interna (SOGAMI)”. Esta Sociedad me es relativamente familiar, pues he tenido con ella dos contactos oficiales previos. En efecto, pude pronunciar sendas conferencias en su XVI Reunión Ordinaria (19 de Junio de 1999) y en su XXIV Congreso (9 de Junio de 2007), ambos celebrados en Orense. Y en esa última ocasión me permití bromear con la página web de SOGAMI: *www.meiga.info*, “ señalando que en Galicia, meigas, haberlas haylas” Y, como no, el contenido de mis intervenciones estaba orientado a los distintos aspectos de la Medicina Interna.

Nadie puede negar que el futuro de esta gran especialidad troncal es preocupante. Tras el brillante lugar que ocuparon los internistas durante casi dos tercios del siglo pasado, tanto en la Universidad y sus Hospitales, como en la Sociedad, vino la disgregación del gran tronco con la aparición de numerosos especialistas que se hicieron con el prestigio científico y social del internista. Cabe preguntarse, pues, si va a ser necesario en el futuro el Especialista en Medicina Interna General, es decir, el Internista, o es una figura, como se ha señalado por algunos, en vías de extinción. No quisiera que en este ejercicio, siempre arriesgado, de futurología, me embargasen sentimientos y deseos, surgidos de las vivencias del siglo pasado. Desde el convencimiento de que no volverá a producirse la situación que vivieron los grandes maestros de Medicina Interna que nos precedieron, apuesto por la vigencia futura del internismo. Mis argumentos son dos: a) la idoneidad del internista para el ejercicio de nuestra profesión en su sentido más completo; y b) las razones económicas.

El internista es el especialista que mejor está preparado para ofrecer a su paciente una atención integral. Un enfermo no es una mera suma de diversos sistemas orgánicos que cada especialista es capaz de diseccionar en su vertiente que le es propia, sino un ser humano con su complejidad bio-psico-social. Sus diversos aparatos o sistemas biológicos se relacionan entre sí y se ven influidos, además, por las vertientes psíquicas y circunstancias sociales. Por su preparación y orientación generalista, el internista es particularmente idóneo para comprender al paciente como persona y no sólo como un organismo enfermo. Actualmente está muy en boga la llamada medicina basada en evidencia que, dicho de paso, sería preferible denominar basada en la constatación, puesto que lo evidente no requiere demostración. Se trata de un movimiento loable, pues pretende que los médicos tomemos nuestras decisiones basados en datos científicos. Con todo, en el ejercicio clínico es difícil que se puedan medir con exactitud todos los problemas que aquejan al paciente, por lo cual como contrapunto a aquella, defiende la medicina basada en la complejidad. A mi juicio, el ejercicio clínico siempre habrá que realizarlo con un cierto grado de incertidumbre. El internista suele poseer el necesario arte clínico para tomar decisiones idóneas en las situaciones complejas de multimorbilidad e incerteza.

La dimensión económica constituye una de las grandes preocupaciones de la sanidad actual. Las razones de esta índole están potenciando la figura del internista en Estados Unidos y es de esperar que lo mismo suceda en España, cuando se apliquen los criterios de eficiencia a los distintos profesionales de la Medicina. Un buen internista es capaz por sí solo de resolver numerosos problemas del paciente que requerirían la intervención de diversos especialistas, con el consiguiente encarecimiento asistencial.

En suma, me atrevo a augurar que en el siglo XXI el internista va a seguir siendo necesario debido a que es capaz de ofrecer mejor que nadie una asistencia integral al paciente y por tanto más satisfactoria para él, desenvolverse en el terreno de la complejidad e incertidumbre con arte clínico y desarrollar su labor de forma eficiente en terreno económico.

Desde esta perspectiva me parece de gran interés el libro que me honro en presentar. No se trata únicamente de una iniciativa romántica de celebrar el 25 aniversario de una sociedad. El conjunto de trabajos escritos por internistas vocacionales que defienden la vigencia de nuestra especialidad desde visiones diferentes y variadas, puede contribuir a que mis augurios se cumplan con creces.

Ciril Rozman
Catedrático de Medicina
Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona

Justificación y agradecimientos

Esta publicación se realiza con motivo del XXV aniversario de la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI), coincidiendo con el XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

La meta que se propuso la junta directiva de la SOGAMI, con esta publicación, es la de recoger impresiones personales de los internistas gallegos miembros de la SOGAMI, sobre distintos aspectos de la Medicina Interna actual y un análisis de la perspectiva que cada uno haya extraído de la práctica clínica en el transcurso de su carrera profesional así como su opinión sobre cómo ha de ser su evolución.

Este documento por ello, es heterogéneo, no pretende ser técnico aunque algunas de las contribuciones lo sean y por ello la bibliografía es opcional y solo orientativa.

La riqueza de ideas es mayor cuando uno se expresa con libertad sin ataduras a las tendencias oficialistas incluso aparentemente científicas. Decimos aparentemente porque muchas veces lo que hoy parece cierto mañana no lo es.

El comité de redacción agradece profundamente a todos los que contribuyeron a que este libro fuese una realidad, desearía que fuesen más, pero dada la necesidad de cerrar la edición, se ha decidido recoger lo que hasta el momento se ha enviado, directamente o a través de la página Web de la SOGAMI (www.meiga.info)

Agradecemos de forma particular a internistas de la SEMI, invitados a participar en esta publicación, los profesores: Ramón Pujol, Pedro Conthe y Jaime Merino, y al profesor Círyl Rozman especialmente por su amabilidad en prologarla.

Los editores

El internista como modelo de práctica clínica.

El comité editorial

El “internismo” es un modo de trabajar, es una actitud en la práctica de la medicina que se caracteriza por un acercamiento al enfermo de forma global. Considera a éste como un ser situado, en su escala de valores, al mismo nivel que el propio médico, un ser que vive, es decir que tiene unos órganos que funcionan de forma coordinada, y un ser que reflexiona.

“Situado al mismo nivel”, es decir que el enfermo es una persona como el médico y el trato ha de ser por lo tanto de igual a igual. Como decía D. Carlos Jiménez Díaz “un hombre frente a otro hombre”

En el paciente, “como ser vivo”, la disfunción de algún órgano o sistema, ha de repercutir necesariamente sobre los otros ya que ninguna función dentro de un organismo vivo se presenta aislada e independiente. El acercamiento del médico debe de ser global, debe de tener en cuenta el trastorno primario y su repercusión en todo el organismo.

El enfermo “un ser que reflexiona”, es capaz de preguntarse ¿qué? ¿porqué? y ¿para qué? Preguntas que buscan respuestas. El médico debe estar en condiciones de buscarlas junto con el paciente.

Cualquier médico que se acerque a un paciente con intención de curarlo ha de tener estas premisas en consideración. Este tipo de práctica es lo que llamamos internismo y es una característica propia de los clínicos que nacieron y se formaron con la ciencia médica cuando esta comenzó a esclarecer la visión del médico, hace unos 200 años. En la práctica esta visión holística, surgió y se desarrolló con los internistas, a medida que estos fueron apareciendo en el transcurso del siglo XIX. El internismo nace y se perfecciona de manos de la clínica, las ciencias sociales y la antropología. Es una actitud, una forma de trabajar, una

peculiaridad del clínico, ya sea médico, cirujano, o especialista en cualquier aspecto de la patología somática o incluso psíquica.

El internismo, por el tipo, la forma y la manera de ver o considerar a un enfermo como un todo somático que vive, existe y se pregunta, como él mismo, tiene gran carga de profesionalidad. La principal característica de ésta es la responsabilidad. El internismo exige una responsabilización del problema del paciente globalmente.

La medicina es muy amplia, la práctica médica imposible de dominar, los pacientes necesitan con frecuencia varios especialistas que los traten, pero ninguno de ellos debe de asistir al paciente como si estuviese en un damero, “esta es mi casilla” y no salgo de ella, esto es lo contrario al internismo. El médico no encasillado es quien se responsabiliza de todo el paciente, tratándolo globalmente y allí donde su capacidad no alcance, asegurándose de que otros médicos también lo traten si lo ve necesario. Nunca debe de decir “esto no es mío”.

Esto que definimos como internismo, se ha ido perdiendo al desarrollarse enormemente la ciencia y la tecnología. La especialización ha ido derivando hacia una práctica basada en la acción, y ésta, de forma específica y particularizada al área de conocimiento de la especialidad. El internismo se ha perdido sobre todo en especialidades quirúrgicas y cada vez más, también en las médicas

Internista en su amplio sentido, es cualquier médico que se acerque al paciente teniendo en cuenta estas premisas. El médico de cabecera y el llamado internista general están (o deben de estar) incluidos en este concepto, de internistas verdaderos. Pero internista en sentido lato, es quien vive el internismo, alguien que se acerque a un paciente para curarlo, ya sea generalista o especialista.

El internismo no es una especialidad, es una forma de hacer medicina. No es un instrumento sino un modo de hacer. Cualquier especialista que se relacione directamente, incluso aunque sea de forma indirecta con la asistencia al enfermo, debe de hacerlo con una carga suficiente de internismo.

Bibliografía

Larson E.B. Physicians should be civic professionals, not just knowledge workers. *The American Journal of Medicine*. 2007;120: 1005-1009.

¿Por qué te hiciste internista?

Pedro Gordo Fraile

Medicina Interna. Hospital de la Costa. Burela. Lugo

*“Todos ven lo que tú aparentas; pocos
advierten lo que tú eres”*

MAQUIAVELO

Improvisé en ese momento una respuesta y ésta no me pudo parecer más simple e inconsistente. La pregunta de mi amigo el Dr. Fernando Diz-Lois, que llevaba implícita la petición de unas reflexiones propias para la elaboración de El Libro de la Medicina Interna, merecía una respuesta más seria y más comprometida. Le expuse mis dudas sobre si unas reflexiones tan personales y subjetivas tendrían algún valor para el lector pero él me respondió que precisamente esto podría ser lo interesante.

Esta cuestión, que me había planteado en innumerables ocasiones, varios días después seguía rondando mi cerebro y ello me hizo pensar que la pregunta no era tan simple como aparentaba ni mucho menos la respuesta. El calado de la misma debía ser más profundo.

De entrada, la definición de un internista, sin palabras técnicas, para que lo entienda la población, no es fácil. En un esfuerzo que quizás pueda calificarse de eufemista y sobre todo, incompleto me atrevería a recurrir al símil del director de una orquesta cuya partitura es el cuidado integral del paciente y cuyos conocimientos le habilitan para tocar todos los instrumentos que la componen.

Soy de aquellos que no creen que las vocaciones se adquieren en la infancia, ni siquiera incluso en la adolescencia. En todo caso opino que lo que se adquiere son los condicionantes de la misma y ésta se acrisola en la edad adulta con el devenir de los años y las vivencias que estos

acarrear, moduladas siempre por las personas, como han sido mis circunstancias personales a la hora de elegir esta especialidad.

Sin darme cuenta, comencé a reflexionar con mayor profundidad y de entrada me percaté que para mí el ser internista es un estado de ánimo y una actitud ante la vida. El paciente percibe cómo eres pero no sabe lo que eres. Partiendo de esta premisa y ante la dificultad que encontraba inicialmente para responder coherentemente a este interrogante me di cuenta que había un error de planteamiento en mi formulación. Era evidente que antes de preguntarme por qué quise ser internista debía preguntarme ¿por qué quise ser médico?.

Fue a la edad de once años cuando contraí una fiebre tifoidea la cual me deparó un estado de grave postración que, según me contaron, fue motivo de gran preocupación para mis familiares y profesores. Entonces el cloramfenicol era el gran protagonista. El recuerdo más sobresaliente de aquellos momentos fue la imagen de mi médico, ya entrado en años, que me visitaba varias veces al día y me exploraba con una rigurosidad y profesionalidad que aún no he podido olvidar, al igual que el ánimo y la fuerza que me invadía por el simple hecho de verlo aparecer en mi habitación. Entonces comprendí lo que era un médico para su paciente.

Si mal no recuerdo, en aquella época, en tercero de bachiller se impartía la clase de Ciencias Naturales; ésta y la Historia eran lo único que suscitaba mi interés y las leía, recuerdo, con verdadero placer. Creo no equivocarme si afirmo que los dos hechos anteriores fueron definitivos a la hora de elegir mi opción por ser médico.

Cuando comencé la carrera en la Facultad de Medicina de Zaragoza recuerdo sentirme especialmente impaciente para comenzar el estudio de las clínicas y el contacto con el paciente. Ello era para mí un motivo de enorme curiosidad, un gran reto y una gran preocupación por si estaría a la altura de las circunstancias. Recuerdo especialmente la personalidad de mi catedrático de Patología General, don Olegario Ortiz Manchado. Era un verdadero actor impartiendo sus clases. ¡Cómo escenificaba sus exposiciones! (recuerdo especialmente el shock) desde el punto de vista clínico y fisiopatológico. La masificación y la distante relación del

profesor con el alumno en aquellos tiempos, unidas a mi timidez natural me impidieron conocerlo personalmente....; una verdadera pena. A lo largo de los años siguientes, en mis prácticas al igual que en los posteriores años de formación de la especialidad tuve la fortuna de tener maestros rigurosos, metódicos, honestos, prudentes, responsables y extremadamente experimentados que amaban contagiosamente su profesión y son los que me marcaron en los años venideros.

En este punto mi decisión ya estaba tomada y mi condición de internista se ha ido y sigue forjando en el paso de los años por cinco comunidades autónomas. En el Hospital, que ahora se denomina de La Vall d'Hebrón de Barcelona, realicé mi especialidad y desde entonces nunca he dejado de escuchar y aprender de la generosidad y experiencia de mis compañeros.

Nunca he concebido la Medicina sin un abordaje integral del paciente y por tal motivo me sería imposible elegir otra especialidad que la Medicina Interna. Las cualidades, entre otras, que en mi opinión deben definir a un internista son la humildad que le obligará a perseguir con sacrificio día a día la excelencia, la ambición y una infinita curiosidad del conocimiento científico y no científico, la autocrítica, la dedicación y el compromiso moral con nuestros pacientes. Se podría argumentar que esto es aplicable a cualquier especialidad, sin embargo yo opino que mientras lo anterior hace mejor al especialista, en el caso del internista no es que lo haga mejor, si no que es una premisa indispensable y es consustancial con él mismo. En este punto podríamos preguntarnos si un internista lo es porque tiene estas cualidades ó bien tiene estas cualidades por ser internista. No sé si ello tiene una especial relevancia pero en todo caso puede ser motivo de una reflexión más profunda.

A veces oigo de algunos compañeros temores sobre el futuro de nuestra especialidad; es un tema recurrente desde hace muchos años. Algunos los comparto, otros no. El carácter integral e integrador, no competitivo, de nuestra especialidad es su mayor blindaje para nuestra continuidad. Pienso que muchas veces el peligro lo tenemos en nuestra propia casa cuando a veces nos queremos desligar de algunas áreas por temor a una mayor carga de trabajo y responsabilidad o justamente a la

inversa, cuando queremos ceñirnos de forma casi monográfica a una exclusiva actividad clínica, renunciando a todas las demás en un intento de adquirir una parcela de poder, anhelo consustancial al ser humano pero al mismo tiempo una real amenaza de desintegración. Diferentes son las iniciativas que han nacido para conjurar estos peligros. Tengo ciertas reservas sobre las Áreas de Capacitación pero no me opongo a ellas en absoluto. Los Grupos de Trabajo de la SEMI y la SOGAMI han sido una medida muy inteligente y definitiva, en mi opinión, para el fortalecimiento de la Medicina Interna en nuestro país.

A lo largo de mi modesta experiencia basada en el ejercicio durante veintinueve años como internista he podido constatar el enorme prestigio del internista entre las otras especialidades. En muchas ocasiones somos mucho más valorados por los demás que por nosotros mismos.

No quiero finalizar estas reflexiones sin referirme a nuestra Comunidad Autónoma y a la Región de La Mariña. He tenido el privilegio de asistir casi al nacimiento del Hospital da Costa. La expansión en calidad y cantidad de su catálogo de servicios y prestaciones de este centro es extraordinaria. En el momento presente, lo digo con orgullo, el Servicio de Medicina Interna que dirijo tiene ganado un legítimo prestigio entre nuestros colegas de otros hospitales, basado en sus facultativos jóvenes, críticos y exigentes, consigo mismo los primeros, que persiguen la excelencia de forma permanente. De todos ellos y de su generosidad he aprendido a ser mejor internista y espero también modestamente haberles aportado algo a lo largo de estos años, a todos sin excepción, a los que están y a los muchos que han pasado por allí durante estos más de veinte años.

A lo largo de mi actividad clínica en La Mariña he aprendido a admirar, querer y respetar a una población que profesa un enorme cariño y respeto a sus médicos, como nunca he conocido anteriormente. Lo que la gente de La Mariña me aporta en la vida diaria es para mí esencial para ser cada día mejor como persona y como internista y por ello no puedo estar más agradecido.

Cuando los editores de este libro me honraron al pedirme que escribiera algunas reflexiones desde mi experiencia como “un internista

en Burela” decidí que el mejor guión era dejar hablar a mis sentimientos. Pido disculpas a quién esto le haya parecido demasiado personalista. Podrá calificarse de trivial y demasiado subjetivo, no he pretendido ser autobiográfico ¿qué sentido tendría?, pero sí sincero.

Muchas gracias a la SOGAMI en su XXV aniversario por darme esta oportunidad de expresar mis sentimientos sobre una profesión tan grande y hermosa como la de ser internista.

El camino del internista: experiencias de un residente de medicina interna.

Beatriz Seoane González

Residente de 4º año de Medicina interna. Hospital Juan Canalejo.

A Coruña

Resulta cuando menos difícil describir en pocas líneas la experiencia del residente de Medicina Interna; se trata de contar lo vivido, no en cinco años, sino en un largo camino que no tiene en estos años de residencia su etapa final, tan sólo otro período, ni más fácil ni más difícil que los anteriores, que aspira a prepararnos para el siguiente.

La residencia es una etapa fundamental en la carrera de cualquier médico. Constituye el periodo de formación más importante, no solo como clínico, si no de cara a la adquisición de otras habilidades, como la capacidad para empatizar con el paciente y combinar de manera adecuada conocimiento, intuición y criterio; es, en definitiva, el tiempo, cada momento de la etapa de formación, que marca lo que, en cada rotación debe encontrar, el papel que quiere o puede jugar en esta práctica médica, que a pesar de los asombrosos avances técnicos, sigue siendo un arte. Pero, como todos los proyectos en la vida que resultan largos y complejos, es difícil situarse en ellos y explicar qué va ocurriendo, sin pensar en la etapa previa ni echar un vistazo a la que nos espera delante.

Por eso hay que tener en cuenta que la residencia de Medicina Interna es una parte del camino común a cuyo inicio cada uno de nosotros llegó por sendas muy diferentes, motivos dispares y con muy diversas expectativas. Lo que seguro que tenemos en común todos los que en algún momento de este camino decidimos dedicarnos a la medicina, es una maleta llena de ilusión que va entre temores, indecisión y cierta incertidumbre. Estas sensaciones y sentimientos que producen las

decisiones importantes, aquellas que sabemos que marcan de alguna manera nuestra vida y que, como esta, arrastran detrás, muchos años de trabajo y esfuerzo.

En este momento, en que el avance de la medicina la ha dividido en tantas especialidades, sin duda necesarias, y subespecialidades, que cada vez serán más, nuestro sistema sanitario de formación las ha convertido en algo similar a cajones. Cajones entre los que cada uno de nosotros tiene que elegir, para de pronto salir de debajo de un millón de folios estudiados durante los años de carrera y preparación del examen MIR, tan alejados a veces de la realidad de la práctica de la medicina diaria, y empezar a formar parte de uno de esos cajones de la medicina, sin percatarnos muy bien de lo que sucede en el resto.

Y los que en el camino nos decantamos por esta especialidad, nos encontramos el primer día de bata y fonendo, con el cajón más grande, casi inabordable. Y eso es probablemente una de las primeras lecciones que el residente de Interna tiene que aprender, y asumir, aunque al principio resulte laborioso. Porque gran parte del encanto de nuestra especialidad está en su complejidad, que el avance de la medicina hace inabarcable, y asumido esto, nos coloca en esta posición privilegiada, a veces tan ardua, de ser capaz de enfocar al paciente de manera global, desde esta perspectiva única, manteniendo siempre la interacción con otros especialistas.

Para llegar a esa madurez en la perspectiva del enfoque clínico, nuestra formación se compone de diversas rotaciones en otros servicios, esos otros cajones, necesarios en el sistema actual para adquirir conocimientos de cada ámbito; para aprender y, a veces, aprender qué parte no nos corresponde aprender. Y eso nos permite recopilar en el camino lo mejor, o lo más apropiado, de quien ejerce esta profesión en otro campo o desde otra perspectiva, para incorporarlo cada uno a su bagaje personal e ir llenando la maleta. Esto, aún a costa, como los que hemos visitado muchos lugares, de que en algún momento no te sientas de ningún sitio, hasta que poco a poco vayamos encontrando el nuestro, en este, el cajón por excelencia de la Medicina Interna.

¿Y han cambiado mucho las cosas en estos últimos veinticinco años? Parece difícil decir que no cuando se tiene la sensación de que ya han cambiado desde que uno subió al tren, y en realidad fue casi “ayer”. Con un sistema de formación todavía más estandarizado, no sé si mejor formados en nuestros conocimientos teóricos pero sin duda con más posibilidades de hacerlo, todos pasando por esa criba que debería ser el examen MIR, puede que lo fundamental no haya cambiado tanto. Porque los escollos de hoy son probablemente muy parecidos a los de ayer: nuestra importante carga de trabajo, la creciente demanda asistencial, la necesidad en muchos casos de ser autodidactas, el escaso desarrollo de la investigación, el abismo de la situación laboral al final del camino...Y porque en realidad seguimos salvándolos como podemos. De todas formas, el recuerdo, ya casi al final de la residencia, no es por esto ni mucho menos amargo, sino que permanecen en la memoria un montón de buenos momentos, de terribles guardias con maravillosos compañeros, de los pacientes por los que luchamos que, en verdad, más que quebraderos de cabeza nos dieron ilusión y de ese millón de situaciones que mezclan emoción, ansiedad y temor, propias del que está aprendiendo, (aunque nosotros aprendiendo estamos siempre) y para las que al final encontramos la salida, más o menos correcta. Puede que todo esto no haya cambiado tanto...Porque para sacar lo mejor de este trayecto sigue siendo importante recorrerlo *queriendo hacerlo* y aunque puede parecer redundante, la residencia de Medicina Interna es un camino, sobre todo, para el que realmente lo que busque sea ser eso, ser internista...médico.

Historia breve de la medicina interna

Fernando Diz-Lois Martínez

Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

Julio Montes Santiago

*Medicina Interna. Complejo Hospitalario
Universitario-Meixoeiro. Vigo.*

De los inicios al Siglo de las Luces

Los orígenes remotos de la medicina clínica, el “reclinarse ante el enfermo” y sobre todo, la forma en que se observan y se interpretan los síntomas y signos de la enfermedad, basados en la observación y descripción de estos y la enseñanza al lado del enfermo, pueden rastrearse hasta la antigüedad griega. Laín Entralgo atribuye a Alcmeón de Crotona (S. VI a.C.) el inicio de la medicina como actividad intelectual, pues refiriéndose a la enfermedad afirma que “los hombres sólo pueden conjeturar lo que los dioses ven claramente”. Y desde sus inicios la medicina, buscando la rigurosidad, tomó a la filosofía como compañera. En efecto, la observación cuidadosa de la naturaleza y la deducción sobre los fenómenos subyacentes está asociada a Aristóteles, mientras que la conjetura sobre estos desde una perspectiva geométrica, a Platón. Una síntesis aplicativa de estos métodos a la medicina se observa ya en Hipócrates y en Galeno pero iban a perderse durante toda la Edad Media.

Indudablemente los antecedentes científicos de la medicina clínica tal como la conocemos en el momento actual, están asociados al avance científico que tuvieron las disciplinas básicas en el Renacimiento. La Anatomía con las aportaciones de Vesalio (siglo XVI), la Fisiología con las de William Harvey (siglo XVII) y la Terapéutica con las de Paracelso (siglo XVI), pueden considerarse como los pilares de los conocimientos científicos modernos. Sin embargo, en el terreno estrictamente clínico,

hay que esperar al siglo XVII con Thomas Sydenham y Boerhaave, para que los conocimientos dispersos adquiridos sobre las enfermedades se sistematicen bajo las especies nosológicas que constituyen los síndromes y cuadros clínicos. A ellos debe añadirse Morgagni, quien en *De sedibus et causis morborum per signa diagnostica investigatis et per anatomem confirmatis* (*Sobre las localizaciones y las causas de las enfermedades investigadas mediante signos diagnósticos y confirmadas anatómicamente*; 1761) inicia las correlaciones entre la clínica y la investigación anatómica, que fructificará más tarde en la doctrina anatomo-clínica.

Indisolublemente unida a este inicial esfuerzo por encontrar los fundamentos racionales de los conocimientos se encuentra, también desde el Renacimiento, la voluntad de transmisión de los mismos. El mismo Vesalio, decidido defensor de la adquisición del saber mediante la indagación propia, intentó difundirlo desde su cátedra de Padua, aunque finalmente tuvo que abandonarla por los violentos debates suscitados por sus teorías. También en el siglo XVI en Padua, debe mencionarse a Dalla Casa, quien aplica el principio de observación de los pacientes y es instaurador de la moderna relación maestro-alumno al iniciar con sus discípulos la visita de los enfermos a un Dispensario. De esta forma, en el Renacimiento, recogiendo la tradición aristotélica, se unen las dos características básicas de la clínica: la observación directa y la docencia.

Por su parte, la gran aportación del siglo XVIII, fue el desarrollo de la Filosofía de la Ciencia, basada en la filosofía de la Naturaleza (Naturphilosophie) del filósofo alemán Friedrich Wilhelm Schelling (1775-1884). Esta corriente, junto al positivismo de Augusto Comte (1798-1857), que propugnaba huir de las elucubraciones para ceñirse únicamente a los hechos verificables, fue la responsable del inicio de la experimentación como base de las ciencias de los seres vivos. Se introduce así la objetividad en el quehacer científico y se describe la variabilidad de las ciencias biológicas, que comienzan a estudiarse utilizando la estadística. En el desarrollo de la misma se encuentran los trabajos de los prodigiosos matemáticos Carl Friedrich Gauss (1777-

1855) y Laplace (1812), siendo el defensor de su aplicación a la medicina Louis Denis Gavarret (1816-1890) en su obra *Généraux de Statistique Médicale* (1840). Tales intentos culminarán en la figura de Pierre-Charles Alexandre Louis (1787-1872), quien mediante la introducción de dichos métodos matemático-estadísticos demostrará la inutilidad de la aplicación de las sangrías en el cólera (1835) y conseguirá proscribir definitivamente su ya dilatado uso. Por ello ha sido considerado un precursor de la medicina basada en la evidencia. Pero no hacía más que llevar a las últimas consecuencias las doctrinas de Comte y las sugerencias hechas ya en 1801 por Xavier Bichat, el creador de la Patología de los tejidos, quien clamando contra las teorías preconcebidas “creaciones brillantes de la imaginación, nacidas en el gabinete, y no junto al lecho del enfermo” había advertido “la Medicina ha sido rechazada durante mucho tiempo del seno de las ciencias exactas; tendrá, no obstante, derecho a juntarse con ellas, por lo menos tocante al diagnóstico de las enfermedades, cuando a una escrupulosa observación se haya unido por doquier el examen de las alteraciones de numerosos órganos”.

Los fundamentos científicos de la Medicina

Marie François Xavier Bichat (1771-1802), cuyo método analítico se basaba en la *Nosographie philosophique ou Methode de l'analyse appliquée a la médecine* del padre de la psiquiatría francesa Francis Philippe Pinel (1745-1826), y que practicó gran cantidad de estudios en autopsias, hasta el punto de dormir en las salas de las mismas, defendía que para desarrollar la ciencia natural se debía “observar, experimentar, analizar y describir”. Esta mentalidad anatomoclínica, es decir, observar las lesiones anatómicas y relacionarlas con los signos exploratorios del paciente, fue continuada por Laënnec y perfeccionada por Gaspar Maurent Bayle quien, en una monografía sobre tuberculosis, hizo una descripción detallada de las formas de afectación pulmonar basada en más de 600 autopsias. Ya se ha citado a Louis, que estableció los estándares de la medicina hospitalaria francesa y revitalizó la historia clínica, dándole más importancia a los signos que son “más objetivos que los síntomas”.

Louis fue pues un decidido partidario de la medicina como ciencia observacional más que experimental, cuyo aprendizaje se realizaba a la cabecera del paciente y en la sala de autopsias. No puede dejar de minimizarse su influencia en la primera fase del desarrollo de la medicina norteamericana pues, por ejemplo, en 1860 ya habían sido casi 600 los médicos americanos que habían aprendido en París con Louis a realizar la historia clínica detallada, el examen físico cuidadoso y la discusión de los hallazgos en términos clínico-patológicos. En 1846 ya empiezan a organizarse en Harvard las primeras reuniones de estudiantes que una vez a la semana discutían los casos clínicos y que desembocarán en la popularidad de los famosos casos clínicos del Massachusetts General Hospital, a través de las presentaciones semanales del *New England Journal of Medicine*. Es preciso citar también en esta orientación anatómico-clínica a Jean Martin Charcot (1828-1893), quien desde el Hospital de la Salpêtrière parisino, donde pasó su vida dedicado a la investigación y docencia, se convirtió en el gran maestro de la moderna neurología francesa, junto a Pierre Marie (1853-1940).

Aunque a principios del siglo XIX la falta de armamentario terapéutico eficaz dio lugar a la aparición de los nihilistas -“Lo mejor es no hacer nada, dejar que la naturaleza obre por sí misma” -representada por Joseph Skoda (1805-1881), Josef Dietl (1804-1878) y Adolf Kussmaul (1821-1901), y de los homeópatas [el inglés William Cullen (1710-1790) o el alemán Samuel Hahnemann (1755-1843)], dicha época fue prodigiosa para el desarrollo de la propedéutica y, por tanto, para el despegue de la clínica. Se introducen así la termometría clínica [Carl Reinhold August Wunderlich (1815-1877)], la percusión [inventada por el austriaco Josef Leopold Auenbrugger (1722-1809), perfeccionada, traducida del latín y difundida por el francés Jean N. Corvisart (1755-1821)], se correlacionan los hallazgos clínicos con los encontrados en el cadáver (Skoda) -de ahí la famosa “suerte” de los enfermos de Viena: ser diagnosticados correctamente por Skoda y autopsiados perfectamente por Rokitansky- y sobre todo, la auscultación mediata por René Théophile H. Laënnec (1781-1826) en el hospital Necker (1819). París será un gran centro de referencia donde acudirán los médicos ingleses que, a su regreso a Londres, harán de esta ciudad un

importante centro de la medicina científica, sobre todo los famosos “hombres del Guy’s Hospital”: el patólogo Thomas Hodgkin (1798-1866) y los clínicos Thomas Addison (1759-1860) y Richard Bright (1789-1858).

Si París destacó en la clínica, Viena fue el gran epicentro de la doctrina anatomo-clínica. A Karl Freiherr Rokitansky (1804 -1878), obsesionado por la anatomía clínica, de quien se dijo que había practicado más de 30.000 necropsias, le acompañó el gran Rudolf Virchow (1821-1902), genial creador de la doctrina celular, introductor de la patología experimental y formulador de la doctrina anatomoclínica como base estructural de la enfermedad. Virchow fue el que extendió el análisis fisiopatológico a los hallazgos de autopsias y el uso del microscopio entre los estudiantes de medicina. Junto a Johannes Müller, fisiólogo vitalista alemán (1801-1858), y a través de otros discípulos como Julius Cohnheim (1839-1884), hicieron de Viena, a la par que Alemania, un centro capital en los avances médicos.

En Alemania ya en 1847 Du Bois Reymond, Bruecke, Helmontz y Ludwig, en Berlín, habían propugnado una “nueva fisiología basada en la bioquímica y en la biofísica”. Pero es al francés Claude Bernard (1813–1878) a quien le corresponde el honor de introducir en Medicina el método experimental con su obra, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865). En él plantea el estudio y las consecuencias de la enfermedad como trastornos de la función fisiológica y fundamenta la investigación de la misma en el razonamiento experimental, mediante el cual se elabora una hipótesis previa, que debe ser confirmada o rechazada por la experimentación. Estas ideas encontrarán singular resonancia en Alemania, donde se desarrollará la doctrina fisiopatológica. Fue Ludwig Traube (1818-1876), que debe su reputación a sus cualidades docentes y a labor pionera en la patología experimental, el primero en hacer registros gráficos rutinarios de las constantes de sus pacientes (pulso, temperatura y respiración) y el que anima a Wunderlich a realizar el análisis estadístico de la temperatura en población normal y en estados patológicos, que pondrá las bases científicas de la termometría clínica (1880). Adolf Kussmaul (1822-1902) discípulo de Virchow, fue autor de trabajos sobre

psicología, afasia y patología y alteraciones vasculares neurológicas, además introdujo la toracocentesis y el lavado gástrico. Otro importante impulsor del método experimental, aunque más tardío, será Iván Petrovich Pavlov (1849-1936). Para resumir esta orientación en palabras del autor de un reputado texto de Medicina: “El objeto de la fisiología patológica consiste en exponer el curso o evolución y la naturaleza de los procesos vitales en el estado de enfermedad, de suerte que tiene con la anatomía patológica las mismas relaciones que tienen entre sí la anatomía y la fisiología normales” (Ludolph Krehl, Jena, 1900).

En el campo de la terapéutica, comienza a superarse la etapa nihilista gracias a la racionalización que los fisiopatólogos proponen de los tratamientos. Estos habían de tener en cuenta la fisiopatología y no ser puramente empíricos, lo que había denominado Louis T. Landouzy (1845-1917) como “terapéutica refleja”. Ya se comentó el abandono sistemático de las sangrías. Se defiende que la terapéutica ha de ser adaptada de forma diferente según el individuo enfermo que muestra distintos síntomas dependientes del propio equilibrio fisiológico y de su reacción biológica personalizada. “El proceso morboso aunque sea el mismo, provoca en la persona enferma distintas reacciones que tendrán su tratamiento distinto, la terapéutica no la deben de señalar sólo los síntomas, tampoco sólo la causa, sino también la reacción del individuo ante las alteraciones patológicas, las alteraciones fisiológicas de procesos patológicos” (José Góngora, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona, 1900).

Así, pues, sintetizando lo expuesto, encontramos que en la 2ª mitad del siglo XIX están ya perfiladas las tres orientaciones fundamentales que constituyen el soporte científico de la Medicina moderna. Son estas: 1) La concepción anatomoclínica (Morgagni, Bichat, Rokitansky, Virchow) que busca la correlación entre los hallazgos exploratorios y morfológicos y cuyo principal instrumento es la biopsia y la autopsia, 2) La doctrina etiopatogénica que persigue los agentes patogénicos de la enfermedad (con Pasteur y Koch como máximos representantes), cuyo principal instrumento son los cultivos microbiológicos, y que culminará desde el punto de vista aplicativo con el desarrollo de la antisepsia (Joseph Lister, 1827-1912) y el tratamiento (Paul Ehrlich, (1854-1915):

la “bala mágica” terapéutica y el descubrimiento del salvarsán para la sífilis y Emil von Behring (1854-1917): introducción de las antitoxinas diftérica y tetánica), 3) La orientación fisiopatológica, cuya principal herramienta es el laboratorio, que considerando a la enfermedad como una alteración de la función, iniciada por François Magendie (1783-1855), impulsada por Traube y enunciada formalmente por Claude Bernard, insistirá en que las observaciones clínicas deben ser sistemáticamente acompañadas de sólidos soportes experimentales.

El concepto de Medicina Interna

Aunque estas concepciones impregnen las ciencias biológicas y la medicina del siglo XIX, no es de extrañar que sea en la escuela fisiologista alemana, heredera de las ideas de Muller, Traube y Bernard, donde a finales del siglo XIX se incube el concepto de “Medicina Interna”. Efectivamente, fue en 1883 cuando Adolph Strümpel, profesor de Leipzig escribe un *Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades internas (Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten, Innern krankheiten o Inneren Medizin)*, para designar al ejercicio médico, no basado únicamente en la clínica sino con un importante esencial de fisiología y ciencias básicas. Ello establecía una contraposición entre Patología “externa” accesible a la exploración física y que ya desde principios del siglo XIX se empleaba en Francia para designar a la patología quirúrgica en sus comienzos, al menos hasta que esta amplió su campo hacia las vísceras interiores, y la Patología “interna” que a los hallazgos de la clínica debía unir los hallazgos de laboratorio y de la anatomía patológica para detectar y explicar estas alteraciones internas. “El fundamento de nuestro pensamiento clínico lo constituyen la descripción minuciosa de las alteraciones anatomopatológicas, junto a la exposición, lo más clara posible, de los agentes etiológicos y su acción” (Strümpell, 1883). En 1882 se había fundado la Sociedad Alemana de Medicina Interna y ese mismo año, a sugerencia de Friedreich, se consagra el nombre de Medicina Interna al celebrarse en la ciudad alemana de Wiesbaden el I Congreso y transcribirse las actas oficiales con el nombre de “Verhandlungen des Kongresses für Innere Medizin”.

Gran parte de su consolidación definitiva como conjunto de ciencias médicas aplicadas a la clínica, se debe a la publicación de varios tratados famosos de Medicina Interna. Además del citado de Strümpell, que fue libro de texto de medicina en Alemania durante más de cuatro décadas y que en 1887 ya se había traducido al castellano dos veces, puede citarse el de Hermann Eichhorst que conoció 6 ediciones, y cuyo prólogo ya advierte que “sólo se consignan las prescripciones cuya eficacia ha sido, en su mayor parte, comprobadas por la propia experiencia” (Gotinga, Marzo 1882). Ambos libros, así como el de *Tratado de Patología interna* de Ludolph Krehl (1901), y también el de Osler, están escritos por un solo autor, pero ya Von Mehring en la 1ª edición de su *Manual de Medicina Interna* (1901) menciona la necesidad de colaboradores para escribir un libro con pretensiones de abarcar toda la medicina. Por ello obtuvo la contribución de personalidades tan destacadas como von Bergman, Minkowski o el propio Krehl. Otro discípulo y colaborador de von Mehring, Ernst von Romberg (1889-1901), escribió el también popular *Über Lehren und Lernen in der inneren Medizin* (München, 1900). Por supuesto, es de obligada mención *The Principles and Practice of Medicine*, el gran tratado de William Osler, cuya 1ª edición (1892) es notoriamente nihilista respecto a la mayor parte de tratamientos de la época. También los franceses cultivaban esta visión integradora y en el *Manuel de pathologie interne* (1880-1884), que conoció 11 ediciones hasta 1911, afirmaba Georges Dieulafoy: “La clínica toma para sí todo lo que encuentra [...]. Es imposible ser un clínico en el verdadero sentido de la palabra, no haciendo marchar a la par el estudio del enfermo y los trabajos de laboratorio” (estos últimos considerados en el más amplio sentido de análisis de sangre, de orina, termómetro, microscopio, laringoscopio, investigaciones bacteriológicas, etc.).

Otro tratado de la escuela alemana muy difundido fue el *Tratado de medicina interna (Handbuch der inneren Medizin)* (1925) de Gustav von Bergmann (1878-1956) quien acuñó el concepto de “patología funcional”, es decir la consideración de la enfermedad no sólo como un trastorno estructural sino como una alteración en la función de los órganos. Este tratado, en forma enciclopédica, contó con la participación

de numerosos internistas y especialistas alemanes. Directamente heredero de estas orientaciones otro tratado, *Grundriss der inneren Medizin* fundado por A. Von Domarus, será traducido en su 3ª edición al español (1929), y con el título de *Tratado de Medicina Interna* y el magisterio primero de Pedro Farreras-Valentí, compartido luego con Ciril Rozman y continuado por este hasta la actualidad, seguirá siendo el libro de cabecera para muchos internistas en España y Latinoamérica. El *Textbook of Internal Medicine* de Cecil Loeb aparece en 1927, mientras que el otro gran tratado norteamericano, *Harrison's Principles of Internal Medicine* será ya de fecha muy posterior (1958).

Aunque los conceptos fisiopatológicos en que se basaba inicialmente la Medicina Interna no arraigaron demasiado en Francia e Inglaterra, sin duda la figura que, embebida en ellos, llevó al máximo esplendor esta concepción de la Medicina interna, aunque acentuando predominantemente el perfil clínico, fue Sir William Osler, con su omnímoda influencia en la Medicina del primer cuarto del siglo XX. Es muy conocida la definición de Osler del internista como aquel “generalista distinguido” o “consultor universal”, es decir profundo conocedor de la fisiopatología y capaz de abarcar e integrar todos los saberes de las ciencias médicas. Su formación había de ser, por fuerza, muy laboriosa y continuada. Frente a él se situaría el médico general cuya aproximación al paciente revestiría una consideración más de los aspectos sociales. No obstante, el concepto osleriano de dominador universal de todas las disciplinas médicas va a quedar pronto periclitado por el vertiginoso avance de las técnicas exploratorias, de las cuales el paradigma principal es la cardiología con el desarrollo del ECG y las técnicas hemodinámicas o los rápidos adelantos en el campo de la radiología. Esto condicionará que a lo largo del siglo XX vayan desarrollándose y desgajándose del primigenio tronco común las diversas especialidades médicas. Por ello, suele citarse a Lange, en 1920, como el último representante de este concepto del internista como capaz de dominar todo el campo de la medicina.

Parte de las ideas de Osler cristalizarían a través de la puesta en marcha de la escuela médica John Hopkins en Baltimore, creada para ser modelo de la enseñanza de la excelencia de la medicina y que puede

considerarse el germen de la moderna formación especializada por el sistema de Residencia. Tal proyecto lo llevan a cabo conjuntamente William Welch, un anatomopatólogo experimental sin práctica clínica y decidido partidario de la experimentación como forma de conocimiento y William Osler, quien a pesar de haber estudiado en Alemania y utilizar el término de Medicina Interna, representaba un enfoque eminentemente clínico. La marcha de Osler a Inglaterra dejó el campo expedito a Welch quien abriría a las grandes instituciones privadas, como la fundación Rockefeller, la financiación de las investigaciones, pero se mostraría partidario de apartar a los clínicos de los laboratorios. Por ello será ya en el Hospital Rockefeller de Nueva York, bajo la inspiración de Rufus Cole y Meltzer, y posteriormente en otros lugares siguiendo las recomendaciones del famoso *Informe Flexner* (1910) sobre la necesidad de formación en ciencias clínicas y básicas, cuando se volverá a retomarse esta idea de la conjunción entre clínica y laboratorio.

La Medicina interna como fuente de las especialidades

Ya en los tiempos de Osler muchos de los internistas tenían un campo preferente de actividad, sobre todo en lo que se refiere a experimentación. Esta destreza en los laboratorios y la concepción fisiopatológica de la enfermedad, ampliaron el campo de conocimiento médico, animando a los clínicos a profundizar más en ciertos campos. Muchos internistas se constituyeron en precursores de las especialidades médicas. Así, Bernhard Naunyn (1839-1925) profesor en Berlín, conocido por sus estudios en patogénesis de la diabetes y su tratamiento y descripción de la acidosis y otros trastornos metabólicos fundó la revista *Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmacologie* (1896) y se dedicó con preferencia a la experimentación clínica en diabetes; Karl von Liebermeister (1833-1901), que estableció la relación del pulso con la temperatura corporal (“ocho latidos por grado centígrado”) destacó en el campo del metabolismo; Carl Jakob Gerhardt (1833-1902) que describió la eritromelalgia, fue uno de los fundadores de la pediatría, Hermann Senator se dedicó con preferencia a enfermedades renales, Georges Dieulafoy (1839-1911) a las digestivas, P. Ch. Potain (1825-1901) a la cardiología, Hermann Nothnagel (1841-1905) a la neurología y farmacología, Charles E. Brown Sequard (1817-1894) a la neurología

y endocrinología -de la que se considera su fundador-, Heinrich Curschmann (1846-1910) a las enfermedades pulmonares y su sucesor en la Cátedra de Clínica Médica en Leipzig, el propio Adolph von Strümpell (1853-1925), mostró preferencia por la neurología.

Así pues la Medicina Interna se constituyó como especialidad a finales del siglo XIX. Muchos médicos de la época se proclamaron internistas en Europa y Norteamérica. En Estados Unidos los representantes de la escuela anatomoclínica fueron el canadiense William Osler y James Mackenzie, quien más tarde derivó hacia la cardiología. La especialidad de Medicina Interna se consolidó en el seno de sociedades médicas como la AAP (Association of American Physicians) fundada en 1885 y la ASCI (American Society for Clinical Investigation), fundada en 1907. El término *Medicina Interna* prevaleció desde entonces para designar a la medicina clínica y aparecieron revistas con ese nombre. Ya en 1894 la *Zentralblatt für Klinische Medizin*, fundada en 1881, había cambiado su nombre por el de *Zentralblatt für Innere Medizin*. A ella le siguieron otras revistas. *Annals of Medicine* (1920), órgano del ACP (American College of Physicians), que en 1927 cambió el nombre por el de *Annals of Internal Medicine*, *Archives of Internal Medicine*, *European Journal of Medicine*, etc. Incluso *Acta Medica Scandinavica* cambió su nombre, aunque mucho más tarde, por el *The Journal of Internal Medicine* (1989). La American Medical Association, sin embargo, no cambió la frase “práctica de la medicina” por la de “medicina interna” hasta 1945. Por su parte, en España se conservó el término “clínica” en vez de “medicina interna” (*Galicia Clínica*, *Medicina Clínica*, *Revista Clínica Española*).

El perfil del internista “clásico”

Las características comunes a todos los internistas de entonces eran los conocimientos de patología, sobre todo a través de la realización de autopsias clínicas, de laboratorio, realizando análisis de productos biológicos, de experimentación sobre todo clínica pero también investigación básica y propedéutica. Una figura destacada fue Samuel J. Meltzer nacido en Rusia en 1851, que tras estudiar en Alemania emigró a Estados Unidos en 1883, donde se dedicó a la práctica de la medicina en

Nueva York. Fue fundador de la ASCI (1907) y compaginó su práctica con la experimentación en el departamento de Fisiología y Farmacología del Instituto Rockefeller. Decía que la medicina constaba de la ciencia médica objetiva y la práctica médica subjetiva, antagónicas pero complementarias. Una de sus afirmaciones demuestra el alto nivel moral de los médicos en aquella época “el contraste deplorable entre la ética nacional e internacional y la misión de la ciencia médica y del hombre de la medicina” (John S. Fordtran. An ASCI tradition, *JCI* 1977; 60: 271-275).

No obstante, el progresivo conocimiento de las ciencias básicas, el descubrimiento de nuevas enfermedades y la descripción de su historia natural dio lugar a la aparición de cierto grado de escepticismo ya que la terapéutica era escasa y poco eficaz. Aparecieron escuelas nihilistas y se extendió la homeopatía. No obstante, el ulterior desarrollo de la microbiología y la farmacología permitieron un nuevo impulso a los internistas que florecieron en la primera mitad del siglo XX.

El internista entonces era un médico que casi siempre tenía su actividad, al menos en parte, en los hospitales donde se acumulaba la patología, se podían hacer necropsias y disponían de laboratorios clínicos y de investigación experimental. Eran médicos fundamentalmente asistenciales con gran conocimiento de las ciencias básicas (fisiología, anatomía patológica, farmacología, microbiología-parasitología) que en aquella época eran razonablemente abarcables, colaboraban con el laboratorio que ellos mismos utilizaban directamente analizando muestras personalmente y formaban o pertenecían a equipos médicos docentes popularizándose los “pases de visita” (clinical rounds) y sesiones clínicas. Se producía la aproximación al enfermo en parte como investigador clínico, en un campo todavía relativamente virgen en la parcela científica. Dicho clínico debía perfeccionarse en técnicas exploratorias que pudiera dominar, en general utilizando los sentidos. Como se decía en un famoso tratado de Propedéutica, refiriéndose a los Rayos X: “Deliberadamente sólo he admitido métodos que he podido dominar yo mismo y cuya técnica está hoy día al alcance de cualquier médico.” (Hermann Sahli *Métodos de exploración clínica*, 1924). Estos maestros médicos tenían una información cada vez más amplia de los

métodos de exploración del paciente. Eran indudablemente vocacionales, en muchos casos dotados de una infatigable curiosidad científica.

La conclusión más importante que puede extraerse de esa época, porque todavía es de la máxima vigencia, es la concepción del enfermo como un todo y el que se puede hacer mucho con muy poco, simplemente manejando bien la información de que se dispone. El médico era capaz de adivinar lo que ocurría en el interior del paciente al conocer los síntomas o signos mediante una anamnesis y exploración regladas. Era el médico de las enfermedades internas. Estos conocimientos le permitieron interpretar lo que los sentidos percibían al:

escuchar las quejas del paciente,

oír e interpretar los sonidos respiratorios, cardíacos, intestinales, vasculares, etc.

ver las lesiones externas, actitudes, movimientos y reacciones del pacientes ante estímulos diversos,

palpar las vísceras, miembros, lesiones visibles, cavidades accesibles, etc.

apreciar las características organolépticas de los productos biológicos procedentes del metabolismo, la secreciones, supuraciones etc.

Muchas enfermedades se entendieron mejor en lo que se refiere a su causa, aparición y evolución, lo que aumentó mucho la seguridad del médico y su prestigio, aunque con frecuencia sin demasiadas consecuencias positivas ya que tras el diagnóstico se carecía de recursos para curar los procesos mórbidos. Sin embargo, el desarrollo de la anestesia, la cirugía y sobre todo de la farmacología vinieron a complementar más tarde a los conocimientos de la terapéutica e hicieron del médico algo más que un simple diagnosticador. Por ejemplo, de los 20 principios activos eficaces con que se contaba en 1910, según un famoso libro publicado por Henri Huchard (1844-1911), se pasó a los más de 500 medicamentos o grupos de principios activos, a finales del siglo XX. A modo de ilustración de lo dicho, y también como reflejo de

la creciente internacionalización de los avances científicos, indicamos algunos descubrimientos diagnósticos y terapéuticos de la primera década del siglo XX.

- 1901. Karl Landsteiner, descubre los grupos sanguíneos. Viena.
- 1902. Charles Richet, descubre la Anafilaxia. París.
- 1907. Willen Eindhoven hace el primer ECG. Leyden
- 1909. Paul Ehrlich descubre es Salvarsán. Instituto serológico de Berlin
- 1913. Alexis Carrel pone la primera prótesis vascular en la aorta. New York
- 1918. Mc Lean descubre la heparina. Jonh Hopkins. Baltimore
- 1922. Banting y Mc Leod realizan el primer tratamiento a un niño diabético de 14 años con insulina. Toronto
- 1923. Elliot Cutler hace la primera comisurotoma mitral. Peter Bent Brigham. Boston.
- 1927. Alexander Fleming descubre la penicilina. Londres
- 1931. Werner Forssmann, realiza el primer cateterismo cardíaco sobre si mismo. Maguncia.
- 1931. Hans Adolph Krebs, describe el ciclo del ácido cítrico. Friburgo.
- 1933. Gerhard Domagk, descubre el Prontosil. Munich
- 1935. Edward C. Kendall aisla la Cortisona. Rochester
- 1944. Selman A Walkman descubre la Estreptomicina. New Jersey
- 1945. M.V. Chorine descubre la isoniazida como tuberculostático. París
- 1948. Paul Carpentier sintetiza la clorpormazina. París
- 1949. Linus Pauling identifica la Hemoglobina S como causa de drepanocitosis. Berkeley
- 1953. Watson y Crick describen la doble hélice del ADN. Cambrigde
- 1959. Kart Beyer sintetiza los diuréticos tiazídicos. New Jersey

Con toda esta información y medios, interpretada y utilizados adecuadamente, se podía llegar muy lejos en el conocimiento de los padecimientos de los enfermos y bastante en la terapia de muchos procesos comunes. Ello introdujo cambios drásticos en la consideración y quehacer tradicional del médico. Como comentaría Marañón sobre esta perspectiva de la medicina a finales del siglo XIX y primera mitad del XX: “El siglo XIX creó el tipo de médico poderoso e hizo desaparecer la vieja estampa romántica del doctor desinteresado, consejero de todos... Aún quedan algunos de estos ejemplares de tal especie perdidos por los pueblos de España” (Gregorio Marañón, *Raíz y decoro de España*, 1941).

Las dos guerras europeas y la evolución de la sociedad hicieron cambiar la perspectiva de la persona que se encontró ahogada en el mar de la angustia existencialista. El romanticismo desapareció de la medicina como de la vida actual, ha pasado de moda. El neopositivismo que domina la cultura contemporánea lo ha eliminado, el médico como cualquier ciudadano esta inmerso en una sociedad constreñida por lo que se ha venido a llamar “mass-rule”, el gobierno de la masa, que paradójicamente va eliminando su libertad y al mismo tiempo parece protegerlo. El profesional de la medicina, se ha apeado de su caballerosidad y trabaja para seguros, públicos o privados, de los que recibe su salario fijo o por acto médico, con su actividad controlada siguiendo un modelo empresarial en el que prima la especialización y la productividad.

La aportación de la medicina norteamericana

En este desarrollo y nueva visión de la medicina cobra una vital importancia el desarrollo de la Medicina Norteamericana a partir del siglo XX. En el siglo XIX dicha Medicina es fuertemente dependiente de las influencias europeas pues no en vano muchos de los médicos americanos más prestigiosos se habían formado en las Facultades de Medicina de Edimburgo, París, Berlín o Viena. Por tanto, hay que decir que dicha aportación no es muy original desde el punto de vista doctrinal, puesto que la observación ya estaba presente en los clásicos, la sistematización nosológica había comenzado ya en el siglo XVII y el

desarrollo de la propedéutica era obra de franceses y alemanes. Sus contribuciones, al margen de las determinadas por la gran potencialidad de los avances técnicos asociados al mundo anglosajón, han sido metodológicas y pueden sintetizarse así (Bedolla):

1) Entendimiento del conocimiento médico no como método cerrado sino de una forma probabilística. El origen de tal concepción quizá puede rastrearse en la formación del gran número de médicos de ese continente en París con Louis, el introductor de la metodología matemática en Medicina. La consecuencia más importante de ello fue la difusión y perfeccionamiento de los ensayos clínicos. El inicio moderno de los mismos puede datarse en 1946 con los estudios sobre estreptomicina promovidos en Londres por el Medical Research Council, bajo la dirección de Bradford Hill. Tras el fin de la 2ª Guerra Mundial se ponen en marcha rápidamente estudios epidemiológicos a gran escala – como el de Framingham – y se introducen sistemáticamente en los ensayos clínicos terapéuticos o profilácticos métodos estadísticos cada vez más refinados. El ensayo clínico se define, así, como la aplicación experimental contemporánea a la medicina clínica y se diseña como una función de probabilidad con sus variables correspondientes (muestreo, aleatorización, distribuciones, errores, etc.) analizables por métodos matemáticos, cuyos resultados resultan cuantificables, y por tanto, comparables.

2) La generalización de la identificación del diagnóstico más probable, basado en el llamado principio de decisión analítica o teorema de Bayes. Aunque enunciado en 1763, su aplicación a la medicina clínica no se extiende hasta principios de la década de los 60, tras su divulgación en un artículo por Ledley y Lusted (1959). El razonamiento lógico en el diagnóstico médico tiene tres componentes 1) El conocimiento médico previo que es capaz de sistematizar la presentación de síntomas complejos en cuadros sindrómicos o nosológicos 2) la comparación de estos cuadros nosológicos con el cortejo de síntomas que presenta ese paciente en particular y que llevará al establecimiento de un diagnóstico diferencial 3) La emisión de un diagnóstico final en coherencia con esta evaluación entre el conocimiento previo y el grado de adecuación de los síntomas. El teorema de Bayes afirma que la probabilidad condicional de

alcanzar el diagnóstico adecuado es directamente proporcional a la frecuencia de la enfermedad en la población general (es decir su prevalencia, que puede depender de muchos factores como lugar geográfico, la estación, la existencia de epidemias, etc.) y a la frecuencia con la cual se presente en dicha enfermedad el conjunto de síntomas y signos que el enfermo padece. La aplicación del teorema de Bayes permite su cuantificación y por tanto, la posibilidad de elaboración, mediante aplicación de algoritmos matemáticos, de listas de diagnósticos asociados con una probabilidad determinada. Aunque naturalmente siempre dicho diagnóstico asistido será críticamente dependiente de la calidad de los datos aportados y, por tanto, de la destreza del médico encargado de recogerlos e interpretarlos.

3) La introducción de la medicina basada en la evidencia. Esta aportación, esta vez proveniente de Canadá, y directamente entroncada con el principio bayesiano, es la intención de adoptar la decisión diagnóstica o terapéutica que más beneficie al paciente, basándose en criterios objetivos. Dicha propuesta, cuya denominación más correcta sería la de Medicina basada en pruebas, surgió al final de la década de los 80 cuando epidemiólogos e internistas de la Universidad McMaster en Ontario decidieron formar a sus residentes en una visión escéptica y crítica, frente al aluvión de datos y experimentos recogidos en la bibliografía. Mediante técnicas estadísticas de epidemiología clínica buscaron los hallazgos más relevantes en las diferentes especialidades y crearon protocolos específicos de decisión en relación con dichos datos disponibles.

Bibliografía

Bean WB. Origin of the term “internal medicine”. *N Engl J Med* 1982; 306: 182-3.

Bedolla M. Raíces norteamericanas (una visión de las raíces americanas de la medicina interna y algunas de sus contribuciones. En Lifshitz A, ed. *Historia de la Medicina Interna*. México: JHG editores, 2000; 111-134.

Laín Entralgo P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1990.

- Laredo Sánchez G. Raíces europeas. En Lifshitz A, ed. Historia de la Medicina Interna. México: JHG editores, 2000; 99-109.
- López Piñero JM. La Medicina en la historia. Madrid: La esfera de los libros, 2002.
- Porter R. Cambridge illustrated history of Medicine. Cambridge (UK): Cambridge University Press, 1996.
- Puerta JL. Introducción. Reflexiones en torno a cinco hitos de la Historia de la medicina que ayudan a comprender la práctica médica habitual. En: Medicina Interna. Rodés Teixidor J, Guardia Massó J, eds. Barcelona: Masson, 2004; XLI-XLIX.
- Rico Irlés J. ¿Réquiem por la Medicina Interna? An Med Interna (Madrid) 2004; 21:521-22.
- Sendrail M. Historia cultural de la enfermedad. Madrid: Espasa-Calpe, 1983.

Apuntes para una Historia de la Medicina Interna en Galicia

Julio Montes Santiago

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario
Universitario Meixoeiro. Vigo.*

A primeros del siglo XX la medicina interna gallega sufría un prolongado sopor. Apenas excepciones brillantes, como el catedrático compostelano Miguel Gil Casares, con sus aportaciones a la Cardiología y la Tisiología, iluminaban este lánguido panorama. Sin embargo, en los 15 años previos al estallido de la guerra civil iba a contemplar un momento de inusitada brillantez con la aparición de la figura de Roberto Nóvoa Santos (1885-1933). Éste, junto al decidido impulso del Catedrático de Anatomía y Rector de la Universidad de Santiago Alejandro Rodríguez Cadarso (1887-1933), insuflarán una brisa de aire fresco en las anquilosadas estructuras de la universidad compostelana y en el anémico panorama de la medicina gallega. Este inicio de renovación culminaría con las brillantes y multidisciplinarias Jornadas Médicas Gallegas, promovidas por Cadarso y celebradas en A Coruña en 1929. No obstante, el traslado en 1927 de Nóvoa a Madrid y su prematura muerte, así como la de Cadarso en el mismo año (1933), frustraron en gran parte estas expectativas. De todas maneras se continuaron celebrando jornadas médicas gallegas, en Lugo en 1933, con presencia todavía del profesor Cadarso y las últimas en Orense en 1935, con participación portuguesa. Aunque el magisterio de Nóvoa, tan admirado por Marañón y al cual otro médico gallego ilustre, García Sabell, definiría como “médico extraordinario, investigador de rango internacional, catedrático perfecto, intelectual egregio y conferenciante brillantísimo”, se prolongará unos años más en España y América (merced a los cursos impartidos en aquel continente poco antes de su muerte y a las sucesivas ediciones de su célebre *Patología general*), es

preciso reconocer que su labor no tuvo continuidad. Sus discípulos más brillantes, como las hermanas Fernández de la Vega, se dedicarían a otras parcelas de investigación (genética o pediatría), Rof Carballo, que había hecho su tesis doctoral sobre la Patología del tiroides, seguirá una orientación psicologista con el desarrollo de la *Medicina psicosomática*, y tanto su discípulo más destacado, Pedro Pena Pérez, como su propio hijo Ramón Nóvoa-Santos Gamallo, que se dedicó a la Odontología, no alcanzaran la brillantez del maestro. Sólo *Galicia Clínica*, fundada por Aurelio Gutiérrez Moyano en 1929, y abierta a la colaboración de otros médicos gallegos residentes fuera de Galicia, iba a prolongar de manera digna durante las difíciles décadas siguientes el recuerdo de este brillante chispazo de la medicina gallega.

En febrero de 1952 quedaba constituida la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), promovida, entre otros, por los doctores Jiménez Díaz, Marañón y Pedro Pons, siendo su primer presidente el Dr. D. Carlos Jiménez Díaz. A su calor, y para facilitar el cumplimiento de una de las condiciones de sus estatutos fundacionales, que estipulaba que en los años pares se celebraría el Congreso Nacional en una ciudad española y en los impares una Reunión en Madrid, se fueron constituyendo paulatinamente las diversas sociedades autonómicas.

En esta dinámica, en el año 1983 se constituye la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI). En el año 2008 se cumplen, pues, 25 años desde su constitución. Esta fue posible, en un primer momento, a instancias principalmente de los Jefes de los Servicios de Medicina Interna de los hospitales del INSALUD, radicados en las principales ciudades gallegas. Se eligió como primer presidente al profesor M. Noya García, de Santiago de Compostela. A partir de ese momento la celebración itinerante anual en las diversas ciudades gallegas de las Reuniones de la SOGAMI y el acuerdo alcanzado para la reconversión de la revista *Galicia Clínica* como “órgano oficioso” de la SOGAMI hasta su clausura en 1997, permitieron un contacto relativamente fluido entre los internistas gallegos. Sin embargo, con respecto al resto de España, la situación periférica y las pésimas comunicaciones habían motivado que la Medicina Interna de Galicia, con algunas excepciones, se mantuviera un tanto aislada. Esto es claro, al menos, en lo referente a

la participación en las actividades de la SEMI como muestra, por ejemplo, la ya mencionada fundación tardía de la SOGAMI o el hecho de que al 16º Congreso Nacional de la SEMI de 1984 celebrado en Salamanca -ciudad relativamente accesible desde Galicia-, sólo se presentaron 3 comunicaciones de 2 hospitales gallegos. Sin embargo, sólo 12 años después el profesor Gil-Extremera, a la sazón presidente de la SEMI, declarará en un breve bosquejo de la historia reciente de la Medicina Interna española, que la celebración en 1996 del Congreso Nacional en Santiago de Compostela supuso un punto de inflexión en los congresos nacionales de la SEMI, tanto por la alta participación como por la calidad de ponencias presentadas. Esto certificaba definitivamente la total incorporación de los internistas gallegos a los quehaceres de la SEMI.

Hace 6 años, cuando se publicó el primer trabajo en que se iniciaba el análisis de la actividad científica de los internistas gallegos, se comentaba las razones de esperanza que constituían observar la sucesiva incorporación de nuevas hornadas de estos a las labores de investigación de los hospitales. Como magnífico paradigma de estos internistas jóvenes merece destacarse la labor de la Fundación Hospital del Barbanza (Ribeira), con una presencia ininterrumpida en los últimos 4 congresos europeos. Pero con una mayor perspectiva y con el sentido de recapitulación que dan estos 25 años, se comprueba que esta actividad investigadora no sólo se ha afianzado y consolidado, sino que la Medicina Interna gallega se ha constituido en un timbre de orgullo para su Comunidad y para la Medicina española en general. Así, en un trabajo publicado en 2006, se constata que Galicia ocupa el 2º lugar -tras Madrid- en el número absoluto de comunicaciones remitidas a los congresos europeos de su especialidad y el 3º -tras Madrid y Comunidad Valenciana- si se toma en consideración tal cifra de comunicaciones con respecto al número de internistas. En este lugar de privilegio que ocupa Galicia, constituye un deber de justicia citar, tanto por el número y calidad de comunicaciones, la fecunda colaboración que mantienen desde hace años internistas ligados al Hospital Universitario de Santiago con la Escuela de Telecomunicaciones de la Universidad de Vigo en campos tan punteros como la cronobiología y cronofarmacología y, que

ha servido además como bandera de enganche para la incorporación de la Medicina de Familia a la investigación clínica. Además de la participación de los internistas de Galicia en Registros y Proyectos multicéntricos de envergadura nacional e internacional, auspiciados o no desde la SEMI, de su intervención activa en las decisiones organizativas de los diversos grupos de trabajo surgidos en el seno de la SEMI, quizá no puede tampoco dejar de mencionarse, por su carácter paradigmático, la presencia del Dr. Robert Gallo, el codescubridor del VIH, en un Congreso organizado por la Sociedad Gallega de SIDA (SOGAISIDA), entidad animada fundamentalmente por internistas.

Como fruto de esta labor investigadora de los internistas y en gran parte debido a la excelente labor dinamizadora de las sucesivas juntas directivas de la SOGAMI, se han cosechado excelentes realidades. A la incorporación de los hospitales comarcales con la organización de las Reuniones formativas de la SOGAMI, que ya van por su 6ª edición, complementadas con la Reuniones dirigidas a los internistas en formación en sus ediciones anuales del Norte y Sur de Galicia, hay que añadir la internacionalización de la medicina gallega con el desarrollo de los sucesivos Congresos Galaico-Durienses en Galicia y Portugal, y que junto con los proyectos transfronterizos de otras Comunidades, han servido como germen para la celebración en Portugal del I Congreso Ibérico de Medicina Interna (Vilamoura, 2008). En los últimos años, además, la puesta en marcha de los diversos grupos de trabajo de la SOGAMI (actualmente Riesgo Vascular, Alcoholismo, Insuficiencia cardíaca y Enfermedades infecciosas), con proyectos ya en marcha en ciertos campos, puede permitir subsanar esa laguna detectada en Galicia con respecto a otras comunidades: el déficit de proyectos colaborativos interhospitalarios. Podemos concluir, pues, en esta actualización, que se corrobora que los internistas gallegos siguen investigando activamente y comunicando sus conclusiones a los congresos de su especialidad. Se ha producido la incorporación de nuevos internistas y hospitales a la producción científica, lo cual se plasmado en un número importante y continuado de comunicaciones a congresos nacionales e internacionales y cada uno desarrolla campos propios y preferentes de investigación.

Ya ha sido mencionado la celebración en este año del 25º aniversario de la constitución de la SOGAMI. Casualmente, se cumplen también los 75 años de la muerte del más conocido representante de la medicina de estas tierras: Roberto Nóvoa Santos. Merecen aquí citarse las palabras que le dedicó Marañón, considerándolo como “*arquetipo de la gran generación médica de la preguerra: la que trajo a la medicina española el aire impetuoso de fuera, el rigor en la investigación y la claridad en el método*”. Pues bien, de todo lo antedicho, y parafraseando el lema de la Universidad compostelana en el 500 aniversario de su nacimiento, podemos afirmar hoy que “*Terra Novvae splendet*”. Quizá por ello no es casualidad que 12 años tras la celebración en Santiago de aquel congreso que supuso la afirmación y expansión definitiva actual de la Medicina Interna española, vuelva a Galicia un Congreso Nacional. Durante siglos Galicia fue el receptáculo de las corrientes culturales que llegaban de Europa y España a través del Camino de Santiago. Apenas iniciado el nuevo milenio parece que la vieja Torre de Hércules alumbrará reuniones de alta calidad científica e irradiará hospitalidad al resto de España.

Al igual que el Faro, todavía en activo y a cuya sombra se cobijará el Congreso, se constituye en el depositario de tradiciones pero permanece abierto a los nuevos vientos de cambio y futuro, es imperativo el agradecimiento a los maestros de la medicina que hace 25 años encendieron la antorcha de la SOGAMI. Precisamente muchos de ellos, todavía felizmente en activo, reúnen en sus figuras ese paradigma comentado en este trabajo, de la laboriosidad del internista y la curiosidad científica infatigable que les impulsa a las tareas investigadoras. Sus ejemplos vivos, armoniosamente conjuntados también con el empuje de las nuevas generaciones, permite vislumbrar en los años venideros un futuro esperanzador para la figura del internista como depositario de los perennes valores que siempre distinguieron su quehacer: curiosidad insaciable, alta cualificación científica y labor asistencial integradora .

Congresos Nacionales

	1984	1994	1996	1998	2000	2002	2005	2006	2007
Total Galicia	3	16	98	53	34	47	44	57	57
Total España	159	611	617	787	626	624	679	845	744
Galicia/Espa	2%	3%	16%	7%	5%	8%	6%	7%	8%

Congresos Europeos

	Maastricht 1997	Florenia 1999	Edimburgo 2001	Berlín 2003	París 2005	Lisboa 2007
Total Galicia	18	18	7	15	15	17
Total España	149	131	86	140	135	134
Galicia/España	12%	14%	8%	11%	11%	13%

Bibliografía

- García Guerra D. La Facultad de Medicina de Santiago. En: La enseñanza de la medicina en la Universidad española. Danón J, coordinador. Barcelona: Fundación Uriach (Colección histórica de Ciencias de la Salud/nº 6) 1998; 130-146.
- Rico Irlles J. Medicina Interna y Siglo XX en España. *Investig Clin* 2001; 4:77-89.
- Gil Extremera B. Sociedad Española de Medicina Interna. Situación al finalizar el año 2000. *Investig Clin* 2001; 4: 64-5.
- Pinilla Llorente B. Sociedad Española de Medicina Interna 1952-2005. En: Anuario SEMI 2006. Edita: Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid: Multimédica 2005; pp. 17-20.
- Comunicaciones científicas a la XIV Reunión ordinaria de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. *Galicia Clínica* 1997; 69 (1-2):1-60.

- Montes Santiago J, Pérez Álvarez R. Aportación científica de la medicina interna hospitalaria gallega a los congresos nacionales e internacionales de su especialidad. *An Med Interna (Madrid)* 2002; 19:567-70.
- Montes Santiago J. Contribución de la medicina interna gallega a congresos nacionales e internacionales de su especialidad. Una actualización. Disponible en <http://www.meiga.info/meiga.asp?cap=1&mat0=368&mat1=&mat=&id=1087>; pp. 1-7. Consultado, 18/03/2008).
- Montes-Santiago J, Álvarez Muñiz ML, Baz Lomba A. Proyección europea de la Medicina Interna española. *Rev Clin Esp* 2006; 206:90-94.

“Jornadas Médicas Gallegas”

Fernando Diz-Lois Martínez

Medicina Interna. Hospital “Juan Canalejo”. A Coruña

En 1919 se celebró el primer Congreso Nacional de Medicina, en Madrid presidido por el Rey, y en ese congreso al que asistieron más de 3700 congresistas se constituyó la Asociación Nacional Médica Española. La medicina interna ocupó una parte importante en el congreso como una “sección” de medicina interna dentro del congreso, con cuatro subsecciones, diluidas dentro de las especialidades quirúrgicas, higiene, epidemiología, ginecología, pediatría, odontología y farmacia. La presencia de internistas gallegos en el congreso fue más bien escasa.

La primera “subsección” versó sobre “Enfermedades del pecho” con 4 comunicaciones gallegas de un total de 64, Dos de ellas de Miguel Gil Casares una como conferencia magistral “Estudio paleográfico del esfuerzo ventricular y del pulso arterial”, y las otras dos de Roberto Novoa Santos (“Sobre la dispnea ácida”) y, Enrique Hervada García (“Indicaciones del pneumotórax artificial en las hemoptisis tuberculosas”).

La “subsección” de Aparato Digestivo” tuvo dos comunicaciones de médicos gallegos de un total de 30, debidas al doctor Devesa de Santiago (“Una nueva interpretación de la mixorrea gástrica” y “Úlcera gástrica y hernia epigástrica)

En la subsección de “Enfermedades de la Nutrición y de la Sangre y Endocrinología” consta una comunicación de Roberto NÓVOA Santos de un total de 15. (“La dietética y la cura de vitaminas de la diabetes mellitus”). Y en la última “subsección” de Neurología no se leyó ninguna comunicación gallega.

En este congreso, es de interés que, Mme Curie dio una conferencia sobre el uso de los elementos radiactivos en medicina.

Diez años después se celebraron las Primeras Jornadas Médicas Gallegas. Estas primeras jornadas se celebraron en el ayuntamiento de la Coruña en su sala de sesiones, en Agosto de 1929. el mismo año de la inauguración de la nueva Facultad de Medicina de Santiago. En ellas se invitó a participar al cuerpo facultativo de la Universidad de Oporto.

En las “Jornadas” participaron médicos de toda Galicia, especialmente de La Coruña, también de Portugal, muchos de ellos internistas aunque su práctica muchas veces dirigida ya hacia alguna especialidad, como la cardiología, la neumología (tuberculosis sobre todo), aparato digestivo o nutrición.

Se transcriben, por su interés, algunos de los discursos tal como constan en el libro de actas, ya que son reflejo de la actividad médica de la época.

* * * * *

La Coruña 1929. La Comisión ejecutiva. Documento inicial:

“Impulsados por un noble afán científico y un acendrado cariño a Galicia, nos hemos constituido en “Comisión Ejecutiva”, con el elevado propósito de celebrar en La Coruña, en el próximo mes de agosto, una semana médica que con el título de “Jornadas Médicas Gallegas”, sirva de racial enlace, de aproximación cultural y de enaltecimiento de nuestra profesión, estimulando a la vez a nuestros compañeros y coterráneos residentes y ausentes de la región a la publicidad de una labor que actualmente, por falta de oportunidad o por escasez de reuniones de esta índole, se ven obligados a silenciar.

A estas “Jornadas”, que, como ya indicamos, tendrán una semana de duración, podrán concurrir todos los médicos gallegos, presentando, los que lo deseen, comunicaciones, las cuales serán leídas sin discusión en su correspondiente turno riguroso. Podrán también aportar enfermos a las sesiones clínicas y quirúrgicas que diariamente se celebrarán en los lugares que a su debido tiempo designaremos. Para la primera Asamblea

anual hemos escogido la ciudad de La Coruña, y en los años sucesivos irán efectuándose en las demás poblaciones de Galicia, dándole así un carácter de movilidad de acuerdo con esta clase de reuniones.

Contamos con la fervorosa cooperación de calificados prestigiosos de La Coruña, y en los años sucesivos irán efectuándose en las distintas provincias gallegas que han querido patrocinar con todo entusiasmo esta fecunda aspiración fraternal y de sincera camaradería. Ellos contribuirán eficazmente, aportando al feliz éxito de estas “Jornadas” lo mejor y más selecto de sus respectivas mentalidades, presidiendo unos, la Asamblea, y pronunciando interesantes conferencias los demás. Entre estos valores indudables, que tan espontáneamente se han brindado para tomar parte en las “Jornadas”, podemos dar a conocer los siguientes, constituidos ya en “Comisión Patrocinadora”.

Doctor Jacobo L. Elizagaray, presidente de las “Jornadas Médicas Gallegas”; doctor José Goyanes, doctor Manuel Varela Radío, doctor Mariano Gomez Ulla, doctor Roberto Nóvoa Santos, doctor Ricardo Varela y Varela.

A esta Asamblea que pretendemos sea un magno exponente de la cultura profesional gallega, invitamos con cordial interés a todos nuestros compañeros, lo mismo a los que luchan oscuramente en un rincón aldeano, que aquellos que en los populosos centros urbanos destacan su personalidad. Queremos unir en un apretado haz, eludiendo todo mezquino exhibicionismo, la fuerza creadora ignorada, la silenciosa tarea que, en un medio adverso a toda manifestación científica, desarrolla su acción bienhechora callada y recatadamente, al que, con todos los recursos a su alcance, puede dar a conocer sin sacrificio alguno el producto de sus horas de estudio. Queremos y estamos seguros de lograrlo, por ser una común aspiración, poner en contacto a todos los miembros de esta gran familia médica gallega, levantando el espíritu, creando ideales, mancomunando esfuerzos, que redunden en beneficio de todos. Queremos que los grandes maestros, honra de Galicia, compartan en esta labor eminentemente científica, uniendo sus preclaros nombres, sus merecidos títulos y su reconocido saber a esta gran cruzada, como una palpable demostración de compañerismo, de sano

paisanaje y de sentida afinidad. Queremos que esta Asamblea ajena a toda pequeña pasión, extraña a todo prurito escalador, enemiga de fáciles encumbramientos, sea como un vibrante toque de clarín para todos los que sintiendo verdadero amor a la profesión quieran rendir homenaje a la Medicina Gallega y, sobre todo, a la Universidad compostelana, madre gloriosa de la gran pléyade intelectual que, blasonada con su escudo, esparce por toda España las virtudes de una raza.

Madrid 15 de Abril de 1929,- *La Comisión Ejecutiva*, doctor Rafael Martínez Uzal, doctor Julián Regueiro López, doctor Julio L. Lacarrere.”

Las “Jornadas” tuvieron lugar en La Coruña del 19 al 25 de Agosto de 1929

Y su secretario el doctor J. López Lacarrere, presenta la memoria de la secretaría, el día de la inauguración:

... “El número y calidad de los periodistas inscriptos, sobrepasa toda previsión optimista. El de comunicaciones y conferencias magistrales presentadas a Secretaría es de más de 70. Estos datos presagian el éxito rotundo del certamen, proclamando además, la actividad de la gran familia médica gallega, que, justificando al acierto de la iniciativa de celebrar estas “Jornadas”, concurre llena de entusiasmo a ellas, atrayendo la atención de los grandes maestros, en la que sería justo, y a ello aspiramos, se celebrase el próximo “Congreso Nacional de Medicina”.

...Hagamos votos porque las próximas Asambleas que se celebren en otras ciudades gallegas, y la Asamblea magna que en Compostela ha de poner fin a esta cruzada intelectual, sea digna continuación de la que hoy inauguramos tan brillantemente.”

El cierre de las jornadas lo hace el profesor de anatomía y orador Alejandro Rodríguez Cadarso. Comienza emulando a su maestro y también magnífico orador Juan Barcia y Caballero a quien considera más capaz de estar en su estrado:

“Linda ocasión la presente para lucir las galas de su ingenio y los frutos de su intelecto, quien poseyendo rico tesoro de ideas y sabiendo

engarzarlas en la filigrana de la palabra, os hiciese gracia y merced de un primoroso discurso que a la vez os recrease por lo bello y satisficiera por lo sabio, cerrase con broche de oro la magna labor de este Congreso y fuese galano y florón de esta solemnidad. Azares de la vida hicieron imposible tal suceso, que de haber acontecido, marcaría con candente e indeleble sello, estas “Jornadas Médicas Gallegas” y la del dichoso escogido por el acierto y la fortuna para llevar en este acto, la voz augusta de la ciencia y de la autoridad. En vez de esto y por desgracia para todos heme aquí, dispuesto, no a suplir a quien por derecho correspondía este lugar, a algún personaje insigne que fuese capaz de acometer y llevar a feliz término aquella empresa...”

Hace glosa de la cooperación luso española refiriéndose a los navegantes pero sobre todo a los insignes anatómicos de la ilustración, poniendo como ejemplo un anatómico granadino Alonso Rodríguez de Guevara.

“...Fue Rodríguez de Guevara, según voz portuguesa, el primer hombre de superior valía al servicio de la enseñanza de la anatomía en Lisboa. El análisis de su obra permite considerarlo conocedor perfecto de las de Galeno y Vesalio, aparte el fondo de observación personal que le revela como “hombre superior en la ciencia que cultivó...”

Y hace especial mención de la escuela de médicos compostelana, algunos de ellos pertenecieron a la Institución de Libre Enseñanza

“...Y con las figuras de Romero Blanco y Piñeiro Herba, bullen en estos instantes en el armario de nuestro recuerdo, las de Teijeiro (Maximino) y Sánchez Freire y la de aquel insigne fisiólogo, don Ramón Varela de la Iglesia, que, enamorado de la investigación, guió siempre a los discípulos por sus rutas prolíficas. Su personalidad ante mis ojos, se agranda a medida que la muerte la pone mayor lejanía..”

“...Todos fueron dignos sucesores de los hombres que como el gran José Varela de Montes (1796-1868), dieron brillo a la medicina gallega en los tiempos pretéritos de Fonseca....”

Y termina

“Acabo amigos míos; bastante tiempo puse a prueba vuestra bondad y vuestra cortesía, y quiero hacerlo con unas palabras de Ramiro de Maeztu, que sentiré no reproducir fielmente: “que no olviden nunca los gallegos que el pendón de Santiago ha sido durante mil años la bandera de España y que no cejen en la aspiración de convertirlo en símbolo de unidad espiritual de todos los pueblos hispanoamericanos, Portugal y Brasil inclusive.”

Resumen de las jornadas, por el Profesor Almeida Garret de la Universidad de Oporto

“Jornadas Médicas Gallegas (Breves impressoes) Almeida Garret”

“Com êste título efectuou-se em La Coruña, de 19-25 de Agosto último, uma reunião do médicos de Galiza, quer dos nela residentes, que daqueles que, embora exercendo noutras provincias de Espanha, são galegos pelo nascimento ou educação médica. Anunciada modestamente, sem pretensões a acontecimento de vulto, resultou afinal num verdadeiro congresso, bela manifestação de quanto vale a medicina espanhola.

A ela quero dedicar algumas palavras de recordação, porque, tendo representado ali a minha Faculdade, não so tive o prazer de admirar a alta cultura e perfeita habilitação profissional dos médicos galegos, como fui testemunha da sincera simpatía que estes têm por nós os portugueses, tan visinhos de terra e de carácter, tam próximo parentes de corpo e alma.

Paisagem de sonho, de inexcédível pintoresco, as provincias da Galiza são ben o prolongamento natural do nosso Minho, com os mesmos quadros luminosos de águas mansas (que nas rias assumem proporções de maravilha as mesmas suaves ondulações de pinhais) e campos, com caminhos pedregosos onde chia o carro de bois. E o galego, como o minhoto, é aquele trabalhador incansável, prêso â terra-mãe a pesar do fundo aventureiro de ambição, que o leva a partir para América na ância da fortuna, para lá ir curtir as saudades do ridente torrão natal.

Foi decerto esta comunidade tam íntima entre o norte de Portugal e a Galiza, que levou os organizadores das “Jornadas Médicas Gallegas” a

convidar a Faculdade de Medicina do Porto, a fazer-se representar nelas. E só é de lastimar que a delegação não tivesse sido entregue em melhores mãos do que as minhas. Porque só há vantagem em que mutuamente nos conheçamos e apreciemos, tam certo è que o bom nome de cada nação se faz pela demonstração, junto dos extranhos, do que podemos e valemos.

A comissão patrocinadora contava os nomes ilustres de Nóvoa Santos, José Goyanes, Gómez Ulla, Varela Radío e Ricardo Varela, e tinha a presidi-la a figura veneranda do D. Jacobo López Elizagaray, dècano do Hospital Provincial de Madride membro da Real Academia de Medicina. A comissão organizadora, incansável na preparação dos trabalhos, compunhase dos drs. Julio Lacarrere, Regueiro López, Martínez Uzal, Henrique Hervada, Eduardo Lacarrere e Souto Beavis. A ela se deve o éxito do empreendimento.

Foram notáveis as conferências realizadas: Santiago Carro (Ptose intestinal), Henrique Hervada (Pseudo-tuberculose de origem cardíaca), Rodriguez Cadarso (Patogenia da elevação congênita da omoplata), Casimiro Martinez (Os óleos iodados no diagnóstico das adeçoes bronco-pulmonares), Jacobo Elizagaray (Diagnóstico precoce da insuficiência cardíaca), Gutierrez Moyano (Tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar), Regueiro López (Síndrome latente da vesícula biliar), González Campo (Diagnóstico diferencial entre a úlcera gástrica e a colecistite), José Goyanes (Cirugia das transplantações ósseas), Nóvoa Santos (Correlação entre soma e psique), Garcia Blanco (Sôbre a diabetes). Levei a minha modesta contribuição a esta serie brilhante, fazendo uma confêrencia sôbre “O conceito actual do raquitismo”. Andaram por perto de uma centena as comunicações apresentadas, entre as quais havia trabalhos muito pessoais, de incontestável valor. ...

...Completando as sessões científicas, houve visitas aos Hospitais Provincial e Militar, à Clínica Labaca (modelar instituição particular de beneficencia) ao Sanatório Marítimo de Oza, cujos amplos pavilhões assentam numa colina encantadora, ao fundo da lindíssima baía da Coruña. Em todo houve sessões operatorias, actuando cirurgiões

afamados: Goyanes, Diaz Gomez, Marescot, Pardo, Julio e Eduardo Lacarrere etc.

Tiveram as jornadas um acolhimento digno por parte das entidades oficiais: o infante D. Jaime presidiu à sessão inaugural, representando o rei de Espanha; a Deputação Provincial e o Municipio receberam gentilmente os médicos concorrentes, tendo-se as sessões científicas realizado no salão nobre da casa municipal. Organizou-se uma excursão às interessantes ruínas do Mosteiro de Sobrado de los Monjes. Os clubs Náutico e Sporting ofereceram festas: o primeiro um baile cheio de distinção, o segundo uma encantadora verbena. Um banquete juntou os médicos galegos, em festa de confraternização.

A imprensa local (e particularmente os diários “el Orzan” e “La Voz de Galicia”) publicou cuidadosos relatos. “El Sol”, de Madrid enviou um correspondente especial, o cintilante humorista Felix Herce, médico-jornalista.

Em toda a parte, o delegado da Faculdade de Medicina do Porto foi recebido com atenções inultrapassáveis, penhorantes para a medicina portuguesa.

Um dos dias da semana consagrada às jornadas foi para uma visita a universidad compostelana, a alma-mater dos médicos da Galiza. E foi um dos dias que deixou recordações mais profundas. Santiago e uma velha cidade universitária, toda impregnada ainda de recordações medievais, cheia de pedras de todas as épocas, como uma galeria de arqueologia e historia da arte arquitectural. Há ainda nela, apesar de todos os modernismos, uma vaga réstea da luz de outros séculos, coada atravez das ruas estreitas que vetustas casas encaixilham. Quem passa na rua de Vilar e no largo do Toural, julga que vai surdir do vão escuro duma porta o estudante de outros tempos, de calão emeia, sua veste negra com gola e punhos de renda.

Neste cenário de tradição, ensina uma pleiade de professores de espírito moderno, da cultura vasta e de entusiasmo decidido, capazes de manter, sublimado, o prestígio da velha escola. Dentro da joia de pedra que é o Hospital, professam a clínica alguns dos mais considerados

mestres da medicina e cirurgia espanhola, e ainda há pouco um déle, Nóvoa Santos, se transferiu por um concurso brilhante, para a Faculdade de Madrid. Para laboratórios, acaba de inaugurar-se um novo e amplo experimental adquirirá a altura a que se elevou a clínica, seguindo o exemplo dado por Rodríguez Cadarso, que está criando uma escola anatómica que marcha já hoje, pelos seus trabalhos originais, na vanguarda das suas congéneres da Espanha. Foi a éste anatómico de primera plana, ao mesmo tempo orador notabilíssimo, que coube o encargo de pronunciar a oração de encerramento das jornadas. Grande parte do seu bellissimo discurso foi dedicada à cooperação luso-espanhola. E com o maior prazer traduzirei essas passagens, todas impregnadas de admiração e afecto por Portugal...

..O problema do desenvolvimento científico é idêntico em Portugal e Espanha. Tem as mesmas características e o mesmo alcance, se bem a Espanha tenha sôbre nós a vantagem de ser um pais maior, com maiores possibilidades portanto; mas, guardadas as proporções de tamanho, a necessidade de progresso constante é para ambos vital.

Estão de moda os nacionalismos, na Europa meridional, e dá pena vêr como os interpretam aqueles que não reflectem na evolução moral da humanidade. Os povos só podem ser grandes pelas demonstrações dos seus valores intellectuais; a época dos imperialismos passou, afogada no sangue das vítimas da grande guerra. Digam o que disserem os pessimistas da paz, tem de ser assim, e há-de ser assim se o quizermos nós todos, os que temos um cérebro a dominar os restos do instinto de fera que ainda dormita no corpo dos homens.

Cá, como lá, o noso maior afan de peninsulares deve ser o desmentir pelos factos que a Europa culta não tem os Pirineus por fronteira. Todo o labor desenvolvido para tal fim é obra de patriotismo acima de tódas meritória. E as reuniões dos intellectuais que traballan num mesmo campo de actividade científica são sempre proveitosas, e tanto ou mais do que pelas demostrações do que já se fez, pelos estímulos para o que há de realizar.

Só se aprecia quem se conhece. Conhecendo-nos melhor, melhor nos apreciaremos, espanhóis e portugueses. Não há razão alguma para que,

entrando no caminho de um labor científico intenso, não marchemos a par dos povos de mais progressiva cultura; e para espalhar os frutos produzidos, não devemos esquecer-nos de que as duas línguas peninsulares hão de ser, dentro de algumas dezenas de anos, as mais faladas no mundo depois do inglês. Tarefa de gerações sucessivas, cujo êxito nos cabe preparar com consciência e firmeza.”

Las “jornadas” se celebraron cada dos años. En Vigo en 1931 bajo la presidencia de José Goyanes, cirujano. En Lugo en 1933, siendo presidente el profesor Rodríguez Cadarso y en Orense en 1935 presididas por el profesor Hernani B. Monteiro de la Facultad de medicina de Oporto. Las siguientes, en el año 1937, no se llegaron a celebrar como estaba previsto hacerlo, en la facultad de medicina de Oporto, y que según quedó escrito en el acta de clausura de las jornadas orensanas, habrían de ser presididas por un médico gallego, pero este quedó en el anonimato de lo que nunca existió.

Bibliografía

Libro de Comunicaciones. Congreso Nacional de Medicina. Madrid 1929

Libro de Actas Jornadas Médicas Gallegas. La Coruña 1929

Libro de Actas, Jornadas Médicas Galaico-Portuguesas. Orense 1935

Veinticinco años de la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI)

Ricardo Fernandez Rodríguez

Medicina Interna Hospital Virxen do Cristal. Ourense.

Presidente de la SOGAMI

El 25 de junio de 1983 firmaron, en la ciudad de A Coruña, el acta constituyente de la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI), los veintitrés socios fundacionales, siendo su primer presidente el profesor Manuel Noya García (1984-1986). Cada uno de los presidentes ha dejado su impronta: Albino Pérez Carnero, Pedro Mardomingo Varela, Fernando Diz-Lois Martínez, Ovidio Fernández Álvarez, José Domingo Pedreira Andrade, Pascual Sesma Sánchez, Antonio Torre Carballada, Roberto Pérez Álvarez y Emilio Casariego Vales; ellos con las juntas directivas que presidieron y sobretodo con la colaboración de todos los socios han hecho posible que la SOGAMI llegue a su XXV aniversario como una sociedad bien consolidada, con 360 socios en la actualidad. ¿Se han observado los objetivos fundacionales? ¿Cuál es la situación actual de la SOGAMI?

La SOGAMI ha ido evolucionando a lo largo de estos 25 años en el complejo y cambiante mundo de la medicina, cumpliendo sus compromisos científicos e institucionales de manera constante y progresiva. Lo primero era conocerse y reunirse para compartir avances médicos, problemas profesionales y valorar perspectivas de futuro, en momentos difíciles en los que incluso se planteaba la supervivencia de la Medicina Interna como especialidad. Hasta el año 2001 se celebraban dos reuniones anuales, la Ordinaria que rotaba por las siete principales ciudades gallegas y la Extraordinaria con la Asamblea General que se fijaba siempre en Santiago de Compostela. Desde el año 2001 hay un Congreso anual con un periplo por las ciudades gallegas. No se debe

olvidar la importante labor de los primeros años, en la “época de recesión” de los internistas. La disgregación en distintas especialidades médicas de la Medicina Interna fue evidente en los años 60-70 y la crisis se agravó con la aparición de otra especialidad generalista. Es a partir de los años 90 cuando se vislumbran signos de una recuperación lograda en buena parte por asociar en los diferentes poderes sanitarios la idea del internista integrador con su rentabilidad en la cada vez más costosa asistencia hospitalaria. Los internistas enfrentaban ya desde hace años a retos como el SIDA o la pluripatología en una población envejecida, con una valoración positiva por parte de los gestores sanitarios. Los indicios de recuperación de nuestra especialidad se relacionan con una mayor vitalidad de las sociedades científicas y sus Congresos, con más posibilidades de afrontar proyectos cada vez más ambiciosos; debemos recordar el mayor esfuerzo que supuso el camino de la SOGAMI en sus primeros años, esfuerzo acompañado de proyectos exitosos.

Desde el año 2001 **las actividades formativas de la SOGAMI** se han ampliado y son:

Congreso anual o Reunión Ordinaria. La última, la número XXIV, se celebró en Ourense junto a la VII Reunión de Enfermería de Medicina Interna, en junio de 2007, con un total de 300 asistentes y 160 comunicaciones presentadas.

Reunión Formativa de la SOGAMI. Tiene un formato de talleres interactivos, prácticos, para grupos reducidos de 60-80 personas. Son organizadas por los hospitales comarcales de nuestra Comunidad: Barbanza (2003), Burela (2004), Barco de Valdeorras (2005), Vilagarcía (2006), la quinta tuvo lugar en el hospital Virxe da Xunqueira de Cee y la de este año 2008, la sexta, la organiza el Hospital de Verín.

En los últimos años se han desarrollado reuniones específicas para la ampliar la relación entre los residentes de la especialidad y sus tutores. Estas “reuniones de internistas noveis” son anuales, una para Galicia Norte y otra para Galicia Sur, con el fin de asegurar un quórum adecuado para la formación y comunicación, con 40-50 asistentes en cada una de ellas. Su sexta edición tendrá lugar este año 2008 en los meses de mayo y junio en A Toxa y en Monforte de Lemos.

En nuestros estatutos un objeto fundamental de la sociedad es el “fomentar todas las manifestaciones científicas relacionadas con la Medicina Interna, servir de vehículo a la difusión de los trabajos científicos efectuados por sus miembros...”

La **investigación** es un aspecto fundamental en la actividad de cualquier especialista y ha sido “la Cenicienta” entre muchos clínicos. Un gran acierto para fomentar la investigación y generar resultados en grupos multihospitalarios e interdisciplinarios ha sido la formación de Grupos de Trabajo en la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Ha sido un gran acierto porque han permitido compaginar la actividad clínica fundamental de un internista con la formación en áreas concretas, el desarrollo de proyectos de investigación y el conseguir publicaciones de calidad que prestigien la Medicina Interna.

El desarrollo de la investigación es una de las preocupaciones mayores de la SOGAMI. Anualmente se conceden dos becas: una al mejor proyecto de investigación y otra para una estancia en un Centro de Referencia, a lo que se añaden los premios a las mejores comunicaciones en cada congreso anual. En el año 2005 la Junta Directiva dio prioridad a apoyar proyectos de investigación clínica a través de los **Grupos de Trabajo**. En la SOGAMI se han constituido cuatro Grupos: Grupo de Riesgo Vascular (2006, Coordinador: Antonio Pose Reino), Alcohol (2006, Coordinador: Arturo González Quintela), Insuficiencia Cardíaca (2006), Coordinador: Julio Montes Santiago) y el Grupo de Enfermedades Infecciosas (2007, Coordinadores: Javier de la Fuente y Enrique Míguez).

La Junta Directiva precedente y la actual apuestan claramente por potenciar el desarrollo de estos Grupos. Destaca la labor ya desarrollada por el grupo de Riesgo Vascular con varios proyectos de investigación y la celebración de varias Reuniones Formativas específicas.

La revolución experimentada por los **sistemas de comunicación** en los últimos años ha sido extraordinariamente útil para la relación entre los humanos, también en el aspecto científico. En el año 2000 se acordó la creación del portal web www.meiga.info (“medicina interna de Galicia”), nuestro punto de encuentro, la web oficial como órgano de

expresión de la SOGAMI. Ramón Rabuñal y Emilio Casariego la pusieron en marcha y ahora es coordinada por José Luis Díaz Díaz con un éxito relevante en contenidos y visitas. En la web existe información sobre historia de la sociedad, sus estatutos, la forma de asociarse, las actividades científicas desarrolladas previamente, y noticias sobre la gestión actual. Dispone de enlaces con una amplia red de fondos bibliográficos y una sección de producción propia de nuestros asociados con los apartados de: “editoriales”, ”preguntas clínicas y evidencias en medicina interna”, “revisiones clínicas”, “comentarios bibliográficos”, “escalas en medicina interna”, “guías clínicas”, “un rincón para la historia”, “casos cerrados del mes”..... Es el portal donde se publicitan y gestionan todas las actividades docentes y formativas de la sociedad. Las secciones más visitadas son las de elaboración propia y entre ellas destacan las Guías Clínicas cuyo éxito hizo posible que se editasen por primera vez en papel contenidos de nuestra web, en el libro “ Guías Clínicas de la SOGAMI” (2006, coordinadores Ramón Rabuñal y Rafael Monte). Es muy útil la existencia en la web de varios foros abiertos para todos los socios, uno general y otros para diversos proyectos. Los Grupos de trabajo tienen su propio apartado que está desarrollándose en la actualidad.

La revista “**Galicia Clínica**”, fundada en 1929 por el Dr. Aurelio Gutiérrez Moyano, tuvo una gran aceptación entre los médicos gallegos por la gran calidad de los trabajos publicados y por ser foro abierto a diferentes especialidades clínicas y médicos generalistas a lo largo de sus 65 años de vida editorial (1929-1994). Desde que se fundó la SOGAMI hubo una estrecha relación con esta revista siendo con frecuencia el lugar de publicación de las comunicaciones a sus congresos y reuniones. Recordamos el pasado y agradecemos la labor hecha por sus fundadores, directores y todos los autores a lo largo de estos años. El mejor homenaje era recuperar “Galicia Clínica”. La SOGAMI alcanzó un acuerdo con la familia Gutiérrez Moyano - a la que agradecemos su generosidad- para registrar Galicia Clínica el 11 de octubre de 2007 como revista oficial de la sociedad. La Junta Directiva nombró Director a Ramón Rabuñal y Director Adjunto a José Luis Díaz Díaz, el primero fundador y el segundo director actual de www.meiga.info. La idea es recuperar la

revista, digitalizar sus fondos históricos y modernizar su diseño y concepto en una relación estrecha con la web oficial, aunque abierta a todas las especialidades médicas. Este carácter abierto se refleja en la composición de sus comités editorial y científico así como en las normas de aceptación de trabajos, con colaboraciones de compañeros de diferentes especialidades y de otras comunidades autónomas. Cuando salga a la luz este libro esperamos que esté en manos del lector el primer número de esta nueva e ilusionante etapa de Galicia Clínica.

Las **relaciones de la SOGAMI** se desarrollan en varios ámbitos:

Con otras sociedades científicas. Por supuesto destaca la existente con la SEMI. La Sociedad Española de Medicina Interna se constituyó en 1952 y se transformó en 1992 en una Federación de Sociedades Autónomas, con personalidad jurídica propia y con el objeto de defender los intereses de los internistas españoles. Para ello dispone sus propias actividades y coordina las de las sociedades miembros, respetando el ámbito propio de cada una de ellas. Desde su fundación la SOGAMI está integrada en la Sociedad Española de Medicina Interna junto a otras diez sociedades autónomas. La ciudad de Santiago de Compostela fue sede del XXII Congreso Nacional de la SEMI (1996, José Manuel Martínez Vázquez, Presidente del Comité Organizador) y ahora en Noviembre de 2008, la SOGAMI tiene el honor de organizar el XXIX Congreso Nacional junto con el XXV Congreso Gallego (Emilio Casariego, Presidente del Comité Organizador).

La particular relación con Portugal, geográfica, histórica y sociocultural se manifiesta también en una buena relación entre la SOGAMI y la Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI). Hace años que se celebraron los Congresos Galaico Durienses en Santiago (2002), Porto (2003) y Baiona (2004). Desde el 2004 la línea de comunicación se fomenta en todas las reuniones de ambas sociedades pero con especial atención a las reuniones de “internistas noveis” y congresos anuales. Recibimos con agrado la instauración de congresos comunes a nivel hispano luso, organizados por la SPMI y la SEMI con periodicidad bianual; al 1er Congreso Ibérico de Medicina Interna (Vilamoura 2008) fue invitada una representación de la SOGAMI.

Las relaciones con otras sociedades científicas son escasas y por tanto mejorables. Pero se ha intentado, hubo algún congreso autonómico que se organizó coordinado con otras sociedades (Reumatología, Digestivo) pero el proyecto de hacerlo de forma habitual no llegó a cuajar. También se establecieron conversaciones con la Consellería de Sanidad, para que desde allí se impulsase y se organizase una reunión anual de “Ciencias Médicas” al estilo catalán, el doctor Ulises Romero cirujano del Hospital de Lugo por su visión integradora de la medicina tenía gran empeño en ello, y esto que podría haber sido un aglutinante de, al menos algunas sociedades autonómicas, desgraciadamente nunca se llevó a cabo.

El carácter abierto y multidisciplinario de los Grupos de trabajo recién creados en la SOGAMI puede servir de impulso a estas relaciones, especialmente con la Sociedad Gallega de Cardiología y con la Sociedad Gallega de Endocrinología. Con la “Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria” existen áreas de común interés.

En nuestros estatutos se menciona como fin de la sociedad el “prestar asesoramiento a los poderes públicos en materia de Sanidad ...”, “colaborar con los organismos responsables de la enseñanza de pregrado y postgrado...”, “participar en la selección de candidatos para puestos profesionales de la especialidad ..”. La relación con las distintas entidades administrativas a lo largo de estos años ha sido deficiente. A pesar de que se nos escucha poco y la Administración sólo tiene oídos para otras entidades y asociaciones con poder político, no debemos desistir, intentaremos hacernos oír más y por diferentes motivos. Tenemos que seguir presentes en los lugares ya reconocidos y alzar nuestra voz también en temas laborales, reclamando competencias y funciones del internista y defendiendo sobre todo aspectos de la dignidad laboral de nuestros asociados, a menudo sometidos a condiciones de precariedad en sus puestos de trabajo.

La relación de la sociedad, con la ciudadanía, es una preocupación común de todas las sociedades autonómicas de medicina interna y de la SEMI: transmitir lo que aportamos a la ciudadanía para que ella nos reconozca y demande, que el público conozca quiénes somos. La SOGAMI está valorando contratar un gabinete profesional de

comunicación para mayor difusión de sus actividades en su propio medio social.

La Medicina Interna tiene futuro ante “la previsible evolución demográfica y de la morbilidad con pacientes cada vez más ancianos, con pluripatología y enfermedades crónicas. (Estudio socioprofesional de la Medicina Interna en España: prospectiva 2010- SEMI). La atención sanitaria del siglo XXI se enfrenta a una demanda creciente de más y mejores prestaciones en una sociedad que reconoce el derecho universal a la salud. Nuestra especialidad será eficiente y ahorradora de recursos por su papel integrador tanto en el tratamiento de los pacientes, como en la organización y racionalización de la asistencia, sin hacer de la tecnología el eje exclusivo de la atención hospitalaria. Debemos reclamar nuestra presencia en antiguas áreas como las de Urgencias, que los gestores reconozcan nuestra actividad actual de consultores en los servicios quirúrgicos, así como las consultas especializadas de los diferentes Grupos de Trabajo de los internistas: enfermedades infecciosas, pluripatología, insuficiencia cardiaca, factores de riesgo vascular, etc. El internista es clave en nuevos proyectos organizativos de hospitalización, de la asistencia: HADO, Consultas de Alta Resolución, Unidades de Corta Estancia, en estrecha colaboración con Atención Primaria. En la revisión de la bibliografía hay posiciones entre el pesimismo manifiesto y el optimismo total sobre el futuro de la Medicina Interna; el futuro prometedor pasa por la renovación, por lograr nuevas actividades y nuevas competencias para adaptarse a las nuevas realidades sociales. Para conseguir ese futuro prometedor es fundamental adecuar e innovar la formación de los futuros internistas, no sólo con temas “médicos” como las enfermedades importadas, sino también con un conocimiento de las nuevas realidades sanitarias en la gestión, la bioética, la actividad investigadora. Experiencias enriquecedoras todas ellas, por las que la Medicina Interna tiene que apostar. La formación MIR ha sido y es un sistema admirable para que nuestra población tenga especialistas de calidad; su futuro precisa de esta renovación de los programas formativos y también de un reconocimiento de los tutores y de un justo modelo de evaluación.

El **futuro de la SOGAMI** esta lleno de esperanza como la juventud que cada vez más, se integra en ella y en la Medicina Interna. Hay signos de mayor vitalidad de la sociedad reflejados en el éxito de sus reuniones y en la mayor aportación de trabajos científicos de los internistas gallegos a Congresos autonómicos, españoles y europeos (Julio Montes Santiago, Editorial abril 2005, www.meiga.info). El número de socios ha aumentado pero tenemos que hacer un esfuerzo para atraer a compañeros internistas dispersos en otras sociedades científicas, algunos con actividades de alta referencia y/o ligados a áreas de investigación concretas. Un buen lugar de reencuentro es en los Grupos de Trabajo, abiertos a diferentes especialidades médicas y con ánimo de colaboración con distintas sociedades científicas. Estas incorporaciones aportarían a la SOGAMI un carácter más abierto, con distintas visiones de la Medicina Interna. Es prioritario que los médicos residentes se asocien, que participen no sólo en los congresos sino en las tareas organizativas y de dirección. Para que la SOGAMI sea atractiva para los MIR, han sido buenos pasos la puesta en marcha de las “Reuniones de internistas noveis” y la incorporación de un vocal MIR a la Junta Directiva.

Nuestro aniversario también es momento de celebración y de publicitarnos. La Junta Directiva precedente ha conseguido que el Congreso Español se vuelva a celebrar en Galicia. En este Congreso se entregará el primer número de la nueva revista Galicia Clínica. En este año de nuestro 25 aniversario se publicará este “Libro de la Medicina Interna” coordinado por Fernando Diz-Lois, que ha contado con un foro abierto en nuestra web durante varios meses, y que quiere mostrar a la sociedad nuestra especialidad con sus nuevas perspectivas. Esperamos que la noticia de este cumpleaños llegue a todos los internistas y al menos a una buena parte de nuestros ciudadanos.

Finalmente es el momento del agradecimiento. Gracias a los fundadores de la SOGAMI por haber puesto en marcha este espacio común de los internistas gallegos, gracias a todos los socios que a lo largo de estos años han trabajado de forma desinteresada y con entusiasmo por nuestra especialidad. Gracias a José Carlos Ulloa Abad por su abnegada labor en la Secretaría Técnica a lo largo de todos estos

años. Contamos con todos vosotros para que en los próximos 25 años la Medicina Interna tenga buenos horizontes que contribuyan a una mejoría en la calidad del cuidado de la salud.

Una visión subjetiva de la Historia reciente de la Medicina Interna

Pedro Conthe

Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón.

Vicepresidente de la SEMI.

Es bien conocido y citado a menudo, que el término Medicina Interna se acuñó al final del siglo XIX en Alemania, aludiendo básicamente al concepto de médico clínico, no quirúrgico por excelencia, y con una visión integradora de la enfermedad y por tanto de los sentimientos e inquietudes del paciente. El año 2002 celebramos el 50 aniversario de la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna). Fue un motivo de satisfacción celebrado por un buen número de internistas españoles. Sirvió entre otros fines, para valorar y reconocer la trayectoria de la especialidad, con sus luces y sombras, desde la fundación de la Sociedad por Carlos Jiménez Díaz y Agustín Pedro Pons, a través de muchas personas que invirtieron su tiempo e ilusión en diversas labores. Pero no soy yo el encargado de realizar una Historia prolija de la especialidad, ni de los internistas célebres, ni de la SEMI, pues esta es una labor emprendida ya por el Profesor Blas Gil Extremera (por encargo de la SEMI), y que sin duda será un aportación de valor histórico, que culminará en breve plazo y que deberá ser revisada con detenimiento.

En esta modesta contribución solicitada por la SOGAMI (Sociedad Gallega de Medicina Interna, a la cual admiro desde hace años por su gran empuje), sólo aludiré de forma breve y por supuesto, cargada de subjetividad, a la evolución de la Medicina Interna y de la Sociedad Científica que me ha correspondido vivir en mi trayectoria profesional, que se extiende ya a un cuarto de siglo. En cuanto a la SEMI tengo el gran honor de haber estado involucrado en ella, de una u otra forma a lo largo de los últimos 10 años (en la Comisión asesora, como Secretario

general y como Vicepresidente en la actualidad), lo que considero un honor inmerecido y en cierta medida una responsabilidad que espero seguir cumpliendo voluntariosamente, con gratitud hacia los compañeros internistas que me eligieron y a todos los que componen este colectivo tan importante para la sanidad del país.

Querría primero dejar constancia que lo que creo que me impulsó a elegir esta especialidad, tras presentarme a uno de los primeros exámenes MIR (1980), pudiendo elegir cualquier especialidad, fue probablemente el conocimiento directo como alumno de diversos clínicos y profesores que desde la Universidad Autónoma de Madrid, además de clases teóricas y prácticas, me transmitían una imagen vocacional, docente, estudiosa y gratificante de su ejercicio médico. Vivíamos aún la época del internista clásico. El trato diario con los pacientes que presentaban patologías muy diversas; cardiovasculares, hepáticas, autoinmunes, vasculares, etc. me parecía realmente atractivo y variado. Las posibilidades de abordar con cierta maestría todo el conocimiento requerido para ello, me fascinaba, aún sabiendo que requeriría un estudio, una dedicación y un sacrificio enorme. La imagen del internista “diagnosticador de casos difíciles” primaba para mí, aquel que aportaba siempre una voz autorizada en el trabajo diario, usualmente en equipo, me parecía, y aún lo vivo así, un reto muy atractivo. Ahora creo que esta visión un tanto clásica del internista autosuficiente perduró en mi entorno más allá de los años 80 (¡ojalá se hubiera mantenido hasta nuestros días!). Pero sin embargo, muchos factores han llevado a otra imagen menos idealizada del internista en su labor en la práctica diaria, si bien no menos eficiente y útil para el sistema. Para mí, la esencia sigue viva, pero la adaptación a los tiempos que nos ha tocado vivir es mandatoria y no podemos vivir anclados al pasado. Hoy pienso que el papel del internista se centra más en llegar a ser el clínico, fundamentalmente hospitalario, que la sociedad demanda, y probablemente la eficiencia en el manejo de las enfermedades más prevalentes, el mantenimiento de una visión global y humanizada del paciente, la capacidad de coordinar equipos de trabajo multidisciplinarios y la polivalencia del internista, son las virtudes más valoradas en la actualidad.

Ilustraré con algunas anécdotas (o sucedidos) esta visión subjetiva del internista diagnosticador de enfermedades raras que viví en mi juventud, y que al menos servirá además para amenizar este escrito.

El Profesor Julio Ortiz Vázquez en el Hospital La Paz, del que era Director, prácticamente fundador y jefe de Medicina, tenía por costumbre pasar visita muy temprano, sábados incluidos, antes de las 8 a.m. con el internista (o residente de la especialidad) que por allí estuviera. Este médico, además de llevarse la bronca por los ausentes, improvisaba un resumen breve de lo que tenía cada paciente (¡de toda la planta! Al menos 35 ó 50 enfermos). Muy ocasionalmente el pase de visita era tan rápido que D. Julio recorría el pasillo en un sentido y tras unos comentarios, volvía por el mismo pasillo para despedirse en los ascensores. Una vez el doctor García Puig le comentó:

- Don Julio, hoy ...no ha visto a ningún paciente de la planta y el respondió:

“bueno lo importante es ..¡que ellos me han visto a mí!”

Me costó entender que los pacientes verdaderamente se encontraban mejor y más tranquilos aquel sábado, sabiendo que el jefe supremo había pasado por allí y sin duda, estaba al tanto de todo lo importante. Pero normalmente el pase de visita era mucho más formal, acompañado de alumnos, residentes, y lógicamente más detenido cuando se trataba de un enfermo complejo o sin diagnóstico. En algún caso así, D. Julio se sentaba (decía que las posaderas era una de las mejores herramientas para el diagnóstico), examinaba al paciente y leía la historia clínica (como actualmente, realizada por un alumno o residente novato), provisto de un rotulador rojo que surcaba las páginas con enormes tachaduras, correcciones y frecuentemente, algunas notas añadidas de la exploración, habitualmente impecables. Frecuentemente concluía con: el doctor de turno ¡Esta historia habría que repetirla!

Pero siempre tenía una palabra amable para el médico novato y por supuesto para el paciente que miraba reservón todo el séquito de batas. ¡A mejorarse!

Aún hoy, cada vez que salgo de una habitación en la sala, me salen sin querer esas mismas palabras y recuerdo un microsegundo a D. Julio, dando una palmadita en los pies de la cama.

Un día, no se si por abreviar o por cansancio de varias guardias acumuladas (era común estar varios días seguidos de guardia, aunque hoy nadie lo crea) le dije al llegar D Julio.

- “Profesor, creo que hoy no hay ninguna patología interesante en la sala (neumonías, insuficiencia cardíaca, pacientes respiratorios crónicos con moco en sus bronquios, enfermos escarados...)”.

D. Julio puso una mirada de autosuficiencia y me dijo:

- “Dr Conthe, **todos los enfermos** son interesantes, ¡depende de cómo los miremos!, ¡A buscar!, ¡a buscar!”

- “Bueno...”, D. Julio, lo decía más bien porque estábamos aquí en la pizarracon el “case record” del New England, con los estudiantes...(típica tabla de diagnóstico diferencial interminable...) “y además vienen hoy a Madrid, Simon and Garfunkel..”.

- “Ah¡ ¿sí?, ¿y de que hablan?. ”

- “No hablar, hablar, no hablan, cantan, son muy conocidos..”.

- “Nada, nada, ¡a pasar visita!,.. ¿Por donde empezamos?”

Creo que aquello me marcó bastante porque nunca más he vuelto a decir (y ni siquiera pensar), que un paciente no sea interesante. Para mi lo que ilustra esta y otras muchas anécdotas es la percepción que teníamos (al menos yo), de que los enfermos tenían que tener algo interesante. Lo mejor posiblemente, un lupus, una conectivopatía mixta o una esclerodermia (aquel servicio era pionero en las enfermedades autoinmunes y lo siguen siendo algunos compañeros como Antonio Gil, Munther Kamastha, Paz Lavilla...) Bastante bien diagnosticar una brucelosis, sobre todo con espondilitis brucelar, una tuberculosis, si era extrapulmonar. No estaba mal otra enfermedad infecciosa no común (lepra, endocarditis, triquinosis..) o en definitiva, alguna infección publicable o bien, alguna otra enfermedad sistémica (hemocromatosis, amiloidosis, sarcoidosis histiocitosis...). Algunas enfermedades como el

Paget, endocrinopatías (¡eterna sospecha de feocromocitoma y cushing¡) o un síndrome paraneoplásico tenían algún valor académico reconocido. Pero desde luego, tener solo una simple neumonía (que ya se había visto en la placa de entrada), un ictus o una insuficiencia cardiaca o un EPOC desestabilizado, (lo diagnosticaba el R1) era algo bastante nimio, como... ¡impropio del saber del internista!. Ni que decir del paciente social y escarado (aunque no tanto como ahora, siempre los ha habido en las plantas de Medicina Interna), una infección urinaria, una gastroenteritis..., eran simplemente poco considerados (en cuanto a interés científico, que primaba). Por supuesto que los sentimientos humanos de sanar, cuidar y casi siempre consolar, estaban antes y ahora, siempre primando en la relación personal y profesional con los pacientes. Cuando el paciente estaba bien (D. Julio decía que cuando miraban libidinosamente a las enfermeras), o sobre todo si se necesitaba la cama, se daban de alta. No recuerdo haber sabido si los pacientes estaban hospitalizados entonces, mucho o poco tiempo. Estaban lo que precisaban (se suponía). Nunca vi en aquellos años ningún jefe preocupado por esto. Antes y ahora siempre hubo casos especiales por la dificultad de su diagnóstico o por su compleja problemática. Recuerdo algún paciente en el que su DNI indicaba como domicilio el Hospital.

En estos 25 años muchas cosas han cambiado desde mi punto de vista, para bien y para mal. Empezaré comentando lo que considero que ha cambiado en un sentido más lógico y favorable.

Actualmente los internistas también se han interesado a fondo por las enfermedades más prevalentes. En primer lugar porque es la asistencia requerida diariamente y en segundo lugar porque algunas unidades específicas y otras especialidades han ido cubriendo aquella faceta para los enfermos con patologías poco frecuentes. No se puede negar que el médico clínico cobra su mayor sentido, cuando es útil para los ciudadanos. Por supuesto que nadie puede dudar de la utilidad de reconocer patologías no comunes o de mayor interés académico, que requieren expertos en su manejo, pero el grueso de los internistas creo que están hoy en día más familiarizados con el manejo eficiente de los pacientes con patologías que solicitan ser tratadas diariamente desde la urgencia.

Creo que aquella función clásica diagnosticadora de lo complejo fue y sigue siendo parte de la labor del internista, pero actualmente no es la principal labor. Parece una realidad incuestionable en la Medicina Interna actual, el mayor interés por las enfermedades prevalentes. De hecho la SEMI, con sus nutridos y activos grupos de trabajo (en Enfermedad tromboembólica, Insuficiencia Cardíaca, Diabetes, EPOC..) es un claro ejemplo de ello. Nos formamos hace años más para la enfermedad aguda y de difícil diagnóstico, pero en gran medida debemos tratar hoy patologías crónicas desestabilizadas.

También pienso que ha cambiado el trato común con los pacientes y sus familiares. Hoy se necesita ser no sólo un buen clínico, sino un excelente comunicador. Los cambios sociales, nivel cultural y sobretodo de disponibilidad de información (¡quién iba a atisbar que existiría internet!). Había vida ¡sin teléfono móvil! Incluso ¡sin ordenadores! Algunos jóvenes no se imaginan una vida sin ordenador (yo presenté la tesis el año 1984 con una Olivetti, peor que la de Paco Umbral. Cada error,... ¡a escribir otra vez toda la página!. Y las diapositivas (por supuesto en blanco y negro con la Olivetti). Desde luego hoy es mejor conocer Google que el Index Medicus con sus pesadísimos tomos y su letra indescifrable. Se dirá que estos cambios son igual para todos, pero para el internista han sido mayores, porque la información científica era una referencia clave en su actuación. El que no se ha incorporado a las nuevas herramientas de la información (internet, correo electrónico, presentaciones...), tiene hoy una limitación muy importante.

Pues bien en este escenario actual hay una necesidad de un nuevo profesional de la Medicina Interna, capaz de informar y hacer corresponsable al paciente y sus cuidadores en la toma de decisiones. Pienso que hemos pasado de un cierto paternalismo en el manejo del paciente, a requerir de palabra y por escrito, autorización para cualquier maniobra que realizamos a diario. Esto probablemente es bueno y acorde con el siglo XXI, pero también hay que decir, que requiere mucho más tiempo y desde luego habilidades comunicativas. Es algo que no se viene enseñando en las Facultades y que la SEMI ha empezado a abordar en Congresos, Seminarios y otras actividades con cierto éxito y buena receptividad.

Otro cambio importante acontecido en las últimas décadas es la proliferación de Unidades de todas las patologías posibles. A veces la Unidad se refiere al único médico que la compone. No siempre la proliferación de Unidades (si no transmiten su experiencia a todo un Servicio), se acompaña de un mejor trato médico de los pacientes. A veces es más el pretexto para ser Jefe de Unidad. Hoy sabemos que la gran mayoría de los pacientes que atendemos dentro y fuera del hospital con patologías graves tienen una amplia comorbilidad. Hablamos del enfermo pluripatológico, generalmente aludiendo a aquel que presenta varias enfermedades crónicas que condicionan alguna merma en su calidad de vida y que requieren un tratamiento (sostenible), que beneficie globalmente sus patologías asociadas. Este escenario es donde encuentra actualmente el internista mayor sentido, por no decir, una imperiosa necesidad de su presencia. Ver a diario a muchos pacientes atendidos por numerosos especialistas de órgano y sistema al mismo tiempo (el nefrólogo, el cardiólogo, el cirujano vascular, el neurólogo..) amén de la Unidad del dolor crónico y la de geriatría, creo que no debe ser la principal apuesta sensata del sistema sanitario. Además de no ser económicamente mantenible, genera una confusión, en duplicación de pruebas y terapéuticas, cuando no lleva al nihilismo del generalista de Atención Primaria, que ya ve excesivos los cuidados de un sinnfín de especialistas y tiende a inhibirse en sus cuidados. Cuando se habla de unidades de enfermedades prevalentes, (Insuficiencia Cardíaca, Ictus, Fibrilación Auricular, dolor crónico, riesgo quirúrgico..), a menudo nos olvidamos que el resto de los profesionales tienden a considerar ajena esa patología y el grueso de los enfermos (obviamente no atendidos por la unidad específica, que suele verse superada) resulta probablemente, peor tratado.

En este escenario de superespecialización, el médico internista puede jugar al menos, un papel coordinador realmente útil de equipos multidisciplinarios. Hoy muchos pacientes vienen a la consulta para que se les “ordene el tratamiento” y la polimedicación no siempre necesaria, es más la regla que la excepción en pacientes frágiles.

Un aspecto que creo sustancial en los cambios vividos en las últimas décadas alude a la medicina basada en la evidencia (término no tan

antiguo, aunque muy celebrado) que ha imperado a través de guías de buena práctica, consensos, ensayos clínicos y en ocasiones, con cierta carga teórica distante del paciente real. Considero globalmente bueno que la experiencia limitada que tuviera un buen profesional (“hemos tratado varios casos similares con..”) sea reforzada con amplios y rigurosos estudios y que se haya implantado una cierta cultura de valorar la evidencia demostrada. Es cierto que la medicina científica progresa de una forma diferente a la que aprendimos en los años 80. Los amplios y costosos ensayos clínicos son hoy la clave del conocimiento terapéutico y hemos tenido que incorporarnos a esta cultura. La Medicina Interna tiene un gran papel también en ello y debe estar presente en los documentos de consenso, guías de práctica clínica, pero sobre todo, debe aportar la valoración e integración de informaciones obtenidas a la cabecera del paciente, que hagan de cada acto médico una decisión individualizada.

Es también cierto que el acto médico trasciende de un mero acto científico aséptico y hoy vuelve nuevamente a hablarse de Medicina basada en la afectividad, y yo diría en la confianza paciente-médico (y no solo al revés), por encima de otros valores. El profesor Jaime Merino ex presidente SEMI y de la EFIM (federación Europea de Medicina Interna) ha destacado recientemente con brillantez como la práctica clínica reciente parece estar más cimentada en patologías, en técnicas que deslumbran a los jóvenes, por encima del trato personal del paciente y la individualización precisa que requiere cualquier medida diagnóstica o terapéutica. Los pacientes siempre precisan tener confianza en el profesional que les trata, incluso más allá que la confianza global que puedan tener en las modernas técnicas, o los avances más sofisticados de la ciencia que puedan ver en el telediario.

Pero existe para mí una parte negativa de la historia reciente de la Medicina clínica, y se refleja en lo que yo llamo “el alejamiento progresivo del paciente”

Cada vez se hacen más pruebas de dudoso interés (gasometrías repetidas sin ver el color de los labios, ecocardiogramas sin saber muy bien qué interés práctico va a tener en un anciano discapacitado, pruebas

de imagen en pacientes terminales..). El caso es que alejarse del paciente es usualmente más cómodo y menos comprometido, y puede parecer a veces que ordenar muchas pruebas, es lo más correcto. Seguramente es más fácil aplicar el manual, que tomar decisiones que requieren con frecuencia una reflexión profunda, información a los familiares, conocimiento de las expectativas reales del paciente, y en definitiva, una individualización de las medidas. Muchos de los cambios aludidos por supuesto son comunes a otras ramas de la Medicina, pero en nuestra especialidad es más peligroso e insensato el alejamiento del paciente. El internista debe ser suficientemente integrador de información para no dejarse deslumbrar por una sofisticada técnica. Por el contrario, los profesionales que se dedican a una sola técnica suelen sobre-valorar el significado de sus hallazgos.

Los Congresos de Medicina Interna son un gran espejo de la Medicina Interna antes y ahora. Actualmente en los Congresos nacionales de Medicina Interna hay múltiples actividades científicas simultáneas, miles de inscritos y creo que su organización es bastante compleja. Nada que ver con los congresos anteriores al año 2000. Baste recordar que durante muchos años los congresos de Medicina Interna se centraban en uno o dos temas. Sólo desde el año 1966 se planteó la posible conveniencia de que el congreso no fuera todos los años en Madrid y fue necesaria una votación para aprobar la opción del Congreso itinerante. El nivel de participación y comunicaciones ha aumentado exponencialmente, aunque el congreso aporta además de una posibilidad de puesta al día, sobre todo, un punto de encuentro. En ello, también han jugado un papel importante los grupos de trabajo de la SEMI. Una de las cosas que más ha cambiado, es el esfuerzo preciso para asistir al congreso. Al menos para los más jóvenes. La financiación y las aportaciones de la Industria Farmacéutica, justo es reconocerlo, han permitido celebrar los congresos con menor precariedad de medios. Por supuesto que algunas influencias comerciales pueden parecer excesivas y la Sociedad “se bate el cobre” para abordar todos los temas de forma rigurosa. Hasta el año 2000 el congreso nacional se celebró cada 2 años. En el año impar una modesta reunión en la Facultad de Medicina de Madrid hacía las veces de un pequeño congreso con pocos cientos de

inscritos. Recuerdo mi primer congreso “grande”, impresionado por las comunicaciones orales que debía presentar en Lanzarote 1982 (magnífico congreso, por cierto). Desde luego, a ningún residente se le ocurría que un laboratorio farmacéutico fuera a subvencionar su asistencia o cualquier otro gasto. Solicitar ayuda al jefe podría ser objeto de una absoluta incomprensión. Algún compañero recuerdo que pidió algún crédito para afrontar los gastos del viaje. No era un caso único. En un congreso inmediatamente anterior, (según me ratifica el doctor FJ Barbado, entonces adjunto de La Paz), los adjuntos podían pagarse una pensioncilla, pero naturalmente los residentes ¡de camping!, ¡en pleno invierno! Sin duda las cosas han cambiado. En muchas ocasiones los residentes tienen varias ofertas para asistir en un fin de semana a varias reuniones científicas. En todo caso, uno de los retos que debe plantearse la SEMI actualmente, es tratar de conseguir una mayor implicación de los más jóvenes y facilitarles la asistencia a todos los participantes. Seguro que ahora no irían de camping o pedirían un crédito, pero podrían interesarse más por ver de cerca, la Medicina Interna actual, algunos líderes científicos e incluso, poder expresar sus inquietudes actuales. En estos momentos tengo la certeza que el próximo congreso SEMI en La Coruña será un nuevo paso adelante en la organización, nivel científico y escenario de los debates más actuales que plantea la Medicina Interna moderna, gracias a un amplio comité científico y organizador, dirigido por los doctores Fernando Diz-Lois y Emilio Casariego.

Debo decir con satisfacción que uno de los cambios más notables en este cuarto de siglo ha sido el papel que juega su sociedad científica. La SEMI ha progresado enormemente en la última década y esto es universalmente admitido en la Medicina Interna española. Las reuniones en grupos de trabajo activos y organización de actividades de formación continuada, el aparato administrativo estable, la sede propia, los órganos de expresión, y especialmente la integración de la “voz de la Medicina Interna española”, a través de todas las sociedades autonómicas, ha sido un giro copernicano en la última década. Se han tendido puentes a la Comisión Nacional, a otras sociedades científicas nacionales e internacionales, órganos de la administración sanitaria, y colectivos asistenciales. Ello ha sido posible gracias a la dedicación de muchos

internistas que han comprendido y han hecho propio el esfuerzo requerido para que la Medicina Interna y su visión integradora estén presentes en todos los ámbitos. Queda sin duda una labor ingente a desarrollar los próximos años, pero al menos tenemos una estructura estable y representativa para que los internistas con ilusión y capacidad puedan “arrimar el hombro”.

Para acabar con estas reflexiones informales, creo que hay algunos aspectos de la Medicina Interna que no han cambiado apenas, en este último cuarto de siglo. El principal es el hecho persistente del desconocimiento por parte de la mayoría de los ciudadanos del país, de “qué es un internista” y del importante papel que juega para el paciente (a excepción de algunos que han valorado en su persona o allegados, las ventajas que aporta un médico internista a un enfermo como guía o referente de su paso por la sanidad). Este desconocimiento doy fe que llega a muchos gestores y responsables de la sanidad. Yo mismo me he visto explicándole a una Ministra de Sanidad el papel que juega el internista, mientras me dirigía una cierta mirada de sorpresa. En los próximos años hay que seguir con esta tarea y la Fundación Española de Medicina Interna puede contribuir modestamente a este fin. El cambio de nombre por el del “médico clínico” (o tal vez “médico hospitalista”) debería ser meditado tranquilamente y probablemente mejor comprendido por la población.

Hay muchos aspectos que siguen siendo esenciales a mi juicio, en la Medicina Interna que no debo pasar por alto. La capacidad docente para formar médicos de otras especialidades, a menudo no es suficientemente valorada e incluso infrautilizada. La asistencia a los enfermos con enfermedades no fácilmente clasificables para un subespecialista y sobre todo la capacidad de adaptación para afrontar la patología que demanda atención en urgencias hospitalarias, campo irrenunciable de la Medicina Interna en el que juega un papel imprescindible, antes, ahora y siempre.

También creo que ha cambiado poco “un cierto gap o alejamiento” entre hospitales comarcales y grandes hospitales donde la realidad y los problemas de la Medicina Interna que se viven a diario son bien distintos. La SEMI está haciendo intentos por incorporar el peso

importante y la visión actual de la Medicina desde el hospital comarcal, sin duda con mayor futuro que los grandes hospitales del siglo pasado y en los que la Medicina Interna ha ido viendo mermada su capacidad y su campo de actuación en las últimas décadas. No debemos consentir que en la Medicina Interna recalén solo los pacientes que no quieren otras especialidades.

También existe un cierto distanciamiento generacional entre los internistas jóvenes y los más mayores. Los residentes tienden a pensar que los internistas mayores se acomodan a un ejercicio cómodo en planta, desentendiéndose de la urgencia. Tal vez tengan alguna razón. Los más veteranos, entre los que me incluyo, tendemos a pensar que los jóvenes no tienen la ilusión, el altruismo, ni la capacidad de sufrimiento de años atrás. Creo que un acercamiento y un debate inteligente, auto-crítico y constructivo puede ser bueno para todos. El grupo de formación de la SEMI tiene un reto en ello. No tenemos aún amplias encuestas entre los residentes de medicina, pero algunos datos preliminares muestran cierto escepticismo sobre la tutorización de su formación actual y sobre su futuro campo de actuación. Pero el futuro de la Medicina Interna pasa por los que ahora son alumnos y residentes y hay que invertir en ellos prioritariamente. De la capacidad de ilusionar, transmitir valores y asumir los problemas de los más jóvenes, depende que este gran colectivo asistencial que representa la Medicina Interna juegue en el futuro un gran papel en la asistencia hospitalaria del siglo XXI. Esta labor no es sólo labor de una Fundación o una Sociedad Científica (por potente que fuera). Debe ser obra de cada internista titulado y en ejercicio, asumiendo la responsabilidad de mantener viva la ilusión que le hizo algún día escoger esta gran especialidad.

Sistemas de salud y la medicina asistencial

Fernando Diz-Lois

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña

Los servicios sanitarios han evolucionado con los cambios sociales. La sociedad del bienestar trajo consigo la universalización de la asistencia, la especialización y tecnificación acelerada de la medicina y como consecuencia, un progresivo incremento de la demanda y del gasto. La población ha ido cambiando a través de un mejor conocimiento, un mayor poder económico, más bienestar y mayor capacidad de consumir.

El aumento de conocimiento (en gran parte debido a medios de comunicación) ha sido desigual. Se incrementó sustancialmente el saber tecnológico (utilización de nuevo instrumental de uso doméstico), la información de la actualidad mundial, la pericia en actividades de ocio, la actividad relacionada con cada profesión, y la ciencia en general. En cambio esto ha ido en detrimento del conocimiento discursivo, de la lógica, de la apreciación y aplicación del saber histórico, de la introspección trascendente, del estudio sobre la evolución de la sociedad y de la naturaleza que nos rodea, de la cultura de convivencia ciudadana o de los nuevos cambios necesarios en la estructuración de nuestro pensamiento acorde con la evolución social.

Este desequilibrio en la evolución del conocimiento, no ha mejorado, sino al contrario, la satisfacción personal, y puede ser causa de una merma en la serenidad del sentir general, de la gestación de conflictos sociales, paradójicamente frecuentes, en los períodos de supuesta paz prolongada.

El paciente es, en efecto, más conocedor, esto al menos en parte mejora el entendimiento con el médico, pero también lo hace más

exigente. Ello, muchas veces, obliga a los profesionales sanitarios a ir a remolque de las necesidades y sobre todo de las demandas de sus pacientes, pero debería contribuir al provecho de ambos, a consultas más ágiles y tratamientos mejor seleccionados.

El mayor poder económico va ligado a un bienestar social y mayor capacidad de consumo, y es éste el que a su vez, genera riqueza. Este círculo tiende a sobre-valorar el éxito ya sea material, político o artístico y crea tensión en la población porque tiene como consecuencia una sociedad más egoísta, exigente e inconformista. Este tipo de sociedad no admite desigualdades ya sean aparentes o reales (aunque sean fortuitas) y el enfermo, el minusválido o el que sufre no tienen cabida en un ambiente en que el positivismo y “la acción” están sobrevaloradas.

Enfermar es fracasar. El enfermo busca la salud no sólo para encontrarse mejor sino también para salir de ese bache social en que ha caído. Esto último añade ansiedad a los propios síntomas de su enfermedad. Todo ello somete también a presión a todos los profesionales sanitarios que se ven sobrepasados y necesitan tener mayor credibilidad. Los pacientes no admiten fácilmente la palabra del médico cuando esta lleva malas noticias. Los profesionales de la salud para no perder la confianza de sus pacientes han de aumentar la dedicación a la asistencia, sobre-utilizar la tecnología y terapia farmacológica y que la calidad de sus servicios llegue a ser apreciada por la población a su cargo.

Previamente a los años 90 se había alcanzado ya una edad media de supervivencia parecida a la actual fundamentalmente por acciones preventivas, el control de la enfermedad cardiovascular, mayor eficacia terapéutica y diagnóstico precoz del cáncer o el control de infecciones. La medicina asistencial más agresiva de los últimos años ha incidido escasamente en la supervivencia, aproximadamente menos de un 1% por año en países con menor expectativa de vida, y, al menos, la mitad de este incremento, se debe a medidas de prevención primaria y secundaria de enfermedades. El gasto sanitario aumentó fundamentalmente por consultas asistenciales, exploraciones, nuevos tratamientos e intervenciones, que en conjunto, son las que han incidido menos en el

aumento de expectativa de vida. Así pues, este aumento de gasto en asistencia no ha conseguido paralelamente una eficacia acorde con el mismo y ha desestabilizado los sistemas de salud en países donde estaba funcionando aceptablemente. Si se mide el grado de satisfacción del usuario el resultado es todavía más desfavorable Según la opinión de la economía de mercado: “hay un elemento inflacionario en la atención sanitaria, por los cambios rápidos de tecnología y demandas sociales mayores. La dificultad se vuelve mas grave cuando los miembros de la sociedad como beneficiarios potenciales, como sus agentes políticos, quedan a merced de los “expertos” de la industria proveedora para definir, que es y que no es, un servicio adecuado” (JM Buchanan).

El gasto sanitario ha ido aumentando en todos los países, en mayor proporción que el relativo al aumento de población e independientemente del nivel de gasto y calidad asistencial basal. No cabe duda que el capital empleado debe de tener un límite, dependiente de la riqueza generada por cada país, superado el cual el sistema sanitario ha de sufrir cortes drásticos.

Debido a todo esto, algunos vaticinan que a medio/largo plazo, la sanidad se estratificará en tres niveles.

- Superior para ricos, con sanidad privada o seguros caros a todo riesgo,
- Nivel medio con seguros con franquicia mas asequibles a la clase media
- Asistencia pública o de beneficencia para la clase obrera e indigentes con menos recursos.

Con una asistencia financiada por holdings de seguros privados, predomina una contención del gasto presionando a los médicos para disminuir ingresos hospitalarios, pruebas complementarias y salarios. Los pacientes no sólo no ganan nada con ello sino una medicina al menos igual con una calidad probablemente inferior.

Ello ha llevado a diferentes propuestas en la reforma de la sanidad basadas en mejorar la salud de la población, mediante un sistema

competitivo “positivo” basado en mejorar el valor o riqueza en salud de los pacientes (Porter y Teisberg) o una asistencia sanitaria orientada desde el consumidor o paciente, (“consumer’s driven health care” de Regina Herzlinger), competir por una asistencia mas barata y de calidad. Esto es dificilmente posible en sistemas públicos totalitarios, de salud.

Cada país con una sanidad pública que cubre a la mayoría o toda la población, está tratando disminuir el gasto o al menos que no siga aumentando. Ya se hablaba de ello hace más de 30 años sin llegar a lograrlo. Para disminuir el gasto público como alguien ha dicho se pueden tomar decisiones para:

- Disminuir la oferta de servicios, por supuesto no ampliarla
- Privatizar parte del gasto, con los controles necesarios
- Hacer pagar al usuario de alguna manera parte del gasto, más que para recaudar fondos, controlar el acceso al sistema.

Existe otra alternativa, al menos teórica, que es mejorar la eficiencia y educar a la población para controlar su acceso a los servicios y en hábitos de vida más saludables

En Alemania el objetivo principal de las reformas sanitarias desde los años 90 ha sido controlar el gasto mediante la introducción de presupuestos fijos y desviar parte del gasto a seguros privados (households) en forma de exclusiones y aumento de copago. Estas medidas no tuvieron impacto negativo en resultados importantes como la expectativa de vida.

El sistema de salud de Canadá, considerado modélico nació en los años 60, fundado en los principios de universalidad, accesibilidad, responsabilizarse de todos los aspectos de la asistencia, y administrado por el estado, todas ellas características de una asistencia basada en la Atención Primaria. En la última década tiene problemas de sostenibilidad, a pesar de un aumento de la privatización de servicios. Ellos reconocen dificultades en alcanzar reformas sustanciales por falta de consensos. Los seguros privados han proliferado sobre todo en áreas

de poco riesgo y volumen alto y también en la tecnificación (RNM, densitometría, cirugía endoscópica, cataratas, varices etc)

Las administraciones sanitarias están haciendo hincapié en servicios preventivos, pero la salud pública no es valorada adecuadamente por una población poco informada, y esta es su debilidad, porque estas medidas no influyen tanto en la popularidad de los dirigentes como es el libre acceso al médico o a las medicinas. Pero es importante darse cuenta que todas las acciones dirigidas a mejorar la sanidad pública y la prevención son más eficaces para incrementar la salud de la población que la medicina asistencial.

Pero prolongar la supervivencia solo, no garantiza una mejora de la calidad de vida. La prevención retrasa la aparición de enfermedad pero no la evita, la gente enferma y la muerte se acompaña, en muchos casos, de sufrimiento. Los servicios nacionales de salud, aparte de la prevención no pueden olvidar la atención del enfermo, tratar de curarlo y aliviar su sufrimiento.

Las reformas sanitarias parten de unas leyes y normas de vida establecidas que coartan y limitan su alcance, teniendo que adaptarse a corporativismos y programas políticos electoralistas. Estas restricciones impiden el desarrollo de innovaciones y medidas generales eficaces que aumenten la eficiencia de la asistencia y la satisfacción de proveedores, sanitarios y usuarios. Por eso se utilizan medidas más bien parciales y poco innovadoras.

Habría que ser valiente y cambiar significativamente la organización.

Medidas de control de la asistencia sanitaria. Hacia una asistencia pública perdurable.

- Educación sanitaria y cívica de la población.
- Descentralización y municipalización de la asistencia.
- Mejora de la eficiencia y control del gasto. Competitividad.

La educación es importante para evitar una distorsión en el cuidado de la salud y desvío de la asistencia hacia la tecnificación y pasividad de

los usuarios. La educación implica acceso al conocimiento y bases de datos pertinentes, enseñanza del funcionamiento del sistema, enseñanza y educación general de convivencia y potenciación de foros ciudadanos para lograr una ciudadanía responsable. La educación también implica la penalización responsable de actitudes claramente inestabilizadoras desde su raíz (comportamientos agresivos, abusos, favoritismos). El que el ciudadano sea respetado y esté bien informado es imprescindible para practicar una asistencia centrada en el paciente.

La asistencia centrada en el paciente, tiene como base el enfermo y todo fluye a su alrededor, una atención dirigida por su médico de cabecera que puede ser (como ocurre en la mayoría de los casos) el médico de Atención Primaria, un internista o subespecialista si el proceso es largo y complicado. Tiene como objetivo la valoración que hace el paciente del acto médico. En esta modalidad de asistencia se miden los resultados (riesgo ajustado de resultados) mejor que un seguimiento de protocolos, aunque ambos puedan estar relacionados.

Pero ¿es posible que el paciente sepa valorar adecuadamente una consulta médica? Hay pacientes que lo que quieren son recetas, otros la realización de determinada prueba incluso una intervención independientemente de la opinión del médico. Un médico “generoso”, que haga lo que el paciente pide, es bien aceptado, pero no necesariamente será considerado un buen médico entre la población general. Sin embargo, otro que sea más riguroso con lo que le pide el enfermo, pero se preocupa por él y lo conduce por todo el sistema para tratar de solucionar su problema, sí que será más valorado.

Una consulta que cumpla las condiciones de: acceso al cuidado, soporte emocional y alivio de la ansiedad, consideración de la familia y amigos, facilitación de la continuidad y coordinación de la asistencia entre escalones, responsabilización del paciente en relación con sus propios cuidados, no hay duda que tendrá la máxima valoración entre la gran mayoría de usuarios del servicio de salud

Descentralización. En todas las acciones para conservar la salud y tratar la enfermedad, debería de tener más protagonismo el municipio y el individuo. La ventaja que esto tiene es el estimular la iniciativa de

comunidades, ciudades o pueblos para acrecentar su responsabilidad, promover intercambios de estrategias y que las de mayor éxito puedan servir de ejemplo. Es el complemento necesario para que la educación para la salud llegue a cristalizar.

Todas las administraciones deben de estar implicadas en el diseño de actividades para mejorar la salud pública. Es absurdo que los municipios vayan a remolque de lo que dicten los parlamentos o ministerios. Deben de tener la obligación y los medios para tomar decisiones, también adquirir estas responsabilidades. El pueblo debe de conocer la necesidad de todas las acciones que se toman y exigir las. Es sin duda más importante para una población el tener una buena sanidad pública y practicar medidas saludables en su vida diaria que tener un médico a pié de cada aldea o un servicio de urgencias en cada municipio. La única forma de llegar a convencerse de esto es a través de la incorporación de toda la población al proceso de cuidados de la salud. Esta es responsabilidad de todos, incluidos los trabajadores sanitarios, las administraciones locales y cada individuo en particular.

Hay puntos estratégicos sobre los que actuar en prevención a nivel municipal: política social, bases de datos, estilo de vida, promover sentido de comunidad o cívico, acceso al sistema de salud y cuidado del medio ambiente.

En países como Finlandia, se ha aumentado la libertad y autonomía en la provisión de servicios de salud a las municipalidades, que deciden cómo distribuir parte del gasto, qué cantidad del presupuesto destinan a cuidados de salud y dividen los recursos entre los diferentes sectores del área de salud. Esto parece aumentar la productividad, más eficazmente que la incentivación, al acercar un presupuesto fijo pactado a los centros de gasto (municipalidades),

La descentralización permite a los gobiernos locales el manejo de al menos parte del presupuesto sanitario (para prevención y asistencia) según una normativa general que lo regule con algunas modificaciones de acuerdo con la idiosincrasia de los pueblos y permita algunas innovaciones en comunidades más inquietas por el progreso e interés por su propio estado de salud. El dar oportunidades para establecer algunos

cambios responsabiliza más a la población al acercar la gestión al municipio y al vecindario, contribuye a mejorar las relaciones de las personas con los sanitarios, ilusionar a estos, y a valorar mejor cualquier esfuerzo realizado para atender a la población enferma.

La incorporación de la enfermería a la asistencia es también importante, es en suma descentralizar toda la atención en el médico. En atención ambulatoria existe un hiato asistencial entre el médico y el enfermo. Este acude a consulta de forma programada y todo lo que ocurra entre una y otra consulta lo debe de resolver el propio paciente o su familia, o como alternativa el servicio urgente. Una forma de evitar esto es permitir que el paciente acuda a la consulta, cuando perciba cambios sustanciales en su enfermedad o agudización de su enfermedad crónica. Este tipo de consulta abierta ha de contar inevitablemente con la enfermera, para no sobrecargar las consultas programadas. Además muchos procesos, tanto programados (preventivos o terapéuticos) como urgentes, atendidos en centros de salud, son subsidiarios de protocolizarse de forma sencilla y ser atendidos por una enfermera, evitando la sobrecarga del médico. Esto agiliza las consultas, disminuye el abuso en la utilización de los servicios de urgencias y favorece el desarrollo de líneas de asistencia, en la que el equipo sanitario trabaja para el enfermo en todos los aspectos, preventivo, terapéutico y educativo.

Esto tiene como consecuencias:

- Perseguir la excelencia con implantación de líneas de servicio (o también llamados ciclos terapéuticos) de las patologías más frecuentes, en los que la enfermera es pieza fundamental (enfermo, enfermera, generalista, especialista).

- Mayor colaboración dentro del equipo, evitando redundancia, ineficiencia y descoordinación. Cada miembro del equipo tiene una misión complementaria a los demás, nunca superpuesta.

- Mayor dedicación del paciente a su propio cuidado y mantenimiento de su salud. El enfermo, en efecto, es un miembro del grupo, debe de considerarse como tal, por la posición en que lo coloca el

equipo sanitario, y porque sabe que cuenta con ellos. Ello lo emplaza en una situación de máxima responsabilidad, al tener que reflexionar sobre su papel como paciente.

Mejora en eficiencia. Ciclos asistenciales.

Las enfermedades crónicas y enfermos pluripatológicos necesitan con frecuencia una asistencia más continuada que la que pueden ofrecer consultas programadas de Atención Primaria o especializada. Un paciente diabético presenta problemas frecuentes relacionados con el control de su enfermedad y las complicaciones que esta produce. Un enfermo anciano se enfrenta él o su familia a situaciones que pueden o no tener fácil solución pero requieren apoyo médico, un paciente inmunodeprimido también se puede descompensar con facilidad, lo mismo ocurre con un paciente multi-tratado, un paciente con cardiopatía isquémica o disfunción cardíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermos oncológicos, trastornos degenerativos, enfermedades mentales etc. Todos ellos pueden tener problemas graves o no y estas situaciones puntuales deberían de poder tratarse o consultarse con agilidad, ya sea en un centro de salud o unidad de atención especializada.

El ciclo asistencial es un proceso de terapia y apoyo al paciente, que funciona como un círculo de atención continuada al que se incorporan los pacientes en distintos puntos dependiendo de la urgencia de su problema. Tiene puertas de entrada principales que son las consultas programadas y debido a su funcionamiento continuado, ofrece posibilidades de atención en cada momento, ya sea presencial del enfermo, telefónica o a través de la red informática.

El enfermo tiene sus consultas programadas con enfermería, médico de familia y si es necesario especialista, pero además éstos le ofrecen la posibilidad de acudir a la consulta o llamar por teléfono cuando se presente un problema que en el sentir del paciente necesite ayuda. Este ciclo continuado de atención tiene otra función importante, aparte del asistencial puro, que es la educación del paciente, que debe de tener claro cuando acudir o no al grupo de atención. Esto último tendrá como

consecuencia el uso más racional de las consultas y servicios de urgencia y sobre todo un mejor control de su enfermedad.

Para que esto sea funcional la enfermería ha de tener el protagonismo que le corresponde como conocedora (en cada caso) de la patología en especial, como soporte a la carga de trabajo de los médicos y para evitar vacíos entre escalones asistenciales. Estos diplomados en enfermería son los que evitan agujeros en la asistencia cubriendo el hueco entre el paciente y el médico de Atención Primaria en el centro de salud y entre el paciente y el especialista en el centro de especialidades u hospital.

Si con ello se logra como parece lógico que los pacientes estén mejor controlados y sean más conocedores y acepten mejor su enfermedad y su tratamiento, el trabajo asistencial no tiene porque aumentar y sobre todo se hace más atractivo.

La eficiencia y competitividad. Los sistemas competitivos han triunfado en la sociedad de consumo. El introducir un sistema competitivo en la asistencia sanitaria puede mejorar la calidad, pero no es probable que disminuya el gasto, más bien al contrario. De todas maneras quizás cierto grado de competitividad debería de introducirse dentro de los sistemas públicos de asistencia, entre profesionales, entre centros de salud y entre hospitales. Es un problema complejo pero necesario. Lo que está ocurriendo es una competencia entre la sanidad pública y privada. El propio paciente es atraído por seguros privados que le ofrecen facilidades para ser atendidos con rapidez, dentro de un sistema de seguro público universal que no hace el mismo esfuerzo, quizás porque no puede.

Pero la atención médica privada, como todas las profesiones en sociedades consumistas, corre el peligro de orientarse más como negocio que como servicio y ello lleva consigo, aunque no siempre, un declinar de valores profesionales como fidelidad o altruismo.

Los sistemas mixtos público y privado tendrían la ventaja de poder reunir todos aquellos valores positivos. Por ello hay muchos ejemplos de ensayos de gestionar la actividad pública de forma privada al menos

parcialmente. Algunos han fracasado por muchas razones pero sobre todo por la situación laboral desigual de sus trabajadores en comparación con los de otras instituciones gestionadas dentro del sistema público.

La gestión privada de unidades asistenciales, con presupuestos pactados por población asistida dependiendo de los objetivos asistenciales y con control de calidad por resultados, podría ser una experiencia interesante. Esto tiene más lógica que utilizar incentivos por hacer algo que el médico o enfermera, deberían de estar obligados a hacer por su ethos profesional.

El Médico en el sistema sanitario.

La distribución equitativa de recursos significa lograr una asistencia primaria y especializada adecuada que cubra la gran mayoría de la patología y racionalizar el resto del gasto entre procesos asistenciales poco frecuentes y que requieren un gasto excesivo (que suelen ser noticia en los medios de comunicación).

El médico es el profesional que tiene a su cargo la salud de un grupo poblacional, hace prevención, ve a los enfermos, los diagnostica y los trata. Es por supuesto la pieza clave de cualquier sistema de salud. La situación del médico dentro del contexto asistencial ha cambiado sustancialmente en los últimos 50 años y de forma mas acelerada los últimos 30 años. Ha pasado de ser un elemento autónomo gestionando su propia consulta a ser una pieza en el engranaje administrativo gestionado por otros.

Si pensamos qué clase de habilidades o características debe de tener el propio médico asistencial enseguida se nos ocurren una serie de ellas pero las más importantes serian:

Conocimiento, habilidades clínicas, responsabilidad (profesionalismo), habilidades de comunicación (con enfermos, familiares y profesionales), manejo de la información, entendimiento y cooperación con el sistema sanitario al que pertenece.

El médico que trabaje dentro de un grupo o equipo tiene a su disposición bases de datos globales o historial clínico completo, que le

ayudan en la asistencia y a un mayor control de calidad, sobre todo al no trabajar solo, o al margen de unos controles establecidos. Por el contrario su responsabilidad es compartida y se puede diluir su actividad en la cadena asistencial a veces difusa, y su relación con otros profesionales es caprichosa si no se organiza en grupos de asistencia. El paciente se puede parecer más a un cliente y no a alguien que acude para pedir ayuda ante un problema personal como es la enfermedad. El cambio de paciente a cliente no parece muy adecuado y si es así debiera de ser con todas las consecuencias, el cliente si es tal debe de contribuir de alguna manera al gasto de su consulta.

El papel de la medicina general en la asistencia sanitaria.

La asistencia sanitaria siempre ha sido compartida entre el médico de Atención Primaria y el especialista

Hasta hace poco no se dudaba del papel fundamental del médico de Atención Primaria en los cuidados de salud de la población. Su práctica basada en una “asistencia integral, accesible, centrada en el paciente y su ambiente inmediato”, debe de ser razonablemente eficiente. Sobre los médicos generales recae no solo la consulta diaria sino también el seguimiento de procesos crónicos así como los cuidados preventivos de salud y asistencia domiciliaria. El exceso de trabajo que esto significa, necesariamente lleva consigo omisiones en la asistencia y estas se trasladan a las especialidades de ambulatorios y otros servicios como atención domiciliaria o servicios especiales de urgencias. El peso de la asistencia poco a poco fue recayendo en las especialidades, y con ellas en los hospitales y centros ambulatorios.

Es evidente que los enfermos cada vez más conocedores, buscan al especialista. La tecnificación de la medicina también lo propicia. La asistencia sanitaria se fundamenta cada vez más en las especialidades médicas. Algunas guías de práctica clínica de procesos comunes, parecen diseñadas para ser puestas en práctica por especialistas, dada su complejidad.

Pero no se deberían de tapar huecos, que puedan surgir de una insuficiente Atención Primaria global a la población, utilizando

especialistas. Por el contrario habría que mejorar las condiciones de estos médicos para que su labor fuese más eficiente. Cuando los especialistas hacen labores que corresponden a los médicos de Atención Primaria, se produce redundancia de los actos asistenciales, se incrementa la necesidad de médicos, se devalúa la profesión y la asistencia sanitaria se encarece innecesariamente no siempre con un mejor resultado.

Una asistencia universal ha de basarse en generalistas. Ellos junto con la enfermería forman equipos que han de controlar todo el proceso asistencial. Su relación con la medicina especializada puede ser puntual en casos de patología poco frecuente o formando parte de un grupo asistencial, en patologías más frecuentes en los que interviene también el especialista.

Los internistas

Dentro estamento de médico generalista está también el médico internista. Los médicos internistas se pueden clasificar en dos clases los verdaderamente generalistas que en su práctica no seleccionan enfermos por patología, sino que ven de todo y los internistas especializados es decir lo que los americanos llaman internistas subespecialistas. Entre ellos se deben de incluir a los que hicieron Medicina Interna general pero se dedican a ver enfermos de una especialidad o incluso de una enfermedad. Éstos son tan especialistas como los otros.

Los internistas verdaderos o generalistas, coinciden bastante con los Médicos de Atención Primaria en cuanto a su práctica de la medicina, una de las diferencias es que la mayoría trabajan casi exclusivamente en los hospitales. Pero su actividad no debería estar relegada a pacientes ingresados. Constituyen un escalón imprescindible entre las especialidades médicas y los médicos de Atención Primaria o médicos de familia.

Un paciente debe de tener siempre un médico de cabecera que se responsabilice de él. El médico internista complementa esta responsabilidad mientras el paciente tenga un problema que requiera una atención especial no subsidiaria de un especialista. La ventaja que esto

tiene es que el internista tiene la misma visión integral del paciente que el médico general y puede atender otros problemas que se vayan presentando en el seguimiento de un proceso, sin necesidad de interconsultas.

El papel del internista en los ciclos de asistencia es fundamental integrándose en grupos con especialistas y médicos de Atención Primaria y estableciendo puentes entre ellos. El internista a su vez evita que el especialista pierda tiempo viendo pacientes que realmente no requieren una habilidad especial en su manejo y así puedan consultar a los pacientes que sí lo necesiten. De esta manera también se evita que estos pacientes más delicados se diluyan en sus listas de espera y sean vistos demasiado tarde. Un enfermo con artritis reumatoide no puede esperar a ser vista por el reumatólogo perdido entre un gran número de pacientes con lumbalgias, osteoartritis crónicas degenerativas o fibromialgias. Una miocardiopatía tampoco puede esperar mucho por la consulta del cardiólogo, entre hipertensos o coronariopatías estables de la que sólo hay que controlar los factores de riesgo.

Esta misión del internista general en su práctica fuera del hospital podría considerarse superflua si, como algunos piensan, todo lo que él puede hacer lo hace el médico general. Pero ni la responsabilidad, ni el ámbito de su trabajo, ni el tiempo, ni la formación del médico general son iguales a las del internista. Éste tiene como responsabilidad ver el problema determinado del paciente, conducir las exploraciones necesarias, preocuparse que se realicen de forma racional, priorizarlas, consultar a un especialista si lo considera necesario y ver los resultados inmediatamente y comunicárselos al médico de cabecera que le consultó. El internista puede evitar ingresos de sus pacientes, disminuir las consultas a los especialistas y sobre todo seleccionarlas.

Por todo esto se deberían de generalizar las consultas de internistas en centros de especialidades. Consultas conectadas con los servicios de Medicina Interna hospitalarios correspondientes. El paciente a su vez tiene la ventaja de ser visto por dos médicos de forma integral, no solo por el problema fundamental sino también por sus consecuencias en

otros órganos o por enfermedades añadidas. Ello sin necesidad de acudir a varias consultas especializadas.

El especialista ve así seleccionada su consulta a pacientes que realmente requieren su experiencia y conocimientos. De esta forma su tiempo estará mejor empleado y él más satisfecho. No estará perdido en un trabajo rutinario y poco provechoso para su grado de conocimiento.

Nuevas especialidades:

Las nuevas especialidades han surgido y siguen haciéndolo para tapar huecos. Son especialidades de flujo, que aparecen para tratar de continuar la asistencia entre servicios ya establecidos, siendo actividades que se fueron eliminando de ciertas carteras de servicios por falta de tiempo y quizás de dedicación, dejando esos espacios vacíos..

Hospitalización a domicilio. Son servicios alimentados por el desvío de pacientes hospitalizados a su domicilio y seguidos por médicos especialmente entrenados en procesos médicos y post-quirúrgicos. Esto ha contribuido a dar altas precoces del hospital y evitar reingresos. Son médicos procedentes de especialidades médicas o de medicina de familia.

En general funcionan en ciudades o centros urbanos. La hospitalización a domicilio en el medio rural sigue a cargo del médico de atención primaria.

Medicina de agudos o de urgencias. Médicos dedicados a tiempo completo a urgencias ya sean en servicios especiales de urgencias, centros de salud o en los hospitales. En su trabajo aparte de atender emergencias médicas y quirúrgicas, atienden a situaciones urgentes, definidas como tal por los propios pacientes que acuden a consultar su problema, que él (paciente) considera urgente. O simplemente acude al servicio de urgencias para que lo atiendan porque su médico de cabecera no lo puede ver debido a la hora, el día, o porque tiene que pedir una cita.

Médicos hospitalistas, especialistas que realizan su actividad en el hospital con enfermos ingresados, los que hace años se denominaban

“house physicians” en Norteamérica, especialmente útiles donde no hay residentes y escasez de médicos de plantilla. Este tipo de médicos, no tienen cabida en hospitales con amplias plantillas con dedicación completa. Sin embargo un estamento comparable a ellos son en España los médicos que se contratan para hacer guardias en los hospitales para atender a los enfermos ingresados, cuando la plantilla es insuficiente para ello. Es posible que se lleguen a institucionalizar si sigue en aumento este tipo de contratación.

Hay quien prevé la aparición de una nueva especialidad, la de “especialistas ambulatorios de cuidados intermedios”, un intermediario entre el médico de cabecera y el médico de hospital, incluso un sustituto del médico general, que se dedicaría a llevar enfermos crónicos de determinada especialidad o grupos de especialidades para evitar su hospitalización. Se parte de la base de que el médico de atención primaria no puede llevar este tipo de pacientes por su complejidad y o por falta de tiempo. En España ya existen los centros de especialidades que tendrían que realizar esta función y desviar los enfermos crónicos del hospital hacia la atención ambulatoria. Pero las consultas de estos centros actualmente no cumplen esta misión, son consultas cerradas que no evitan que los pacientes, tengan que acudir a los servicios de urgencia.

Este tipo de funciones las harían adecuadamente, internistas generales con consultas abiertas en los centros de especialidades.

Asistentes médicos (Medical Care Practitioners o MCPs en Inglaterra o Physicians Assistants en USA) “Profesionales sanitarios con licencia para la práctica de la medicina con supervisión médica”, para liberar consultas a médicos sobre todo en atención primaria. Esta modalidad de consultas junto con las de enfermería son una ayuda importante para el médico de atención primaria. De todas formas es un estamento que si no tiene una normativa de funcionamiento claro y no llega a ser un complemento a la actividad del médico, puede desequilibrar el funcionamiento de los centros de salud. Realmente es una función que debe de ser realizada por diplomados en enfermería.

Cuidados paliativos. La asistencia a pacientes terminales que en gran parte ya lo hacen los médicos de los servicios de hospitalización a domicilio y los propios médicos de atención primaria como siempre lo han hecho. Pero en hospitales con orientación social (hospicios en Norteamérica) se han creado servicios de cuidados paliativos donde ingresarían pacientes terminales con problemas sociales o complicaciones difíciles de manejar en el domicilio. No hay duda de que estos pacientes requieren un cuidado más estrecho, sobre todo una asistencia especialmente orientada y personalizada.

Todas estas nuevas especialidades son en realidad formas de dedicación de médicos generalistas a aspectos de la práctica médica que se han aparecido y van creciendo. La sociedad evoluciona y los sistemas sanitarios corren a tapar huecos que van quedando, muchas veces por dejación de los que tendrían que ocuparlos, por tener estos un trabajo excesivo o a veces mal planificado.

Como conclusiones:

Los sistemas sanitarios públicos han de hacer lo posible por racionalizar la asistencia y controlar el gasto para que puedan sostenerse y mejorar la calidad, en sus prestaciones a la población.

Es evidente que la asistencia se ha atomizado o compartimentalizado y raro es el enfermo crónico que sigue con su médico durante toda su enfermedad. El paciente suele pasar por una cadena de servicios asistenciales: atención primaria, servicios de urgencias, especialistas de hospital, atención domiciliaria, especialistas de ambulatorio, atención primaria de nuevo y vuelta a empezar. ¿Se puede justificar todo esto? Probablemente no, pero en vez de complicarlo más se deberían de mejorar las condiciones de trabajo en atención primaria, incrementar su personal e infraestructuras y de esta forma evitar la proliferación de pseudoespecialistas (“especialistas de flujo o de situaciones”) al permitir que el médico de atención primaria, diagnostique, trate, siga a sus pacientes y los acompañe en sus últimos momentos de su vida en su domicilio, acudiendo solo a la medicina especializada cuando lo necesite.

El médico internista debería de tener más contacto con los médicos de atención primaria y formar “ciclos de asistencia” con ellos, desde centros de especialidades, no solo desde el hospital, para evitar la masificación de las consultas especializadas y la compartimentalización de la asistencia.

La atención médica pública necesita: descentralizarse, educar y responsabilizar a municipios y población, centrarse en el paciente mediante el desarrollo de líneas asistenciales o ciclos terapéuticos, e incorporar también a la enfermería a la asistencia, en el hospital pero sobre todo fuera de él. También es importante reconocer, sin embargo, que llegado un punto no se pueden incrementar los servicios sino que es fundamental **controlar la demanda**.

Bibliografía

- Neuberger J. The educated patient: new challenges for the medical profession. *Journal of Internal Medicine* 2000; 247:6-10
- Porter ME, Teisberg E O. How physicians can change the future of health care. *JAMA* 2007; 297: 1103-1111 (Harvard Business School).
- Herzlinger R, Gray C. Consumer’s driven health care. UK family practice is fighting for its future. *Can Med Assoc J* 1986;134:62-64.
- Heath I. In defence of a Nacional Sickness Service. *BMJ* 2007;334;18.
- Buchanan JM. Technological determinism despite the reality of scarcity: A neglected element in the theory of spending for medical and health care (University of Arkansas for Medical Sciences: Little Rock, 1990)
- Bergeson SC, Dean JD. A systems approach to patient-centered care. *JAMA* 2006;296:2848-2850
- Higgins J. Health policy: a new look at NHS commissioning. *BMJ* 2007;334:22-24.

- Sandy LG, and Schroeder SA. Primary Care in a new era: disillusion and dissolution? *Ann Intern Med.* 2003;138:262-267.
- Dixon J, Chantler C, Billings J, Competition on outcomes and physician leadership are nor enough to reform health care, *JAMA* 2007; 298; 1445-1447
- Soto Alvarez J. Valoración de los resultados en salud percibidos y comunicados por los pacientes: ¿necesidad o lujo? *Anales de Medicina Interna* 2007; 23: 136-138
- Ross JS, Bradley EH Busch SH. Use of health care services by lower-income and higher income uninsured adults. *JAMA* 2006; 295: 2027-2036
- Banks J, Marmot M. Oldfield Z, Smith JP. Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA* 2006; 295: 2037- 2045
- Montgomery K. How doctors think: Clinical judgment and practice of medicine. Oxford University Press 2006.
- Audet AM, Davis K, Schoenbaum SC. Adoption of patient-centered care practices by physicians. Results from a National Survey. *Arch Intern Med* 2006;166:754-759.
- Parle JV, Ross NM, Doe WF. The medical care practitioner: developing a physician assistant equivalent for the UK. *MJA* 2006;185:13-17.
- Mayberry JF, Chazal P de, Moshkovska T. Specialty care in the community: the birth of a new discipline. *Postgrad Med J* 2006;82:619

La Medicina Interna como especialidad y posibilidades de futuro.

Ramón Pujol

Medicina Interna. Hospital de Bellvitge. Barcelona. Presidente SEMI

Ser internista, es decir especialista en Medicina Interna, significaba antes de la segunda guerra mundial ser, en exclusiva, “el genuino médico clínico”, es decir aquel que utilizaba sus conocimientos para llegar al diagnóstico de los síntomas y signos que tenían sus pacientes y que aplicaba medidas no quirúrgicas para intentar remediarlo.

La explosión del conocimiento a partir de ese momento propició el inicio de la especialización de la mano de los resultados de la investigación biomédica. Áreas como la Medicina Interna, la Cirugía o la Pediatría reconocidas tradicionalmente como especialidades médicas fundamentales evolucionaron a disciplinas generales preparatorias de subespecialidades específicas. De esta manera desde la Medicina Interna fueron naciendo Cardiología, Gastroenterología, Endocrinología y tantas otras (**Ludmerer KM, 1999**). Progresivamente muchos de los clásicos internistas fueron evolucionando hacia especialistas en algún aparato, técnica o sistema y en el momento de la eclosión del “especialismo”, segunda mitad del siglo XX, ya se separaron de la Medicina Interna. A pesar de todo la Medicina Interna siguió persistiendo como una especialidad básica en los sistemas sanitarios de la mayoría de países aunque con algunas diferencias entre ellos (**Gilles Bouloux, 1993**). En España los internistas han ido redefiniendo sus competencias en relación con los cambios acontecidos en la sociedad y un buen ejemplo ha sido la adaptación de los programas de formación a esta nueva realidad (**Programa formativo, 2007**). Si los beneficios indudables de la especialización permitieron grandes avances, el hecho de llevarla hasta el extremo puso en duda algunas de sus bondades al percibirse una

tendencia irrefrenable a especializarse por cualquier concepto; baste con analizar las formas diversas por las que se han creado algunas especialidades médicas (Wachter RM, 2002). Asimismo, esta superespecialización imparable ha favorecido, de alguna manera, la fragmentación de la atención médica lo que ha evidenciado la necesidad de recuperar la formación troncal básica de cualquier especialista (LOPS, 2003) además de promover la creación de “expertos” más que de nuevos “especialistas” (Moreu F, 2004); las diferencias no son de matiz si no que tienen diferencias conceptuales. La historia reciente de la especialización médica, en un marco formativo cualificado del sistema MIR, nos ha enseñado que la tendencia a buscar la profundización en áreas estrechas del conocimiento puede dar frutos en la investigación pero, por el contrario, se convierte en ineficiente en la atención médica. No es que la especialización sea innecesaria, ni mucho menos, pero en los tiempos actuales se tiende a buscar más especialización dentro de una especialidad existente, sin que exista previamente una formación básica sólida y, en consecuencia, se requiere a menudo de otros especialistas para resolver problemas a menudo asumibles por médicos de amplia base como somos los internistas. En los tiempos actuales en que el predominio de los pacientes ancianos y pluripatológicos es un hecho imparable y en los que la eficiencia se ha convertido en virtud, las especialidades básicas clínicas, como la Medicina Interna, recobran un valor destacado.

También los internistas debemos cumplir con unas funciones educativas que deben ajustarse a la realidad de la sociedad en la que nos encontramos. La formación de futuros médicos, al abrigo de la creación del Espacio Europeo de Enseñanza Superior nos va a situar en un marco europeo común que ha de conseguir, entre otras muchas cosas, unos programas formativos que enseñen la realidad que los jóvenes médicos van a encontrarse en la práctica del día a día por encima de las rarezas intelectualmente estimulantes pero de menor prevalencia. También aquí habrá que hacer un esfuerzo adaptativo a los nuevos entornos.

Las sociedades científicas, como aglutinadoras de profesionales de formación académica similar y representantes de la sociedad civil han ido transformándose basadas, también, en las modificaciones del

conocimiento, del entorno y del papel que han de representar los profesionales.

En el caso de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) la transformación progresiva se ha realizado respetando su historia y, a la vez, buscando una posición futura que beneficie a sus asociados y a quienes estos deben prestar su atención. Las sociedades científicas que saben leer aquello que debe hacerse en cada momento histórico se modernizan y evolucionan a plena satisfacción. Los orígenes de SEMI, hace más de 50 años, de la mano de insignes internistas de la época como fueron los profesores Jiménez Díaz y Pedro Pons cumplían perfectamente con las expectativas del momento; con el paso de los años ha sido necesario ir adaptando SEMI a las nuevas realidades (González de la Puente, 2006).

En este proceso deben destacarse dos hechos cruciales que han permitido el fortalecimiento de la misma. El primero fue la conversión de SEMI, en la década de los 80 del pasado siglo, en una federación de sociedades de Medicina Interna lo que permitió acercar las sociedades científicas miembros a los médicos internistas allá donde se encontraran sin perder la coordinación de todas ellas. Después de 20 años de esta experiencia creo que se puede afirmar que ha sido un éxito, hay datos evidentes, se han incrementado los socios, se han ampliado las actividades en las distintas sociedades, la visibilidad externa de la Medicina Interna ha mejorado (instituciones oficiales, industria farmacéutica, otras sociedades científicas) a pesar de que aún queda la asignatura pendiente del conocimiento del público en general. SOGAMI, una de las sociedades miembros, es uno de los exponentes de esta transformación.

El segundo aspecto que ha contribuido al crecimiento de SEMI ha sido la creación de grupos de trabajo que en número actual de 14 agrupan a internistas preocupados por aspectos concretos de la práctica clínica. Este hecho entronca perfectamente con el que comentaba anteriormente de expertos mejor que especialistas ya que muchos de los internistas pertenecen a más de uno de los grupos de trabajo sin encorsetarse obligatoriamente, en un área exclusiva de conocimiento.

También encaja perfectamente con otro aspecto importante que contempla la LOPS y que son las áreas de capacitación (o expertise) que han de permitir el desarrollo más profundo de un determinado aspecto relacionado con la Medicina Interna (o con otras especialidades) pero que no debe ir ligado a la generación de más títulos ni a puestos de trabajo específicos ya que, de lo contrario, sería una forma alternativa al incremento sin fin de especialidades.

¿Cuál será el futuro de la Medicina Interna?. Es difícil establecer un pronóstico preciso aunque tampoco se debe caer en la visión simplista de quienes piensan que *“la única forma de acertar el futuro es dejar pasar el tiempo”*. Desde la óptica de la presidencia de una sociedad científica, como es en este caso SEMI, la visión global que se puede aventurar se fundamenta en los siguientes puntos fuertes:

- 1) Medicina Interna con capacidad de adaptación a cambios del entorno (fenómenos socio-demográficos, organizativos)
- 2) Medicina Interna eficiente basada en la pervivencia del criterio clínico regulando los grandes avances/amenazas de la tecnología aplicada a la biomedicina.
- 3) Medicina Interna comprometida con el profesionalismo (Blank L, 2003)
- 4) Medicina Interna por un sistema educativo más permeable y flexible
- 5) Medicina Interna comprometida con la investigación clínica

Estas fortalezas que están siendo reconocidas por los responsables de la gestión y políticas sanitarias han de ser, también, visualizadas como atractivas por las generaciones jóvenes que deben ser quienes en ese futuro deberán implementarlas.

Desde una visión menos personalista el futuro de la Medicina Interna en España queda expresada en algún estudio (SEMI, Estudio socioprofesional, 2005). La opinión de más de 200 internistas en activo es, en conjunto, favorable para el futuro de la especialidad para la mayoría de los aspectos analizados si bien los laborales persisten como los más inciertos.

Bibliografía.

Blank L, Kimball H, McDonald W, Merino J, ABIM Foundation, ACP Foundation, EFIM. Medical professionalism in the new millenium, a physician charter 15 months later. *Ann Intern Med* 2003;138:839-841

Gilles Bouloux, Pierre M. Common trunk in medicine in the European Community. *Postgrad Med J.* 1993;69:S21-S24

González de la Puente MA, Pujol R, Conthe P. La SEMI. Logros alcanzados y retos pendientes, Septiembre 2006. *Rev Clin Esp* 2006;206:471-473

Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Ley 44/2003. BOE 22/11/2003

Ludmerer, Kenneth M. *Time to heal.* Oxford University Press, 1999

Moreu F. ¿Especialistas o expertos?. *El observador medico*, 2004
Programa formativo de la especialidad de Medicina Interna.
www.fesemi.org

SEMI. Estudio socio-profesional de la Medicina Interna, perspectiva 2010. SEMI 2005

Wachter RM. The evolution of the hospitalist model in the US.
Med Clin North Am 2002;86:687-706

El internista en el siglo XXI. Nuevos retos.

Julio Montes Santiago

Medicina Interna. CHU (Meixoeiro). Vigo

Se ha discutido abundantemente sobre la crisis de la Medicina Interna y su confrontación con el resto de especialidades, en cuyo debate y causas no entraremos. Lo que parece evidente es que, en la mayor parte de países y singularmente en España, se asiste hoy en día a una pujanza y esplendor de la misma, probablemente inesperada hace sólo unos años. Además de la creación de nuevas modalidades de asistencia impulsadas preferentemente por internistas (Hospitalización a domicilio, consultas de alta resolución, asistencia integrada con Centros de Salud, etc.), por primera vez en muchos años la Medicina interna ha tomado la iniciativa para tender puentes a las especialidades y solicitar su colaboración en proyectos multidisciplinarios (enfermedad tromboembólica, arteriopatía periférica, osteoporosis, etc.).

En la actualidad la Sociedad Española de Medicina interna define, en su Guía de formación de especialistas, a la Medicina Interna como “la especialidad médica que tiene como fundamento la práctica de la atención integral a adultos en el entorno hospitalario. Se entiende como atención integral la atención sanitaria global que evita la fragmentación en órganos y aparatos, aporta una perspectiva psicosocial y utiliza un abordaje curativo y rehabilitador de la persona inmersa en la familia y la comunidad. Se concibe como entorno hospitalario las áreas de hospitalización, consultas externas, urgencias y cuantos espacios asistenciales se generan en el área hospitalaria para la práctica de la atención especializada”.

Naturalmente de esta definición caben dos conclusiones evidentes: 1) El internista ha de trabajar en equipo. Al no poder dominar todas las técnicas diagnósticas y terapéuticas debe apoyarse en las demás

especialidades para desarrollar correctamente su labor. 2) Esta dependencia del laboratorio, radiología, endoscopias, etc., hace que su ubicación más adecuada, aunque no exclusiva, sea un centro hospitalario.

Por su parte, el European Board of Internal Medicine define al internista como: "un médico entrenado en las bases científicas de la medicina, que se especializa en la valoración, diagnóstico y tratamiento de problemas médicos generales, presentaciones atípicas, problemas múltiples o trastornos sistémicos. El médico está entrenado en el manejo de emergencias médicas agudas no seleccionadas y en el de pacientes con una vertiente global y ética, considerando todos los factores médicos y psicológicos que incrementen su calidad de vida". Dicho Organismo, en el horizonte del siglo XXI, y teniendo en cuenta que en la actualidad ya el 20% de la población europea es mayor de 65 años, ha identificado una serie de nuevos papeles en el quehacer del internista del siglo XXI, esquematizados como siguen:

- 1) La necesidad de más cuidado médico agudo, determinada por la mayor supervivencia de la población, que inevitablemente puede hacer uso cada vez mayor de los recursos médicos.
- 2) La necesidad de un cuidado coste-efectivo. En una época de recursos limitados deben disponerse prudentemente de los recursos diagnósticos y terapéuticos. En este sentido el internista parece especialmente bien posicionado para el uso racional de recursos, frente a un gasto presumiblemente mayor de los subespecialistas.
- 3) La necesidad de un cambio en el tradicional paradigma diagnóstico. En este sentido otra vez la complejidad de las problemas patológicos, la coexistencia de múltiples de ellos, la posibilidades de interacciones y toxicidades medicamentosas, etc. precisan aproximaciones que tengan en cuenta el impacto total de la enfermedad sobre el paciente por la consideración de su contexto psicológico, social e incluso económico.
- 4) La necesidad de un cambio en la forma en que los médicos trabajan dando preferencia más al trabajo en equipo que al

individual. Ello implica un coordinador de los profesionales de la salud, incluyendo en ello al personal paramédico de enfermería y servicios sociales.

- 5) La necesidad de basar la práctica profesional en principios científicos sólidos, que tengan como referencia los conocimientos basados en la evidencia, es decir, el “uso actualizado explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones en el cuidado del paciente individual”.
- 6) La necesidad de ejercer la medicina según la ética médica, en un mundo en incesante cambio. Ello implica el abandono del paternalismo médico y la implicación cada vez mayor del paciente en la toma de decisiones que le conciernen mediante el consentimiento informado.

Bibliografía

- Foz M. La dialéctica entre la medicina interna y las otras especialidades médicas desde la perspectiva profesional. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128:141-47.
- Kellet J, Hillen H. Introduction to Internal Medicine. En: *European Manual of Internal Medicine*. Editorial Board of the European Board of Internal Medicine of the UEMS. München-Jena: Urban & Fischer, 2002; 1-7.
- Sociedad Española de Medicina Interna. Guía de formación de especialistas. Disponible en: <http://www.fesemi.org>.
- Pinilla Llorente B. Sociedad Española de Medicina interna 1952-2005. Anuario 2006. Madrid: SEMI, 2005; 17-20.

Algunas reflexiones sobre la historia clínica.

Fernando Diz-Lois

Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

El historial clínico es la base de un diagnóstico. En él se refleja todo el conocimiento y capacidad del médico. Toda la carrera profesional de un médico que asiste y trata a enfermos debe conducir a la maestría en la realización de historias clínicas, sin ellas no es posible hacer un diagnóstico diferencial correcto y no se puede discriminar cuál es el mejor camino a seguir o qué pruebas son necesarias.

La historia clínica comenzó a tener su razón de ser, es decir, cambiar de ser un documento puramente descriptivo de síntomas a tener una intención deductiva, cuando se comenzaron a hacer intentos de clasificar las enfermedades. Uno de los más famosos está reflejado en la *Nosographie Philosophique* por Phillippe Pinel, publicada en 1798. Pinel aconseja al médico para el estudio de una enfermedad “anotar la edad y constitución del individuo, extraer los síntomas y anotar el pulso, temperatura, respiración, digestión, facultades intelectuales y excreciones. Uno no debe de ignorar tales circunstancias como fatiga, afectaciones morales, abuso del placer, aire insano, principios contagiosos etc. Los síntomas deben de ser examinados, independientemente de toda hipótesis y sólo en términos de impresiones hechas por los sentidos”.

La evolución de la historia clínica ha seguido y continúa, el camino de huida de la subjetividad. Con la definición de Pinel ya se vislumbraba esa preocupación cuando dice que los síntomas “deben ser examinados independientemente de toda hipótesis”. Esta afirmación que induce a pensar en una pura descripción objetiva de síntomas, contrasta sin embargo con la propia clasificación que él mismo había hecho de las enfermedades. Cuando el médico se enfrenta a una serie de síntomas

trata de encasillarlos en una enfermedad determinada o en un complejo sindrómico, así esta pura descripción conduce a un razonamiento deductivo que lleva al diagnóstico. Pero este proceso mental debe de estar abierto no a una sino a varias posibilidades, es por ello que el médico no debe interferir en lo que el enfermo quiere significar al explicar sus síntomas, en caso contrario, al tratar de no violentar su razonamiento que ya prejuzga prematuramente un diagnóstico, puede fácilmente equivocarse.

Pero el desarrollo de la historia clínica vino de la mano de la correlación anatomo-clínica, cuando se comenzó a relacionar síntomas con los distintos órganos lesionados, dándole a la entrevista y examen del paciente un cierto aire científico. Esto se fue perfeccionando a medida que se conocieron cada vez mejor las lesiones histológicas de los distintos procesos morbosos.

Posteriormente la aparición de la fisiopatología hizo que se diese una interpretación funcional a la sintomatología. Esto ocurría a finales del siglo XIX. Fue entonces cuando se perfeccionó el arte médico y la historia clínica adquirió gran relevancia. Ésta fue la base del desarrollo de la Medicina Interna y motivó la aparición de los grandes tratados de Medicina.

Desde entonces la historia clínica sirvió para averiguar qué órgano o sistema está enfermo, qué tipo de lesión tiene (inflamatoria, neoplásica, vascular, etc) y también cual puede ser la causa de esa alteración. La precisión que se alcanzó fue mejorando, adquiriendo gran relevancia tanto el interrogatorio del paciente, para conocer los síntomas y su forma de presentación, como la exploración detallada de cada órgano. Fue el instrumento imprescindible para el diagnóstico en una época donde no había mucha información complementaria, de imagen o analítica.

Pero la historia clínica ha pasado la época de esplendor y su valor actualmente parece haber llegado a su declive, a pesar de que con los avances en las técnicas de imagen y su correlación con ellas la harían mas objetiva. Sin embargo, la historia clínica, continúa siendo diagnóstica hasta en un 70% de los casos, y en cualquier caso es imprescindible para orientar el proceso y seleccionar las pruebas

necesarias en una época en que el gasto sanitario está aumentando de forma alarmante y las listas de espera para realizar pruebas es cada vez mayor.

En la actualidad el mayor inconveniente para realizar una buena historia clínica es la rapidez del acto médico, por ello los médicos jóvenes cada vez están menos acostumbrados a hacerla. Es lógico que quien no hace historias habitualmente nunca llegará a ser experto en realizarlas. Cuando no se domina una técnica o un procedimiento resulta tedioso e incómodo hacerlo y se tiende a no utilizarla. El resultado es, que la historia se elabore utilizando el método de acierto/error (sistema del “doctor House” en su famosa serie de televisión), tomando un síntoma o unos pocos como base para pedir pruebas y comprobar si con alguna se acierta lo que tiene el enfermo.

La historia clínica, como documento contiene el resumen del acto médico, la aproximación profesional, científica al enfermo. La medicina como ciencia aplicada al estudio del enfermo que se traduce en la clínica. En el momento actual en que existe cierto grado de pesimismo cultural y optimismo científico y tecnológico, en el que se buscan resultados por los profesionales, eficiencia por parte de la Administración, y el agotar todas las posibilidades de mejoría por parte del paciente; la aproximación al enfermo es puntual, en relación con el problema concreto y multidisciplinar, en la búsqueda del más capacitado.

El enfermo tiene su propio concepto de su contacto con el médico, su diálogo con él, sus recomendaciones, su temor por lo que le dirá o por la necesidad de exploraciones agresivas, y el interrogante de su pronóstico. Todo ello no queda reflejado sino en su mente, y este reflejo será un recuerdo que se irá modificando al compás de las circunstancias. Si mejora o se cura será un éxito y su consulta con el médico es revalorizada, independientemente de cómo haya sido su primera impresión, y viceversa.

Para la Administración, la historia clínica es un documento donde queda constancia de un trabajo realizado y que puede cuantificar, ahora más fácilmente con la informática. Un expediente o pantallas de ordenador donde deben de quedar reflejados un número básico de datos.

La historia clínica como la conocimos los que ya somos mayores, es quizás historicismo y en el sentir evolucionista algo que fue útil y necesaria pero que ya pasó. La característica principal de la historia actual es que:

- Es múltiple. Es poco frecuente, cada vez menos, hacer un historial completo en el que el médico emplee por ejemplo media hora, sino que en el modelo actual el enfermo tiene varios historiales, de procesos relacionados o no, confeccionados por varios médicos cada uno de los cuales ha empleado apenas unos minutos con el paciente.

- Es abierta. Es en parte pública, aunque restringida al personal autorizado para consultarla que cada vez es más numeroso. Es conocida por el propio paciente si éste lo desea, en sus aspectos fundamentales, que son, aparte de los diagnósticos y recomendaciones terapéuticas, los resultados de informes complementarios y exploraciones analíticas, ponderadas o no por el médico que las solicitó.

- Tiene gran cantidad de información complementaria y menos datos clínicos que parecen quedar obsoletos ante aquella. Esto se presta a muchos errores al no estar, los informes complementarios y analíticos, tamizados por la clínica.

- Con frecuencia es rutinaria al estar protocolizada, sobre todo en consultas preventivas o de seguimiento de procesos crónicos.

Pero la historia clínica fue útil y lo sigue siendo, es distinta, si fuese necesaria en su formato inicial, no se hubiese perdido, ha dejado de serlo no porque no ayude al diagnóstico y tratamiento sino porque no hay tiempo para confeccionarla (excepto quizás todavía, en algunos hospitales docentes). La historia clínica, aún en su forma simplificada, es imprescindible para el diagnóstico. El médico escribe el conjunto de síntomas y signos que detecta interrogando y explorando al paciente. Así pues la historia clínica es distinta según el médico que la confeccione. En realidad no hay una historia verdadera sino el resultado de lo que el paciente cuenta a su manera y que el médico interpreta también subjetivamente. Pero sacar a la luz lo importante en cada caso depende de los conocimientos y habilidades del médico.

El interrogatorio del paciente tiene dos finalidades:

- Una es saber qué síntoma o síntomas principales aquejan al paciente, en qué circunstancias aparecen y sus posibles causas. Es fundamental barajar siempre varias posibilidades, aunque algunas sean poco frecuentes, para poder realizar una buena exploración y un diagnóstico certero.

- La otra finalidad que puede considerarse como un resultado indirecto es el efecto terapéutico provocado al escuchar al paciente. A veces es lo único que éste desea cuando acude al médico. A toda persona le gusta que le escuchen no sólo acerca de su dolencia aunque sepa que esta tenga poca solución. El médico no debe de cortar el relato del paciente, a menos que éste se explaye demasiado ya que el éxito de la consulta depende mucho del tiempo que le dedique.

Muchas expresiones utilizadas en la historia escrita, son sindrómicas (como dolor típico o atípico, dolor pleurítico, inflamatorio, disnea sibilante, ortopnea, vértigo etc.) son traducciones hechas por el médico de lo que el enfermo le dice y que conducen a otros síndromes o enfermedades concretas, anulando otras posibilidades. Tienen valor sobre todo para el médico que interroga, ya que este debe entender su propio lenguaje y las ha inferido de una serie de circunstancias que el paciente le dice, pero condicionan mucho a quien lo lea. Lo importante cuando alguien examina un historial clínico son las posibilidades que se barajan o el diagnóstico diferencial y la conducta a seguir. Esta última es imprescindible para conocer la razón o el motivo de exámenes o tratamientos indicados y de ello dependerá que el seguimiento por otro médico se simplifique.

Los antecedentes personales son una parte esencial de la anamnesis, siempre importantes ya que pueden tener relación con el motivo de consulta. Hay que tener en cuenta, sin embargo, al buscarlos, la falta de objetividad general para con nosotros mismos, (todos medimos menos, pesamos más, dormimos más y tenemos la presión arterial más alta de lo que decimos). Los pacientes suelen olvidarse de detalles sobre los que, consciente o inconscientemente no quieren hablar: “sí, alguna vez he

tenido la glucosa algo elevada” pero el paciente no admite que sea diabético y no desea comentarlo.

Los antecedentes familiares siempre tienen interés dada la carga genética de muchas enfermedades. Se pueden relacionar directamente con la enfermedad actual del paciente o son independientes pero pueden llevar consigo el riesgo de algún otro proceso que puede ser necesario investigar. La historia familiar ha cobrado importancia por la posibilidad de realizar mapas genéticos. Estos, en el futuro, podrán sustituirla, y la consulta será a la inversa, una carga genética determinada en el laboratorio genera una consulta, de manera similar que una prueba realizada con o sin justificación también puede generar una consulta.

La exploración:

La exploración total del paciente es imposible por lo que siempre ha de ser selectiva y guiada por los datos de anamnesis.

La exploración tiene dos partes, una general similar a los síntomas por órganos y aparatos de la anamnesis. Es una exploración rutinaria de hallazgos relativamente frecuentes en la población. Se podría denominar como: signos por órganos y aparatos. Esta parte de la exploración realmente comienza tan pronto se ve al paciente entrar en el despacho, el aspecto general, como se mueve y expresa, los gestos etc., todo ello pone en marcha el razonar del médico que inicia su diagnóstico diferencial.

Un segundo aspecto de la exploración es la **exploración guiada** por los datos epicríticos de la anamnesis. Una exploración minuciosa buscando signos determinados que expliquen o no cada diagnóstico planteado previamente. La experiencia del médico es muy importante al interpretar los síntomas y cotejarlos con los procesos patológicos que los pueden producir. La exploración guiada por un diagnóstico diferencial previo, es también fisiopatológica y la presencia de un signo hace necesario el buscar otros que se asocian o dependen de él.

Muchos signos clínicos se han abandonado por su falta de objetividad y algunos por su rareza ya que la historia natural de muchas

enfermedades ha cambiado con la intervención médica. Los signos clínicos en general tienen gran especificidad (si están presentes tienen muchas probabilidades de indicar algo patológico) pero poca sensibilidad (no aparecen en estadios iniciales de la enfermedad). Pero esto no merma su importancia y no exime de buscarlos. Tienen la virtud de estimular al explorador con curiosidad científica, que ve confirmadas sus sospechas a “pié de cama” y siempre son importantes para solicitar o no pruebas complementarias.

La ecografía, ecocardiografía y doppler vascular, han revolucionado la exploración del enfermo, pero también requieren entrenamiento y su generalización es problemática ya que el tiempo empleado en ellas se resta del contacto, ya de por sí fugaz, con el enfermo. De todas maneras cada vez se imponen más y es aceptable y deseable que el propio clínico las realice sobre todo si es un especialista. Si es generalista sólo debería hacerlo en determinadas circunstancias, como en unidades especiales de pacientes ingresados. Las ventajas de generalizar la práctica de pruebas de imagen, sin embargo, no parecen obviar los inconvenientes. Aparte de los ya indicados otro no menos importante, es el desvío hacia la subjetividad que tiene lugar si el propio médico que hace un tentativo diagnóstico es el mismo que hace la prueba confirmatoria.

El buen clínico hace buenas historias y aunque esto parezca una redundancia, es necesario remarcarlo. La habilidad de un médico depende de sus conocimientos, del número de pacientes que consulta y cómo hace la historia clínica. La mayoría de los errores médicos son por negligencia en el acercamiento al paciente y por lo tanto por falta de una historia adecuada.

El internista debe de ser un maestro en hacer historias clínicas. Su acercamiento global a la enfermedad y al enfermo lo coloca en situación de alcanzar esta maestría. Es su arma de trabajo y lo que le hace estar más cerca del paciente, comprenderlo, evitarle molestas e innecesarias exploraciones y aplicar un tratamiento y plan de seguimiento teniendo en cuenta todos los condicionantes encontrados en su acercamiento al paciente.

Bibliografía:

Lain Entralgo P. La Historia Clínica: historia y teoría del relato patográfico. 3ª Ed. Madrid. Triacastela. 1998 .

Ridsdale L, Morgan M. Morris L. Doctors's interviewing technique and its response to different booking time. Family Practice 1992; 9: 57-60

Sackett DL, Rennie D. The science of the art of the clinical examination. JAMA 1992;267:2650-2652

Editorial. The clinical examination. An agenda to make it more rational. JAMA 1997;277:572-574

La comunicación con el enfermo

Fernando Diz-Lois

Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

La comunicación, es el acto e instrumento que posibilita de la relación entre personas. Es imprescindible como es lógico, en la relación con el enfermo. La prisa, la cultura de masas, el ambiente político, la situación administrativa del médico, los nuevos planes de gestión de la consulta, la eficiencia tomada en sentido puramente laboral, no favorecen una buena comunicación médico/paciente.

La verdadera comunicación además de ser consciente, ha de ser comprendida de alguna manera y provocar una respuesta voluntaria. La esfera cognitiva de una persona contacta y en parte, se podría decir, se superpone parcialmente con la de otra, y esto provoca un diálogo amistoso, hostil o indiferente, dependiendo de la respuesta de uno de ellos o de ambos.

En su relación con el medio, el hombre se hace preguntas acerca de todo lo que le rodea y este cosmos que le circunda parece responderle. En realidad esa respuesta la elabora la propia persona al percibir e interpretar los fenómenos que ve en una naturaleza, que le ofrece medios para subsistir y que también le impone dificultades. La percepción en sí misma, es comunicación, algo que el sentido capta y provoca una reacción, ya sea un sentimiento, pensamiento o manifestación exteriorizada como lenguaje, expresión corporal o acción. Lo que siente siempre tiene una respuesta, lo que ve sólo la tiene en la medida que pone interés en ello, su actitud expectante ante lo que tiene delante es lo que hace posible que reaccione ante ello.

“El hombre sólo llega a su propio ser por el conducto del otro, jamás por el sólo saber” (Karl Jaspers) es decir que la propia realización

depende de que el otro con quien contacto y me comunico llegue también a realizarse. Así pues la comunicación sustenta la propia vida y la hace más sólida, ya que transforma seres individuales en otro, un ser plural, aunque sólo lo sea en el contenido de la información intercambiada. Se puede decir que, después del acto comunicativo, este ser plural, se apodera de cada uno de los interlocutores, de tal forma que todos los participantes devienen distintos, y aunque casi siempre con pocos cambios al acto previo de comunicarse, sus personalidades individualmente se ven afectadas escasa o, a veces, gravemente, como resultado de ese contacto. Ello es lo que hace que cada persona, dentro de una comunidad, vaya evolucionando durante el transcurso de sus contactos con sus semejantes, como un continuum educativo que modela su personalidad.

Pero muchas veces la introspección sustituye al diálogo, la misma persona habla consigo misma. La persona percibe su propio yo y reacciona ante ello, es una comunicación entre su ser y su pensamiento, en realidad es un diálogo reflexivo.

En ese diálogo normalmente no está su propio ser físico, sino únicamente sus pensamientos, sus recuerdos, sus sensaciones. Sólo en la medida que estas son consecuencia de alteraciones en sus órganos, la persona se concienza de la presencia de estos. El enfermo siente la enfermedad, en su análisis mental de estas sensaciones desagradables provocadas por sus órganos enfermos, desarrolla un diálogo interno que aunque trate de ser objetivo, siempre estará influenciado por sus propias sensaciones de dolor, malestar, cansancio, desgana, fatiga etc. Esto repercute sobre dicho análisis a través de ansiedad, preocupación, llegando a conclusiones más o menos subjetivizadas, que le llevan a quejarse, pedir ayuda, olvidar sus valores o cambiar la realidad de su entorno, que toma otra perspectiva. Pero la verdadera comunicación aunque comience dentro de la propia persona, para ser efectiva ha de implicar a otros, por ello ha de tener un componente externo, la exteriorización del propio ser.

La comunicación conduce al diálogo, o mejor, debe ser un diálogo, y éste, en el sentido socrático, tiene como fin la búsqueda de una verdad.

De ese diálogo, cada interlocutor saca sus conclusiones que, en la medida en que coinciden, constituyen “esa verdad” buscada.

En cualquier acto de comunicación hay una información que expresa un emisor, un medio de canalización de dicha información y un receptor de esa información. Pero siempre es un proceso bidireccional y activo ya que, aunque el receptor no conteste, su muda reacción es percibida por el emisor de la información como una respuesta.

Pero el hombre expresa sólo una parte de lo que piensa, porque no quiere y porque no puede hacerlo. El lenguaje apareció para comunicarse con otros seres, pero con palabras no se puede decir todo lo que alguien siente o piensa, o al menos tal como lo piensa. En el espacio cognitivo hay mucho más de lo que se pueda expresar, y lo que se dice muchas veces no es fiel reflejo de lo que contiene el consciente (mucho menos el subconsciente). Quien recibe el mensaje también lo encaja dentro de su propio espacio cognitivo, muy distinto de quien lo emite. Este mensaje produce una reacción en el receptor que se añade o matiza dicho mensaje, de tal manera que no es posible que coincida con el que sale del emisor.

Cuando alguien dice que tiene dolor de cabeza y lo hace con intención de que le ayuden a calmarlo, el médico que recibe esta queja, adopta una actitud muy diferente, dependiendo de muchos factores, algunos externos (falta de tiempo, presencia de familiares del paciente, lugar de consulta etc.) otros internos, propios de factores personales del médico (especialización, estado emocional, preocupación por el paciente y/o lazos de amistad o rechazo con él, grado de conocimiento, curiosidad científica, costumbre o rutina en el acercamiento al problema etc.). Por eso su respuesta es muy variable (administrar un analgésico, aconsejar sobre estilo de vida, advertir sobre ciertos hábitos, pedir una prueba, hacer una historia mas completa y actuar en consecuencia, pedir una interconsulta, seguir algún algoritmo clínico, hacer un seguimiento o varias de estas actuaciones a la vez).

Es indudable que no es posible manifestar sensaciones con el lenguaje, incluso en casos de verdadero sufrimiento físico, se transmite mejor el dolor o el sentimiento de preocupación a través de

manifestaciones o actitudes corporales, que los que rodean al enfermo captan y entienden.

Lo que observa el médico en el enfermo y lo que escucha cuando éste manifiesta sus sensaciones es cómo la enfermedad aparece, o su apariencia, pero la enfermedad es algo que no se puede separar de la persona enferma. El paciente reacciona ante la enfermedad y esto cambia la apariencia de la misma. Esta reacción es, biológica dependiente de su idiosincrasia o carga genética, y psíquica condicionada por su propia personalidad. Se comprende entonces que no hay dos enfermos iguales.

La comunicación es perfecta cuando parte de las áreas cognitivas de ambos interlocutores se superponen. Esto ocurre siempre que sus palabras manifiesten sus propios pensamientos. Es decir, cuando se le pregunta al oyente, qué entendió o sacó en limpio del diálogo, éste expresa más o menos lo mismo que le dijeron, aunque en realidad lo interpreta a su manera pero esta interpretación coincide bastante con lo que oyó.

Pero hay otro factor, el más importante, en la comunicación, es la consecuencia que el diálogo tenga en los interlocutores. Sin ello no hay verdadera comunicación sino un cambio de pareceres sin un resultado efectivo. Es por ello que el proceso comunicativo necesita una actitud activa por parte de los participantes. La reacción instintiva, inconsciente ante un mensaje, como puede ser una orden, advertencia, espaviento etc. no consolida el acto comunicativo, a menos que esa reacción se llegue a racionalizar y provoque una respuesta, aunque ésta quede abortada en el pensamiento del receptor.

La historia clínica es la recopilación documental del acto asistencial médico. Expresa de una manera más o menos sintetizada el parecer o punto de vista del médico, lo que él piensa como resultado de la comunicación con el enfermo. Se puede decir que es pues el resumen de una comunicación pero expresada sólo por una de sus partes. Al no reflejar un diálogo únicamente puede contener la “verdad” del médico. Sería interesante que el enfermo expusiese también el resumen que él hace de dicha consulta, para constatar, lo que él ha captado de la consulta

con el médico y en qué medida está de acuerdo o ha entendido lo que éste le ha dicho.

En la consulta el enfermo y el médico se juntan en la búsqueda de la verdad, pero ¿qué verdad? La única verdad para ambos es, encontrar una solución, que el paciente venza la enfermedad, que mejore, o que su proceso no progrese. Pero es “una verdad” matizada, y los matices muchas veces no coinciden. El enfermo se expresa y el médico sonsaca lo que no dice. El enfermo cuenta lo que le pasa, el médico traduce lo que dice el enfermo a su lenguaje científico aprendido en los libros y en la experiencia. Esta última es importante sobre todo para saber que es lo que el enfermo espera de la consulta.

Durante el diálogo y exploración del paciente, el médico es más bien un receptor de información. El paciente por supuesto lo es, sobre todo al final, cuando el médico le transmite su parecer sobre lo que debe de hacer, pero también, desde su primer contacto, percibe todo lo que rodea a la consulta y sobre todo la manera y modo de expresarse del médico, cómo recibe el médico sus quejas, qué interés pone en lo que oye y cómo contesta a sus preguntas. Esto condicionará su respuesta a las recomendaciones del médico.

En el acto médico, la exploración del paciente, consolida la comunicación. El contacto directo de las manos del que explora con el paciente, aparte de su poder taumatúrgico o de sugestión, es necesario por su importancia semiológica y el paciente lo sabe. De todas maneras la medicina cada vez más, utiliza la tecnología y menos, la exploración física, hay un desplazamiento de una subjetividad interpretativa de hallazgos físicos hacia una mayor objetividad de resultados tecnológicos, que el paciente, por otra parte, puede valorar más. En este caso la confianza del paciente en su médico languidece, éste no sería más que un mediador que administrase las exploraciones complementarias.

La consulta concluye con la explicación que el médico manifiesta al paciente, de lo que cree que le pasa, su punto de vista del problema y los pasos a seguir para solucionarlo. Este mensaje, a veces delicado o complicado de entender por el paciente, es difícil de transmitir, por su complejidad en algunos casos, por las consecuencias graves que pueda

tener sobre el sentir del enfermo y su familia o por las dudas que el propio médico tiene.

La comunicación médico-paciente debe de tener como consecuencia la puesta en práctica de lo que los interlocutores acordaron. Al finalizar el acto médico, aunque el paciente diga que está convencido de un seguimiento de un tratamiento y ya no digamos de un cambio en su hábito de vida (y lo dice sinceramente) ello no se traduce en muchos casos en una realidad. El objetivo esencial en la comunicación, que es la puesta en práctica de una decisión, resultado de un diálogo, es lo que justifica el contacto profesional con el enfermo, y de ello depende que la consulta tenga éxito.

Pero en el diálogo con el enfermo todo este mecanismo comunicativo tiende a ser favorable, pues el enfermo es en principio receptivo porque busca ayuda voluntariamente y, en principio, está predispuesto favorablemente hacia lo que el médico le aconseja. El mensaje que recibe el paciente está condicionado por el grado de empatía durante la consulta y por “las consecuencias” que ésta tenga sobre su vida futura. Éstas pueden aceptarse pero con frecuencia se malinterpretan, casi siempre involuntariamente, bien porque la gravedad que conllevan cambian totalmente las perspectivas del paciente o simplemente, en casos menos dramáticos, porque este “las olvida” al encontrarse relativamente bien o por la incomodidad que conllevan (realizar exploraciones, intervenciones, tomar pastillas de forma continuada, asistir a consultas de seguimiento o cambios de estilo de vida).

En efecto hay muchos escollos en la comunicación con el paciente. La verdad que ambos buscan muchas veces no coincide, es distinta para el médico que para el enfermo.

El paciente puede no estar de acuerdo:

- Porque no entiende bien la realidad que el médico le abre
- Piensa que el médico ha malinterpretado lo que le ha dicho o que no le ha prestado suficiente atención o simplemente porque desconfía. Estas son quizás las causas más frecuentes.

- Porque no quiere saber toda la verdad, intuyendo la gravedad de un posible diagnóstico.

- El médico no quiere (por circunstancias sociales del propio paciente o su familia) decir la verdad o por lo menos no toda la verdad.

Todo esto erosiona el resultado de la entrevista. No habrá terapéutica para algo en el que el paciente piensa que no tiene o si éste no deposita su confianza en quien la prescribe.

La comunicación con el enfermo falla con gran frecuencia y es causa de la falta de seguimiento del tratamiento. El problema en estos casos está en uno o en otro (médico/paciente) o en los dos. Con el enfermo no cumplidor es necesario considerar no sólo su enfermedad sino también su no-cumplimiento como si éste fuese otro proceso añadido a su enfermedad. En ellos es importante esmerarse en el diálogo, hacerlo de forma concisa y asequible, tratando de sacar a la luz los motivos del no cumplimiento.

El mensaje del médico a su paciente, después del acto asistencial, puede tener distintos matices.

Puede ser una orden, lo que se denomina “orden médica” El médico “ordena” un tratamiento en general sin opciones a alternativas. Lo hace a través de una tercera persona como ocurre en una unidad hospitalaria. El enfermo no dice nada o apenas si puede decir nada, porque no la conoce o solo se le ha explicado parcialmente. Se puede pensar que la potestad con la que médico lo hace, proviene de su mayor conocimiento, sentido de superioridad o autoridad moral. En consultas ambulatorias, el paciente también puede percibir el mensaje del médico como una orden, porque que el paciente esté sometido a su esfera de poder por no existir competencias ni tener alternativas. El paciente (más que nunca lo es) lo oye y reacciona favorablemente, de forma automática (impresionado o no) o bien contrariado. En el mejor de los casos, estas reacciones las aprecia el médico y pueden motivar un nuevo diálogo que matice el mensaje y sobre todo abra alternativas.

El ruego. El médico enuncia una sugerencia para que el paciente la tenga en cuenta y la ponga en práctica, tratando de no ejercer influencia

alguna sobre su interlocutor. Este reacciona según el concepto que tenga del que hace el ruego o petición y por supuesto el tipo de petición de que se trate. El médico se posiciona en un nivel igual al receptor, expresa algo que es problemático para él, desvela un problema que le afecta, que siente o que incluso le preocupa. Como buen profesional desea que el paciente evolucione bien porque este es alguien que va a buscar su ayuda, que tiene una posible solución, pero que ésta exige que el paciente cumpla un tratamiento y al médico le disgustaría que no lo pusiese en práctica. Otro significado de un ruego es cuando expresa de forma condicional, “le rogaría” entonces se percibe como advertencia. Este tipo de mensaje más imperativo, puede deteriorar el resultado de la consulta y es contrario a un deseo de que el proceso comunicativo se consolide.

El comentario. Ambos médico y paciente, intercambian información sobre problemas que aunque parezcan triviales al médico o a un tercer testigo, siempre son importantes para el paciente. El médico comenta los pros y contras y el paciente decide, según sus valores personales, con los que el médico puede, o no, estar de acuerdo. De todas formas, todo lo que el médico dice, el paciente lo capta bajo la perspectiva de su propia persona, y cuando el problema planteado tiene cierta trascendencia, puede afectar no ya a su modo de vida sino a su existir a partir de ese momento, ello puede tener como consecuencias el cuestionamiento de su propio estar, y que esto desequilibre no ya su pensamiento sino su afectividad. Por eso, cualquier comentario del médico debe de ser meditado y cuidadoso y ajustado a la personalidad del enfermo y a la trascendencia del problema.

El consejo, es una opinión que el médico manifiesta al paciente, en relación con el procedimiento a seguir, dependiendo de sus circunstancias personales, al margen de protocolos rígidos de asistencia, o motivada y relacionada con otras opiniones contrarias o no de otros facultativos.

La recomendación, es la real y fría (dependiendo de cómo se exprese) manifestación de una verdad que el médico extrae de la

consulta, de la que está más o menos convencido y que desea que el paciente ponga en práctica para llegar a su diagnóstico, alivio o curación. Incluye una explicación de los procedimientos a seguir y de la necesidad de la firma del consentimiento si fuese necesario.

Muchas veces estas modalidades de respuesta del médico se mezclan, el enfermo también las capta de distinta manera, dependiendo de su educación, nivel cultural o grado de receptividad. Lo que para uno es un consejo, otro lo recibe como una orden. El paciente entiende y recibe mejor toda la información en la medida que es más conocedor, porque en este caso también el diálogo es más directo y sintético.

El diálogo con el enfermo tiene, salvo raras excepciones, las características de ser

- Voluntario, nadie va forzado al médico casi siempre lo hace con libertad, o solo obligado por su preocupación.

- Profesional, por ser alguien que consulta con una persona entendida

- Sincero, confianza mutua entre el que sufre y quien puede aportar soluciones

- Expectante, buscar una solución a un problema, con la duda, de ambos médico y paciente, de si la van a encontrar

Todas estas características hacen que tanto el médico como el paciente pongan interés en ese diálogo y que el resultado sea en general positivo, es decir, que ambos tengan al final del mismo grado de satisfacción.

La consulta fructifica cuando el médico tiene interés profesional y/o personal por el enfermo y el paciente es receptivo al diálogo y conclusiones del médico porque confía en él.

Entonces ambos se encuentran:

“Once we find each other the miracle begins”. Robert Shaw (director of Atlanta Symphony orchestra and Chorus)

Bibliografía

- Lloyd-Williams M, Carter Y. The need for palliative care to remain primary care focused. *Family Practice* 2002;39:219-220
- Jovell AJ. La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. En Monografías. “Humanitas”. La profesion médica y los retos del milenio. 2004; N° 7:23-31
- Saultz J:W: Lochner JL. Interpersonal continuity of care and care outcomes. A critical review. *Ann Fam Med.* 2005; 3: 159-166

La relación con el enfermo. Se imponen cambios

Prof Jaime Merino Sánchez

Jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de San Juan. Alicante. Expresidente de la SEMI y EFIM.

Los fines del médico y sus roles

Ya un proverbio español antiguo señala que el objetivo del médico, su meta, es curar, aunque no siempre puede, y por ello debe aliviar, lo que le es más fácil y desde luego siempre reconfortar. Para hacerlo requiere disponer de remedios, hacer una oferta terapéutica que será la adecuada a la enfermedad que ese enfermo padece, por lo que debe reconocerla, es decir debe diagnosticarla.

Para diagnosticar le hará una historia clínica, en la que recoge las manifestaciones o síntomas que esa enfermedad le ocasiona; luego le hace una exploración física, usa su vista, el oído, el tacto, a veces el olfato, bien de forma directa o con la ayuda de algunos instrumentos (estetoscopio, termómetro, tensiómetro, etc.) y con ellos busca las señales que la enfermedad ha dejado en el enfermo: sus signos.

Todo lo anterior le permite imaginar cual pueda ser el padecimiento, y para asegurar su juicio solicita que el enfermo se someta a algunas pruebas complementarias: análisis, técnicas de imagen, registros, que apoyan o descartan la que era su idea acerca del diagnóstico de la enfermedad. En todas esas fases es clave la relación que establece con el enfermo. Así pues partimos de un hecho: la relación médico enfermo es decisiva en la actividad médica.

El médico, es un curador, un sanador, que ejerce ese rol desde los tiempos de Hipócrates; en su actividad busca las causas de lo que sucede al enfermo, trata de entender que es lo que se alteró en él y que remedios pueden ayudarle. Su práctica clínica se basa en la razón, trata de ser científico (quiero decir que trata de serlo, no que lo sea). En esa

dirección van los caminos que ha tomado en su historia como el método científico o la medicina basada en la evidencia (científica). Pero al mismo tiempo ese médico es miembro de una profesión. Este papel se definió mejor en la Edad Media. Y tiene como principales rasgos que los profesionales (médicos). a. Daban más de lo que se les exigía, b. Estaban bien formados c. Tenían experiencia, d. Eran capaces de producir nueva información y de transmitirla, e. En su actividad perseguían y persiguen la excelencia, f. Valoraban su formación sobre la ganancia personal, g. Se auto controlaban, es decir auto regulaban sus actividades y h. Solían estar socialmente bien valorados

Modelo tradicional de la práctica médica centrada en el médico.

No voy a hacer un análisis de cómo ha sido la relación médico enfermo a lo largo de la historia pero si quiero reflexionar sobre el hecho que esa relación en la medicina que llamamos occidental, tradicional, la que surgió en Grecia ha cambiado, y debe cambiar. La forma actual de entender la enfermedad y por tanto de relacionarse los médicos con los enfermos es el resultado de múltiples aportaciones. La idea actual de la enfermedad resulta de la aportación de muchos médicos, encuadrados según ciertas formas de pensar o mentalidades. Por ejemplo la Anatomoclínica (Vesalio, Morgagni) que mantenía la idea que la enfermedad es daño estructural, en los órganos o sus células, la Fisiopatológica (Claude Bernard, Magendie) que insistía en que la enfermedad puede ser una alteración en las funciones de los órganos, la Etiopatogénica (Pasteur, Koch) que refuerza la importancia de las causas en el desarrollo de la enfermedad, la mentalidad Psicomatica (Freud, Dumbar) que incluyó al mundo psíquico como sujeto de enfermedad, la Respuesta vital (Canon, Selye, Jiménez Díaz) que subrayaba la importancia que tiene la respuesta del sujeto en la enfermedad, por ejemplo en la alergia.

A esa forma de práctica clínica podríamos calificarla de Centrada en el médico porque, como si fuera un “despotismo ilustrado” el médico se ha desvivido por el enfermo, pero sin contar mucho con él, sin valorar su propia visión de los padecimientos.

Ventajas y limitaciones de la práctica médica tradicional o centrada en el médico.

A lo largo de la historia las ventajas han sido muchas: a. Ha ayudado a aumentar la longevidad de los ciudadanos pertenecientes a las sociedades que la han aplicado, b. Ha prevenido no pocas enfermedades, a través de vacunas o la aplicación de los conocimientos generados: para desinfectar, eliminar excretas, etc... c. Ha curado muchas enfermedades agudas, d. Ha contribuido a controlar muchas enfermedades crónicas, e. Ha favorecido el pensamiento científico y la investigación, f. Ha generado códigos de conducta ética, g. Ha facilitado el desarrollo y la formación de profesionales sanitarios e Instituciones (Hospitales, laboratorios, etc.) y h. Ha favorecido que la sociedad desarrollara industrias relacionadas con la salud: sanitarias, farmacéuticas, de control alimentario, etc..

Pero pese a sus innegables ventajas, ese modelo de práctica clínica ha comportado numerosas limitaciones: a. Está centrada en el médico, con lo que favorece la dependencia del enfermo. b. No tiene en cuenta la visión de aquel y en general es muy organicista, no valora bien los componentes psicológicos o sociales que la enfermedad tiene para el enfermo. c. Se la considera muy agresiva y con frecuencia etiqueta a las personas. d. Es muy costosa y burocratizada. e. Los profesionales que la ejercen gozan de excesiva discrecionalidad, f. Genera desconfianza y facilita la judicialización del acto médico y g. A veces frustra y quema al médico y a otros sanitarios.

Es probable que esas limitaciones se relacionan con los diferentes roles o papeles que médico y enfermo han tenido en ese modelo de práctica clínica o de la relación entre ambos, que ya hemos señalado que no es igualitaria. En ella el enfermo: a. Se presenta disminuido, demanda, b. Es ignorante en temas de salud, c. Es dependiente y pasivo, necesita ayuda, d. Acude con molestias físicas, trastornos psíquicos y/o problemas sociales que a veces no se entienden o valoran ya que tiene su propia forma de ver y valorar sus padecimientos, e. Tiene dificultad para juzgar la calidad del médico. Y en la otra cara del espejo, el médico: a. Tiene las soluciones, b. Posee los conocimientos, c. Ofrece ayuda pero sin contar con el enfermo y no valora sus percepciones, d. Habitualmente

se interesa más por la enfermedad orgánica y f. Es él o su grupo quien define la propia calidad de sus actuaciones.

La tabla siguiente recoge de forma esquemática las características de los diferentes roles que el médico adopta en su relación con el enfermo.

Técnico	predomina la profesionalidad y criterios técnicos	falta de cordialidad, respeto y empatía. Infravalora la visión del enfermo y no le trata como humano
Sacerdote, padre	Aporta tranquilidad y cordialidad	Falta respeto, actúa invadiendo. Transmite las propias convicciones. Autoridad excesiva. Falta de empatía y concreción
Compañero camarada	Conlleva asertividad hay cordialidad, respeto, respeto empatía	Los contenidos profesionales son pobres, no hay concreción ni análisis de los problemas, hay pérdida de distancia terapéutica y objetividad
Contractual centrada en el enfermo	interés por la visión y opinión del enfermo	Es el más completo

Crisis en la práctica médica

Posiblemente en base a todo lo expuesto por algunos enfermos se ha cuestionado al médico como sanador. Ello se expresa con desconfianza hacia él o sus actuaciones, la judicialización de lo realizado, solicitud de segundas opiniones, necesidad de firmar consentimientos, aumento de la burocracia y posiblemente mayor consumo de medicinas alternativas

Y también se ha cuestionado al médico como profesional: algunos miembros de la sociedad entienden que la profesión médica goza de autonomía excesiva, que llega a caer en el monopolio, que hay elitismo,

credencialismo, corporativismo y una discrecionalidad excesiva, lo que podemos calificar de arbitrarismo.

Surge así una crisis en la práctica clínica tradicional, la que podríamos llamar “centrada en el médico”. Su cronología es diferente en los distintos países: tanto en tiempo, como intensidad y características; probablemente se inicia en los años 60-70, y un exponente claro se produce cuando en USA, el presidente Bill Clinton ignora a la profesión médica al legislar sobre temas de salud.

Factores que han favorecido la crisis

Podemos plantear que hay factores que: a. Dependen del médico, b. Del enfermo, c. O se relacionan con cambios habidos en la sociedad en su conjunto. Y d. Otros dependen de las estructuras profesionales.

a.- factores que dependen del medico.

C.HUMANAS	ETICA	FORMACION	PRACTICA CLINICA
Arrogancia / paternalismo	Beneficios personales	Insuficiente	Variabilidad excesiva
No rendir cuentas	Abusos Falta honestidad	Incompetencia	Centrada en el medico
Falta empatia	Conflictos de interés no declarados	Excesivamente tecnica	No aceptar nuevo modelo
	Errores	No orientada al enfermo	

b.- factores que dependen del enfermo

Podemos considerar que en los enfermos ha existido: a. Mayores exigencias, a veces insaciables b. Expectativas crecientes sobre su curación, a veces inadecuadas, c, Exigencia y garantía sobre los

resultados, más que sobre las atenciones, d. Mas confianza en la ciencia o la tecnología que en los profesionales, e. Aumento de la información que poseen en los temas de salud y e. No aceptación de un papel pasivo en estos temas.

c.- factores que dependen de los cambios sociales

La sociedad en su conjunto también ha influido en la crisis. Lo ha hecho porque: a. Existe o ha facilitado un fácil acceso del enfermo a la información, lo que lógicamente ha facilitado el cambio, b. Las sociedades democráticas definen como un derecho importante que el individuo pueda decidir sobre sus cuidados y la necesidad de una auto implicación sobre ellos, c, El médico no es ya un elemento central en el sistema; la relación médico- enfermo se ha hecho muy compleja, incluye ahora a muchos intermediarios. Y en este apartado podemos considerar su mal uso por políticos y gestores, que con frecuencia ofrecen a los ciudadanos beneficios o derechos inexistentes en la realidad y a la hora de la realidad son los sanitarios quienes deben ofrecerla a los pacientes d. También importa la influencia de la informática sobre la salud. Y finalmente e, La medicina moderna se tecnifica y con frecuencia el médico se ocupa más de enfermedades que de enfermos. Hay super-especialistas en una técnica o enfermedad y se desatiende a la persona como una globalidad.

d.- factores achacables a la estructura profesional

Debemos aceptar que las Instituciones profesionales (Colegios de Médicos, Sociedades Científicas) no han explicado bien a la sociedad sus propias limitaciones. A ello se añade que a veces ha existido un corporativismo mal entendido que ha ofrecido soluciones inadecuadas a los conflictos y/o errores médicos. Deberíamos haber explicado mejor que la Autonomía o el Monopolio en la práctica médica no es una cesión social gratuita, se basa en capacidad, en eficacia; que el Credencialismo garantiza la competencia, de igual forma que el Elitismo expresa desigualdad, pero en la formación y ello es una garantía para la sociedad de ser atendida por los mejores y que la Discrecionalidad en los actos médicos, que sin duda existe y puede ser excesiva, es clave para decidir

en situaciones no normalizadas, algo frecuente en la práctica clínica, en la que cada enfermo es único.

El núcleo del problema

Estimo que es la pérdida de la confianza. Y esta se expresa en ambas direcciones. Hay desconfianza del enfermo en el médico, probablemente porque: a. Le ve joven e inexperto, b. Es la primera vez que le atiende y carece de referencias de él, c. Acaba de incorporarse al puesto de trabajo, representa un cambio, d. Su aspecto externo (vestimenta, cuidados) no cubre sus expectativas, y e. Personaliza en él la desconfianza en el sistema.

Y también hay desconfianza del médico en el enfermo. Es posible que: a. Le estime incumplidor, b. Crea que su mala socialización favorecerá el fracaso terapéutico. c. Desconfía de su interés en curarse. d. Su psicología propia le supera, e. No acepta el nuevo modelo de practica clínica que le asigna cambios en sus tareas y ofrece nuevos derechos al enfermo, y f. Se deja llevar por prejuicios de raza, religión u otros.

La respuesta a las insuficiencias previas: ¿Cómo avanzar y corregir esas limitaciones?

Si nos planteamos que el médico como sanador está cuestionado, que sufre de críticas, en el campo de la práctica clínica, debemos cambiar el modelo y pasar de “una práctica centrada en el médico” a una “medicina centrada en el enfermo” o mejor en la persona, lo que incluye a los sanos pues en el nuevo modelo la enfermedad se debe prevenir y en ello el medico debe tener un papel importante. Todo conlleva la necesidad de un nuevo profesional de la medicina.

Si nos referimos al médico como profesional: podemos plantearnos como solución un nuevo profesionalismo médico.

Una nueva forma de práctica clínica: la práctica clínica centrada en la persona.

Sus principales rasgos serían: a. Que implica a todos los ciudadanos, no solo a enfermos, b. Que realiza en ellos un abordaje amplio, que

incluye las esferas biológica, psicológica y social, c. Es una práctica de la Medicina basada en la evidencia científica y también en la afectividad o humanidad, d. En ella el enfermo participa en la toma de decisiones sobre su salud, lo que implica que debe hacerse co-responsable de sus cuidados y por tanto precisa información.

Características que precisa el nuevo profesional para trabajar en el nuevo modelo.

Se recogen en la siguiente tabla

C. Humanas	Ética	Formación	Practica Clínica
Empatia Comprensión Respeto	Altruismo	Buena , Continuada y verificada	De calidad , costo eficiente, segura
Disponibilidad y asertividad	Integridad, honestidad	Competencia mantenida	Rindiendo resultados
Esforzado, Trabajador	Declarando conflicto de interes	Gran plasticidad	Con menor discrecionalidad
	Respetando confidencialidad		Orientada a la excelencia

Necesitamos un nuevo médico que posea unas determinadas competencias, que serían:

- conocimientos sólidos, basados en la evidencia
- habilidades humanas para cuidar adecuadamente al paciente (empatía)
- habilidades de comunicación
- formación ética, legal y profesionalismo médico
- habilidades organizativas para la planificación, la gestión y el trabajo en equipo

- capacidad para desarrollar actividades académicas, tales como:
- hacer enseñanza al pre y postgrado y a otras profesiones sanitarias
- que se implique en la formación médica continuada, propia y ajena y desarrolle el autoaprendizaje
- interés en la investigación y análisis crítico de los datos científicos

Para todo ello se necesita además asumir nuevos paradigmas: De igual manera que de la medicina centrada en el médico se pasa a la medicina centrada en la persona, en la eficiencia y en la afectividad, hay que pasar de la “docencia centrada en el profesor o el programa” al “aprendizaje centrado en el alumno” y ambicionar que éste no sólo conozca sino que sea capaz de reconocer las enfermedades, saber hacer, es decir, tener habilidades prácticas suficientes y adoptar actitudes correctas

¿Qué cambios deberían implementarse? ¿Cuáles se sugieren?

Para alcanzar los fines antedichos se precisan cambios a nivel de la formación tanto en el pre como en el post grado (especialización y formación médica continuada):

Los currícula en el pre-grado están trasnochados, son insuficientes y están mal orientados: son excesivamente teóricos, formales

Hay que implementar nuevas tecnologías formativas. El nuevo paradigma: el aprendizaje centrado en la persona, precisa de desarrollar el “e learning”, laboratorios de habilidades, incrementar el número de tutores/profesores, hacer un continuo del pre y post grado, y para los médicos desarrollar los sistemas de acreditación y re acreditación. De forma más específica ello supone:

a.- cambios a nivel de la información que el nuevo médico precisa

Hay que dimensionar bien y definir los contenidos informativos; sobre los actuales se deben dejar los conceptuales que favorecen el

desarrollo y el pensamiento científico y a la vez favorecer su conexión y relevancia con los contenidos más aplicativos o clínicos.

Conviene definir mejor los que son aplicativos. Ello supone decidir cual de los existentes, si son excesivos, si pecan de minuciosidad, o de poca relevancia y si se precisan para ser médico generalista. Aproximarlos a la realidad de la práctica médica.

Se debe reflexionar sobre la necesidad de nuevos contenidos informativos: tal vez se requieran algunos relacionados con la gestión de la enfermedad y de la actividad sanitaria en general, sobre calidad, costo eficiencia, profesionalismo médico, etc.... Y algo que es más importante, adquirir una actitud abierta para obtener nuevos conocimientos.

b.- ¿qué habilidades precisa este nuevo profesional?:

El nuevo médico debe ser capaz de: a. Obtener la historia clínica y la exploración física de todos los enfermos, b. Realizar con soltura ciertas maniobras instrumentales, que se deben definir. c. Hacer una solicitud ordenada y valorar las pruebas diagnosticas, d. Documentar bien los procesos y actuaciones que atiende, e. Elaborar juicios diagnósticos, sentar el pronóstico y realizar una indicación terapéutica, f. Precisa habilidades de comunicación, informar con claridad y al nivel de su audiencia, g. Ser capaz de relacionarse bien, hacer trabajo en equipo, ejercer liderazgo.

Ello supone adquirir nuevos paradigmas: pasar del “haberlo visto hacer” al “saber hacerlo”, supone cambiar el modelo de las prácticas clínicas por integración en la clínica, definir lo alcanzable y medir lo conseguido.

c.- ¿que actitudes debe adquirir el nuevo médico en este período?

Al nuevo médico se le exigirá que adquiera: a. La cultura del auto aprendizaje, b. el rol de ser buen clínico: ser capaz de ayudar y de solicitar ayuda, de trabajar en equipo e informar, c. Comportamientos éticos, el respeto por la norma y el derecho, d. Actitudes positivas hacia la investigación y capacidad de análisis crítico hacia la nueva información, e. Apertura mental hacia los avances científicos, la

incorporación de nuevas verdades científicas y la innovación, y f. Apertura hacia la calidad en la práctica clínica y con ella búsqueda de la excelencia.

¿Cómo deberá realizar el nuevo médico esas misiones?

Se expresan en la siguiente tabla:

CURAR	CON CALIDAD, SEGURIDAD Y COSTO EFICIENCIA
SER PROFESIONAL	RESPETANDO Y ASUMIENDO COMPROMISOS CON EL ENF, LA SOCIEDAD Y UNO MISMO
EDUCAR, INFORMAR, ALENTAR AUTOCUIDADOS	CON CLARIDAD, EMPATIA, SUPERANDO BARRERAS
ENSEÑAR	DE FORMA ACTUALIZADA, A COLECTIVOS DIVERSOS
INVESTIGAR	APLICATIVA/ TRANSACCIONAL Y SER CRITICO CON LOS CONOCIMIENTOS. ABIERTO A LA INNOVACION

Soluciones para la crisis de la profesión: El profesionalismo médico

Otros hablan de Profesionalidad, pero lo importante es conocer en que consiste. Los profesionales que voluntariamente lo suscriben aceptan una serie de contenidos, se auto adjudican una serie de valores, y a la vez adquieren una serie de compromisos: con el enfermo, la sociedad y con ellos mismos. Los médicos que lo asumen dan más de lo que reciben. Los “ismos”, como en el amateurismo, son una forma de actuar, son una cultura, en nuestro caso supone que la actividad de la profesión trasciende al acto científico.

Sus actuaciones se basan en que la Medicina es una profesión moral. Los profesionales deben hacer bien su trabajo y hacer el bien. Voltaire

decía: hacer el bien y hacerlo bien. Y esa idea sería la base de un contrato social. Recordemos que esta forma de relación entre el individuo y la sociedad, en un Contrato Social ya fue planteada por Rousseau.

En realidad no es algo nuevo, hace muchos siglos un médico definió el primer código por el que un médico aceptaba responsabilidades y limitaba sus derechos: Hipócrates, en su Código. En el nuevo Profesionalismo médico los profesionales establecen voluntariamente un Contrato Social, no escrito y sujeto a adaptaciones entre ellos, el enfermo y la sociedad, por el que se comprometen a algo... Sería una forma de entendimiento moral entre el profesional y su sociedad.

Ya R. M. Kidder señaló que no sobreviviremos al siglo XXI con la ética del siglo XX. Por ello tres organizaciones médicas muy sólidas: La European Federation of Internal Medicine (EFIM), el American Board of Internal Medicine (ABIM) y el American College of Physicians (ACP) desarrollaron hace pocos años esa propuesta, la de un profesionalismo para el siglo XXI. Es decir pusieron al día el Código de Hipócrates y ofrecieron a los profesionales médicos que deseen aceptarlo un nuevo contrato social. Este Profesionalismo médico incluye 3 principios y 10 compromisos.

Principios:

Primero: **Altruismo** Supone aceptar que la primacía en la actuación médica es buscar el bienestar del enfermo y por tanto todas las decisiones se toman en base al mayor interés para él.

Segundo: **Autonomía**. Expresa que es el enfermo quién decide y que, además, el médico le ayudará a tomar esas decisiones.

Tercero: **Justicia Social**. Implica que el médico no debe discriminar nunca y que debe colaborar en la distribución justa de los recursos disponibles, y también implica reconocer el derecho de los enfermos a cuidados dignos.

Compromisos:

Primero: **Competencia.** El médico se compromete a mantenerla a lo largo de toda su vida profesional.

Segundo: **Confidencialidad.** Implica mantener reservada la información que se tiene del enfermo (documentos, en muestras, etc...), si bien tiene límites: el interés público.

Tercero: **Honestidad.** Supone respetarle y el compromiso de informar al enfermo con la verdad, e incluye los posibles errores que puedan cometerse, pronto y completamente. Y también facilitarle para que pueda decidir en temas de salud.

Cuarto: **Establecer una relación adecuada con el enfermo.** Por él se reconoce que los enfermos son débiles y hay un compromiso explícito de no explotarles en ningún terreno. En este compromiso llega a definirse que el acto médico nunca tiene como primera meta ganar dinero.

Quinto: **Compromiso por el que se adquiere responsabilidad profesional.** Implica que el médico va a colaborar en establecer estándares para valorar su formación y/o actividad, participar en los procesos de evaluación y en aceptar controles externos.

Sexto: **Aumentar los conocimientos científicos.** Se asume que se promoverá la investigación, y se investigará, pero también se implica en asegurarse que el uso de los conocimientos es adecuado y además en enseñar a otros.

Séptimo: **Mejorar la calidad de los cuidados.** Lleva implícito el compromiso en optimizar su uso, evitar abusos y/o mal uso. También en aumentar la seguridad del enfermo: disminuir los errores y en desarrollar e implementar actuaciones tendentes a la calidad.

Octavo: **Favorecer la accesibilidad a los cuidados.** Se asegura el esforzarse en disminuir las barreras para facilitar un acceso más justo a los cuidados sanitarios y en eliminar los retrasos injustificados.

Noveno: **Distribución más justa de los recursos.** Se adquiere el compromiso de trabajar de forma costo-eficiente y de no utilizar técnicas o recursos superfluos.

Décimo: **Declarar los conflictos de interés.** Supone reconocer las muchas posibilidades existentes, y se asegura que si existen, se harán públicos.

¿Qué aporta este nuevo profesionalismo?

Sin duda actualiza las situaciones de posible conflicto en la práctica clínica, puede ofrecer una vía adicional de entendimiento entre políticos-gestores-mercado y la sociedad para resolver los problemas de la asistencia sanitaria, ya que sin duda el profesional médico es un contrapunto entre todos ellos. El médico es capaz de ofrecer opiniones moralmente independientes, expertas y de evaluar las políticas sociales.

Pero también se plantean grandes incógnitas, que no sólo implican a los médicos, y que convendría despejar:

¿Qué parte de los médicos prefieren profesionalismo a oficio, entendido sólo como un sistema de ganarse la vida?

¿Qué parte de la sociedad prefiere resultados técnicos inmediatos, una “fast medicine”, a una relación humana de ayuda?

¿Qué colectivos están dispuestos a asumir sus responsabilidades en el plano de garantizar la salud o ayudar a recuperarla? Ello incluye políticos, gestores sanitarios, aseguradoras, periodistas, industriales, docentes, etc.

¿En qué medida la sociedad priorizara los recursos precisos para eliminar las disfunciones?

Una reflexión final

Creo que debemos aprovechar la crisis de la práctica médica en nuestros días para acelerar el cambio e implicarnos en hacerlo bien. Debemos recordar que:

Si haces lo que siempre has hecho no llegarás más lejos de donde siempre has llegado. (anónimo). Que hoy estamos en el lugar en el que nuestros pensamientos nos han traído, mañana estaremos donde nuestros pensamientos nos lleven y dentro de unos años seremos el resultado de nuestros pensamientos de hoy.

Formación continuada en Medicina Interna

Albino Pérez Carnero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral Calde Lugo

El internista inicia su actividad profesional como residente durante cinco años, periodo durante el cual adquiere los conocimientos necesarios para el ejercicio de la especialidad.

El área de Hospitalización de Medicina Interna es el lugar en dónde se centraliza la mayor parte del periodo formativo y en donde el futuro internista, tutelado por médicos de calidad reconocida, desarrolla su labor asistencial y docente. El Hospital es el lugar de aprendizaje por excelencia y en donde el conocimiento debe de estar a disposición de todos; enseña el enfermo con su patología y se aprende a pie de cama, en Urgencias, en las consultas, en los despachos, en las sesiones clínicas, en la biblioteca, en los pasillos y hasta en la cafetería.

La herramienta básica de manejo diario del internista es la Historia Clínica y somos los internistas los que tenemos que defender la importancia de la misma. Una buena Historia Clínica y Examen Físico, marcan el camino a seguir para llegar a un diagnóstico correcto.

El internista es por definición el médico que sabe diagnosticar y tratar y que además, enseña. Enseñar lo que sabemos forma parte de nuestra esencia como médicos. Un servicio de Medicina Interna, que se precie como tal, aparte de realizar correctamente la labor asistencial, debe de ser además, un buen servicio docente.

Una vez finalizado el periodo de residencia, el médico internista debe de mantener actualizados sus conocimientos, de ahí la importancia de la Formación Continuada, que se define según el Ministerio de Sanidad como el conjunto de actividades destinadas a mantener o mejorar la competencia profesional (conocimientos, habilidades y

actitudes), una vez obtenida la titulación básica o de la especialidad correspondiente.

La formación continuada del internista (y de los médicos en general) es una necesidad imprescindible, en la medida en que los conocimientos evolucionan de forma rápida y aparecen nuevos medios diagnósticos y terapéuticos, que tenemos que conocer para resolver los problemas diarios de consulta. El médico debe de ser un estudiante continuo y la formación continuada es un derecho, un deber y una garantía para el paciente.

El internista se ocupa de la atención integral del adulto enfermo y por lo tanto, esto exige una amplia base de conocimientos y un mayor esfuerzo en la puesta al día. Los métodos de aprendizaje son múltiples, desde la lectura de libros, revistas, guías clínicas, asistencia a congresos, cursos, talleres, consulta con expertos, páginas web etc.

Información clínica en textos:

La información médica es reflejada en los libros de medicina o cirugía, muchos de los cuales, debido a los cambios cada vez más acelerados de la ciencia médica, son editados cada 3-4 años. Libros tan antiguos como el Strumpell, uno de los primeros libros de Medicina Interna, se renovó en más de 11 ediciones durante más de 30 años. La evidencia de cada época siempre estuvo en ellos, extraída de la experiencia personal y colectiva, lo que se debía de hacer, conocimientos sedimentados por años de práctica médica y adelantos de las ciencias.

Hay dos clases de textos. Aquellos escritos por un solo autor en el que este utiliza información de revistas o textos previos junto con su experiencia y su propia investigación. Estos textos tienen cierto interés porque dan a conocer la opinión o interpretación sobre aspectos concretos en los que la experiencia previa puede ser importante, sobre todo extraer lo esencial de lo superfluo, pero tienen el grave inconveniente de que en gran parte son copiados y les falta actualización. Prácticamente ya no se escriben, únicamente algunos, circunscritos a una especialidad o a un proceso sindrómico, o bien textos de pregrado como patología general o terapéutica.

La gran mayoría, por lo tanto, son compendios realizados en colaboración, donde los expertos escriben los capítulos en los que tienen experiencia continuada y actualizada por el estudio. Estos son los que se utilizan habitualmente con garantías de que cualquiera de ellos mantiene al día al que los lee, cuando se renuevan cada pocos años, o antes editando actualizaciones de temas en cambio rápido.

La ventaja de leer y estudiar un solo texto es que el conocimiento se sedimenta más que si se usan muchas fuentes, la memoria visual refuerza a la conceptual y todo se queda más grabado. Esto es importante para un estudiante, ese texto que ha estudiado siempre le servirá como patrón al cual le irá añadiendo cualquier novedad importante sobre lo que ya sabe. Los textos de autoría multidisciplinar con actualizaciones periódicas, suelen tener sus recomendaciones de diagnóstico y tratamiento más sedimentadas que las revisiones actualizadas de las revistas y ya no digamos los resultados de estudios más o menos rigurosos, muchos de los cuales sólo representan una pequeña modificación sobre lo que ya se sabe y otros muchos tendrán que confirmarse con más estudios similares.

Manuales de práctica clínica:

Los libros clínicos editados como “manual” son antiguos, ya en el siglo XIX eran relativamente frecuentes. Manual: Como escribía Gil Saltor y Lavall, profesor de Patología Quirúrgica en Barcelona, en el prólogo del Tratado de patología externa de E. Forgue, (año 1903); para escribir un manual: “requiérese no solo la suma de conocimientos que para las obras de mayor extensión, sino también poseer la elevación y madurez de criterio que permita formar juicio concreto de las cuestiones y puntos en estudio o todavía dudosos y, por otra parte, tener asimismo claro discernimiento para saber elegir, para saber seleccionar lo que resulta verdaderamente útil y bueno”

Para facilitar el manejo de problemas concretos aparecieron primero los manuales de tratamiento médico, dirigidos sobre todo a médicos residentes, donde no sólo se señalan tratamientos sintomáticos y específicos sino también indicaciones de pruebas diagnósticas y

diagnósticos diferenciales. Manuales que cada hospital docente tenía, dirigido a sus residentes en formación.

Algunos de estos manuales se comenzaron a utilizar a principios del siglo pasado, dirigidos al médico práctico, el más clásico fue el manual Merck con múltiples revisiones periódicas. En los años 50 la universidad de Washington editó el manual de terapéutica (“Manual of Medical Therapeutics”) dirigido sobre todo a residentes en periodo de aprendizaje en el postgrado inmediato (primera edición 1950). Estos manuales se generalizaron a partir de los años 80, apareciendo en centros hospitalarios importantes (Oxford, Doce de Octubre, etc), las especialidades médicas por otra parte también editaron estos manuales. En las últimas décadas, incluso, dedicados a un solo proceso, como hipertensión, hiperlipemias, SIDA, hepatitis etc., ó a utilización de grupos terapéuticos, antibioterapia y profilaxis antibiótica. Estos manuales tienen la ventaja de ser manejables para el médico que trata habitualmente el tipo de patología a que se refiere. Al internista los manuales de diagnóstico y tratamiento le ayudan a consultar con rapidez relativa problemas concretos que plantean sus pacientes, sobre todo bajo el punto de vista de la terapia farmacológica que es la parte más difícil de memorizar. Los textos clásicos de medicina también tienen ediciones resumidas de bolsillo para uso en el trabajo con esta misma misión, aunque algo más teóricos, pero cada vez con más frecuencia son sustituidos por las bases de datos de la red informática.

Revistas médicas:

Las revistas de las especialidades médicas haciéndose eco de cambios en el manejo de problemas clínicos, suelen hacer revisiones periódicas donde se pueden encontrar esos nuevos tratamientos, o indicaciones de exámenes complementarios. Estas revisiones, que se hacen desde que existen revistas médicas, contribuyen a actualizar la práctica y ciencia médicas, aunque más sedimentadas y quizás más objetivas están en los textos que se publican periódicamente.

El número de revistas ha proliferado no por necesidad sino más bien por la producción científica y también por conveniencia curricular de los

autores y también por cierto protagonismo. Cada médico debe de seleccionar sus subscripciones. Realmente una revista oficial de la especialidad, ya sea nacional o extranjera, mantiene al día al que la lee. Los artículos originales tienen la utilidad de atraer la atención de los que están trabajando o interesados en el tema teórico o en la práctica experimental, muchas veces para ponerse en contacto entre grupos de trabajo, como en los congresos, y aclarar puntos oscuros de aspectos concretos de experimentación básica.

Congresos:

El descubrimiento de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas o la aplicación de nuevos medicamentos o formas galénicas distintas a nuevas indicaciones, se están produciendo cada año. En los congresos de cada especialidad médica salen a la luz de la comunidad científico-médica, los resultados de los últimos ensayos clínicos y también los avances tecnológicos de terapia y exploración. Ello puede motivar puntualmente el cambio de actitud ante determinadas enfermedades antes de que los textos clásicos los puedan incorporar. Estos resultados de grandes estudios multicéntricos, son esperados por los especialistas, para incorporar a su práctica médica, pero también como una primicia que ellos mismos darán a conocer en su hospital o en reuniones diseñadas para ello.

De todas formas de un año a otro lo importante cambia poco, el número de medicamentos esenciales definidos por la OMS se ha ido incrementando progresivamente en los últimos 25 años desde 186, en 1977, hasta 320 en el 2002 incluyendo anti-neoplásicos. Lo que corresponde a un incremento anual de 5.3 principios esenciales. Esto puede justificar que para estar al día un médico necesita revisar al menos una revista de su especialidad aparte de utilizar su propio texto actualizado periódicamente, y o acudir a su congreso anual.

Un aspecto importante de los congresos son las puestas al día por expertos, de algún tema, mini-cursillos y discusiones de casos clínicos con problemática homogénea, que sirven para extraer diferentes puntos de vista de clínicos especializados. Pero la gran ventaja de acudir a

congresos es el buscar no solo información sino también estímulo, al conocer cómo trabajan otros y qué dificultades tienen. También el aprovechar esos días de reunión para ponerse en contacto con grupos de investigadores interesados en los mismos temas.

Algoritmos:

Con el advenimiento de la informática comenzaron a aparecer los algoritmos. Un algoritmo “es un conjunto concreto, de instrucciones o pasos definidos que sirven para ejecutar una tarea o resolver un problema”. Se realizaron algoritmos para todo tipo de problemas clínicos con la idea de simplificar el diagnóstico diferencial o la aplicación de una terapia. El término proviene, según parece, de los matemáticos, de un tal Al'Khwarizmi, que escribió un tratado sobre los números.

Los algoritmos se utilizan habitualmente para programar los ordenadores. Así se podría decir que tienen esa función, la de programar a quien lo utiliza, indicándole los pasos a seguir. Para una persona no experimentada esto puede ser útil, pero para el que tiene conocimiento y sobre todo alguna experiencia no es más que un recordatorio, porque cada uno ya se sirve de su propio algoritmo resultado de su práctica previa. Además los pasos a seguir para un diagnóstico dependen de las facilidades del medio en que se ejerce la profesión, de la habilidad de los que hacen las pruebas complementarias (ej pruebas de imagen) o fiabilidad de técnicas de laboratorio. Para diagnosticar el embolismo pulmonar la ecocardiografía puede ser muy útil si se puede obtener de urgencia y el que la realiza está muy sensibilizado para diagnosticar la sobrecarga ventricular derecha o medir la presión pulmonar, en ese caso debe de considerarse como una de las primeras pruebas en realizarse. Si los citólogos son expertos, la citología debe de ser un estudio a solicitar en numerosas ocasiones en que se sospeche una neoplasia.

El algoritmo utiliza un razonamiento de tipo binario (sí o no, cierto o falso etc.) no admite situaciones intermedias ni consideraciones peculiares de cada enfermo. Por eso tiene que ser comentado y siempre debe permitir tomar varios caminos, en ese caso orienta al médico que no esté ducho en el problema, sobre todo le puede servir de guía en

situaciones en las que tiene menos experiencia. También es algo que el médico puede hacer como ejercicio después de haber estudiado un tema, lo puede utilizar para demostrar el aprovechamiento conseguido.

Las guías clínicas:

Han sido un gran avance para dirigir al médico en su actividad. Las guías clínicas son fruto de la reunión de expertos que analizan la evidencia y hacen recomendaciones para el manejo de procesos más o menos frecuentes. Se fundamenta en la mejor evidencia posible según los estudios publicados. Tienen la ventaja de ser relativamente objetivas al dividir la subjetividad de cada experto entre su número como si fuese un promedio de subjetividades, al intervenir varios conocedores del problema y utilizar la evidencia de una manera sistemática. Pero tienen el inconveniente de que no suelen coincidir con la opinión de ninguno de los expertos aunque esto sólo suele ser en aspectos menores, y a veces tienden a ser exhaustivas de tal manera que aumenta el número de pruebas y revisiones de los pacientes no siempre imprescindibles, que en la práctica solo pueden hacerse en condiciones ideales, y pueden culpabilizar a quien no las siga estrechamente por alguien ajeno a la profesión (jueces abogados, familiares etc.); tampoco consideran a un paciente concreto sino a una patología (cada paciente es distinto) o a una población de enfermos en situación ideal (que muchas veces no coincide con la clientela habitual) de un estudio multicéntrico con condicionantes excluyentes o de inclusión entre los casos elegidos para el mismo.

Todas las sociedades médicas o grupos de trabajo han desarrollado o siguen desarrollando guías clínicas para sus enfermos que habitualmente son coincidentes con otras confeccionadas por otros grupos o sociedades similares. Por la cantidad de guías clínicas que recibe un médico general, es poco probable que les preste atención a muchas de ellas, no solo por su número sino que harían imposible su trabajo si las llevase a la práctica todas ellas. En cuanto al sistema sanitario provocarían un colapso del mismo, si todos los médicos siguiesen las guías de cada proceso. También imposibilitan la equidad de la asistencia porque por muy rico que sea un país, no es posible aplicar una guía al pie de la letra a todos

los enfermos de la comunidad, por el gasto que generan y las listas de espera de procedimientos.

Las guías sin embargo son útiles en la práctica clínica diaria, sobre todo por los objetivos que proponen, y ayudan a tomar decisiones en situaciones concretas, sobre todo para el que no esté completamente familiarizado con el problema en cuestión.

Internet y la autoformación

Cada vez adquiere más importancia la autoformación y ello viene facilitado porque en los últimos años a través de INTERNET, se puede acceder de forma fácil y rápida a las mejores publicaciones y disponer del mejor conocimiento.

La producción científica relacionada con las Ciencias de la Salud es enorme y va en aumento. Se calcula que a nivel mundial existen unas 100.000 revistas biomédicas y 1.000 bases de datos relacionadas con esta información.

En el año 2004 se dejó de publicar el Index Medicus, porque la información recogida era de tal magnitud que no podía manejarse en forma de libro. En la actualidad, en la base de datos Medline, (que recoge lo que antes se publicaba en el Index Medicus) existen más de 16.000.000 de referencias a artículos de publicaciones de todo el mundo en el ámbito de la Biomedicina (desde el año 1950) y se indexan en la actualidad, artículos científicos de más 4.800 publicaciones periódicas.

Medline es la base de datos más importante de la National Library of Medicine de EEUU y se accede a través de Pub-Med principalmente. El 86% de las citas, están en inglés y el 76% tienen resúmenes.

Además de Medline y Pub-Med, existen otras bases de datos de acceso público como son Biblioteca Cochrane Plus, en donde se recogen fundamentalmente revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados y revisiones en busca de la mejor evidencia. El Índice Médico Español (IME) contiene información de 234 revistas sanitarias españolas.

Otras bases de datos son: UpToDate, EMBASE (facilita resúmenes de trabajos) BIREME, DIMDI, IBEEs, SENIOR BASIS, THOMSON, OVID, SILVER. PLATTER etc. La mayoría son de acceso público y sólo algunas tienen acceso restringido. Para darnos una idea de la cuantía de las publicaciones médicas, sirva de ejemplo que en el año 2005, solamente en las revistas indexadas en Medline, se publicaron 680.000 trabajos, lo cual daba una media aproximada de 1.860 artículos diarios, en la actualidad esta cifra supera los 2.000.

Toda esta información está disponible en la red y a través de ordenadores podemos acceder a la misma. El volumen actual de la Literatura Médica disponible es inabarcable y no todo lo publicado es relevante y válido, de ahí que debemos saber seleccionar y manejar adecuadamente la información, haciendo uso de bases de datos y revistas de calidad reconocida. La lectura crítica de los trabajos publicados nos permitirá un mejor aprovechamiento de los mismos.

La Medicina es una ciencia en permanente cambio, de ahí la importancia de la Formación Continuada.

Los internistas, las especialidades y la asistencia primaria

José Antonio Torre Carballada

Medicina Interna. CHUS, Santiago de Compostela

Introducción

La medicina está inmersa profundamente en la sociedad. La salud es lo más importante. Los grupos sociales siempre tuvieron especial cuidado de conservarla. Los trabajadores para la salud tienen un protagonismo indudable pero su situación dentro de los grupos humanos ha cambiado con los cambios sociales. Desde que comenzaron a crearse los seguros médicos para la población trabajadora a finales del siglo XIX, la asistencia sanitaria se fue universalizando, hasta que en el último tercio del pasado siglo XX, llegó a cubrir a toda la población. La actividad de los médicos y de los sanitarios en general se ha ido acomodando a estos cambios. Los médicos pasaron de ser simples “clínicos” que diagnosticaban y trataban, a ser trabajadores sociales orientados hacia la conservación de la salud de la población.

Pero el médico no es un simple trabajador, la medicina que practica le reviste de características especiales. El médico es observador, sigue pistas, las analiza y relaciona, se arriesga. El médico es humanista, trata de buscar salidas, le transmite confianza al enfermo, no destruye la esperanza. El médico es prudente, no promueve inquietudes, no crea falsas expectativas.

La Medicina Interna, un término casi equivalente a la medicina general si se extraen la cirugía y pediatría. Es la aplicación de la patología médica a la práctica de la medicina. Pero hay que tener en cuenta además que conocer la patología interna es necesario para diagnosticar y tratar enfermedades tanto médicas como quirúrgicas, seguir postoperatorios, hacer exploraciones invasivas, anestesia y reanimación. Todo médico tiene algo de internista y será tanto mejor

médico, sea cual sea su práctica, cuanto mejor conozca la patología interna

Durante el siglo XX el aumento del conocimiento médico y la aparición de nuevas tecnologías y tratamientos fue haciendo en cierto modo inabarcable para un único profesional de la medicina la totalidad de dicho conocimiento y su aplicación. La práctica de la medicina clínica ha sufrido una progresiva compartimentalización, consecuencia de la progresiva creación de especialidades médicas encargadas de un área concreta, generalmente con una génesis y desarrollo basados más en criterios anatómicos que fisiopatológicos. Así, a cada órgano y sistema se ha ido asignando una especialidad médica y en la mayoría de los casos otra quirúrgica.

Especialistas y generalistas

El modelo de subdivisión de la medicina choca frontalmente con la realidad fisiopatológica del enfermar, según la cual la mayoría de las entidades nosológicas afectan a más de un órgano o sistema. Una primera consecuencia de ello en la actualidad es el hecho de que un individuo, con distintas manifestaciones de un mismo síndrome, pueda requerir la atención de varias especialidades médicas, cada una con su visión parcial del problema global y su terapéutica, que con frecuencia se interfieren o son inadecuadas para abordar otros aspectos del mismo problema. Como mínimo esto ocasiona cierto grado de ineficiencia del sistema sanitario, con una clara pérdida de recursos, así como una clara inconveniencia para el propio paciente, con multiplicidad de consultas y de exploraciones, a veces redundantes, sin un médico de referencia.

Cabría por lo tanto preguntarse si es necesario este modelo, si es adecuado, o si no es así ¿que es lo que falla?, indudablemente es mejorable. De todas formas es una realidad que la amplitud de conocimientos y técnicas hace inviable el manejo de toda la patología por único médico. No es menos cierto que la enfermedad no suele entender de anatomía o de sistemas organizativos. Parece pues necesario un modelo que permita el desarrollo de una actividad médica en un terreno de conocimientos y medios técnicos adecuados, sin redundancia

de intervenciones y sin interferencias. Probablemente se pudiera llegar a esta situación atendiendo más a los tipos de enfermedades que a los órganos afectados.

Así, nos encontramos con una serie de enfermedades muy prevalentes en la población, que según el modelo actual entrarían en el campo de actuación de diversas especialidades médicas, y que frecuentemente aparecen asociadas en un mismo individuo. Como es obvio, es relativamente fácil lograr una adecuada experiencia en el manejo de estas patologías, y es además conveniente atender a sus interacciones con el resto de las patologías asociadas. Este tipo de atención global sale fuera del campo de las actuales especialidades médicas, pues cada una de ellas solo abarca un aspecto del problema.

Por otra parte, existe otro grupo de enfermedades de prevalencia baja, a veces con un diagnóstico complejo, o con un tratamiento muy específico. La única forma viable de adquirir una adecuada práctica en el manejo de estos pacientes afectados de procesos patológicos infrecuentes, es el centralizar su asistencia en un grupo reducido de médicos que, de esta forma, podrán reunir una casuística suficiente. Algunas de estas enfermedades afectan a varios órganos o sistemas y por lo tanto no estarían claramente incluidas en ninguna especialidad médica.

Por lo tanto, en función de lo anteriormente expuesto, el modelo de división de la asistencia hospitalaria más razonable consiste en un formar un núcleo de Medicina Interna atendiendo a aquellos enfermos con procesos patológicos muy comunes o pluripatológicos, y tener la colaboración y asesoramiento de especialistas médicos para la atención de aquellas patologías de prevalencia baja o con medios diagnósticos o terapéuticos poco habituales. Los especialistas deben de ser los responsables del seguimiento de los pacientes con este tipo de patologías que por su complejidad o historia natural posiblemente complicada, necesitan su expertise independientemente de su prevalencia, en tanto que los internistas deberían responsabilizarse de la atención de las patologías más frecuentes. También parece que lo más adecuado sería que las enfermedades con afectación multisistémica fuesen atendidas por

internistas en colaboración o no, dependiendo del ámbito donde trabajen, con los especialistas.

El médico tiende a centrarse en el problema del enfermo no en la problemática sanitaria de la población. Es evidente que esta depende de los distintos escalones administrativos, pero también es obvio que estos deben de contar con los médicos. Una de las labores de la medicina especializada, es velar por la patología de su especialidad en una población que está a su cargo. Los servicios de especialidades tienen esta misión, son responsables de que todos los enfermos que entran en su campo especializado, puedan y deban ser bien atendidos, es decir diagnosticados y tratados adecuadamente. El especialista cuenta para ello con sus propia plantilla de médicos y enfermeras, sus camas hospitalarias, sus consultas dentro y fuera del hospital, pero también ha de utilizar a los médicos de atención primaria y porque no, a los médicos generales del hospital, los internistas.

Esta relación especialista/generalista es simbiótica, cada uno saca su provecho, el especialista se aprovecha de una mano de obra exquisita, del buen hacer de la enfermería, y del cuerpo médico de atención primaria y de los generalistas hospitalarios (internistas), y todos estos tienen la posibilidad de que los enfermos que ellos atienden, sean bien estudiados, tengan la posibilidad de que le practiquen las pruebas necesarias con prontitud, y se también se aprovechen de los conocimientos y nivel asistencial de la especialidad.

Las especialidades son importantes además porque contribuyen al avance de la medicina, mejoran la calidad de la asistencia, permiten el desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas y elevan el nivel científico de la práctica médica en el área hospitalaria.

La especialización continúa su evolución natural, dentro de las especialidades médicas y quirúrgicas por la complejidad de las mismas y desarrollo tecnológico, pero también en el seno de la propia Medicina Interna a través de la creación de unidades asistenciales dedicadas a un órgano (hepatología), una enfermedad (hipertensión, SIDA, hepatitis), a un grupo de enfermedades relacionadas (aterosclerosis), a un trastorno metabólico (dislipemias, osteoporosis) a un proceso etiológico (alcohol)

o bien a una amplia área de la patología (enfermedades infecciosas, ésta en la práctica es una especialidad consolidada). Estas unidades a diferencia de las especialidades médicas no han perdido su nexo con el internista general, incluso este participa en ellas siendo a veces multidisciplinarias. Tienen la ventaja de que el internista no pierda protagonismo y pueda profundizar en su conocimiento, facilitando además la investigación (sobre todo epidemiológica). Pero existe el peligro de la dedicación exclusiva a dichas unidades en cuyo caso es probable que en el futuro traten de independizarse como una especialidad más. La exclusividad en la dedicación a una enfermedad o un grupo pequeño de la patología, aparte de mermar claramente la eficacia de esa persona dentro de un servicio, en general con gran carga asistencial, produce un alejamiento de la realidad magnificando la importancia de su área de trabajo que conduce a realizar pruebas no justificadas (excepto en investigación) y a experimentar tratamientos todavía no bien contrastados y de alto coste dentro o fuera de ensayos aleatorizados.

Estas unidades deberían de ser abiertas a los facultativos interesados en su contenido y nunca con una dedicación exclusiva a las mismas por parte de los internistas, sino perderían su característica fundamental del internista, su ubicuidad.

Dentro del hospital es importante, la presencia de internistas en los Servicios de Urgencia, Hospitalización a domicilio y Cuidados paliativos.

- Servicios de Urgencia intrahospitalaria. El especialista en Medicina Interna debe estar presente en estas Unidades para coordinar con agilidad los ingresos, las derivaciones a las distintas unidades de consulta externa, altas precoces en las unidades de observación de Urgencias, conexión con Asistencia Primaria, Unidades de Hospitalización a Domicilio, Centros de asistidos y otros enfermos crónicos así como con el resto de las especialidades médicas que en muchas ocasiones no tiene especialista de presencia física.

- Unidades de Hospitalización a Domicilio. El especialista en Medicina Interna por sus características profesionales debe estar en el núcleo de estas Unidades. Aunque estos servicios ingresan enfermos quirúrgicos, su potencialidad en “ingresar sobre todo enfermos médicos” en el domicilio, las hace similares a las plantas de medicina interna.

- Unidades de Cuidados Paliativos. Una planta con enfermos de cuidados paliativos sólo se diferencia de cualquier planta de enfermos médicos en el pronóstico de los mismos. Por esta razón, el internista debe ser también el elemento integrador de los distintos especialistas que puedan formar estas Unidades.

Condiciones para una buena asistencia.

En los Centros de Salud es fundamental mejorar las condiciones de trabajo de los médicos de cabecera. En cualquier sistema organizativo es imprescindible facilitar a los trabajadores la posibilidad de “dar de sí todo lo que puedan”, no crear privilegios de unos con relación a otros en su actividad. No establecer compartimentos estancos con monopolios que restrinjan la actividad de unos a favor de otros. En el caso del médico de primaria, que tenga la posibilidad de estudiar al enfermo y la libertad de referirlo a quien le parezca dentro de su ámbito de trabajo.

Facilitar las interconsultas (y sesiones clínicas) de internistas y especialistas en el propio centro de salud. incorporar a los médicos de atención primaria a las comisiones de calidad (comisiones de calidad del área asistencial). También es necesario aumentar las consultas de internistas generales fuera del Hospital, en los centros de especialidades, mediante primeras consultas resolutivas dirigidas a Atención Primaria y evitar así consultas de seguimiento. El médico internista podrá así, disminuir la presión asistencial que recae sobre el especialista y este podrá desarrollar mejor su potencial de conocimiento aplicado a la asistencia.

En efecto la consulta de internista debe de estar abierta a Atención Primaria con las siguientes características:

- contestar expresamente a lo que el médico de Atención Primaria pregunta,

- no quedarse con el paciente sino re-enviarlo a su médico y en caso de problemas especializados, referirlo al especialista

- actuar como médico de cabecera del paciente mientras no se resuelva el problema por el que es consultado, es decir, preocuparse de que se complete el estudio y tratamiento del paciente, aunque tenga que hacerlo con la colaboración de una tercera persona, el especialista.

Cada Centro de Salud debería de contar con un internista de **referencia** para atender pacientes del área médica (con especial atención a los enfermos con pluripatología) que no precisarían por si mismo el ingreso en el hospital. De esta manera se evitaría la fragmentación de la asistencia especializada y sus indeseados efectos de deshumanización y falta de comunicación interpersonal, al tiempo que reduciría el coste sanitario. La asistencia médica de los especialistas resulta más cara por aumento del número de hospitalizaciones, visitas médicas, prescripción de medicación y pruebas diagnósticas.

Otra ventaja de integrar a los internistas dentro de la Atención Primaria es la de coordinar la derivación al hospital de los pacientes que lo requieren, priorizar entre los distintos problemas de salud que puedan existir, seleccionar las interconsultas y promover la cooperación de diversos especialistas. El internista, bien desde el Centro de Salud o desde el Hospital actuaría como eficaz “puente” para orientar al paciente en el entramado complejo hospitalario de forma que reciba una prestación más eficiente y personalizada (“humanizada”).

La docencia necesita de una buena asistencia. Un profesional que trabaje bien, puede enseñar bien; en caso contrario, nunca podrá hacerlo. El pase de visita y la sesión clínica son la piedra angular de la docencia del residente y del estudiante que rota por un servicio clínico. En ellas se intercambia información, se pregunta, se establecen interrogantes que requieren estudio y búsqueda de información.

También la investigación clínica útil precisa de una buena organización asistencial. El buen médico práctico está bien dotado para

realizar, sobre todo, investigación clínica. Esta es la que le hace recapacitar de cómo está trabajando y establece mejoras en su praxis. La investigación básica requiere siempre colaboración del personal de unidades y laboratorios especializados y sin estos no es posible. La dedicación preferencial a ella es incompatible con el ejercicio de la medicina.

Todo médico debe de gestionar su trabajo, teniendo en cuenta no solo los enfermos que tiene a su cargo sino los que debería de tener dado su puesto de trabajo. Esto es más importante a medida que su responsabilidad es mayor dentro de un equipo. Un aspecto crucial de las funciones de un jefe, coordinador etc. de un equipo o servicio médico, es establecer relación con otros en su propio centro y fuera de él.

El mejor gestor de un equipo de trabajo o de un servicio es aquel que, de su quehacer diario, los demás miembros del equipo deberían tomar ejemplo.

No hay mayor responsabilidad y obligación
que pueda recaer sobre una persona, que hacerse médico.

El cuidado del que sufre necesita habilidad técnica,
conocimiento científico y comprensión humanitaria...

Harrison Principles of Internal Medicine
Primera edición

Consideraciones sobre la continuidad asistencial

Beatriz Pombo

Emilio Casariego

Medicina Interna. Hospital de Lugo

La salud ha sido definida como el completo bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad. Sus determinantes son la herencia, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema sanitario. En el pasado el objetivo de la medicina era tratar la enfermedad. En la actualidad además hemos añadido la satisfacción del usuario como un valor nuevo. El tipo de asistencia debe ser escalonada comenzando por la promoción de la salud, sigue por la prevención, continúa con el intento de evitar secuelas, rehabilitar y reintegrar en la sociedad, siendo todas estas actividades parte de la práctica clínica habitual, así como la docencia y la investigación. En el futuro nuestra atención deberá ir encaminada a cuidar la salud en colaboración con el paciente, ya que las personas cada vez serán más protagonistas de su propia salud.

Para un Sistema Nacional de Salud como el español, apostar por una buena calidad en la atención, universalidad en la cobertura y equidad y solidaridad en el acceso son objetivos establecidos en la Ley General de Sanidad y en la Constitución. Es fundamental el respeto a la dignidad, autonomía y confidencialidad en el trato con el paciente, la rapidez y la calidad en la atención y el acceso a la ayuda social. Las administraciones han de concienciarse que tan importante como la dotación financiera es la organización y gestión de los recursos.

Hace unos años el hospital era el centro de actuación del sistema sanitario, claramente diferenciado de la Atención Primaria, con escasa comunicación e interacción entre ambos. Últimamente hemos entendido la importancia y trascendencia del proceso de atención ambulatoria y

estamos asistiendo a la explosión de nuevas formas de atención médica llevadas a cabo por nuestros profesionales: hospitales de día, unidades de corta estancia hospitalización a domicilio, consultas de alta resolución, consultas de orientación diagnóstica, unidades sociosanitarias de media estancia, consultorías en Atención Primaria, consultas de enfermedades prevalentes (insuficiencia cardíaca, EPOC,...) o pluripatológicos. Todas estas iniciativas están encaminadas por una parte a reducir el gasto sanitario que compromete la sostenibilidad del sistema público de salud por el creciente consumo de recursos sociosanitarios, y por otra mejorar la calidad de vida del paciente disminuyendo la sobrecarga socio-familiar y aumentando la implicación del paciente y la familia en los cuidados y disminuyendo las complicaciones asociadas al ingreso hospitalario (infección nosocomial, delirium, hospitalismo...).

El envejecimiento de la población española con casi un 20% de personas mayores de 65 años y una estimación del 30% para el año 2050 hace nos hace sospechar que la dimensión del problema irá en aumento, puesto que hablamos de atención a población anciana con una alta tasa de deterioro físico, funcional, cognitivo y sociofamiliar. Este deterioro multidimensional hace aconsejable la realización de una valoración integral en la práctica asistencial de estos pacientes. Términos como anciano frágil, polimedicación, pluripatológico, hiperfrecuentación de los distintos niveles asistenciales, son la realidad de nuestros días. Los pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario tienen cada vez más edad y más prevalencia de enfermedades crónicas. Estas características condicionan que entre las expectativas de mayor relevancia se indiquen la accesibilidad al sistema y la continuidad de cuidados.

Uno de los objetivos fundamentales es la promoción de la atención especializada domiciliaria y la mejora en la coordinación de la atención especializada con la atención Primaria, favoreciendo la continuidad asistencial y un manejo integral de todos los procesos del paciente. Para ello es fundamental un adecuado desarrollo de la Atención Primaria y una mejor integración y coordinación de los niveles asistenciales. Atender a un paciente no es un hecho puntual sino continuo que se desarrolla de forma paralela a las etapas de su proceso de enfermedad. La colaboración de los diferentes niveles asistenciales ha sido una

herramienta reconocida que facilita la consecución de estas expectativas provocando cambios en la organización del trabajo y aportando beneficios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario. La atención superespecializada fragmenta a los pacientes en diversos problemas, sería comparable a cuidar y reparar ramas aisladas de un árbol pero no solucionamos el problema si su tronco o las ramas no atendidas siguen descuidadas. Los internistas, al igual que los médicos de Atención Primaria conocemos la realidad de un enfoque en conjunto y multidisciplinar, nada nos es ajeno y es necesaria la valoración clínica, funcional, mental y social.

El desarrollo de internistas consultores de los médicos de Atención Primaria demostró mejorar el control de enfermos con enfermedades prevalentes y un alto grado de satisfacción de los profesionales implicados constituyendo una importante área de mejora en la atención especializada extrahospitalaria. El trabajo se desarrolla normalmente por asistencia conjunta a sesiones clínicas donde se plantean los casos problema, se informa de situación de pacientes ingresados o devueltos a Atención Primaria, se programan cuidados del mismo al alta, se informa del circuito hospitalario para resolver diagnósticos mediante pruebas generalmente no accesibles al médico general, se gestionan citas con el internista o visitas conjuntas en atención primaria y se programa la próxima visita, generalmente mensual. Además se realizan sesiones conjuntas de actualización de conocimientos y se confeccionan protocolos y guías de práctica clínica de actuación común para disminuir la variabilidad en la asistencia, Estas actividades permiten al internista mejorar su conocimiento de la realidad extrahospitalaria, favorece la transferencia entre ambos niveles asistenciales y el flujo bidireccional de enfermos. Además permite una mayor autonomía a los médicos de familia en la toma de decisiones, mejora su accesibilidad a los recursos hospitalarios y le ayuda a priorizar los casos más relevantes por circuitos diagnóstico-terapéuticos más rápidos. Este sistema además contribuye a mejorar la formación continuada de quienes lo practican y permite que los médicos de familia realicen sesiones y rotaciones en el ámbito hospitalario. Además evita desplazamientos innecesarios del paciente al hospital, lo cual es fundamental en zonas con una amplia población.

Las consultas de orientación diagnóstica se basan en una estrecha relación de los internistas que las realizan con Atención Primaria, aunque a veces los enfermos también provienen de los servicios de urgencias. Se busca favorecer la comunicación de ambos niveles asistenciales, lo cual muchas veces permite resolver dudas sin necesidad de desplazamiento del paciente. La influencia personal en los profesionales de atención Primaria se ha de ganar y se deriva del respeto profesional mutuo, procurando una fluida relación directa y personal, o bien a través de las interconsultas. Se debe facilitar siempre un teléfono de contacto en horario laborable para mejorar la comunicación y se puede disponer de las nuevas tecnologías para mejorar la accesibilidad (móvil, correo electrónico, videoconferencia, etc.). Se debe buscar involucrar a los otros profesionales que participen del proceso diagnóstico-terapéutico, usar inteligentemente la sabiduría y la información para implementar el trabajo realizado desde Atención Primaria. En estas consultas más de un 50% de los pacientes vuelven a Atención Primaria, el resto se revisan y un pequeño porcentaje es derivado a otro especialista o se ingresa. Hay que tener en cuenta que dichos ingresos se hacen de forma programada sin necesidad de recurrir al servicio de urgencias, donde son vistos por otro profesional, muchas veces residente, que solicita pruebas diagnósticas y no suelen aportar nada nuevo. Estas consultas son altamente rentables para valorar de forma rápida y resolutive a los pacientes, por lo que se están imponiendo como un método de gestión sanitaria eficaz en la lucha contra la lista de espera de las especialidades médicas.

En nuestro país destacan experiencias como UCAMI (Unidad Clínica de Atención Médica Integral) del Hospital del Rocío, la UCA (Unidad de Continuidad Asistencial) del Hospital de Valme, el GAMIC (Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz), la UPPAMI (Unidad de Pacientes con Pluripatología y Atención Médica Integral) del Hospital 12 de Octubre, El grupo de Valme demostró disminuir los ingresos hospitalarios, la frecuentación de urgencias y la estancia hospitalaria. El grupo de Cádiz redujo la demora de la atención diagnóstica, la tasa de revisiones y pruebas complementarias y mejoría en la resolución de los procesos clínicos.

El Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe de Sevilla creó un modelo de continuidad asistencial considerando las distintas fases clínicas del paciente en el hospital, así como creó internistas de referencia para cada zona básica de salud extrahospitalaria. Estos trabajan conjuntamente con los médicos de Atención Primaria mediante sesiones compartidas presenciales o no y creando equipos de trabajo asistencial para cada zona básica de salud. En este modelo de atención compartida se coordinan todos los agentes sanitarios (médicos, enfermería y trabajadores sociales).

En Orense también está en marcha una experiencia de abrir el hospital hacia los centros primarios, liderada por Manuel de Toro, que se expone en el capítulo siguiente.

Se trata de compartir responsabilidades y establecer una cultura favorable al manejo compartido de los pacientes. La relación con Atención Primaria es mejorable y su trabajo ha de ser complementario, el internista debe ser para el médico de familia, su punto de referencia en el hospital y un consultor en el centro de salud. Esto supone un cambio cualitativo en la gestión de los circuitos asistenciales que siguen los pacientes, mejorando la eficiencia, los costes y aumentando la satisfacción y la calidad de vida del paciente. El objetivo es buscar una medicina más ambulatoria que hospitalaria.

Medicina Interna y Atención Primaria

Manuel de Toro Santos

Medicina Interna. Hospital Santa Maria Nai. Ourense.

La evolución del Sistema sanitario en España y particularmente en Galicia en los últimos 25 años ha experimentado un cambio notable que es percibido de forma positiva por los ciudadanos.

La reforma de la Atención Primaria ha supuesto un gran cambio en la organización, accesibilidad y calidad de la atención sanitaria que se oferta.

El segundo nivel de Asistencia, denominado **Atención Especializada** representada por los hospitales ha experimentado un desarrollo organizativo y tecnológico muy importante que permite desarrollar una asistencia sanitaria de alta calidad. Sin embargo los dos niveles parece que se desconocen e históricamente mantienen un distanciamiento en la comunicación y coordinación profesional y asistencial, que hace que la **fragmentación de la asistencia sanitaria** se convierta en uno de los mayores problemas en la gestión del Sistema sanitario, creando un deterioro de la imagen institucional y dificultando la accesibilidad de la población al sistema sanitario

El reto actual es lograr una Continuidad de la Atención en ambos niveles asistenciales unida a la mejora continua de los mismos.

Para lograr una Asistencia Sanitaria de Calidad el ciudadano no debe sentir la ruptura de continuidad asistencial y debe tener garantizada una asistencia de calidad por igual en todos los puntos de entrada al sistema sanitario. No deben percibir una división organizativa, todo el proceso asistencial debe mostrar una armonía de continuidad, con una historia

clínica única abierta en el momento de la entrada al sistema y evitando en todo momento la repetición de procesos.

A la hora de afrontar esta relación es muy conveniente establecer las bases de cómo hacerlo y es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Tan especializada es la Atención del hospital como la es la de Atención Primaria, debería borrarse la denominación de Especializada como hecho diferenciador pues **el médico de Primaria también es un médico especialista**, en su caso en Atención Primaria, ésta es su especialidad. Creo que esto puede paliar en buena medida ese concepto, extendido ya en la población y una gran mayoría de médicos de hospital, que el “especialista” es el que mas conoce, mas sabe o el que tiene la última palabra. Este concepto en el que me extiendo es básico pues de lo que se trata es que el paciente, cliente o usuario perciba claramente que su médico es su principal valedor en el sistema de salud, y por lo tanto es necesario darle al médico de primaria todo el valor e importancia que debe tener. Esto se logra primeramente por la formación adecuada del profesional y segundo por la habilidad del mismo para desarrollar su trabajo dándole los medios necesarios para llevarlo a cabo.

La relación de Atención Primaria y Hospital ha de ser de carácter Profesional y en este punto el cambio de actitud de los profesionales como en cualquier empresa ha de ser ¿Que necesitas? ¿Que te puedo ofrecer yo? Acercando las necesidades de unos a las ofertas de los otros. En nuestro contexto, el médico como valedor del paciente nos demandará un Servicio y nosotros habremos de tener la disponibilidad con nuestros medios de poder ofrecerlo. Es primordial que además del entendimiento entre profesionales, la Consellería se implique en los Cambios necesarios, de Organización en donde se requieran, de Dotación de Tecnología donde se precisen, de Dotación de recursos humanos en donde se estimen las deficiencias. Hay que cambiar el escenario actual y pasar a otro ya diseñado hace muchos años. **¡abrir el hospital, externalizar el hospital!**

Este cambio en la visión de la gestión sanitaria es clave para llevar a cabo la “Normal relación de los especialistas de Atención Primaria y del Hospital” y es aquí donde los internistas podemos colaborar en buena medida para llevarlo a cabo, siendo conscientes de que la primera exigencia para desarrollar la propuesta que hacemos, es que debe ser vista como un servicio muy útil para el médico de Primaria y para la atención sanitaria de sus pacientes en el área médica y si es así demostrarlo con una buena gestión de calidad y eficiencia.

Los internistas estamos obligados a observar los cambios que demandan los ciudadanos y los médicos de atención primaria en sus necesidades asistenciales, para adaptarnos y orientar nuestra actividad, sino dejaremos de ser eficaces en nuestro trabajo.

Se han dado pasos importantes en esta reorientación, que ha llevado a la creación de unidades que atienden procesos específicos, como Unidades de lípidos, factores de riesgo, hipertensión, etc. Pero estas valiosas iniciativas deben ir unidas a un cambio mas profundo de entender la Consulta de Medicina Interna.

Es urgente la necesidad de desarrollar una Consulta Externa potente, orientada a las necesidades de la Atención Primaria y con el objetivo de participar en una nueva forma de Gestión Clínica en la Relación profesional de ambos niveles, con la filosofía de ofrecer una cartera de Servicios desde el Servicio de Medicina Interna acorde a las necesidades de Atención Primaria y con la finalidad prioritaria de Solventar, Estudiar y dar soluciones a todos los procesos asistenciales del área médica.

Es imprescindible crear la figura de un coordinador médico o Jefe de Servicio de Consulta externa que tenga como misión aunar a todos los profesionales en una misión clara, y que organice la actividad teniendo como referencia las necesidades de pacientes y médicos de primaria con un plan de mejora continua en la calidad.

Hoy en día la tendencia que se sigue en la mejora de la consulta externa es la de los **Centros de Alta Resolución (CAR)**, en las que el paciente es atendido de su proceso, realizándose las pruebas, estableciéndose un diagnóstico y un tratamiento, todo en el mismo día.

Esta forma de trabajo, altamente competitiva y de calidad, aporta eficiencia y calidad en el sistema de salud y debería ser el objetivo al que nos debemos dirigir.

Pero antes debemos pasar por establecer en todos nuestros hospitales un Servicio de Consulta externa de calidad y eficiente, que pasa por un cambio de actitud de los internistas y precisa que quienes atiendan esta área de trabajo estén ilusionados con el objetivo de conseguir una excelente relación profesional entre los médicos de Atención Primaria y del Hospital.

Para ello proponemos la creación en todos los hospitales de:

Una Consulta externa de Orientación Diagnóstica y de Tratamiento (CODT) para el área sanitaria que atienda a la mayoría de las patologías del área médica y con características de:

1. accesibilidad
2. alta calidad de atención interpersonal
3. alta calidad de atención clínica

El diseño de esta consulta habrá de ser consensuado con Atención Primaria para establecer las formas de trabajo, derivación, interconsultas, sistemas de comunicación etc. y acuerdos profesionales a los que podamos llegar para lograr los objetivos marcados. Es por tanto una propuesta elaborada desde el Hospital pero con la visión clara y decidida de introducir los cambios y propuestas que la enriquezcan desde Primaria.

Consulta e de Orientación Diagnóstica y de Tratamiento (CODT)

Misión

Llevar a cabo la asistencia sanitaria de los pacientes derivados desde los Centros de Salud del Área Sanitaria, con criterios de accesibilidad, calidad y eficiencia, manteniendo una interrelación profesional con exquisito cuidado de la información tanto entre profesionales como con los pacientes.

Objetivos

1. Disminuir las listas de espera de consulta externa para patologías médicas
2. Estudio conjunto con Atención Primaria de las diversas causas de espera en el área médica y búsqueda de soluciones a las mismas.
3. Creación de una cultura de Relación entre los dos niveles Asistenciales de carácter profesional que acabe con la tradicional separación administrativa.
4. Dinamizar las consultas de los Servicios Médicos hacia Consultas de Procesos de las enfermedades más prevalentes (Insuficiencia Cardíaca, Ictus, etc.)

Fórmulas de trabajo

Actividad Asistencial

Consulta diaria de los pacientes enviados con Hoja de Interconsulta o Derivación y contestación en el día de la consulta a su médico con la adecuada información a paciente y médico. Si el caso lo requiere la información será directa por llamada telefónica. Si el paciente ha de ser visto en otra Especialidad médica le gestionaremos la consulta directamente y quedará anotado en la información a su médico.

Cuando se proceda al alta en esta consulta se hará un informe clínico con las pruebas practicadas y los diagnósticos y tratamiento recomendados.

Mejoras en la Comunicación entre clínicos:

Reuniones de trabajo periódicas aprovechando las visitas acordadas a los Centros de Salud para llevar casos clínicos de alta prevalencia y acordar formas de trabajo común,

Elaboración de Guías clínicas conjuntas de derivación, diagnóstico y tratamiento de las principales patologías y revisión actualizada de las mismas.

Accesibilidad telefónica, posibilidad de transmisión de documentos por fax, correo electrónico o correo interno.

Además de la información al paciente y familiares el médico es informado de primera mano, por teléfono, fax, o informe de los problemas de su paciente. En caso de que el paciente presente una enfermedad grave o deba ser ingresado se le avisará primero a su médico.

Pactar prescripción inducida desde la consulta y hacer la receta de la medicación indicada.

Sistema de Citaciones

Desde de Atención Primaria por medios informáticos o través de fax, teléfono o correo electrónico.

Las citas de interconsultas a otras especialidades son gestionadas por el médico que la indica.

Las revisiones indicadas en el CODT serán citadas desde la propia consulta.

Necesidades de esta consulta:

Recursos humanos:

Médicos adjuntos especialistas en medicina interna

1 enfermera

1 auxiliar

Apoyo de personal administrativo

Despachos de consulta con zona de exploración

Todos con teléfono con línea directa de entrada y salida. Un móvil para la sección, para resolver dudas a médicos de primaria en tiempo real.

Ordenador en cada consulta con acceso a Internet, correo electrónico y con impresora.

Dictáfonos para elaboración de informes.

Acceso a pruebas rápidas de Rx simples, EKG y analítica urgente y ecografías.

Posibilidad para desplazarse a los Centros de Salud.

Ámbitos de actuación

Toda el área sanitaria

Horario

De mañana de 9 a 14 h diariamente, dejando espacios para sesiones en los centros, en la propia Unidad y elaboración de informes.

Posibilidad de iniciar pasado unos meses, un horario deslizando, o continuidad de jornada valorando la posibilidad de Jornadas de mañana y tarde según las necesidades de Atención Primaria.

Papel del internista como médico interconsultor

Paula Pesqueira Fontán

Sonia Molinos Castro

José Antonio Díaz Peromingo

Servicio de Medicina Interna. Hospital da Barbanza. Riveira. A Coruña.

Introducción

Entre las funciones asistenciales de especialista en Medicina Interna figura la de dar respuesta a las consultas que se le hacen desde otros servicios fundamentalmente quirúrgicos, médico-quirúrgicos y psiquiátricos sin menosprecio de otras especialidades médicas que en ocasiones también la solicitan. Su papel es crucial dada la visión plural y holística que el Internista tiene del paciente y la patología, fruto de su formación global

Como su nombre indica, la palabra interconsulta (sistema actual de relación entre los distintos servicios hospitalarios) hace referencia también a una interconexión entre servicios. El paciente es parcializado de forma arbitraria cuando ingresa en un hospital pero su patología no es necesariamente tan parcial y este tipo de consulta ayuda a cohesionar la labor hospitalaria de resolución del problema que aqueja al paciente.

Existen una serie de variables que son comunes al hecho de la interconsulta que se realiza a Medicina Interna. Por un lado el tipo de patología que se consulta, su carácter urgente o no, la frecuencia con que se realiza dicha consulta, el enlace entre el Internista como interconsultor y el especialista que realiza la consulta y la necesidad de seguimiento del paciente por parte del Internista así como su potencial traslado a una planta de Medicina Interna para una mejor atención de su patología.

La interconsulta a Medicina Interna es un hecho cuya frecuencia se ha estimado en unos 4 casos por cada 100 ingresos con una necesidad de seguimiento clínico por parte del Internista que varía entre el 30% y el

70%. Las causas son múltiples destacando la disnea (tanto de origen cardiológico como respiratorio), el síndrome febril y el síndrome confusional agudo, así como las alteraciones de índole metabólica, en especial los trastornos hidroelectrolíticos. A esto se añade el envejecimiento cada vez más acusado de la población que implica una mayor prevalencia de estados pluripatológicos. En los casos de consultas de enfermos quirúrgicos, éstas suelen ser fundamentalmente por complicaciones propias del postoperatorio y por descompensaciones de patologías crónicas ya conocidas por lo que probablemente la interconsulta preoperatoria y la valoración conjunta Anestesiista-Internista pudiera ser de utilidad en la reducción de la morbimortalidad derivada posterior. En las interconsultas realizadas desde servicios médico-quirúrgicos o psiquiátricos, la causa más habitual es la descompensación de patologías crónicas previas. En un número no despreciable de casos la interconsulta resulta en el diagnóstico “de novo” de cuadros médicos no conocidos, sobre todo en el seno de complicaciones infecciosas o metabólicas.

La urgencia con la que se realiza la interconsulta merece también especial atención. Idealmente, toda interconsulta debe ser valorada en el mismo día que se solicita, sea pedida como urgente o no, ya que no es infrecuente que el criterio de urgencia no sea compartido por el Internista (una interconsulta pedida como urgente no lo sea para él, y lo que es más preocupante, viceversa). El “exceso” de peticiones urgentes puede ser un reflejo de la falta de conocimiento de la patología por parte del especialista que la realiza, la no urgencia puede ser también debida a la misma razón

El enlace verbal con el médico que hace la interconsulta es también fundamental por varios motivos: en primer lugar es el que se va a encargar, con frecuencia, del cumplimiento de las directrices dadas por el Internista para el manejo del paciente. Por otro lado contribuye a la cohesión interhospitalaria y en último término es una herramienta de intercambio de conocimientos mutuo entre ambos profesionales redundando en una mejor valoración posterior de casos similares y en la no repetición de interconsultas por la misma patología en el mismo paciente.

En un número importante de ocasiones, en torno al 30%, los pacientes deber ser seguidos por parte del internista bien hasta lograr una estabilización del proceso o hasta su completa resolución. Esto implica un “trabajo extra” para el Internista que normalmente se hace en un horario variable y en ocasiones de forma discontinua. En un porcentaje pequeño de casos (en torno al 2%-3%) los pacientes deberán ser trasladados a un Servicio de Medicina Interna para su seguimiento más adecuado. Es importante la cuantificación del trabajo realizado por parte del Sistema Sanitario ya que en este último caso el paciente pasará a “estar ingresado en Medicina Interna” mientras que antes, cuando se le hacía un seguimiento estrecho “no figura a cargo de Medicina Interna”. Esto redundo en una mayor carga de trabajo para el Internista que, a menudo, no es reconocida por el Sistema ni cuantificada. Para realizar la interconsulta el Internista debe estar también entrenado y es muy importante que, al igual que en otros países dónde ya se hace, se recoja dentro del plan formativo de la especialidad la rotación por Unidades de Interconsulta y Enlace en los centros dónde existan o, en su defecto, la participación activa en la resolución de las interconsultas generadas en la práctica clínica habitual.

Podemos concluir que la interconsulta supone una parte muy importante de la labor asistencial que realiza el Internista a diario, a menudo poco valorada, y que debe ser tenida en cuenta en la formación del mismo durante el periodo de residencia para entrenar las habilidades que esto conlleva.

Bibliografía

- Diaz Peromingo JA, Grandes Ibañez J, Castro Paredes B, Cabezas Agrícola JM, de la Iglesia Martínez R, Baeza Barrantes FJ. Estudio de la Interconsulta en un Servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 1999; 199: 66-72.
- Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García Pais MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del Internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp.* 2004; 204: 345-350.

Salerno SM, Hurst FP, Halvorson S, Mercado DL. Principles of effective consultation: an update for the 21st century consultant. Arch Intern Med. 2007; 167: 271-275.

La Medicina Interna en un Hospital Comarcal

Antonio Enériz

Medicina interna. O Barco de Valedoras. (Ourense)

Es en un Hospital Comarcal donde mejor se puede realizar la extensa labor que puede desarrollar un internista a nivel asistencial, debido a su amplia formación y la ausencia de subespecialidades médicas.

Hay que reconocer que esto se ha debido a la casualidad y no a ningún tipo de planificación por parte de la Administración

Las actividades del internista son varias:

Hospitalización

La Medicina Interna se hace cargo de todos los pacientes con enfermedad “médica” que precisan ingreso hospitalario para su diagnóstico o tratamiento.

El resto de especialistas, si los hay en el centro, contribuirán, según se precise, realizando sus técnicas diagnósticas y asesorando en el tratamiento; en caso de no disponer de otros especialistas se debe habilitar la forma de realizar su apoyo desde el hospital de referencia.

El servicio de MI debe ser el eje fundamental de la hospitalización con la atención a sus propios pacientes y colaborando con los servicios quirúrgicos en la supervisión de los pacientes con enfermedades crónicas o complicaciones que surjan durante su ingreso.

Lo ideal sería disponer de un internista que de forma habitual supervisase los pacientes del área quirúrgica, que por sus enfermedades de base o por los procedimientos a los que vayan a someterse, puedan sufrir alguna complicación durante su hospitalización.

Urgencias

La atención a las Urgencias Hospitalarias del área médica es otro cometido fundamental del internista. Sería deseable contar en dicha actividad con especialistas de Medicina Familiar, que realizaran el trabajo de selección y cribaje con efectividad y calidad. Habitualmente ya existen ambos especialistas y se atiende la urgencia que no precisa ingreso, la observación en hospital de día, la colaboración con los especialistas quirúrgicos y la derivación de los enfermos que necesitan ingreso en un hospital de mayor nivel generalmente por falta de medios en el comarcal.

Con el objetivo de mejorar la atención global de las urgencias en general, con los medios actuales, lo ideal sería contar con un equipo de urgencias de atención primaria, ubicado en el mismo hospital y que pudiera disponer de algunas pruebas diagnósticas para que seleccionase los pacientes que deben ser atendidos en el hospital. Con esto se conseguiría descongestionar la urgencia hospitalaria, evitando uno de los mayores problemas que tiene.

Cuidados especiales

Asimismo es el internista el profesional que, por su polivalencia, tiene capacidad para atender las Unidades de Cuidados Intermedios, que estos pequeños hospitales deberían tener, ya que habitualmente no disponen de UCIs. En estas “unidades” se suelen atender los pacientes mas graves que necesitan más recursos materiales y de personal, los enfermos quirúrgicos con postoperatorios complicados y los pacientes que necesitan ingreso en UCI para estabilizar su situación hasta que puedan ser trasladados.

Con estos supuestos vemos que casi de forma exclusiva con internistas se puede asumir toda la atención médica de un Hospital Comarcal.

Consultas externas y relación con atención primaria:

El internista puede estudiar inicialmente cualquier tipo de patología médica, haciendo de “filtro” y derivando a las subespecialidades los casos más complejos o muy específicos.

Es en la consulta donde se realiza la mejor labor por la complejidad de la patología predominante que suele ser múltiple. La consulta única de varias enfermedades habitualmente crónicas supone un gran ahorro de visitas al enfermo, además de disminuir las peticiones de pruebas y, sobre todo, unificar el tratamiento.

Para agilizar las consultas es imprescindible una buena coordinación con atención primaria, pues si el paciente acude con pruebas ya realizadas, en una sola visita se puede resolver el problema. En este sentido deben promoverse recomendaciones de envío a consultas que faciliten y aceleren el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Para optimizar el rendimiento de las consultas, está claro que debe existir una estrecha cooperación entre el internista y el médico de familia, realizando actividades conjuntas de carácter científico, comentarios de casos clínicos y creando la figura de consultor de atención primaria.

Partiendo de la base de que el médico de familia es el elemento fundamental asistencial del sistema que tenemos, el internista debe ser su colaborador natural en la atención médica. A este respecto en un Hospital comarcal es donde se aprecia el papel del internista que es un médico de hospital al que conocen los médicos de cabecera, con el que tienen relación y al que tienen fácil acceso. También suele ser conocido por los pacientes lo que suele facilitar una buena relación médico-enfermo.

Es evidente que el internista no puede satisfacer toda la demanda de consultas médicas de un área con el nivel de especialización existente, pero del mismo modo parece razonable que la atención de los pacientes pluripatológicos podría realizarse por internistas lo que daría agilidad en la asistencia, comodidad para el enfermo y menor consumo de recursos para los gestores.

Los adelantos tecnológicos, que llegan mas despacio a los hospitales comarcales, supondrán una mejora de las relaciones. Por ejemplo, cuando dispongamos de una historia clínica que podamos compartir con los médicos de familia.

Investigación docencia y formación continuada.

La limitación en este aspecto es absoluta debido a la falta de residentes de la especialidad o de medicina de familia que pudieran servir de estímulo al respecto.

Únicamente se reduce a la rotación de estudiantes en épocas de vacaciones en acuerdos con la Universidad.

La investigación se suele reducir a la colaboración en estudios multicéntricos con escasa participación por el tamaño del hospital.

La formación continuada como en el resto de hospitales está condicionada al interés individual y generalmente limitada por la presión asistencial y lejanía geográfica.

Relación asistencial con el entorno social:

Por ser el profesional médico más entrenado, el internista debería hacerse cargo o colaborar en los cuidados paliativos y asistencia domiciliaria.

El envejecimiento de la población y el consecuente incremento de las enfermedades crónicas, que no se pueden atender en el domicilio por los familiares, hace que aumenten las instituciones de ancianos asistidos y con ello los pacientes, que por no existir otra alternativa, se ingresan repetidamente en el hospital comarcal. Este problema es menos acuciante en los hospitales de más nivel porque habitualmente se han reconvertido los hospitales para el tratamiento de la tuberculosis, municipales y provinciales para este fin. En este sentido tendríamos que habilitar fórmulas novedosas para tratar a los pacientes en las instituciones en que viven sin tener que acudir al hospital, con el fin de descongestionar la hospitalización que originan, y para este trabajo el médico mejor preparado sería el internista.

Tras estas consideraciones podemos deducir de una manera razonable que el especialista de Medicina Interna puede jugar un papel fundamental en la asistencia fuera del hospital si se aprovecha adecuadamente.

Respecto a la formación de especialistas de Medicina Interna resultaría con toda probabilidad muy formativo que los futuros especialistas realizasen una rotación en los últimos años por un hospital comarcal y si fuera factible un período breve por Atención Primaria

Medicina interna y enfermedades infecciosas.

Ricardo Fernández Rodríguez

Medicina Interna Hospital Cristal, CHOU

Ourense. Presidente SOGAMI

Desde los albores de la historia de la humanidad las enfermedades infecciosas fueron primera causa de morbilidad y mortalidad: tuberculosis, lepra, la peste, enfermedades diarreicas comunes, sífilis, sepsis puerperal, neumonías, malaria y otras enfermedades tropicales. En el siglo XX las mejoras sanitarias en la calidad de vida y la introducción de las vacunas y los antibióticos consiguieron disminuir mucho la incidencia de esta patología en el mundo desarrollado, lo que contribuyó en buena medida a una mayor esperanza de vida, con la aparición de procesos crónicos, enfermedades neoplásicas y degenerativas que iban aumentando con la edad. En el comienzo de la medicina interna (finales del siglo XIX) una gran parte de su práctica hacía referencia a enfermedades infecciosas. En las últimas décadas del siglo XX esto ha vuelto a ocurrir en relación en gran medida con la epidemia del VIH-SIDA y con las infecciones nosocomiales.

Han pasado más de 25 años de la aparición de la epidemia del SIDA que supuso en poco tiempo el motor científico y asistencial de la patología infecciosa dado su gran impacto en la sociedad y sus sistemas sanitarios. El SIDA se convirtió pronto en el heredero de las enfermedades infecciosas “odiadas” del pasado, también estigmatizante para los enfermos, como lo fueron la lepra, la peste, la sífilis y la cercana tuberculosis (cercana en tiempo y espacio). En España la aparición del SIDA en los años ochenta fue con una progresión cuasi exponencial, eclosiva en el grupo de usuarios de drogas, y se caracterizó por su nivel de atención fundamentalmente hospitalario. En el hospital fuimos los internistas los que atendimos a estos enfermos en la clínica, enfermos

con múltiples dolencias de diferentes aparatos y sistemas, con pluripatología coincidente o secuencial. Al principio las noticias eran confusas y surgió el temor a lo desconocido que desapareció en cuanto se supieron los mecanismos de transmisión de la infección por el VIH; no así cierta estigmatización, inútil arma contra el miedo al contagio. Los médicos que tratábamos entonces el SIDA nos fuimos formando con la experiencia diaria y al ritmo que llegaba la información de los primeros estudios científicos y con la visión de un clínico, de un internista, atendimos esa enfermedad “sistémica” incurable. Esta atención no se limitó a la hospitalización sino a la atención en Urgencias, y a la creación de hospitales de día, y utilización de la Hospitalización domiciliaria, para disminuir la tremenda estancia hospitalaria en la vida de las personas con VIH. Con el desarrollo de los TARGA (tratamientos antiretrovirales de gran actividad) en 1996 , la mortalidad y morbilidad de la infección por el VIH ha disminuído drásticamente. Desde la monoterapia ineficaz con Zidovudina en 1987 hemos pasado a disponer de un arsenal terapéutico de antiretrovirales de distintas familias cuyo adecuado manejo requiere conocimiento y experiencia. La atención a estos enfermos con infección por el VIH potenció la formación de distintas Unidades en los Hospitales, Unidades VIH, o Unidades de Enfermedades Infecciosas, con internistas volcados en la atención a estos pacientes, en el estudio y conocimiento de las enfermedades oportunistas que presentaban, en la elección de los mejores tratamientos, complejos en sus mecanismos de resistencia, interacciones y efectos indeseables. La dedicación a esta tarea asistencial y formativa alejó en cierta medida a algunos profesionales, especialistas en Medicina Interna, de otras competencias de su especialidad y de la “identificación como internista”. Esta necesaria especialización en enfermedades infecciosas no debe apartarnos de la Medicina Interna por varias razones que observamos en estos años.

El SIDA presentó unas manifestaciones clínicas que eran propias de la afectación de enfermedades que no se limitan a órganos y sistemas, que requerían equipos multidisciplinarios con un elemento integrador, el internista, que llevaba al paciente en colaboración con otros especialistas. Los internistas que nos dedicamos a esta patología desde

hace más de 20 años atendimos fases en las que predominaron los cuidados paliativos, continuos ingresos con múltiples tratamientos y profilaxis de enfermedades oportunistas, en enfermos a menudo con politoxicomanías y otros factores que causaban rechazo en la sociedad y también en ocasiones en nuestro medio sanitario. Asistimos a fases más esperanzadoras en las que los pacientes no se morían ya en menos de dos años y en las que aprendimos mucho más sobre el ciclo vital del VIH y sobre los nuevos tratamientos, por fin eficaces, con un vuelco sorprendente sobre la esperanza de vida desde 1996. La posible salida del pésimo pronóstico de muchas personas con SIDA en estos años hizo que tratamientos con 18 a 30 comprimidos /día fueran seguidos de forma ejemplar en muchos casos, pese a sus efectos indeseables. Posteriormente, al mejorar de forma espectacular la supervivencia, surgieron otras necesidades, otros problemas:

- La mala adherencia a los tratamientos que mejoró con la simplificación de los mismos. Existen hoy en día TARGAS iniciales eficaces con 1-2 comprimidos /día. En tratamientos de rescate permanece en buena medida este problema que requiere apoyo formativo y psicológico por el personal sanitario para un adecuado cumplimiento del tratamiento.

- Atender las comorbilidades de estos enfermos y en especial la hepatitis C que es en la actualidad la 1ª causa de muerte en los infectados por el VIH en nuestro país.

- Nuestros enfermos VIH se hacen afortunadamente viejos, tienen importantes efectos secundarios de los TARGA y/o de la propia infección por el VIH y otras coinfecciones. Destaca el síndrome de lipodistrofia y el acúmulo de factores de riesgo vascular que son ya motivo de preocupación en esta infección. También aumenta la prevalencia de neoplasias no oportunistas en relación con la edad avanzada, hábitos de vida perjudiciales y con la coinfección por otros virus.

Y de nuevo, como internistas, debemos actualizar nuestros conocimientos en retos como los factores de riesgo vascular, hepatología, oncología, etc. que son y serán aún más un motivo de

preocupación en esta infección. En estos años se han formado equipos médicos especializados en la infección por el VIH y en hospitales de referencia o de primer nivel, existen compañeros que se dedican de forma muy especializada a diversas áreas como resistencias al VIH, lipodistrofia y alteraciones metabólicas, etc. Todo ello fue y es fundamental para explicar el papel de nuestro sistema sanitario como el de un país puntero a nivel europeo en la investigación clínica de la infección VIH. Junto a estos equipos de referencia, dignos de todo elogio, hay un amplio abanico de internistas que atienden la patología prevalente de su especialidad, y que se han capacitado para la asistencia clínica de la patología infecciosa. Todos somos necesarios en los distintos niveles asistenciales.

El internista fue el especialista que integró la atención a la persona con infección por el VIH y ahora se precisa de nuevo internistas en temas que confluyen de forma notoria en estos pacientes, áreas de competencia de la Medicina Interna: cirrosis por virus de la hepatitis C, mayor prevalencia de dislipemias, manejo del síndrome metabólico y de los factores de riesgo vascular, etc. Todo esto sin olvidar que para atender a estos enfermos se requiere tener experiencia, ser experto en patología infecciosa. La atención integral a estos pacientes, con la versatilidad necesaria reflejada en los párrafos anteriores, es un acicate para nuestra especialidad, para la Medicina Interna. Es un acicate para su renovación, para avanzar en el apoyo a las áreas de capacitación en distintos campos en que es precisa una formación especializada del internista. La creación de los Grupos de Trabajo en la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) fue un acierto y una respuesta a la demanda de muchos asociados que están en diversas áreas de capacitación, algunos con actividades de alta referencia en distintas especialidades; “grupos abiertos”, en colaboración con otras especialidades, sin olvidar a la atención extrahospitalaria.

El porvenir de la infección por el VIH no está aún en las vacunas y es incierto a largo plazo. La consolidación de las unidades de enfermedades infecciosas es clara no sólo en relación con la infección por el VIH sino con las infecciones nosocomiales, el adecuado uso de antibióticos, la atención a patología infecciosa en los servicios

quirúrgicos, en pacientes transplantados, otras infecciones emergentes, patología importada en viajeros o emigrantes, etc. Esta realidad debe ser considerada en la formación de nuestros residentes y la patología infecciosa debe ser un aspecto muy importante en el programa de la especialidad. También debe ser considerada esta realidad por las direcciones de nuestras sociedades científicas y las autoridades sanitarias y docentes, para acreditar a estos compañeros, internistas y de otras especialidades, un justo reconocimiento de su labor y formación. Las necesidades futuras y actuales de nuestro sistema sanitario obliga a que el sistema de formación de especialistas sea flexible, funcional, adaptable y que aproveche la polivalencia de distintos profesionales creando áreas de capacitación específicas, variables con el tiempo, todo ello para la mejora del cuidado de la salud de los ciudadanos.

El internista y las unidades hiperespecializadas: Riesgos y beneficios

José Luis Díaz Díaz

Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña

Introducción

Consultas monográficas, unidades clínicas, unidades interdisciplinarias, áreas funcionales, áreas de capacitación son herramientas asistenciales hiperespecializadas de implantación creciente y paralela al avance científico-técnico de la medicina, condicionado además por cambios en la prevalencia de las enfermedades, nuevas formas de gestión sanitaria y una supuesta demanda social.

Utilizaré el término “hiperespecializadas” como pequeña licencia semántica, discutible por supuesto, evitando otros como “subespecialización” podría resultar peyorativo o “superespecialización” denotaría lo contrario. aunque el debate parece estéril. En un entorno con 41 especialidades médicas, - el país de Europa con mayor número junto a Italia - , la cuantía y formato de unidades que de ellas se derivan resulta difícil de precisar y su análisis queda fuera del alcance de este breve capítulo. Reflexionaremos escuetamente sobre aquellas en las que nuestra especialidad ha sido y es de alguna forma relevante a sabiendas de olvidar otras experiencias ejemplares.

Papel de la Medicina Interna

La Medicina Interna, como paradigma de atención médica, no ha sido ajena a esta evolución. Por acción u omisión de alguna forma siempre ha estado implicada en la promoción y desarrollo de tales herramientas. Pero esta relación ha sido muchas veces tormentosa y no sólo porque su papel ha sido allí cuestionado sino porque el advenimiento de estas nuevas formas de asistencia ha descapitalizado nuestra especialidad, siendo responsable en gran medida de la crisis de

identidad sufrida a finales del siglo XX, felizmente superada por necesidades asistenciales, adquisición de nuevos roles e intentos de reformulación que han preservado el valor intrínseco de nuestra formación y capacidades.

Son muchos los intereses y varias las necesidades que subyacen en la creación de unidades hiperespecializadas.

Desarrollo de especialidades médicas

Numerosos internistas han participado activamente en ese tránsito, hasta el punto de quedar integrados orgánicamente en nuevos servicios (UCI...), incluso en puestos de responsabilidad.

La progresiva tecnificación de las especialidades y el afán por mejorar su cartera de servicios, entre otros, ha condicionado la aparición de nuevas unidades (hepatología, endoscopias digestivas...) en las que aún podemos encontrar internistas.

Alarma social: su sólida formación clínica y científica dota al internista de una polivalencia y versatilidad que han sido utilizadas reiteradamente por la administración para atender crisis sanitarias. Recordaremos dos de gran impacto económico y social.

Síndrome del aceite tóxico: desde su aparición en 1981 y hasta la fecha ha supuesto el fallecimiento de unas 3.000 personas y la afectación en conjunto y de forma variable a otras 20.000. Aunque constituye un modelo de dedicación y entrega del personal sanitario en su conjunto, la implicación de la Medicina Interna en este proceso ha sido y continúa siendo notoria. No es casual, por tanto, que en un reciente Convenio de colaboración entre el Instituto de Salud Carlos III y el Servicio Madrileño de Salud para el desarrollo de actividades para el mejor conocimiento del Síndrome del Aceite Tóxico y de la evolución clínica de los pacientes afectados (BOE 35 de 9/2/2007) encargue al ISC III que “contrate a tres profesionales médicos, preferentemente especialistas en Medicina Interna...”

Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: aunque la asistencia a esta pandemia ha implicado a equipos socio-sanitarios multidisciplinares (médicos, psicólogos, trabajadores sociales...), la

atención médica se desarrolla de forma integral desde los servicios de Medicina Interna y las unidades hiperespecializadas creadas a tal efecto, constituyendo una prestación básica en nuestra cartera de servicios.

Patología muy prevalente con una importante repercusión sobre la gestión de recursos sanitarios y desarrollo de programas preventivos, ha condicionado el desarrollo de unidades hiperespecializadas aunque la asistencia básica de estos procesos debiera descansar en la Atención Primaria, debidamente dotada. Todas ellas están de alguna forma representadas en los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna.

Insuficiencia cardíaca: el peso de esta dolencia en nuestra actividad asistencial es irrefutable y, a la inversa, nuestra actuación en su atención aguda resulta mayoritaria. Nuevas perspectivas terapéuticas (desfibriladores, resincronización, trasplante...) han planteado la necesidad de un abordaje especializado para optimizar recursos y mejorar resultados. En cualquier escenario, la presencia de internistas parece inexcusable.

Diabetes Mellitus: creadas para la búsqueda de la excelencia y el abordaje integral, curiosamente, y como novedad que podría ser extensible a otras patologías también prevalentes, las herramientas utilizadas para tal fin (dietistas, educadores...) no son personal facultativo.

Lípidos: patología con base genética para la que se precisa un cribado familiar estratégico, interacciones y toxicidad medicamentosa así como objetivos terapéuticos ambiciosos difíciles de alcanzar son algunos de las necesidades a cubrir por tales unidades. Hasta la fecha 37 de las 71 Unidades de Lípidos censadas por la Sociedad Española de Arteriosclerosis, están integradas en los Servicios de Medicina Interna.

Hipertensión arterial: el despistaje de formas secundarias de hipertensión arterial, acceso a tecnología hasta hace pocos años de uso restringido (monitorización ambulatoria de presión arterial...) y necesidad de tratamiento combinado en pacientes de alto riesgo cardiovascular son argumentos esgrimidos para la creación de tales

unidades en donde nuestra especialidad ha colaborado estrechamente con la Atención Primaria. No es de extrañar, por tanto que 6 de los 7 centros de excelencia reconocidos por la Sociedad Española de Hipertensión (2004-2006) pertenezcan a Servicios de Medicina Interna.

Patología emergente: el desarrollo económico-social de nuestro entorno ha generado inmigración y aumento de población flotante con la repercusión sanitaria que ello supone. Con perspectivas de eficiencia y para cubrir medidas preventivas-asistenciales en ese nuevo escenario, en algunos hospitales de tercer nivel y al amparo de la Medicina Interna se han desarrollado unidades específicas (salud internacional, medicina tropical, etc).

Demanda social. A pesar de que miles de españoles forman parte de las más de 5000 asociaciones de pacientes registradas, sus reivindicaciones, muchas veces alentadas desde la propia clase médica, parecen tener poca relevancia en las políticas sanitarias a excepción de las de mayor impacto (SIDA, Diabetes...) Desgraciadamente y posiblemente por error nuestro, la “marca” Medicina Interna no está entre las más demandadas por dichos colectivos por lo que nuestro papel desde esta perspectiva podría parecer menos relevante.

Nuevos modelos de organización asistencial. La simplificación burocrática y tecnológica de algunos procesos asistenciales junto a un crecimiento exponencial de la patología crónica han supuesto entre otros, cambios en los modelos de organización, dando lugar a la creación de unidades especializadas en la optimización de recursos y asistencia altamente eficiente. Así han nacido la unidades de corta estancia médica, larga estancia, hospitalización a domicilio, cuidados paliativos o consultas de alta resolución. En todas ellas la Medicina Interna ha sido pionera y es protagonista, toda vez que se mantiene a la vanguardia en nuevas formas de asistencia como la telemedicina.

Posibles beneficios.

Cuatro son los actores de mayor relevancia en este escenario; a saber y sin orden jerárquico, administración, profesionales sanitarios, pacientes e industria farmacéutica. Todos obtienen distintos y legítimos beneficios

pero todos en mayor o menor medida asumen riesgos con el desarrollo de estas unidades. Huelga recordar que el bien a proteger es la salud del individuo y que todo beneficio debería mantener ese principio. Un quinto actor representado por los medios de comunicación busca protagonismo, en ocasiones distorsionando la relación entre el resto, otras veces y de forma ejemplar sirviendo de punto de encuentro.

Para la administración sanitaria estas son herramientas muy útiles en los nuevos modelos de gestión pues facilitan la evaluación de la actividad por procesos y permiten la optimización de recursos, aunque no siempre y pueden aumentar el gasto. Además, actúan como estructuras intermediarias entre aquella y los pacientes, pudiendo mediar en conflictos que éstos plantean y, canalizar programas de salud o medidas de educación sanitaria cuando son diseñadas desde los poderes públicos. Por último, son elementos muy valorados en las relaciones interinstitucionales (Universidad, Ayuntamiento...) y entre niveles asistenciales.

El médico que desarrolla su actividad en una de estas unidades es un profesional de alguna forma singular, particularmente reconocido por todos los actores y en especial por los pacientes. Esa circunstancia puede proporcionar un alivio en momentos de desmotivación, baja autoestima profesional y creciente "burnout". El acotamiento del "conocimiento necesario" que supone la hiperespecialización facilita el rigor, mejora la seguridad y puede flexibilizar la relación médico-paciente y su entorno en tiempos en que está excesivamente fiscalizada. En otro orden de cosas, muchas de estas áreas están especialmente dotadas para la docencia e investigación lo que representa una plataforma de proyección profesional para quienes desarrollan allí su actividad, especialmente cuando la presión asistencial disminuye. En general el médico no debería dedicarse de forma exclusiva a este tipo de consulta.

Así el escenario, el paciente recibiría una asistencia efectiva, eficaz y, por supuesto eficiente, pues en cualquier modelo sanitario (público o privado) también eso le beneficiaría. Con un contrato basado en la garantía de medios -no de resultados- el paciente debería gozar de una atención personalizada y humanizada, siempre en colaboración con

atención primaria, acorde con las mejores evidencias -no las últimas- y los medios técnicos suficientes, dando cobertura a cualquiera por "rara" que fuera su dolencia. Pero todos estos son derechos inalienables del usuario, beneficios "generales" inherentes a la propia asistencia, independientemente del nivel de especialización requerido. No encuentro aquí un beneficio adicional para el paciente al que jamás deberíamos jerarquizar; hacerlo se me antoja éticamente cuestionable.

También la industria farmacéutica obtiene beneficios. La existencia de tales unidades permite optimizar la relación con los profesionales allí concentrados, generalmente en campos de la atención médica que constituyen las áreas de investigación de mayor interés comercial. Además, permiten desarrollar con garantía ensayos clínicos o investigación post-comercialización a la vez que promocionan sus líderes de opinión.

Por último, para los medios de comunicación supone la disponibilidad de prestigiosas fuentes de información, un valor seguro en los socorridos espacios especializados, monografías o cobertura informativa de jornadas "mundiales".

Posibles riesgos...

Llevados por la inercia de un entorno favorable, los equipos de gestión y autoridades sanitarias podrían crear nuevas unidades basándose más en criterios de oportunismo, moneda de cambio o rentabilidad política, que en su destino asistencial, especialmente cuando se desconoce su eficiencia. Más allá, la publicitación irresponsable de estas herramientas podría generar un efecto llamada en la asistencia de consecuencias difíciles de calcular.

Es evidente que uno de los riesgos a asumir y que tiene interés general es el despunte del gasto sanitario, especialmente el derivado de los medios diagnósticos y terapéuticos.

El profesional integrado en estas unidades asume el riesgo de ampliar el conocimiento y habilidades en un campo muy restringido para acabar siendo un "experto en casi nada". En otras palabras, el médico se

“tecnifica” y resulta muy útil para la comunidad, pero a costa de empobrecer su formación médica y eso puede llegar a ser dramático en el caso del internista, dada su esencia. A la espera de una carrera profesional “racional”, el profesional ajeno a esas unidades corre el riesgo de ser discriminado negativamente por todos los demás actores anteriormente enumerados con la posible aparición de celos profesionales y menoscabo del continuum asistencial.

También hay riesgos posibles para los pacientes... Aún cayendo en el tópico, cabe recordar que el individuo así asistido podría ser visto más como una enfermedad que como un enfermo, empobreciendo sin duda la relación médico-paciente. En un medio hiperespecializado el paciente puede además perder autonomía; es cierto que en ocasiones accede a mayor información, pero muchas veces ésta es confusa, difícil de depurar y su decisión queda finalmente hipotecada por el conocimiento del profesional siempre más cualificado. Por último cabe recordar que los pacientes atendidos en unidades hiperespecializadas cuentan con una posición de privilegio en cuanto al acceso a nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos con las ventajas, pero también con los riesgos que ello supone.

Parece oportuno dejar para otros el análisis de los riesgos que la existencia de unidades muy especializadas pueda suponer para la industria farmacéutica y los medios de comunicación...

El internista como investigador

José D. Pedreira Andrade

Servicio de Medicina Interna B. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

No pretendo, en este contexto, realizar un estudio sobre la investigación clínica o sus métodos, sino elaborar una reflexión sobre esta materia, que he adquirido en las varias décadas de mi práctica clínica hospitalaria y universitaria.

La Medicina Interna se ha convertido en una amplia especialidad, cuya tecnificación y complejidad actual nos impide a menudo alcanzar los nuevos conocimientos, precisos para el diagnóstico y la terapéutica de las diferentes enfermedades.

A lo largo de más de 30 años de práctica médica en dos hospitales, el Valle de Hebrón de Barcelona y el Juan Canalejo, he podido constatar que la Medicina Interna y el Internista pueden desarrollarse en muy diferentes actividades.

Esta especialidad permite al clínico llevar a cabo una importante labor en la Asistencia Primaria y en los Servicios de Urgencias. También el Médico Internista, por sus amplios conocimientos se desenvuelve con facilidad en diferentes unidades hospitalarias, como las de Corta Estancia Médica, de Hospitalización General, de Patología Crónica o de hospitalización prolongada, así como en las consultas externas no superespecializadas. En estas situaciones el Médico se enfrenta a menudo a patologías complejas, en ocasiones asociadas, en gente de edad, y las resuelve desde su formación de conjunto, que engloba a amplios campos de la Medicina.

La docencia es el segundo plano de actuación conjunto del médico internista. La amplitud de materias que incluye la especialidad, permite

desarrollar un importante papel docente en la formación general del pregrado y de los especialistas. En esta formación sin embargo, no debe limitarse a los aspectos clínicos de la materia, sino que debe ampliarse con la investigación clínica, pilar fundamental del desarrollo científico.

No es raro, sin embargo, que la faceta investigador quede relegada a un segundo lugar, o incluso a veces olvidada, en Centros Hospitalarios de mediano o importante nivel, que se han convertido en clínicas casi exclusivamente asistenciales. Se priva de esta manera al especialista de la enorme transcendencia que tiene la investigación médica, como señalaba Severo Ochoa, en el homenaje a Jiménez Díaz, que se realizó, un poco después de su fallecimiento.

El Médico Internista solo alcanza su nivel de suficiencia, en mi opinión, cuando compagina la clínica general con la actividad investigadora. En sus “Reglas y Consejos sobre la Investigación Científica”, Ramón y Cajal destaca la satisfacción de investigar y la sensación de estima que este hecho conlleva.

El Internista debe realizar la investigación clínica en Unidades o Grupos de subespecialización, que le van a permitir tener a su alcance todos los conocimientos y novedades precisos para lograr los máximos beneficios terapéuticos, en un mundo científico en continua progresión, y que cambia con una velocidad vertiginosa.

Esta forma de pensar me ha permitido introducirme en el campo de las hepatitis virales en la década de los 70, en el Hospital del Valle Hebron de Barcelona, pocos años después de que Baruch Blumberg descubriese el antígeno Australia. Más tarde continué esta línea de trabajo e investigación en el Hospital Juan Canalejo de La Coruña, simultaneándola entrada la década de los 80, con el seguimiento de los pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La investigación que debe realizar el clínico es fundamentalmente de índole epidemiológica y terapéutica, es decir muy práctica. Se obtiene así una enorme información que nos lleva día a día a descubrir nuevas facetas, como indica Starzl, en sus estudios pioneros sobre el trasplante hepático.

A lo largo de mi trayectoria médica, y siguiendo estas ideas he podido vivir, al estar en contacto directo con la patología, el descubrimiento de todos los virus de la hepatitis que como indicamos se inició en 1967 con el aislamiento del virus B, un hallazgo casual y sorprendente que valió un premio Nóbel. Más tarde también tuve la oportunidad de seguir el polémico descubrimiento del virus del SIDA, que de forma simultánea se verificó en Francia y EEUU por los científicos Luc Montagnier y Robert Gallo.

En el campo de la hepatología y sus avances, el papel de los internistas ha sido primordial en nuestro país, en donde un buen número de ellos han adquirido prestigio internacional, y el más alto rango universitario. Este hecho se ha repetido de la misma forma, recientemente, con la investigación sobre el VIH, y nos ha permitido en todo momento compartir las líneas científicas novedosas en las que nos introduce la investigación, con la práctica general de la medicina clínica.

Las diferentes líneas de trabajo siempre se han podido compatibilizar con las de otras especialidades y subespecialidades afines, como el aparato digestivo, la hepatología y la infectología. De esta manera unos y otros campos, se enriquecen notablemente. Otros aspectos de la Medicina Interna también han sido ocupados y estudiados a fondo por los Internistas, permitiéndoles desarrollar importantes facetas investigadoras. Ello ha acontecido, por ejemplo, con la hipertensión arterial, la patología de los lípidos, las colagenosis, las enfermedades autoinmunes y otros procesos.

Esta labor de subespecialización e investigación se ha convertido en imprescindible en el Internista actual, y debe de llevarse a cabo al menos en centros hospitalarios de alto nivel y dotación, y formación universitaria. Sin ella sería imposible abarcar todos los aspectos clínicos y terapéuticos que la medicina moderna conlleva. Los conocimientos de Biología Molecular, por referirnos a una faceta, se han hecho fundamentales y los clínicos, nos vemos implicados a adquirir los conceptos básicos en esta materia, que en palabras de Soriano son absolutamente necesarios para conocer la replicación viral. Nos

introducimos además al investigar, en un ambiente creativo, que como señala Goleman es necesario si se quiere lograr algo fuera de lo común.

Grandes Internistas del siglo pasado, en nuestro entorno, se acercaron a la investigación a través de la especialización, que hoy se correspondería, dados los grandes avances, con diversas facetas de la subespecialización. Farreras Valentí y Rozman crearon la escuela de Hematología de la Universidad de Barcelona. Gregorio Marañón tenía un especial interés por la Endocrinología, de la que fundó una Cátedra, y Jiménez Díaz impulsó notables descubrimientos en el campo de la exploración cardiovascular.

Sin investigación y subespecialización no es posible una carrera científica, obligación ineludible del Internista hospitalario. Sin dedicarme a fondo, en los campos en que me he formado, sería para mí en el momento actual, muy difícil acercarme a la terapéutica y diagnóstico de las infecciones por los virus de la hepatitis y el VIH, al igual que ocurre en otro amplio número de procesos. La implicación a unidades o grupos científicos es la única forma de obtener resultados para los Médicos Clínicos. Los hallazgos, nos dice Patarroyo son resultado único y exclusivo del trabajo. Solo con ellos podemos relacionarnos con la comunidad científica, y no permanecer aislados, comunicar nuestras experiencias en foros y reuniones, realizar publicaciones, y abrir nuevas líneas de investigación para los nuevos clínicos, que en el momento oportuno pueden alcanzar el más alto nivel con el desarrollo de su Tesis Doctoral. Todos estos aspectos, además de satisfactorios, redundan de forma positiva en el currículum del clínico investigador. No en vano Agustín Pedro-Pons incidía en este hecho: en la necesidad de la investigación científica, que elevaba a la categoría de arte.

No es fácil sin duda este camino, es arduo y espinoso. La dificultad para introducir el método científico e investigador en los hospitales asistenciales, asfixiados por la rutina, es enorme. Pero el clínico no obtendrá su formación global si lo excluye. La investigación origina inquietud, al tiempo que nos aleja de las situaciones rutinarias. En nuestro entorno occidental, no se concibe al especialista hospitalario de

nivel como un Médico ajeno a la actividad científica. Es que la Medicina, al fin y al cabo es una profesión científica y no puede desarrollar sus funciones y conocimientos como si se tratase simplemente de “fabricar en cadena”. Solo la implicación en la investigación permite ampliar los conocimientos imprescindibles para realizar una correcta terapéutica. Lo contrario conduce a la frustración, es una condena a la desmotivación perpetua.

Creo fundamental, por todo lo señalado, que el internista debe implicarse con obligatoriedad en la producción científica. Ello, sin que por desarrollar una línea de subespecialización le impida lo que es su obligación, llevar a cabo la práctica clínica diaria. El Internista hospitalario tiene que ser al tiempo Investigador y Médico práctico. En un Centro Hospitalario Universitario no hay lugar para otro tipo de labor. Los nuevos conocimientos solo se alcanzan de esa manera. Es preciso apostar al máximo por el Médico Científico y desechar frases tan desgraciadas, repetidas hasta la saciedad en nuestro entorno como: “que inventen ellos,” o “que investiguen los investigadores”. Nuestra lucha por desterrarlas tiene que ser de una vez definitiva.

Bibliografía:

- Blumberg BS, Gerstley BSJ, Hungerford DA, London WT, Sutnick AJ, A serum antigen A (Australia antigen) in Down's syndrome leukaemia and hepatitis. *Ann Inter Med* 1967; 66: 924-931.
- Gallo R. A la caza del virus del SIDA, cáncer y retrovirus humanos. Relato de un descubrimiento científico. SEISIDA. Madrid, 1995.
- Goleman D. *The Creative spirit*. Alvin H Perlmutter, Imc, 1992.
- Gómez Santos, M. Gregorio Marañón. *Vida y obra*. Espasa. Madrid.
- Gómez Santos M. Severo Ochoa. *La emoción de descubrir*. Ed. Pirámide. Madrid, 1993
- Jiménez Casado M. Dr. Jiménez Díaz. *Fundación Conchita Rábago*. Madrid, 1993

Lloveras G, Agustín Pedro-Pons. Ed. Alcides. Barcelona, 1964

Montagnier L. Sobre virus y hombres. Alianza. Madrid, 1994

Ramón y Cajal S. Reglas y Consejos sobre la investigación científica.
Austral. Madrid, 19^{ed}, 1991

Romero F. Manuel Elkin Patarroyo. EBE libros. Madrid, 1996

Soriano V, González Lahoz J. Biología Molecular para clínicos. IX
Curso. Publicaciones Permanyer. Barcelona, 2008

Starlz TE. The Puzzle People Pitsburg University Press, 1993

Epidemiología y Medicina Interna. La Investigación clínica.

Emilio Casariego Vales

Beatriz Pombo Vide

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral – Calde. Lugo

El trabajo de un médico no debiera de limitarse a dar la mejor atención posible a sus pacientes. Obtener todas las enseñanzas posibles de su actuación clínica debiera de ser una parte más de su labor habitual. Una de las razones es la necesidad de controlar la propia actividad. Sólo se puede mejorar aquello que medimos, por lo que sólo conociendo con exactitud lo que hacemos, y como lo hacemos, podremos lograr una mejora de nuestra actividad. Una segunda razón es que es preciso comunicar a los demás profesionales las aportaciones que podemos hacer al conocimiento de un problema. Estas aportaciones, aunque sean muy pequeñas, si son sólidas y de relevancia, permitirán que progrese de forma sostenida la investigación y que mejore la práctica clínica en su conjunto. Visto desde estos puntos de vista, la evaluación permanente de nuestra actividad, esto es la investigación clínica, debiera de ser considerada como una necesidad.

A pesar de esta necesidad y sus innegables beneficios, la investigación clínica sigue siendo una “cenicienta” en nuestro sistema sanitario. Tradicionalmente, la administración sanitaria la ha considerado como una actividad distinta de la asistencia. Es más, lo habitual ha sido identificar “investigación” exclusivamente con los laboratorios y la ciencia básica. Esto ha demostrado ser un concepto erróneo y limitante para el desarrollo de sistemas sanitarios de calidad. Así, establecer cual es el mejor método diagnóstico en el absceso hepático, el mejor tratamiento en la privación alcohólica o como reducir el tiempo de estancia en los pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca, no sólo es

investigación clínica, sino también un método de mejora de la actividad diaria del sistema. Si bien es cierto que los tiempos en que se consideraba esta actividad como un capricho personal, una forma de eludir el trabajo diario o una actividad poco útil ya han pasado, todavía existe un apoyo limitado a su desarrollo.

Entre los profesionales sanitarios se detectan posiciones muy heterogéneas y aunque, en conjunto, es bien valorada y se considera una actividad necesaria, pocos están dispuestos a invertir tiempo y esfuerzo en su realización. Algunas de las razones son las siguientes:

En primer lugar se considera que es un trabajo reservado a unos pocos; a una élite profesional. Habitualmente se piensa en personas con un alto nivel intelectual y baja presión asistencial enfrascados en problemas complejíssimos. Nada más lejos de la realidad. Nunca es provechoso encerrarse en una torre de marfil. Hablamos de un internista que, en su trabajo diario, ha de ser un atento observador y un hábil analista de la realidad que le rodea

En segundo lugar se considera que sólo se puede hacer en centros muy seleccionados, dotados con grandes equipos. Tampoco es necesariamente cierto. En buena lógica, los centros mejor dotados de personal y equipos parten en una mejor posición de partida pero eso no implica que la investigación deba limitarse a ese tipo de instalaciones. Allí donde existan enfermos y personas interesadas en mejorar es posible realizar investigación clínica de calidad

En tercer lugar se piensa que la realización de ensayos clínicos prospectivos y aleatorizados (ECA), el diseño de investigación por excelencia, está limitado a unos pocos centros y facultativos. Las razones son obvias, los ECA requieren de grandes infraestructuras, personal de apoyo y una importante dotación económica. Si bien los ECA se han afianzado como el tipo de estudio que proporciona una mayor fuerza de evidencia, esto no significa que otros tipos de estudio carezcan de valor y que cualquier problema deba de resolverse con este esquema de análisis. El esquema de un estudio depende de la pregunta que se pretenda responder. Si nuestro interés es conocer el pronóstico de una enfermedad (por ejemplo supervivencia tras shock séptico) el modelo idóneo es un

estudio de cohortes. Sin embargo si deseamos conocer la prevalencia de colelitiasis asintomática distribuida por grupos de edad nos decantaremos a realizar un estudio de prevalencia. Cuestiones como éstas son muy importantes en la práctica clínica diaria y la respuesta se obtiene con estudios adecuados, aunque se les considera con un menor nivel de evidencia. Quizá por este motivo algunos autores sostienen que los diseños considerados con menor nivel de evidencia están siendo minusvalorados y que se realizan con menor frecuencia de lo necesario para la clínica. Establecer el perfil de una enfermedad, determinar el mejor método diagnóstico o conocer su pronóstico son problemas vitales en la clínica que debieran analizarse con la misma intensidad que el tratamiento.

En cuarto lugar se arguye que son precisos conocimientos en epidemiología y/o estadística muy complejos que no están al alcance del clínico habitual. La investigación clínica es una actividad que posee su propio cuerpo de conocimiento y reglas de actuación que es preciso conocer en profundidad. Sin embargo es posible realizar investigación clínica de gran alcance y repercusión con apoyos metodológicos sencillos, asequibles para clínicos interesados. Además, en la actualidad, es fácil conseguir el apoyo de equipos metodológicos de calidad siempre que dispongamos de una idea atractiva y factible .

En quinto lugar, una queja veterana: la financiación es escasa. Posiblemente esta sea una de las cuestiones en las que siempre ha existido una mayor coincidencia. La competencia por los fondos de investigación, siempre insuficientes, es extremadamente dura y los equipos que trabajan en investigación básica parten con una enorme ventaja. Esta situación, cierta en épocas no muy lejanas, en el momento actual ha de ser relativizada. Aunque el esfuerzo presupuestario para investigación biomédica ha sido muy importante, sigue siendo complejo conseguir una financiación suficiente lo que debe de interpretarse en el contexto de la competencia entre los muchos grupos de investigación que han surgido en nuestro país en los últimos años. En este momento el problema no son los fondos sino integrar un grupo de investigación competitivo capaz de presentar un proyecto de investigación de alta calidad.

En sexto lugar, las dudas ... todo esto, ¿me vale para algo?. La duda no es baladí ya que el valor curricular de la buena investigación publicada en revistas de prestigio es mínimo y carece de valor retributivo.

Investigación clínica e internistas:

En el entorno hospitalario actual el internista ocupa una posición muy polivalente, atendiendo a múltiples facetas asistenciales. Aunque existen diferencias según los Centros, en general los internistas asumen el grueso de la asistencia de los pacientes con patologías muy prevalentes desde Servicios, como Medicina Interna, Hospitalización a Domicilio o Urgencias, o Unidades como Corta Estancia, consulta en servicios quirúrgicos o Enfermedades Infecciosas. Esta diversidad de funciones, si se complementa con una actividad clínica de excelencia, debe ser trampolín muy eficaz para realizar una actividad investigadora amplia y de calidad.

La investigación clínica más tradicional: describir enfermedades, establecer pronósticos, conocer el mejor tratamiento, etc, debe de ser un objetivo más de los internistas, independientemente del Servicio o Unidad en el que trabaje. Su visión integradora y su nueva posición en el sistema sanitario le permiten observar de cerca los problemas más complejos. Supongamos un varón de 58 años, alcohólico y con diabetes mellitus 2, que ingresa en el Servicio de Traumatología por una fractura de cadera y que durante el ingreso desarrolla descompensación hiperglucémica no cetósica, síndrome mayor de privación alcohólica, insuficiencia cardíaca por hipervolemia, trombosis venosa profunda, infección de tracto urinario post-sondaje, No sólo es un paciente con mala suerte y de gran complejidad en su manejo, también es una fuente de conocimiento sobre el comportamiento de los enfermos con pluripatología y la mejor actuación hospitalaria. Sólo es un ejemplo entre muchos posibles pero refleja no solamente el perfil necesario actual del médico internista hospitalario, sino también la necesidad de adecuar los conocimientos a las nuevas realidades clínicas.

Relacionado con el punto anterior de inmediato se plantea un nuevo problema: ¿son necesarias nuevas formas de organización dentro del

hospital?, ¿es el médico internista el eje de la atención hospitalaria a pacientes con pluripatología?, ¿es preciso modificar las actuales estructuras organizativas para adaptarse a la nueva realidad?,..... Es evidente que la actual estructura hospitalaria de distribución de tareas chirría y, cada vez más, los distintos centros “inventan” soluciones locales para adaptarse a las circunstancias. ¿Cuál es la mejor solución?, ¿existe una única solución?. La organización de los servicios intrahospitalarios es una tarea necesaria que no debiera de dejarse a la improvisación o a los deseos de algunos, es una tarea que debiera de sustentarse en una investigación previa. En este caso, el internista, por su trabajo en diferentes zonas del hospital y su actuación trasversal a múltiples servicios, es una pieza clave al menos para su planteamiento y desarrollo.

Si las relaciones interservicios hospitalarios chirrían ante los retos de la asistencia hospitalaria, las relaciones interniveles asistenciales hace años que precisan de mejoras sustanciales. Por ejemplo, los resultados de los sucesivos barómetros sanitarios reflejan como nos ven los ciudadanos y, aunque valoran la competencia y el trato de sus profesionales y el nivel tecnológico de los centros, la consideración cae drásticamente cuando se juzga la organización y los aspectos funcionales del sistema. Las demoras tanto quirúrgicas como de atención en consultas o en la realización de pruebas complementarias son, desde hace años, los aspectos que concentran las peores valoraciones. Los profesionales que trabajan en el ámbito de las consultas no quirúrgicas en adultos (tanto en atención primaria como hospitalaria), tienen una opinión similar y señalan que el servicio podría funcionar mejor. La opinión más generalizada es que gran parte de los problemas se originan porque la coordinación entre niveles asistenciales es muy pobre o inexistente. Aunque se han propuesto múltiples soluciones ninguna de ellas se ha puesto en marcha de forma generalizada. Es más, algunas propuestas se han quedado desfasadas antes de iniciarse Pero, por otro lado, existen numerosas iniciativas de profesionales que trabajan en este ámbito que han abordado el problema en sus centros de trabajo. Suelen ser actuaciones heterogéneas, planteadas para resolver diferentes situaciones locales y no siempre exportables a otros lugares. Es evidente que es

preciso analizar como mejorar ...¿no es esta una investigación en la que debieran de integrarse los internistas?

En los últimos años, la investigación financiada y promocionada por empresas del ámbito privado, pero realizada por facultativos de centros públicos, se ha desarrollado de una forma muy importante. Esta colaboración se centra de forma preferencial en ensayos clínicos promovidos por la industria farmacéutica, lógicamente hacia enfermedades y tratamientos que son de su interés. Como consecuencia, este tipo de investigación es mucho más habitual en servicios muy concretos (por ejemplo Oncología o Reumatología) y en un subgrupo de pacientes muy particular (sufren la enfermedad de interés pero están sujetos a condiciones tan estrictas de selección que no siempre reflejan al paciente promedio que padece ese trastorno). En este contexto, los internistas se hacen cargo de un número pequeño de estudios. Sin embargo cabe esperar que esta situación se modifique en los próximos años. El envejecimiento de la población y la presencia de pluripatología obligará a modificar los sujetos diana en muchas patologías y como consecuencia los servicios de Medicina Interna tenderán a ser más reclamados para estos estudios.

Como vemos, la investigación es una tarea compleja y de múltiples vertientes. No parece lógico enfrentarse a esta tarea de forma individual. Las personas interesadas en el estudio de un problema tienden a unirse en grupos de trabajo con otras de su entorno. Estos grupos de trabajo, que pueden albergar a diferentes profesiones o especialidades y pertenecer a diferentes Centros, han de luchar por integrarse en estructuras todavía más amplias, como los actuales CIBER. Formar parte de estas estructuras de investigación, sólidas y con múltiples profesionales de procedencia muy diversa, es altamente enriquecedor y debiera formar parte de las inquietudes y objetivos de los internistas.

Uno de los aspectos en los que el internista puede tener una mayor relevancia es en el estudio de la traslación del conocimiento. Este concepto incluye el intercambio, síntesis y aplicación ética de los nuevos conocimientos, en un complejo sistema de interacciones entre investigadores y usuarios, capaz de acelerar el trasvase de los beneficios

de la investigación y la mejora de las prestaciones sanitarias. Existen muchos modelos diseñados para mejorar la implementación de los cambios en la práctica derivados de las nuevas evidencias. De entre ellas, la construcción de herramientas de información, como revisiones sistemáticas o guías de práctica clínica, es una actividad investigadora en la que los internistas españoles han realizado notables aportaciones en los últimos años.

¿Todos podemos hacer investigación?

A la vista de lo señalado previamente parece que la actividad del internista ha de iniciarse cada mañana poniéndose la capa de Superman o Superwoman por encima de su bata. Se nos pide que seamos no sólo clínicos hábiles y de amplios conocimientos, sino también docentes pacientes y entusiastas e investigadores de calidad contrastada. Además, esta no es una tarea a corto plazo, se nos pide que mantengamos este nivel a lo largo de toda nuestra vida profesional. Es evidente que una persona no puede realizar todas estas actividades y hacerlas bien. De la misma forma, el sistema sanitario no puede suponer que va a contar con grupos de investigadores, esforzados y capaces, sólo porque es necesario.

No todo el mundo puede dedicarse a todas las facetas con la misma intensidad y buenos resultados. Sin embargo sí es posible explotar las habilidades de cada uno dentro de equipos de trabajo donde cada integrante aporta una cualidad y todos se benefician del conjunto. La investigación clínica es una tarea de equipos, sólidos y bien compenetrados, capaces de presentar y realizar proyectos de investigación, enraizados en su trabajo, bien estructurados y de complejidad creciente. Conformar estos equipos es una necesidad difícil y compleja y no siempre posible. Disponer de un director o líder capaz de aunar esfuerzos, establecer objetivos concretos, adecuados y alcanzables y conseguir que los éxitos repercutan en todos los miembros del equipo y de forma proporcional a su esfuerzo, es un requisito básico imprescindible.

Es un error suponer que con conocer en profundidad el problema clínico en estudio es suficiente. Hemos de pensar que la investigación

clínica es una disciplina que tiene su cuerpo de conocimientos que debemos conocer en profundidad para sacar adelante un proyecto de investigación. Sólo así podemos asegurar la validez interna de nuestros resultados, esto es que midan lo que realmente pretenden medir. Para ello un requisito básico es que cada equipo cuente entre sus miembros con una o dos personas con conocimientos suficientes en Metodología de Investigación. Ello permitiría diseñar y realizar los proyectos de investigación más simples, establecer una comunicación eficaz con metodólogos en los proyectos más complicados o difundir las claves del diseño y realización de estudios entre los miembros del equipo dedicados en exclusiva a labores clínicas.

Las sociedades científicas y la investigación médica:

Los equipos de investigación se forman inicialmente con personas con afinidades profesionales similares. No siempre es posible que en el equipo se incluyan personas con los perfiles precisos para diseñar y llevar a cabo un proyecto de investigación. Por otra parte, los equipos con experiencia precisan agruparse para la realización conjunta de proyectos de mayor envergadura. En ambos casos las Sociedades Científicas pueden dar un apoyo muy importante.

En primer lugar, empezar no es fácil y los equipos sin experiencia, proyectos de investigación y escaso bagaje de publicación necesitan ayuda. En este caso la formación y los apoyos iniciales son clave. Las necesidades formativas iniciales más habituales incluyen conocimientos sobre el diseño de estudios, manejo de bases de datos o estadística básica. Las Sociedades debieran hacer un esfuerzo por mantener actividades formativas periódicas de calidad, muy prácticas en su diseño y cercanas a la actividad habitual. Mantener actividades de diferente nivel es una apuesta por incrementar la calidad de los estudios y también por fomentar las relaciones entre socios de distinta procedencia, que son la base de los estudios futuros más complejos. De forma complementaria, los equipos recién formados tienen muchas dificultades para realizar su primer proyecto de investigación ya que las convocatorias habituales de las Agencias de Investigación priman a los equipos expertos. Establecer convocatorias de proyectos de investigación

dirigido a equipos noveles y con presupuesto limitado permitiría el “despegue” de muchos de ellos.

Los equipos asentados conocen como concursar en convocatorias de proyectos de investigación y habitualmente han publicado sus primeros estudios. En general estos grupos suelen requerir formar sociedades con otros grupos similares o participar en proyectos multicéntricos. En el primer caso, las Sociedades Médicas son el entorno adecuado para localizar a otros grupos con las mismas inquietudes o que puedan aportar un valor añadido al trabajo conjunto. En el segundo caso, los grupos de estudio encuadrados en las Sociedades son el lugar propicio para la creación y desarrollo de proyectos de investigación multicéntricos a nivel nacional o bien el foro donde evaluar la integración en estudios de mayor proyección.

Bibliografía

- Anónimo. La gestión necesaria de los servicios sanitarios y clínicos. En Bonfill X. (ed.). Asistencia sanitaria basada en la evidencia. Sanidad y Ediciones 2000, Madrid.
- Baker M, Kirk S. Research and development for the NHS, evidence, evaluation and effectiveness. Radcliffe Medical Press, 1996.
- Silva Ayçaguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Ed. Díaz de Santos S.A. , Madrid, 1997.
- Rodés J, Trilla A. Investigación clínica: del laboratorio al paciente. Med Clin (Barc.) 2003; 121: 189-191.
- Ausina Ruiz V. Profesionalización de la investigación biomédica en España: ¿vamos a desaprovechar otra oportunidad?. Med Clin (Barc.) 2004;; 122: 221-222.
- Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Churchill Communications Europe España s.l., Madrid 1997.

La Evidencia. Las Guías de práctica clínica.

Emilio Casariego Vales

Beatriz Pombo Vide

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral – Calde de Lugo

En los últimos años los médicos vivimos un bombardeo apabullante de información. Para tomar muchas de las decisiones hemos de bucear en un océano de datos que tienen una amplia variabilidad en rigor, en consistencia y aplicabilidad para un paciente concreto. En este contexto el movimiento “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE) tiene un impacto enorme. Una de sus definiciones apunta que “ es la integración de las mejores pruebas de la investigación con la experiencia clínica y los valores de los pacientes. Otra definición podría ser “el uso consciente, explícito y prudente de las mejores evidencias médicas disponibles en la toma de decisiones clínicas en pacientes concretos”. Por lo tanto este movimiento integra: evidencias científicas, experiencia clínica del médico y valores y preferencias del paciente. No pretende que uno de estos componentes prevalezca sobre los otros sino que se combinen de la mejor forma para tomar una decisión concreta en cada uno de los pacientes. En un principio este movimiento se autodenominó “nuevo paradigma” de practicar clínica. Esto es localizar, seleccionar e incorporar los mejores datos de la investigación a la práctica. En la actualidad lo vemos como una herramienta muy útil para la práctica clínica y, de hecho, ofrece sólidas ventajas:

- Ofrece una forma fundamentada de recoger información, que no se queda en un comentario de un compañero o en una experiencia personal.

- Permite que diferentes facultativos con diferentes grados de formación tengan juicios de valor sólidos

- Permite aumentar y actualizar nuestro conocimiento médico de forma adecuada

- Es una forma de aprendizaje pegada a la práctica real, lejos de academicismos no siempre útiles.

Pese a ser una herramienta con muchas virtudes no es un paradigma que acaba con los problemas y para entender de verdad su valor hemos de conocer sus limitaciones. Analizaremos esta situación evaluando algunas formas de difusión de la información médica :

- 1.- Ensayos clínicos: no es oro todo lo que reluce
- 2.- Metaanálisis
- 3.- Revisiones sistemáticas
- 4.- Guías de Práctica Clínica
- 5.- De la evidencia a la práctica: como rellenar este vacío

1.- Ensayos clínicos:

El ensayo clínico prospectivo y aleatorizado (ECA) se considera como la mejor fuente primaria de evidencia científica para clínicos y está ampliamente aceptado en la evaluación de nuevos tratamientos farmacológicos. De hecho, la MBE coloca al ensayo clínico, y al metaanálisis de los mismos, en la posición más alta de la jerarquía de la evidencia científica. Sin embargo existe una cierta sobrevaloración de los ECA ya que están sujetos a una serie de problemas que limitan su aplicabilidad. Por ejemplo, en el entorno quirúrgico, las variaciones de la técnica, la experiencia del cirujano o los condicionantes anatómicos del paciente generan un grado de variabilidad que puede tener una gran repercusión en el resultado final. Esto no supone que los ECA no sean un buen tipo de estudio sino que no es perfecto y que cuando valoramos sus posibilidades hemos de conocer sus limitaciones

No son útiles para investigar cualquier tipo de problema clínico. El ECA se diseñó para conocer las ventajas de un tratamiento frente a otro. Por lo tanto hay situaciones en las que otro tipo de diseño es más eficiente. Por ejemplo, las investigaciones sobre las causas de una enfermedad o sobre su pronóstico se realizan de forma habitual con un diseño tipo estudio de cohortes, mucho más adecuado. De la misma forma la evaluación de una prueba diagnóstica se realiza de manera

adecuada con estudios tipo cohorte. Incluso la evaluación de los efectos secundarios poco frecuentes de un fármaco se evalúan mejor con un diseño tipo caso-control e incluso con la evaluación detenida de series observacionales. Por tanto, cada pregunta clínica se adapta a un tipo de estudio diferente, que puede ser mucho más apropiado que el ensayo clínico, aunque este tenga más valor en las tablas de evidencia.

Una situación distinta, pero habitual, es que el ensayo clínico sea una herramienta adecuada pero irrealizable, bien por razones éticas o bien por dificultades insalvables. Por ejemplo, la evaluación del efecto placebo es compleja en los ensayos clínicos quirúrgicos. Parece poco ético practicar una incisión y luego suturarla sin realizar, de por medio, procedimiento quirúrgico alguno. Es más, anestesiarse a un paciente sin que se le realice ningún procedimiento quirúrgico, sería probablemente rechazado por casi todos los Comités de Ética y por la totalidad de los pacientes. En otras ocasiones simplemente existen circunstancias insalvables. Por ejemplo, mientras los ensayos con fármacos disponen que los pacientes pueden abandonarlos si las cosas no transcurren de forma satisfactoria; en los ensayos quirúrgicos, de forma habitual, el tratamiento es irreversible o requiere una segunda intervención.

Condiciones de desarrollo que no siempre reproducen la vida real: En general las condiciones de acceso a un ensayo son muy estrictas de tal forma que los pacientes que lo van a seguir se seleccionan de forma exhaustiva. Las razones pueden oscilar desde extremar la máximo las condiciones del ensayo hasta incluir sólo a pacientes con altas probabilidades de responder al nuevo tratamiento. Como consecuencia es muy probable que los pacientes que integren los ensayos sean muy distintos del paciente habitual de nuestros Centros.

Segos en el desarrollo: Cualquier investigación puede quedar condicionada por influencias externas que desvirtúan el resultado. Una investigación puede estar especialmente diseñada para “encontrar” el resultado deseado. No es difícil; basta con introducir algunas modificaciones en su diseño: tratando al grupo control con un fármaco que no sea el mejor posible o utilizar el mejor comparador pero a dosis más bajas de lo necesario (será menos eficaz) o más elevadas (podrá

tener más efectos secundarios). Si bien un ECA tiene, en principio, el credencial de excelencia el médico práctico ha de intentar juzgar la validez de sus resultados y su posible aplicación en su contexto y en su paciente concreto. De existir alguna duda siempre podemos buscar otros ECA similares, realizados por otros grupos de investigación. La replicación siempre ha sido un rasgo primordial de las ciencias. En los últimos años se ha desarrollado la tendencia a la realización de ensayos a gran escala; megaensayos, tan complejos como caros, y que, en ocasiones, llegan a presentarse como el estudio que ofrece la respuesta definitiva a un problema clínico importante. Es cierto que proporcionan información muy relevante pero no debemos dejarnos deslumbrar por su tamaño, también tienen problemas de concepción, diseño, realización y análisis que debemos valorar. Nuevamente el médico práctico ha de tener un juicio propio sobre la información que recibe. Pues bien, la MBE, la misma herramienta que coloca al ECA en lo más alto de la jerarquía de la evidencia, proporciona las claves para realizar su lectura crítica. Sólo si disponemos de estas habilidades y las practicamos de manera habitual en la lectura de los artículos originales dispondremos de una cierta capacidad de juicio independiente, sin recurrir a terceras instancias.

2.- Metaanálisis

Este término se empleó por vez primera en 1976 para referirse al análisis estadístico del conjunto de resultados obtenidos en diferentes ensayos clínico realizados sobre un mismo problema. Si bien inicialmente se empleó fundamentalmente en el análisis de problemas de ciencias sociales, desde la década de los 80 se emplea en medicina y en la actualidad son muy frecuentes en las publicaciones médicas. Su progresiva aceptación se fundamenta principalmente en dos motivos. Por una parte evitan los problemas de las revisiones tradicionales ya que son más objetivos y utilizan una descripción común en la comunicación de los resultados. Por otra parte aumentan la precisión del resultado final al disponer de un mayor número de pacientes, teniendo en cuenta la diferente precisión de los diferentes estudios que lo componen. Por todo ello se utilizan en sobre todo en las siguientes situaciones :

- Para comprobar la consistencia de diferentes ensayos sobre el mismo problema clínico, resolviendo los resultados conflictivos de los diferentes estudios.
- Para evaluar la respuesta de diferentes subgrupos de tratamiento
- Para cuantificar la presencia de efectos secundarios de baja frecuencia
- Para el diseño de futuros estudios

Todo ello ha permitido conocer mejor los problemas clínicos a los que nos enfrentamos y ha permitido avances sustanciales en su conocimiento. Entidades como la Colaboración Cochrane, han desarrollado un trabajo extraordinario en el análisis de los resultados de múltiples tratamientos e intervenciones, tanto en el ámbito de tratamiento como de prevención.

Sin embargo, como es lógico, es una herramienta que tiene limitaciones evidentes que debemos conocer:

a). Sesgo de selección y de publicación:

En teoría los resultados obtenidos de la suma de múltiples ensayos clínicos debieran de ser más exactos que los obtenidos por separado. Sin embargo esto puede no ser así. Los metaanálisis se construyen sobre ensayos ya realizados por lo que es preciso realizar un búsqueda exhaustiva de los mismos e incluso comunicarse con los investigadores conocidos sobre el problema y con las compañías farmacéuticas. Sin embargo, por razones diversas, no todos los ensayos realizados llegan a publicarse. Por ejemplo, una compañía farmacéutica puede no tener interés en comunicar unos resultados no favorables a su producto, un editor médico puede tener menor interés en publicar los resultados de un estudio negativo, un investigador puede demorar la comunicación de resultados no favorables a sus hipótesis, etc. Estos sesgos de origen son muy difíciles de identificar y cuantificar y pueden suponer que los resultados obtenidos no reflejen de forma absoluta la realidad.

b). Evaluación de la calidad de los ensayos:

La estadística de los metaanálisis se fundamenta en que la importancia de cada ensayo depende de su tamaño muestral y, de esta forma, los ensayos de mayor tamaño, tienen un mayor peso en el resultado final. Sin embargo, independientemente de su tamaño, la calidad puede ser variable pero su evaluación es compleja.

c). Análisis estadístico:

De forma ideal, el resultado final del metaanálisis es el valor resultante del análisis conjunto de la totalidad de los estudios, teniendo en cuenta el tamaño de cada ensayo y su heterogeneidad. La premisa de las técnicas de análisis de los ensayos clínicos es que sólo se pueden realizar comparaciones directas entre los grupos caso y control que participan en el mismo estudio pero no entre los participantes de distintos estudios. Para superar esta limitación se han diseñado técnicas específicas propias del metaanálisis que obvian esta circunstancia, sin embargo estos métodos tienen limitaciones.

3- Revisiones sistemáticas:

Desde la segunda mitad del siglo XX la información que se publica en más de 25.000 revistas ha experimentado un crecimiento exponencial lo que hace muy difícil que los profesionales sanitarios, que trabajan en escenarios y situaciones complejas, puedan reunir la información adecuada en el momento preciso para la toma de decisiones clínicas (la llamada “paradoja de la información”). Es más, los diferentes aspectos de un tema determinado, (clínicos, epidemiológicos, económicos, etc) pueden estar dispersos en múltiples fuentes, por lo que se hace necesario agruparlos en una fuente común con una visión general clara, completa y rigurosa, que además se mantenga actualizada, de forma que podamos aumentar la efectividad en la toma de decisiones. El sistema clásico de integración de esta información, las revisiones narrativas habituales, ofrecen resultados muy limitados por su falta de objetividad. Las revisiones sistemáticas (RS) son un subtipo de revisiones que pretenden ofrecer una visión más clara completa y objetiva. Se realizan como estudios pormenorizados, selectivos y críticos de la literatura científica que, mediante un proceso basado en el método científico, muy

estandarizado, reproducible y transparente, tratan de analizar e integrar la información esencial de los estudios primarios de investigación sobre un problema de salud específico, en una perspectiva de síntesis unitaria de conjunto. Las RS son, por tanto, un tipo de investigación secundaria que intenta obtener un efecto global y más estable, y que además permite realizar análisis de subgrupos para estimar el beneficio relativo entre distintos elementos de población (según edad, sexo, etc). Por lo tanto, RS y metaanálisis no son el mismo concepto. Hablamos de revisión sistemática para referirnos al proceso de identificar y evaluar sistemáticamente varios estudios del mismo tipo y con un objetivo común, mientras que por metaanálisis entendemos habitualmente al conjunto de técnicas estadísticas mediante las cuales se combinan los resultados de estos estudios para obtener parámetros de medida globales. Así, una RS puede incluir o no un metaanálisis.

Aún cuando es un proceso muy estandarizado, no está exento de dificultades y limitaciones. A las limitaciones ya señaladas en el apartado anterior debiéramos añadir los problemas y errores al establecer conclusiones. Las conclusiones se redactan con interpretaciones de las pruebas, en ocasiones por grupos muy amplios de personas. Esto puede dar lugar a errores en su redacción final que, muchas veces, es lo único que leen los clínicos a los que van dirigidos. Por ejemplo, un error es confundir “no hay evidencia de efecto” con “la evidencia es que no hay efecto” o bien sacar conclusiones que van más allá de la evidencia que se analiza. Los revisores deberían ser siempre cautelosos con respecto a las conclusiones que sacan sobre las implicaciones para la práctica clínica.

4- Guías de práctica Clínica:

En la práctica clínica diaria lo habitual es que tengamos que tomar muchas decisiones en poco tiempo, bajo la presión del propio proceso asistencial y no siempre con toda la información que se desearía. Todo ello supone una enorme variabilidad; esto es se toman decisiones muy distintas ante problemas similares. Esto puede ser debido a la discrecionalidad en las decisiones, a los diferentes estilos de práctica pero también a que en el momento de la decisión el médico no dispone de la información más correcta.

Durante siglos la asistencia se ha fundamentado en la experiencia y el juicio personal. En los últimos años esto se ha modificado ante el enorme crecimiento de la ciencia y de la innovación biomédica, el desarrollo de aplicaciones que permiten el uso de gran cantidad de información y los avances en las comunicaciones y en la tecnología de la información. El resultado debe de ser cubrir la necesidad del médico de disponer, en el punto en el que toma la decisión, de información válida, precisa, adecuada, fácil de comprender, sencilla de localizar y aplicable al paciente concreto que tenemos delante. Pronto se advierte que pocos sistemas cumplen todas estas premisas. Por ejemplo, los libros en línea permiten acceder a través de Internet a textos clásicos permanentemente actualizados. Sin embargo este sistema sigue teniendo limitaciones; por ejemplo en pocas ocasiones el texto entra al nivel de detalle suficiente para resolver un problema concreto o bien se analiza el nivel de calidad sobre la que se basan las afirmaciones..

De la necesidad de disponer de información de alta calidad y alto nivel de detalle surgieron las Guías de Práctica Clínica (GPC). Aunque esta denominación se ha extendido a diferentes productos, las GPC de buena calidad son documentos donde se plantean preguntas específicas que se responden con recomendaciones sustentadas en las mejores evidencias disponibles. Su finalidad principal es ofrecer al clínico práctico directrices sobre como resolver problemas, Por lo tanto son recomendaciones de manejo, no normas fijas. En segundo lugar, se hacen para resolver problemas y por lo tanto se ofrece la mejor información disponible, que no tiene porque ser excelente, pero se especifica cuan buena es.

Pero, lógicamente, las GPC no están exentas de problemas. Mientras sus más fervientes defensores arguyen que es el mejor y más rápido sistema de implementación de las mejores evidencias, sus detractores sostiene que se trata sólo “de la ilusión de una única respuesta”. De hecho los médicos, a pesar de la difusión de GPC y de protocolos terapéuticos, perciben la práctica médica como un proceso muy complejo donde se imbrican la experiencia personal y profesional del

médico, la relación que se establece entre médico, paciente y familias así como recursos y necesidades logísticas que no es posible confinar a la estricta aplicación de unas directrices. Quizá por ello este tipo de trasladar información al clínico no está teniendo todo el impacto que inicialmente se le suponía. Muchas GPC no representan la complejidad del contexto clínico real y presentan la realidad como una serie de reglas a cumplir. Por estas razones las GPC han de ser instrumentos de clínicos para clínicos y debieran evitarse las GPC realizadas por grupos de “expertos” que no manejan la patología en estudio o realizadas por instituciones que persiguen más bien establecer cauces de actuación con fines meramente reguladores. Todo ello explica también el éxito de algunos portales que confeccionan GPC con recomendaciones bien fundamentadas y fiables presentadas como textos sencillos, pensados para su consulta rápida y hechos por clínicos que conocen los problemas de la patología que analizan. De entre ellos, www.fisterra.com es el líder en español con aproximadamente 50.000 consultas al día.

Otro problema es realizar solamente GPC sobre cuestiones donde las evidencias son muchas. Esta tendencia podría estar provocando una profusión de GPC centradas en los aspectos terapéuticos de un número pequeño de patologías y que obvian los aspectos diagnósticos del problema, claramente más difíciles o los problemas que se suscitan cuando coinciden 2 o 3 patologías de manera concomitante. Este es un campo de trabajo muy importante para el internista ya que se maneja en esos contextos. Sería deseable que las Sociedades de Medicina Interna impulsasen esta actividad de alto valor científico y clínico. Por último, no olvidemos que para el clínico la excelencia profesional no es sólo conocer y juzgar los resultados de la investigación sino también integrarlos con su experiencia y las preferencias de los pacientes.

5- De la evidencia a la práctica: un continuum:

Hace unas décadas la opinión más generalizada era que la información relevante y veraz se daría a valer por sí misma y que los clínicos aceptarían las enseñanzas de las revistas y de los congresos. Sin embargo se ha llegado a comprobar que las formas más tradicionales de

formación médica (conferencias, asistencia a congresos, ...) tienen un impacto muy limitado sobre la práctica clínica.

En la última década se ha utilizado un sistema alternativo. Utilizando los criterios de la MBE se han diseñado nuevos productos que contienen evidencias de alta calidad y presentadas de una forma clara y sucinta. Las GPC, por ejemplo, son uno de ellos y cuando están desarrolladas de manera adecuada aportan un rico y amplio conocimiento. Gracias a las nuevas tecnologías, hoy en día, son accesibles, de forma fácil y cómoda, incluso en el mismo punto de atención al paciente. Sin embargo, y a pesar de las buenas intenciones promovidas por la MBE, el proceso por el cual los resultados de la investigación se convierten en prácticas rutinarias es, con frecuencia, más largo y complejo. Analizar como se produce esa traslación de conocimientos a la práctica implica reconocer la influencia de: factores sociológicos, el impacto de la MBE y el papel de la industria.

En primer lugar, los cambios en la práctica clínica pueden adoptarse de dos formas: bien como una ruptura con lo previo al aceptarse un nuevo concepto o bien como la secuencia de pequeños cambios acumulativos. Pero, en cualquier caso, para que el cambio se produzca, debe de existir receptividad social, una situación que permite, o incluso apoya abiertamente, que las nuevas ideas se difundan tanto entre los médicos como entre los usuarios potenciales. Hemos de tener en cuenta que el médico práctico raramente toma sus decisiones con respecto a los avances científicos sobre la base de una evaluación pausada de la evidencia. Con mayor frecuencia la postura ante un posible avance médico se basa en la experiencia, propia o de los médicos más cercanos, en las interacciones con otros, en los dictámenes de los líderes de opinión en ese campo, las preferencias de los pacientes, las expectativas de los medios de comunicación y en otras muchas razones. Por lo tanto “trasladar el conocimiento” es algo más que una frase; es un proceso mucho más complejo de lo que “a priori” parece. De hecho no siempre se hace bien: las dificultades para cambiar la práctica tras establecer la relación entre *H pylori* y la úlcera péptica o la masiva difusión de la terapia hormonal postmenopáusica a pesar de las escasas evidencias sobre su eficacia y seguridad son ejemplos recientes y palpables. Por lo

tanto, a pesar de la tendencia a utilizar consensos en la implementación de la nueva investigación, los clínicos han de estar preparados para evaluar ellos mismos la información disponible.

Como hemos precisado previamente, la MBE, una rama joven y quizá idealista de la medicina, puede ser vista como una herramienta que proporciona al médico individual el acceso y uso de información clínica relevante y, por tanto, el conocimiento y la autoridad para determinar los beneficios y limitaciones de una evidencia determinada en el contexto clínico de un paciente concreto. Sin embargo algunos críticos sugieren que el excesivo énfasis en la jerarquía de la evidencia y el protagonismo excesivo de los ensayos clínicos ha originado una reducción en el desarrollo de otros tipos de estudio capaces de proporcionar otras evidencias necesarias en la clínica. De la misma forma se podría pensar que se ha originado otro tipo de reduccionismo al centrar la investigación fundamentalmente en ensayos clínicos sobre aquellos temas con mayor facilidad para recaudar fondos, prestándole menos atención a otras patologías.

Por último, la traslación del conocimiento de la investigación a la práctica clínica está muy influenciada, lógicamente, por la industria farmacéutica. Las compañías tienen una larga tradición y experiencia no sólo en la investigación de nuevos productos, sino también en su promoción. Su influencia se desarrolla a través de diferentes vías: financiando artículos en las revistas médicas o GPC, patrocinando una parte muy importante de la educación médica continuada, promoviendo los encuentros con líderes de opinión o mediante las visitas comerciales habituales. Esta ubicuidad promueve que se entremezcle información de notable interés médico con otra que sólo tiene interés comercial. Ante ello, los clínicos han de responder con su responsabilidad individual y su capacidad de análisis para discernir que información a de ser integrada en su práctica. Para ello la MBE puede ser una herramienta de primera magnitud.

Por lo tanto, el traslado de conocimiento a la práctica clínica habitual es un proceso lento y sometido a múltiples tensiones e intereses que pueden llegar a distorsionar la realidad. Por ello, es necesario que los

médicos, individualmente, estén capacitados para localizar, analizar y evaluar críticamente la información disponible. Sólo aunando las informaciones más recientes con aquellas más antiguas, en el contexto adecuado y para un paciente concreto, se puede obtener el máximo rendimiento de los avances científicos.

Bibliografía

- Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB. Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM. 2ª ed. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2000.
- Hurwitz B. How does evidence based guidance influence determinations of medical negligence?. *BMJ* 2004; 329: 1024-1028.
- DerSimonian R, Laird N. Meta-analysis in clinical trials. *Contr Clin Trials* 1986; 7: 177-188.
- The Cochrane Collaboration. Revisores Cochrane. Manual 4.1.6. Actualización enero de 2003. Disponible en: <http://www.cochrane.es/files/handbook.doc?download>
- Genuis AK, Genuis SJ. Exploring the continuum: medical information to effective clinical practice. Paper I: the translation of knowledge into clinical practice. *J Evaluation Clin Prac* 2006; 12: 49-62.
- Thomson MA, Freemantle N, Oxman AD et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2): CD003030.
- Lipman T. Power and influence in clinical effectiveness and evidence based medicine. *Fam Prac* 2003; 10: 163-176.
- Lexchin JR. Implications of pharmaceutical industry funding on clinical research. *Ann Pharmacotherapy* 2005; 39: 194-197.
- Scott IA. The evolving science of translating research evidence into clinical practice. *ACP Journal Club* 2007; 146: A8- A11.

El internista y las competencias en el área de bioética

Juan Antonio Garrido Sanjuán

Medicina Interna. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol

Esta reflexión utiliza como punto de partida el concepto de internista como “especialista en la persona enferma” o medicina interna como “especialidad que se dedica a la atención integral del enfermo adulto en el ámbito preferentemente hospitalario”. Como dice la **guía de formación de especialistas de medicina interna** “Los internistas se forman bajo el principio de que ninguna enfermedad o problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. Esta actitud ha llevado a participar activamente en la mayoría de los retos asistenciales a los que ha tenido que hacer frente nuestro sistema sanitario”.

El **objetivo** es argumentar la vinculación del área profesional ocupada por la especialidad con los orígenes de la bioética, reflexionar sobre aquellos aspectos de las competencias profesionales que se pueden beneficiar del desarrollo de la bioética y que a su vez redundan en un desarrollo de esta disciplina, justificar la necesidad de adquirir las competencias en bioética durante la formación como internista y reivindicar el importante papel del internista en el sistema sanitario desde argumentos vinculados a la bioética. Por tanto este texto no se ocupa de desarrollar de forma sistematizada las competencias a adquirir en este área ni el método para llevarlo a cabo.

Mark Siegler, internista al que algunos atribuyen el haber acuñado el término “ética clínica”, en una entrevista que apareció bajo el título “La relación médico-paciente piedra angular de la bioética”, expresaba varias ideas que aquí recojo porque nos pueden servir como introducción a la reflexión. Decía que empezó a escribir sobre los problemas que encontraba en su práctica clínica y le dijeron que estaba escribiendo

sobre ética; él insistía que lo que él escribía era sobre medicina clínica. A partir de aquí quedó acuñado el término “ética clínica” que luego sirvió también de título al manual, subtulado “Una aproximación práctica a las decisiones éticas en medicina clínica”, que escribió junto a AR Jonsen y WJ Winslade. En dicho texto definen la ética clínica como aquella disciplina práctica que proporciona una aproximación estructurada para ayudar al médico a identificar, analizar y resolver problemas éticos en la práctica de la medicina clínica. Resalto este término de “ética clínica” porque aunque me voy a referir a la bioética como disciplina más amplia y terminología más genéricamente aceptada, es esta parte de la bioética la que tiene una especial vinculación con nuestra especialidad. El concepto está unido a la especialidad desde su propio origen terminológico. Esta vinculación se refuerza al tener un sentido claramente dirigido a la resolución de problemas de esa “persona enferma”, atendida de forma integral, que es la razón de ser de la especialidad, no siendo por tanto una disciplina simplemente del ámbito del conocimiento intelectual.

Siegler afirma que “el conocimiento de un médico de los estándares éticos y su habilidad para aplicar el análisis ético en el cuidado de sus pacientes son tan importantes como su conocimiento y habilidades en la tradición de las ciencias básicas y en la ciencia clínica”.

Bernard Lo, autor del tema “Aspectos éticos de la medicina clínica” en ediciones anteriores del clásico texto básico para muchas generaciones de internistas “Harrison – Principios de Medicina Interna”, escribe que “la experiencia, el sentido común y el ser simplemente una buena persona no garantizan que sea posible identificar o resolver los problemas éticos que surgen en la práctica clínica”.

1. Razones del origen de la Bioética

El objetivo de estudio de la bioética son los problemas éticos planteados por las ciencias de la vida. La bioética sanitaria es la parte que intenta poner a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas planteados por las ciencias de la salud. La ética clínica quedaría englobada dentro de ella.

Aunque el ejercicio de las profesiones sanitarias ha planteado siempre problemas éticos, nunca hasta los años recientes se habían suscitado tantos problemas morales y tan complejos, obligando a desarrollar nuevos procedimientos de decisión y una formación específica de los profesionales. Las principales fuentes de conflictos éticos y, por tanto, las razones de este nacimiento de la Bioética son:

El enorme progreso de la tecnología en los últimos años ha llevado a que tengamos que cuestionarnos si se debe hacer todo lo técnicamente posible, todo lo que se puede. ¿Debemos utilizar siempre todos los avances científico-tecnológicos de los que disponemos y que crecen de forma exponencial?

b) **La pluralidad de valores personales a la hora de la toma de decisiones y el cambio en las relaciones sanitarias.** Se ha pasado de una relación paternalista, en que el médico ordenaba y el paciente obedecía, a una relación menos asimétrica entre dos personas adultas, responsables y autónomas. La reivindicación por parte de los pacientes de este nuevo tipo de relación, reflejo del cambio en las relaciones sociales en nuestra sociedad, llevó a la aparición de los códigos de derechos de los pacientes y al desarrollo del “consentimiento informado”. Poco a poco las decisiones sobre las pruebas diagnósticas a utilizar y los tratamientos las van tomando los pacientes tras recibir una adecuada información sobre sus beneficios y efectos secundarios y sobre las diferentes alternativas posibles. Debe ser la escala de valores de la persona enferma, y no la del médico ni siquiera la de su familia, la que debe determinar los pasos a seguir. Este proceso se ha visto complicado por la diversificación de valores personales en nuestra sociedad, progresivamente más pluralista.

c) **Acceso igualitario a la sanidad y distribución equitativa de recursos limitados.** El acceso igualitario a los servicios sanitarios y la distribución justa de los recursos sanitarios, que no sé si escasos pero sí son limitados respecto a la creciente demanda y aumento del coste tecnológico sanitario, ha ido introduciendo un nuevo elemento a tener en cuenta a la hora de la toma de decisiones. ¿A quién dar prioridad en el

acceso a dichas prestaciones? Es el origen de los problemas creados por las listas de espera sanitarias y por los catálogos de prestaciones cubiertas por el Estado.

La Bioética nace por tanto con vocación de dar respuesta a los múltiples conflictos de valores que surgen en una sociedad pluralista y democrática, en que se ha producido un cambio en las relaciones sanitarias, con reconocimiento progresivo de la autonomía de los pacientes, sociedad que ha vivido un enorme progreso de la ciencia y tecnología en pocos años y en la que es preciso respetar la justicia en cuanto al acceso igualitario a los servicios y recursos sanitarios limitados.

La **guía de formación de la especialidad**, aunque sin denominarlas así explícitamente, recoge de alguna manera estas razones que hemos enumerado, dentro de los motivos que justifican la remodelación reciente del programa de la especialidad: “En los últimos 30 años se han producido en todo el mundo desarrollado notables cambios en la organización sanitaria. Los hospitales se han enriquecido con los avances tecnológicos y con la consolidación de las especialidades médicas y la atención a nuevas enfermedades. El internista, hoy día, no abarca con profundidad todos los conocimientos y técnicas de que la medicina dispone, por lo que ha aprendido a trabajar en equipo, para ofertar a sus pacientes la mejor atención integral posible, conservando una visión global del enfermo y siendo capaz de mantenerse como referente ante enfermedades específicas y esforzarse por ofrecer nuevos servicios que la sociedad solicite”.

La misma guía introduce también estos factores en su reflexión sobre el futuro, ya presente, en que se va a mover la especialidad: “Es previsible que la atención sanitaria del siglo XXI se mueva en escenarios cambiantes y complejos determinados, en gran medida, por la demanda creciente de más y mejores servicios, los cambios en la relación médico-paciente, el desarrollo e incorporación de nuevas tecnologías, los nuevos criterios de atención hospitalaria, las restricciones presupuestarias y los recursos limitados que seguirán obligando a una adecuada utilización de

los mismos y la adopción de mecanismos de gestión en los centros sanitarios. La asistencia sanitaria será de mayor calidad, más segura, costo-eficiente y con un alto nivel de exigencia ética”.

Por tanto, como dice Albert R. Jonsen, “el renacimiento actual del interés por la ética médica no fue estimulado por una epidemia de inmoralidad entre los médicos. Tampoco tiene su origen en el desacuerdo sobre los principios generales de la ética médica. Más bien se ha generado por la conciencia creciente por parte de los médicos y los ciudadanos de que esos principios generales suelen ser inadecuados para enfrentarse a las nuevas situaciones”.

2. Participación del internista en el origen de la bioética.

La participación del internista en la atención de los pacientes en áreas especialmente “sensibles” que han sido generadoras de nuevos problemas éticos, ha hecho que tuviera que participar más o menos activamente en la reflexión sobre estos conflictos y en la búsqueda de soluciones o cursos de acción que disminuyeran los problemas de los pacientes y del sistema sanitario. Me estoy refiriendo a áreas como la geriatría (surgen más problemas éticos de la prolongación de la vida y las limitaciones generadas por el envejecimiento, incluso sin enfermedad), la oncología y los cuidados paliativos, las enfermedades de transmisión sexual y especialmente el SIDA, la prolongación de la vida de enfermos crónicos, con aumento de su pluripatología, la presencia mayor en los servicios de urgencias, con necesidad de enfrentarse tanto a problemas de enfermos críticos como organización de estos servicios....

Revistas científicas que han estado en el centro de la formación continuada del internista han recogido reflexiones sometidas a metodología de análisis ético que han permitido iluminar y argumentar posibles vías de solución a conflictos, especialmente en el ámbito del final de la vida. Un ejemplo puede ser la literatura generada por el paliativista T. Quill en torno al suicidio asistido y formas de acortamiento del proceso de muerte éticamente admisibles en *New England Journal of Medicine* y *Annals of Internal Medicine*.

3. El internista y los principios de la bioética

Los principios de la bioética pueden servir de guía para reflexionar sobre la aportación del internista a algunos problemas bioéticos en que se mueve nuestro sistema sanitario.

Principio de no maleficencia

- La compartimentación de la atención al paciente, la disgregación de su pluripatología en búsqueda de respuestas en especialidades diferentes, suele ser generadora de reiteración de pruebas diagnósticas y polimedicación, muchas veces sin adecuada evaluación de las interacciones potenciales entre tratamientos aconsejados por uno y otro especialista. La atención integral, o al menos la función coordinadora de esta atención por parte del internista, puede evitar multiplicación de consulta de especialidades o, al menos, coordinar indicaciones dadas por otros especialistas, facilitando la preservación en el sistema del principio de no maleficencia. La introducción a la guía de formación de la especialidad así lo recoge “El papel del internista como garante de la atención integral en el entorno hospitalario es decisivo para favorecer una atención sanitaria centrada en las necesidades globales de la persona. Con ello se evita el riesgo de atomizar la medicina no haciendo de la tecnología el eje exclusivo de la atención hospitalaria”.

- La sensibilidad hacia la preservación de la intimidad de los pacientes en un mundo sanitario con gran intercambio de informaciones sensibles, últimamente informatizadas.

- En el principio de no maleficencia está incluida la adecuada formación continuada del profesional, el mantenimiento de su actualización técnico-científica para ofertar lo indicado de forma actualizada. Aunque esto es inherente a cualquier especialidad, la medicina interna ha hecho un esfuerzo especial por formar a los nuevos especialistas en métodos facilitadores de esa actualización continua: lectura crítica de la bibliografía científica, aplicación a la medicina basada en la evidencia, metodología de investigación.

- Por otro lado el internista ocupa también un lugar central en los procesos formativos de pregrado y postgrado que se llevan a cabo en los

hospitales, debiendo también tener presente la importancia de la formación en actitudes éticas con su ejemplo, como la prevención y búsqueda de respuestas de los problemas éticos que se dan en los procesos de aprendizaje.

- El internista ocupa un papel central en el medio sanitario más tecnificado, el hospital. En este medio debe ser capaz de trabajar para que la tecnología esté siempre al servicio de enfermos y profesionales y no al contrario. Su formación y visión integral del paciente debe permitirle reflexionar con otros profesionales las decisiones de no instauración o retirada de medidas terapéuticas (o métodos diagnósticos), dentro del concepto de limitación del esfuerzo terapéutico, para evitar conductas desproporcionadas y “encarnizamiento terapéutico”, conductas que agraden el principio de no maleficencia.

El tema que oficialmente preocupa más en nuestra sociedad en relación con las enfermedades irreversibles o terminales es, en este momento, el de la eutanasia. En cambio, se da una situación mucho más frecuente y que es motivo de sufrimiento innecesario para el paciente. Es la llamada “distanasia”, situación contraria a la eutanasia y consistente en la aplicación no suficientemente justificada de tratamientos que empeoran la calidad de vida más aún que la propia enfermedad. No es extraño pues, que la distanasia sea una de las razones por las que se solicita la eutanasia. Se utiliza la palabra distanasia para indicar la utilización en el proceso de morir de tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente. Términos como encarnizamiento terapéutico u obstinación terapéutica tratan de definir este mismo hecho.

Los médicos tenemos la obligación de ser los primeros en detectar que no se deben continuar haciendo esfuerzos de tratamiento en estos enfermos y hacérselo ver a los familiares en caso de que éstos tengan una actitud de prolongación de esa vida con una esperanza inadecuada. Si esta discrepancia entre criterio médico y familias se produce debe darse tiempo a la comunicación, a la argumentación, para no crear mayor sufrimiento a la familia. En cualquier caso siempre se debe buscar el

momento más adecuado para la interrupción de estos tratamientos, una vez que la decisión está clara.

Tener claro que es aceptable moralmente no iniciar determinados tratamientos o retirar tratamientos que ya se han iniciado, tanto por su inutilidad técnica como por los deseos de los pacientes, es lo único que nos permitirá evitar ser rehenes de los avances científicos. En el campo del trabajo por la humanización del proceso de la muerte no siempre se debe (valoración moral) hacer todo lo que se puede (posibilidad técnica).

Cuando tratamos a pacientes en situación terminal es difícil decidir a partir de qué momento ciertos tratamientos resultan desproporcionados para no caer en una práctica maleficente como es el encarnizamiento terapéutico. Para dar respuesta a esta pregunta debemos analizar siempre una serie de cuestiones que incluyen: ¿cuál es el nivel o tipo de tratamiento del que estamos hablando?, ¿cuál es la situación biológica del paciente?, ¿cuáles son sus deseos?.

Antes de responder a la pregunta sobre cuáles son los deseos del paciente, el médico debe resolver otras dos cuestiones técnicas, como son valorar la competencia de ese paciente y proporcionarle una información adecuada. Es el paciente competente y correctamente informado el que debe decidir si un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico es ordinario o extraordinario para él y por tanto puede aceptarlo o rechazarlo. Es importante establecer un pronóstico correcto en el paciente terminal aunque resulte difícil. Lo proporcionado o desproporcionado de las decisiones diagnósticas y terapéuticas varía en el enfermo en el que esperamos una supervivencia de semanas a meses, con respecto a un enfermo preagónico (días a semanas), o a un enfermo agónico (horas o días).

La expresión “encarnizamiento u obstinación terapéutica” se aplica habitualmente a la prolongación innecesaria de los medios de soporte vital. Sin embargo podría aplicarse a otras situaciones, que aunque no sean terminales sí son irreversibles y en las que se emplean tratamientos para intentar revertirlas sin tener en cuenta la calidad de vida subjetiva.

Hay diferentes motivos que conducen a estas situaciones: el convencimiento de los profesionales o de las familias de que la vida biológica en sí misma es el máximo valor a preservar, tener más en cuenta aspectos científicos de la enfermedad que a la persona enferma, no reconocer adecuadamente el derecho del enfermo o sus representantes a rechazar tratamientos que le prolongue el proceso de muerte, la utilización inadecuada de los datos técnicos sobre el pronóstico, dando un valor desproporcionado al hecho de que en medicina raramente se puede hablar con certeza, etc. Las frases populares “mientras hay vida hay esperanza” o “hagan ustedes todo lo humanamente posible” engloban muchas de las justificaciones que aquí se han enumerado.

La introducción de nuevos fármacos con esperanzas de beneficio en situaciones crónicas y evolucionadas, y sobre todo en enfermedades oncológicas que ya han sido resistentes a otros tratamientos, conduce a veces a prolongaciones de situaciones de sufrimiento que nadie se atreve a parar.

Conocer y hacernos conscientes de todos estos factores implicados puede ayudar a que los detectemos y favorezcamos la mejor muerte de estos pacientes, sin necesidad de intervenciones directas, sino sólo dejando que su enfermedad siga su curso, mientras les atendemos y aliviamos.

Por tanto el campo de las decisiones que evitan el encarnizamiento terapéutico es especialmente cercano al internista en el hospital, sobre todo en las decisiones vinculadas a enfermos en contacto con intensivistas, oncólogos, etc. Todo este campo está completamente acorde con asumir como objetivos de la medicina de nuestro tiempo no sólo el mejorar la salud de los pacientes sino conseguir el alivio del dolor y sufrimiento o el acompañamiento en su muerte, como bien recoge la reflexión del Hastings Center de 1996 sobre nuevas prioridades entre los fines de la medicina.

Como veremos al hablar del principio de autonomía la instauración de las instrucciones previas, en las que el internista puede tener también

un papel central, puede reducir estos problemas de tratamientos desproporcionados.

3.1. Principio de justicia

Tanto en la medicina pública, principalmente, como en la privada, el adecuado planteamiento de la actividad del internista en el sistema, debe ser un buen aliado para los gestores, y en definitiva para la sociedad, para una mejor distribución de los recursos sanitarios limitados.

- La compartimentación de la atención de la persona enferma, del enfermo pluripatológico, es generadora no sólo de potenciales interacciones farmacológicas, sino de aumento de gasto por multiplicación de pruebas diagnósticas, polifarmacia, atención sanitaria a los efectos secundarios de la polifarmacia, etc. Pero además la compartimentación y la multiplicación de consultas de especialidades diferentes es generadora de alteraciones del principio de justicia al aumentar las listas de espera de los distintos especialistas.

- El consumo inadecuado de recursos en el contexto de realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos “desproporcionados”, ya definido al hablar del principio de no-maleficencia, atenta también contra el principio de justicia.

- El trabajo de recuperación de la confianza en el médico, mediante la potenciación de la atención integradora, debe redundar también en una disminución de utilización de recursos vinculados a la denominada “medicina defensiva”.

- La necesidad de la formación del médico en conocimientos de gestión clínica y la perfección de la necesidad de que los nuevos especialistas internistas perciban su papel como gestores clínicos, como responsables del gasto sanitario, ha estado presente desde hace años en la formación de los nuevos internistas.

3.2. Principios de autonomía y beneficencia:

En el campo de la bioética actual no podemos hablar de forma separada de estos dos principios. Buscar el mayor beneficio del enfermo

significa no sólo ofrecer los tratamientos adecuados desde un punto de vista técnico, de acuerdo con la evidencia científica, sino favorecer y respetar el proceso de decisión del enfermo de acuerdo a sus propios valores.

Como decía al inicio, estos principios están vinculados a la que probablemente sea la razón principal del nacimiento de la bioética como disciplina: el cambio en las relaciones sanitarias, con la potenciación del papel del paciente como protagonista.

- Consentimiento informado. El consentimiento informado no es más que la forma de llevar a cabo este tipo de relación que preserve la autonomía de la persona en el mundo de la salud, facilitándole la toma de decisiones según sus valores. Con el único límite de no poder elegir lo contraindicado, el médico está obligado a facilitarle la elección en materia de salud, entre las opciones posibles, entre las que siempre debe estar el no hacer nada, con conocimiento de la potencial evolución según lo elegido. Siendo esta una obligación ética desde hace años, en nuestro país ha quedado recogida como obligación legal a partir de la Ley básica de autonomía de los pacientes.

Este proceso se ha llevado a cabo en los distintos sistemas sanitarios, también en el nuestro, según varios modelos, que desde el punto de vista ético y del tipo de relación interpersonal que suponen son muy diferentes:

- Modelo paternalista clásico.

- Modelo informativo. El médico da información como experto, separándose y dejando que el paciente sólo decida entre las distintas alternativas.

- Modelo interpretativo. Además de informar intenta acercarse a los valores más importantes del paciente, aconsejándole.

- Modelo deliberativo. Añade al intento de conocer los valores del paciente un cierto grado de persuasión en la elección de la mejor opción según esos valores, acercándose a un papel de amigo o maestro.

Algunos resumen en dos estos cuatro modelos: un modelo puntual, centrado en conseguir la aprobación y/o firma del procedimiento por

parte del paciente, y otro modelo, procesual, enriquecedor de la relación y que busca la excelencia, en que la firma, si necesaria, es algo complementario (un registro de que el proceso se ha realizado, pero sin sustituir a éste).

El internista por su formación y tradición, al menos en nuestro contexto mediterráneo, debe ser potenciador de este modelo centrado en el proceso, que englobaría tanto al interpretativo como al deliberativo. Caminar hacia estos modelos o consolidarlos requiere: entender que es distinto informar que comunicar, por tanto hacer presente en la función del internista el desarrollo de esta faceta de mejorar la capacidad y habilidad de comunicación.

- Debemos como internistas seguir trabajando la ruptura con el mito de que la evaluación de la capacidad es cosa de los psiquiatras, mejorando nuestra formación y puesta al día en herramientas que mejoren nuestra evaluación de la capacidad de los pacientes al pie de la cama o en la consulta. Una reciente revisión que ponía en evidencia los déficit que tenemos los médicos en este campo y la necesidad de subsanarlos, aparecía recientemente en una publicación tan ligada a la formación continuada del internista como es el *New England Journal of Medicine*.

- Una buena historia clínica es el centro del consentimiento informado. El internista es un especialista formado específicamente en la excelencia de la historia clínica como herramienta de búsqueda de respuestas a los problemas de los enfermos. Una buena comunicación con el paciente, el asentamiento de la confianza en la relación, esenciales para un mejor desarrollo del proceso de consentimiento informado, deben comenzar por esta historia clínica.

- El internista como “coordinador” de las informaciones sanitarias del paciente. Sin pretender que el internista deba suplir el proceso de información que deben llevar a cabo otros especialistas que atienden al paciente, sí puede ejercer una función de complemento y aclaración de informaciones no bien integradas que sea facilitadora para la toma de decisiones de los pacientes. Debemos recordar además que en cuanto a los procesos de consentimiento informado “puntuales”, como por

ejemplo para pruebas diagnósticas invasivas realizadas por otros especialistas, la obligación del consentimiento informado no la tiene sólo el que va a realizar la técnica sino el que la indica.

- Debe ser facilitador de una cultura hospitalaria que permita la mejora del consentimiento informado como proceso, evitando que únicamente sea un “consentimiento firmado” y en contribuir a recordar a las administraciones que la obligación legal de hacer este proceso debe incluir tiempos para la información, dentro de los contemplados para la atención sanitaria.

- Instrucciones previas o testamentos vitales. Su desarrollo también ha quedado consolidado como derecho de los pacientes por la Ley Básica de Autonomía. Las instrucciones previas no son más que una manifestación del proceso de consentimiento informado cuando el paciente ya no es capaz de decidir. Su objetivo es preservar la autonomía de los pacientes en esos momentos, facilitando que los médicos sepamos lo que el paciente hubiera deseado en una situación como ésta en la que él no puede expresarlo ya.

Internistas y médicos de familia deben tener un papel protagonista en el desarrollo de las instrucciones previas en nuestro sistema sanitario o, mejor dicho, como ahora veremos, en el **proceso de planificación anticipada de las decisiones**.

El internista tiene contacto, muchas veces continuado, con muchos enfermos crónicos o con enfermedades degenerativas o progresivas, en que son predecibles algunos de los problemas que se van a plantear en su evolución.

Por ello este apartado se dedica especialmente a llamar la atención sobre lo que denomino “oportunidades perdidas” en nuestra sociedad y especialmente en nuestro sistema sanitario.

No voy a negar que desde la “salud”, desde una situación psicofísica que nos sitúa lejos de la discapacidad personal, se hace difícil decidir como querríamos que fuera nuestra respuesta ante situaciones concretas: como con la necesidad de respiración artificial o nutrición por sonda, deterioro mental severo, dependencia física completa, etc.

No pretendo afirmar que el que las personas “sanas” hablemos de nuestros deseos al final de la vida y elaboremos documentos de instrucciones previas sea un terreno que no se pueda trabajar. Pero hay otro terreno al que sí es más prioritario que dediquemos esfuerzos. Me estoy refiriendo al de las personas con enfermedades crónicas, enfermedades degenerativas, progresivas (especialmente neurodegenerativas) y enfermos oncológicos. La enfermedad obstructiva crónica evolucionada y la enfermedad de Alzheimer pueden ser ejemplos de los dos primeros grupos.

Cualquiera de las enfermedades mencionadas, y otras muchas en cada uno de los tres grupos, condicionan que las personas afectadas tengan contactos reiterados, y a veces muy prolongados, con el sistema sanitario. La relación con sus médicos de atención primaria y especialistas, especialmente internistas, es una oportunidad inmejorable para ir hablando de sus deseos en caso de producirse situaciones futuras. Estas situaciones ya no serán teóricas ni inespecíficas o genéricas, como lo podría ser la firma del documento de instrucciones previas por una persona sana, sino que son definibles a veces con muchos detalles. Es la descripción de estas situaciones concretas la que da mucho más valor a la voluntad de estas personas.

Las competencias del internista deben incluir la capacidad de informar, comunicar y facilitar la planificación anticipada de las decisiones en estos grupos de pacientes.

4. El internista y los comités de ética asistencial

Las inquietudes del internista ante la aparición de los problemas éticos, han conllevado que entre los profesionales que se han ido formando regladamente en bioética (masters, expertos universitarios, etc.) haya muchos internistas. Ellos han estado también presentes en el desarrollo de uno de los medios de los que dispone nuestro sistema sanitario como herramienta de ayuda para dar respuesta a estos problemas como son los comités de ética asistencial.

Los Comités de Ética Asistencial surgen en un mundo sanitario en que hay:

- toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, a pesar del importante desarrollo tecnológico
- con participación de más protagonistas (no sólo médico-paciente): profesionales sanitarios, pacientes, familias y allegados y el resto de la sociedad
- en una sociedad plural
- con recursos limitados

Son comisiones consultivas e interdisciplinares, al servicio de los profesionales y usuarios de las instituciones sanitarias, creadas para asesorar en la resolución de los conflictos de valores que se producen a consecuencia de la labor asistencial y cuyo objetivo es mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Sus funciones son:

- Asesorar en conflictos de valores
- Educar en el respeto a valores y derechos humanos en el mundo sanitario
- Elaborar Informes sobre los casos consultados
- Elaborar guías o protocolos de actuación para situaciones conflictivas que se repiten

Como resumen y conclusión indicar que la bioética, y dentro de ella la ética clínica, puede entenderse como un saber práctico que nos proporciona ayuda para resolver los problemas clínicos de los pacientes, siendo un medio de humanización sanitaria que potencia la atención global e integral a la persona enferma, que es el núcleo del trabajo de la Medicina Interna.

Bibliografía

Orden SCO/227/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Interna. BOE de 7 de febrero de 2007.

- Lo B. Aspectos éticos de la medicina clínica. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al. edit. Harrison. Principios de medicina interna. Vol I. 14 ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U. 1998:
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics, 4 ed. New Cork: McGraw-Hill, 1998.
- Gracia D. Ética Médica. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. Vol I. 3ª ed. Barcelona: Doyma 1995:33-39.
- Jonsen A. La ética en la práctica de la medicina interna. En: Couceiro A. edit. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999:223-232.
- Garrido JA. Conflictos éticos en el aprendizaje de los residentes. An Med Interna (Madrid) 2006;23:493-502.
- Garrido Sanjuán JA. Acortar la muerte sin acortar la vida. Madrid: PPC; 2006.
- Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela; 2004.
- Sans Sabrafen L, Abel Fabre F, redactores. Obstinación terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, 28 de junio de 2005. Disponible en http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/obstinacion_terapeutica.pdf visitada el 9 de diciembre de 2007.
- Hastings Center, 1996. Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols, n.º 11. Barcelona; 2004. En:<http://www.fundaciongrifols.org/esp/publicaciones/cuadernos.aspx?id=36>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002.

La Importancia de la Medicina Interna en la asistencia al anciano, necesidad de creación de unidades específicas.

Antonio Pose Reino y Marta Pena Seijo

Medicina Interna. Hospital de Conxo. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

En los últimas décadas y en las sociedades avanzadas hemos asistido a un claro envejecimiento de la población, entendiéndose como tal el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de individuos. Clásicamente se etiquetó como persona de edad avanzada a aquellas personas mayores de 65 años. En los países centroeuropeos el porcentaje de personas de edad avanzada alcanza índices cercanos al 20%, cifras similares a las que probablemente se llegue en el 2010 en España (1). De hecho España es uno de los países europeos que más rápido ha envejecido. Si el crecimiento de esta población continua de la misma forma, se estima que en el 2050 habrá 12 millones de personas mayores de 65 años en España, lo que supondrá aproximadamente el 30% de la población (2).

La esperanza de vida actual en España supera los 80 años para las mujeres, aunque es bastante inferior para los hombres según cifras oficiales del INE. Por otra parte, en nuestro país y hasta estos últimos años el número de nacimientos se había estancado; es precisamente a principios del siglo XXI y fundamentalmente por los inmigrantes y las maternidades a edades más avanzadas por lo que ha vuelto a resurgir la natalidad en España y con ello especialidades que se habían estancado como la Obstetricia y la Pediatría, pasando de haber casi un excesivo número de profesionales a resultar escasos. Igualmente, el envejecimiento de la población también conlleva importantes cambios

estratégicos en la Medicina haciendo que cada vez sean más necesarios médicos que conozcan y atiendan las patologías más prevalentes en el anciano y que aborden el proceso de envejecimiento en su conjunto.

Existe la falsa idea de que el envejecimiento demográfico de un país conlleva únicamente aspectos negativos. Clásicamente se veía a los ancianos como personas incapacitadas y enfermas. Esta visión clásica de la ancianidad dista mucho de la realidad actual, de hecho la gran mayoría de los sexagenarios de nuestro país gozan de buena salud y alcanzan la década de los 80 en muchos casos sin problemas importantes y con buena calidad de vida. En realidad y sobre todo en Galicia, donde la población se encuentra especialmente envejecida, la mayor parte de los ancianos que residen en las residencias tienen más de 80 años y casi la mitad de ellos mantienen una capacidad funcional adecuada para su edad.

Sin duda el envejecimiento de la población tiene que ver con dos aspectos bien diferenciados. Por un lado, los avances en Medicina que han permitido tratar mejor los procesos agudos ya sea de origen vascular o infeccioso y hacer que muchas enfermedades que hasta ahora eran mortales como el cáncer se transformen en procesos crónicos, permitiendo una calidad de vida adecuada para el individuo. Pero por otro lado y no menos importante, los avances económicos han permitido una importante mejora social y han sido claves en este envejecimiento de la población. Ya no sobreviven los más fuertes sino que todo el mundo tiene prácticamente las mismas opciones. Existe una estrecha relación entre el grado de riqueza de un país y su envejecimiento demográfico (3).

Si bien el tratamiento de los eventos agudos ha contribuido a disminuir la mortalidad por la causa más frecuente de muerte en el mundo occidental que es la enfermedad vascular; en países como EEUU, se considera que la principal causa por la que se ha disminuido la mortalidad causada por las enfermedades coronarias es el mejor control de los factores de riesgo vascular (4). Por tanto, aún en las personas de edad avanzada sigue siendo fundamental la prevención. En nuestro país

la mayor parte de la prevención la ejercen los médicos de Familia en el medio extrahospitalario.

La Medicina Interna es la especialidad médica más completa y más similar en su contenido a la Medicina de Familia, es como si dijéramos la parte hospitalaria de la Medicina Familiar o el equivalente al médico de familia dentro del hospital. Con el paso del tiempo la medicina integral ha dado paso a la medicina basada en parcelas o subespecialidades que con el paso de los años, la adquisición de conocimientos específicos y el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas se han transformado en especialidades médicas con entidad propia y han dejado al internista la labor integradora de las especialidades y la visión integral de la enfermedad en el cuerpo humano.

La Geriátría nace a raíz del interés por solucionar los problemas de los pacientes ancianos, que, por su edad avanzada, eran falsamente etiquetados como incurables. Muchas veces estos pacientes eran rechazados de los programas de tratamiento médico o rehabilitador simplemente por la edad y así pasaron a formar parte de las salas de crónicos. En 1935 se crea el primer Servicio de Geriátría en Inglaterra donde observaron que muchos de estos pacientes padecían procesos rehabilitables.

En 1982 la ONU en la primera asamblea mundial de envejecimiento, celebrada en Viena emitió un informe en el que recomendaba desarrollar al máximo los servicios sanitarios tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, en base a las necesidades que presentan las personas de edad avanzada, contando con la infraestructura y personal necesario para llevar a cabo una asistencia integral y completa. Insistía el informe en la necesidad de estimular la capacitación en todos los aspectos de la gerontología y de la geriatría, creando instituciones especializadas en la enseñanza de ambas. Esta misma idea se mantiene y refuerza en la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento celebrada en Agosto del 2002 en Madrid (2).

En la actualidad el 15-20% de la actividad de nuestros hospitales en el área de ingresos y de consulta médica va dirigida a enfermos

pluripatológicos, los cuales asisten a más de dos consultas hospitalarias de forma periódica y por distintas patologías. La mayoría de estos pacientes tienen más de 65 años aunque existen enfermos con estas características de todas las edades. En general, se trata de pacientes que acuden con mucha frecuencia al Servicio de Urgencias del Hospital y suponen probablemente más de un 30% de los enfermos vistos a diario en las Consultas de Atención Primaria. En el año 2007 más del 50% de los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario universitario de Santiago, eran mayores de 65 años, lo que hizo que la estancia media de los pacientes sobre todo de los servicios del área médica se incrementara de una forma significativa.

A la vista de estos datos y con la idea de que disponemos de la especialidad con visión más amplia y mayor capacidad integradora, se hace necesaria la creación de unidades interdisciplinarias coordinadas por especialistas de visión integradora y coordinadora como son los internistas y de las que formen parte diferentes especialistas médicos como geriatras, gerontólogos, neumólogos y cardiólogos, expertos en nutrición y médicos de atención primaria, además de trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas y farmacéuticos con la colaboración de enfermeros expertos y auxiliares entrenados. Esta Unidad debiera integrar funcionalmente a los Centros geriátricos del área sanitaria y debería ser en cierto modo móvil y permitir el desplazamiento de estos especialistas a los domicilios para tratar de solucionar problemas in situ y evitar ingresos hospitalarios innecesarios, costosos y prolongados. Además con esto se conseguiría que los ancianos no se desorientasen ni se sintiesen aislados de su familia y de su entorno habitual. Por otro lado, prolongar la permanencia en cama de estos pacientes supone un elevado riesgo de desarrollo de polineuropatía y atrofia muscular en el anciano que en muchas ocasiones y a no ser que se inicie posteriormente un período de rehabilitación generalmente largo lo llevará a permanecer encamado el resto de sus días.

En cierto modo estas unidades serían servicios de atención intermedia, con las que se pretende una mayor eficiencia en las prestaciones con una mejor relación coste/eficacia. Aunque el objetivo inicial es la atención médica a estos pacientes, en ella se podría incluir

un Centro de día en el que además de atención fundamentalmente de auxiliares y de enfermería a los pacientes estables, se trataría de instruir a los enfermos, formar cuidadores, prevenir reagudizaciones de enfermedades y enseñar pautas de actuación ante determinadas emergencias previsibles en muchos de estos enfermos, que habitualmente ingresan en varias ocasiones en el año y por el mismo motivo. La Unidad debería disponer de un Hospital de día para pacientes que requirieran permanecer durante horas en ella, para recibir medicación intravenosa o realizar pruebas diagnósticas o terapéuticas invasivas. Este hospital de día se completaría con un mínimo de camas no superior al 10% de las plazas del Centro de día y con la finalidad de no prolongar la estancia en ningún caso más allá de 3 días, con el objetivo de conseguir el traslado a su domicilio y seguimiento in situ.

Una vez que el paciente ha ingresado por primera vez en la Unidad este paciente quedaría registrado en ella y a partir de este momento cualquier problema que surgiese relacionado con el Hospital, incluida su asistencia a Urgencias, deberá ser consultada previamente con la Unidad, que decidirá si debe acudir a consulta, a urgencias o se puede atender en su domicilio por su médico o por los médicos de la Unidad que realizan asistencia domiciliaria o asistencia en cuidados paliativos, que por este motivo deberán estar integradas dentro de esta organización. La Unidad incluiría además un Servicio telefónico especializado que cubriría un turno de mañana y tarde para que los pacientes o la Familia pudieran consultar dudas o conectar con el Servicio para citas previas o avisos.

En definitiva, se pretende una atención clínica personalizada, ágil e íntimamente relacionada con la atención integral de estos pacientes pluripatológicos en su mayoría ancianos. El cuidado integral y personalizado acompañado de una formación sanitaria más adecuada del paciente y de su entorno deberían redundar en una atención sanitaria y social coste/efectiva y una mejora en la calidad de vida de estos pacientes. Por otro lado será la forma de afrontar un grave problema sanitario que se nos avecina con el envejecimiento de la población y que ni los internistas, ni los geriatras, ni los gestores podrán solucionar con centros de crónicos. Con este sistema organizativo se evitaría que los ancianos permanecieran durante largas estancias en centros de crónicos,

la mayoría de las ocasiones lejos de su domicilio, reduciéndose las posibilidades del alta hospitalaria conforme pasa el tiempo y el paciente se deteriora a la vez que se resiente su entorno familiar.

Bibliografía

- MJ Robles Raya, R Miralles Basseda, I Llorach Gaspar, AM Cervera Alemany. Definición y objetivos de la especialidad de Geriátria. Tipología de ancianos y población diana. En: Tratado de Geriátria para residentes. Ed Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Madrid 2006.
- Ageing in Spain. Second World Assembly on Ageing. April 2002. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (INSERSO).
- Pérez Díaz J. Ventajas internacionales del envejecimiento demográfico. Revista de CIDOB (Fundación Centro de Información y Documentación Internacional de Barcelona. [http: www. Ced. Uab.es/jperez](http://www.Ced.Uab.es/jperez).
- Ford Es, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, Giles WH, Capewell S. Explaining the decrease in US deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med 2007; 356: 2388-98.

El internista y Urgencias

Luis Amador Barciela

Sevicio de Urgencias y Hospitalización a Domicilio.

Hospital Meixoeiro. Vigo.

En el siglo XXI que acaba de comenzar, se está produciendo un cambio social y demográfico acusado debido al envejecimiento de la población, la inmigración, la globalización, etc. Además se ha producido la aparición de nuevas enfermedades o el emerger de otras ya conocidas, Ante esta situación que corre el peligro de superarnos a todos, probablemente la Medicina Interna tenga la capacidad y oportunidad de alcanzar un papel de liderazgo para estar a la altura de lo que demandan la sociedad y el sistema sanitario.

Mientras el auge de especialidades médicas que una a una iban surgiendo, desde mediados del siglo XX, del seno de la Medicina Interna fruto fundamentalmente de la aparición de una tecnología de alta complejidad, creando todas ellas, grandes expertos en áreas concretas del ser humano, la Medicina Interna atiende a los pacientes de una forma integrada y completa, guiando al enfermo durante el proceso de su enfermedad, coordinado al resto de especialistas necesarios para un diagnóstico y tratamiento adecuados y es a esta especialidad a la que por este papel integrador recurren con frecuencia médicos de atención primaria y el resto de especialistas cuando se trata de atender enfermos complejos, de diagnóstico difícil o bien cuando el enfermo padece varias enfermedades o presentan síntomas de varios aparatos u órganos.

Es este contenido doctrinal de nuestra especialidad el que nos brinda la oportunidad de poder afrontar las demandas actuales de la población y del sistema sanitario en una situación óptima al ofrecernos la posibilidad de liderar los cambios necesarios para darles una respuesta de eficacia, eficiencia y calidad.

Para ello esa actividad integradora debemos de llevarla mas allá de la atención de los pacientes, planteándola a otros especialistas con la idea de trabajar en verdaderos equipos multidisciplinares de profesionales de la salud y asumiendo nuevas áreas de asistencia y no limitándonos, como lo hemos hecho hasta ahora, prácticamente en exclusiva al hospital, plantas de hospitalización y consultas.

Son numerosas pues las nuevas áreas de actuación de los Internistas, y debido a que desde hace años siendo Especialista de Medicina Interna he asumido la Coordinación de un Servicio de Urgencias Hospitalario y posteriormente una Unidad de Hospitalización a domicilio (HADO) me referiré a ambas, pues mi experiencia me ha llevado a considerar que la presencia activa de Internistas en las mencionadas áreas es una oportunidad que no debemos dejar escapar, en aras de un mayor servicio a los pacientes y al sistema sanitario.

Los Servicios de Urgencias son los mayores proveedores de actividad de los Servicios de Medicina Interna, por ser desde aquí desde donde ingresan el mayor número de pacientes para su estudio y tratamiento y, sin embargo, es una actividad clásicamente denostada por los internistas que en la práctica no están presentes en ningún Servicio de Urgencias. Es en estos servicios donde, trabajando en equipo con los médicos de urgencias y organizando con calidad la asistencia, se puede realizar lo más parecido a lo que es la atención en acto único, pudiendo seleccionarse pacientes que se pueden estudiar sin que requieran ingreso hospitalario, enviándolos desde Urgencias a las consultas con un plan de estudio iniciado en urgencias donde se pueden realizar numerosas pruebas tanto analíticas como de imagen y solicitar otras para ser realizadas ambulatoriamente continuando así el estudio del paciente sin requerir ingreso hospitalario.

Sí que es verdad que esta actividad en la actualidad y por no estar reglada, al depender hoy por hoy nada mas que de iniciativas personales, requiere un importante esfuerzo personal para coordinar el plan de estudio de cada paciente, pero si esta vía fuese un objetivo ya no de personas sino del Servicio de Medicina Interna se puede, sin lugar a dudas confeccionar un plan que organice adecuadamente el circuito

“Urgencias-Medicina Interna” y ello sería facilitado por los gestores, puesto que buscando el beneficio del paciente que podría ser estudiado sin requerir un ingreso en un medio de por si tan hostil como un hospital, conseguiría secundariamente la liberación de camas de hospitalización médicas que así podrían destinarse a la actividad quirúrgica para disminuir las listas de espera.

La Hospitalización a Domicilio es también un campo propicio para desarrollar la actividad de Medicina Interna. Los pacientes a poder ser, donde mejor están son en su domicilio y pueden ser transferidos a esta alternativa a la hospitalización convencional bien desde urgencias y consultas, evitando verdaderamente un ingreso o bien desde las plantas de hospitalización acortando su estancia hospitalaria.

Una vez cumplidos los criterios de ingreso en este modelo asistencial que son, aceptación por parte de la familia y el enfermo, existencia de un cuidador principal, condiciones sociofamiliares adecuadas y situación clínica estable, la tipología de los pacientes es amplia dependiendo fundamentalmente de los recursos destinados a esta actividad, pudiéndose atender tanto a patología médica aguda, como crónica o pacientes en estudio, y en este sentido nuestra experiencia nos dice que en gran medida HADO remedia una planta de hospitalización médica en domicilio.

Además teniendo en cuenta que las Unidades de HADO pueden asumir enfermos no sólo médicos sino también quirúrgicos, cabe la posibilidad de que estén adscritas o no al servicio de Medicina Interna, pero en cualquier caso deben de ser unidades multidisciplinarias en su composición, contando preponderantemente con Internistas trabajando en equipo con médicos de familia o incluso con otros especialistas médicos.

En resumen:

Considero que nuestra sociedad de Medicina Interna debe de reflexionar de forma general sobre el papel que la especialidad jugará en los próximos años ante los retos sanitarios del siglo XXI y, de forma

particular, sobre las áreas nuevas de asistencia que se pueden asumir, como por ejemplo HADO y Urgencias .

Estoy seguro de que la presencia de Internistas en estas áreas mejorará entre otros aspectos, la asistencia a los pacientes, la gestión hospitalaria, redundando así en una mejora de la calidad asistencial en nuestros hospitales y generando puestos de trabajo a los futuros especialistas.

El internista en los Servicios quirúrgicos

Rafael Monte Secades

Ramón Rabuñal Rey

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral – Calde Lugo

En los últimos años, el debate sobre el futuro de la especialidad de Medicina Interna se ha centrado en el desarrollo de nuevos campos de actuación, como las consultas de alta resolución, la hospitalización a domicilio o la interrelación del hospital con la atención primaria, en general sobre áreas alejadas de la actividad clásica de los internistas en el ámbito hospitalario. Sin embargo, aún existen áreas dentro del hospital donde se hace necesaria una mayor implicación del internista: los servicios quirúrgicos.

La participación de los servicios médicos en la atención de pacientes quirúrgicos es frecuente en la mayoría de los hospitales. La tendencia cada vez mayor a intervenir a pacientes ancianos o pluripatológicos obliga con frecuencia al cirujano a solicitar ayuda a servicios médicos. La complejidad creciente que implica la asistencia de estos pacientes, en términos no sólo médicos sino también en lo referente a aspectos sociales y legales, ha condicionado un aumento progresivo de las consultas a los servicios médicos en los últimos años, y es previsible que esta participación se intensifique en el futuro.

Sin embargo, los clínicos han rehuido con frecuencia su implicación en las plantas quirúrgicas. Esto es debido a que se trata en la mayoría de los casos de una carga de trabajo importante añadida al habitual, no programado, discontinuo y escasamente registrado en la actividad hospitalaria, que además habitualmente es minusvalorado, tanto por los gestores como por los cirujanos, en cuanto a su trascendencia y complejidad. A todo esto se suma con frecuencia un sentimiento de

recelo frente a posibles confrontaciones en plantas hospitalarias ajenas. Recientemente, y especialmente desde el ámbito de la Medicina Interna en nuestro país, se ha reivindicado el papel de los servicios médicos en la atención de los pacientes quirúrgicos, plasmando en varias publicaciones la realidad de una actividad a la que no se ha prestado demasiada atención en el pasado. El internista es, en atención a su polivalencia y capacidad de enfoque multidisciplinar, uno de los especialistas más requerido en las plantas quirúrgicas, especialmente cuando se trata de pacientes complejos, con múltiples problemas médicos añadidos al que motivó el ingreso. Su concurso en la atención de estos enfermos garantiza la coordinación de todos los profesionales implicados en el caso y evita la confusión que genera en ocasiones la implicación simultánea de varios subespecialistas en el manejo de estos casos.

Los tipos de patologías por las que se requieren las consultas al servicio de Medicina Interna no son muy diferentes de las que se encuentran en las plantas de hospitalización médicas: disnea, fiebre, trastornos electrolítico/metabólicos, síndrome confusional agudo, etc. Por otra parte, es habitual que el cirujano recurra al internista en casos particularmente complejos, tanto desde el punto de vista del diagnóstico como del tratamiento. Otras veces, la visión global del especialista en Medicina Interna favorece la realización de diagnósticos adicionales al que motivó el ingreso, de gran relevancia en el manejo y pronóstico del paciente.

Por todos estos motivos, es lógico que el internista sea considerado el especialista médico consultor de referencia en la mayoría de los hospitales. Por tanto la Medicina Interna, como especialidad de ámbito eminentemente hospitalario, debe ser consciente de la importancia de esta labor y de la necesidad de su implicación en la misma, no sólo en cuanto a la actividad de sus especialistas, sino también en lo que respecta a procurar una adecuada formación de los Médicos Internos Residentes en este campo.

Si nuestro objetivo es conseguir la mejor atención posible para nuestros pacientes, debemos exigirnos una adecuada coordinación entre los profesionales implicados en su cuidado. El seguimiento de estos

pacientes durante el ingreso es a menudo ingrato, especialmente debido a la dificultad en mantener una comunicación personal y fluida con el cirujano responsable, ya sea por falta de motivación de éste o del clínico, lo que hace que en ocasiones no se cumplan adecuadamente las recomendaciones médicas realizadas, y por el mismo motivo no se comprendan los planes quirúrgicos previstos. Sin embargo, ese seguimiento clínico por parte del internista se hace imprescindible, porque evita la repetición de la consulta y garantiza su presencia en el caso hasta la estabilización del enfermo y el cumplimiento de las órdenes médicas. Por otra parte, esta actitud de cooperación mejora sensiblemente la relación con el cirujano responsable y su motivación para el comentario de enfermos, al sentirse apoyados por la presencia diaria del internista en la planta de Cirugía. Este planteamiento potenciaría la formación de equipos multidisciplinares estables y la adopción de protocolos conjuntos de actuación que sin duda mejorarían la asistencia prestada a estos enfermos. El futuro de nuestra especialidad no es ni mucho menos incierto en el ámbito hospitalario, donde más problemas se aventuraban hace 10 años, debido al crecimiento de las subespecialidades médicas. A la demanda creciente de médicos con visión integradora y capaces de enfocar de manera eficaz y efectiva a pacientes complejos y pluripatológicos, se suma de forma imparable la necesidad de atención médica continuada a pacientes quirúrgicos. La adopción de las actitudes antes comentadas, que la práctica clínica diaria probablemente generalizará en un futuro próximo, sin duda acercarán el nacimiento de una figura que ya es reclamada en muchos hospitales: el internista adscrito a servicios quirúrgicos.

Bibliografía

- Charlson ME, Cohen RP, Sears CL. General medicine consultation. Lessons from a clinical service. *Am J Med* 1983; 75: 121-128.
- Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García Pais MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp* 2004; 204: 345-350.

- Macpherson DS, Parenti C, Nee J, Petzel RA, Ward H. An internist joins the surgery service: does comanagement make the difference? *J Gen Intern Med* 1994; 9: 440-444.
- Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. *Arch Intern Med* 1983; 143: 1753-1755.
- Montero Ruiz E, Hernández Ahijado C, López Álvarez J. Efecto de la adscripción de un internista a un servicio quirúrgico. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 332-335.

Unidades de Corta Estancia Médica.

Fernando de la Iglesia Martínez

Medicina interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

La situación sanitaria actual se comprende mejor a la luz de los cambios acontecidos en los últimos 20 años. En este tiempo se universalizó la Asistencia Sanitaria pública a toda la población española creciendo, por tanto, el número de personas atendidas, aumentó la media de edad de la población por envejecimiento de la misma, y se ha producido un notable desarrollo técnico tanto en procedimientos diagnósticos como terapéuticos creando un aumento de expectativas entre los pacientes y familiares. Por otro lado, la mayor facilidad de acceso a la información incrementó el nivel de exigencia del paciente cuya figura ha ido derivando hacia la de usuario y, por último, a la de cliente. Los progresos científico-técnicos y la universalización de la sanidad multiplicaron los costes sanitarios, sin un aumento proporcional de los recursos. Hoy en día nadie quiere plantear la cuestión de la sostenibilidad de un sistema público que incluye una cartera ilimitada de prestaciones o servicios, de forma universal, para toda la población. Tarde o temprano habrá que afrontarlo.

En Atención Primaria existe descontento tanto entre los pacientes como entre los médicos, provocado por una mayor frecuentación, lo que disminuye su eficacia para resolver problemas de salud. La Atención Especializada Ambulatoria también es ineficaz, lastrada por largas listas de espera. Todo ello conduce a un mayor uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios, mayor porcentaje de ingresos y mayor ocupación de dichos centros. A ello hay que añadir la percepción de los pacientes, fomentada por los medios de comunicación, de que la medicina desarrollada en los hospitales es de mayor nivel científico.

Todos los elementos anteriores contribuyen a la masificación de los hospitales y provocan la necesidad de búsqueda de alternativas a la hospitalización convencional. Comienzan a establecerse programas de Cirugía Mayor Ambulatoria en Unidades de Cirugía sin Ingreso, se desarrollan Unidades de Hospitalización a Domicilio para tratar problemas hospitalarios en el domicilio de los pacientes, Hospitales de Día para tratamientos protocolizados específicos de algunas enfermedades o especialidades concretas, como SIDA, Hematología u Oncología, o se organizan Consultas de Alta Resolución. Dentro de estas alternativas nacen las Unidades de Corta Estancia Médica con el objetivo fundamental de disminuir las estancias inapropiadas en los centros hospitalarios, basadas en la hipótesis de que la atención a los pacientes en los que se prevé que su proceso permitirá un alta rápida mejorará con un equipo médico especializado, en una unidad diferenciada. Para el correcto funcionamiento de estas Unidades se deben dar las siguientes circunstancias:

- una adecuada selección de los pacientes, con un determinado perfil clínico, realizada por el equipo que atiende la unidad,
- disponer del número de camas adecuado a las características del centro y de los recursos necesarios para la atención de los pacientes, incluyendo prioridad en la realización de determinadas exploraciones,
- una correcta organización funcional de la Unidad, y si es necesario, prolongación de jornada o mayor presencia de personal los fines de semana,
- tener organizado un sistema eficaz de seguimiento de los pacientes en consulta externa, y sobre todo,
- la máxima implicación de los profesionales, con una extraordinaria concienciación y motivación en la consecución de unos objetivos de gestión clínica.

En 1994 el Hospital Juan Canalejo, como muchos otros hospitales, presentaba problemas de masificación teniendo que utilizarse “camas extras” en las habitaciones. Nació la famosa “cuarta cama” en

habitaciones diseñadas para tres pacientes. A pesar de ello, no se absorbieron las necesidades y muchos pacientes ingresaban periféricos y mal distribuidos, lo que restaba claramente eficacia a la labor médica. Baste poner un ejemplo que no era ninguna excepción. En la 7ª planta del Hospital estaban los Servicios de Neumología a un lado y Digestivo al otro. Muchos días ingresaba un EPOC agudizado en la planta de Digestivo y alguien con pancreatitis en la planta de Neumología. Ninguno de estos dos pacientes era atendido por Neumólogo y Digestólogo. Los dos eran atendidos como “periféricos” o “ectópicos” por Internistas.

El 11 de abril nació la Unidad de Corta Estancia Médica de Juan Canalejo, la primera en nuestra Comunidad Autónoma. Nació justificada por la necesidad de liberar camas, de eliminar periféricos y “cuartas camas”, así como de redistribuir pacientes. Los recursos humanos incluían una supervisora de enfermería, 13 enfermeras, 10 auxiliares de enfermería, una auxiliar administrativa y 4 médicos, dirigidos directamente por el Jefe de Departamento de Medicina Interna. Se localizaba en la 3ª planta y disponíamos de 41 camas (5 habitaciones individuales y 9 múltiples). Los pacientes procederían de Urgencias, la mayoría, pero también ingresarían enfermos de Consultas o programados para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que precisaran la infraestructura que podíamos ofertar. El objetivo era conseguir que el 80% de nuestros pacientes se fueran de alta a su domicilio y un 20 % se trasladaran a Unidades convencionales dentro del hospital. Para ello se establecieron unos requerimientos:

- a) En la UCEM puede ingresar cualquier paciente médico en el que se presuma una corta estancia y se prevea que esté en situación de poder irse de alta hospitalaria en los próximos 3 ó 4 días. Se incluyen enfermos crónicos con proceso descompensado conocido, y enfermos con procesos agudos en pacientes estables.
- b) La UCEM tendrá preferencia en la realización de exploraciones complementarias, en especial, en radiología, cardiología y endoscopias.
- c) La UCEM contará con Consulta Externa diaria. Cada médico de la UCEM dispondrá, un día a la semana, de consulta ambulatoria

durante 2 ó 3 horas al día, ampliables según necesidades, fundamentalmente para apoyo de las altas de la planta.

- d) La UCEM tendrá preferencia en la evacuación de pacientes desde nuestra Unidad al resto de Unidades/Servicios del hospital.

Los resultados de nuestra UCEM confirman un aumento progresivo de los ingresos anuales, desde los iniciales 2000 al año hasta estabilizarse en torno a los 3000, con una media de estancia de unos 4 días. El porcentaje de traslados a otras Unidades comenzó con un 32% de las altas y ha disminuido hasta el 15%. En los primeros años la mitad de los ingresos se debieron a insuficiencia cardiaca, agudización de EPOC, cardiopatía isquémica y arritmias cardíacas.

La posibilidad de que nuestros pacientes reingresaran más nos hizo compararnos con otra Unidad de Medicina Interna convencional de nuestro hospital. No tuvimos más reingresos ni en el cómputo global (15.6% en la UCEM vs. 20.3% en la otra Unidad, a los 6 meses del ingreso índice) ni en la patología más frecuente.

El número de “periféricos” atendidos por Medicina Interna disminuyó un 70% en el año siguiente a la implantación de la UCEM, y la media global de la estancia de todo el Departamento disminuyó en más de 3 días, pasando de 10'6 – 10'9 días antes de la UCEM a 7'3 – 7'4 días después de su implantación.

En abril de 2001 nació la Unidad de Medicina Interna D, situada físicamente en el Hospital Abente y Lago, y ello modificó el tipo de paciente que ingresa desde entonces en la UCEM. La apertura de dicha Unidad, con sus particulares circunstancias, hizo que pacientes con EPOC e insuficiencia cardiaca ingresen ahora preferentemente allí. La fotografía actual de nuestros pacientes es diferente. Presentan mayor heterogeneidad en los diagnósticos, mayor media de edad, pluripatología y vivimos una auténtica explosión de ingresos para estudio por dolor torácico, diagnóstico éste con poco peso en los GRDs, pero de indudable trascendencia clínica porque obliga a descartar enfermedades potencialmente graves (cardiopatía isquémica, disección o aneurisma aórtico, embolismo pulmonar, etc.) y de innegables implicaciones legales.

Además, el grado de exigencia e información que el paciente, familia y sociedad demandan a los médicos se ha modificado de forma notable. Ha finalizado la medicina paternalista. El médico no sólo tiene que diagnosticar y tratar. Tiene que informar de opciones diagnósticas y terapéuticas a pacientes y familiares. La información médica consume hoy mucho más tiempo que antes. Y todo ello debe quedar fehacientemente reflejado en la Historia Clínica, con los correspondientes consentimientos informados, lo que a su vez está modificando el valor estrictamente “clínico” de la Historia y aumentando de forma notable nuestro trabajo “administrativo”.

La asistencia, la docencia y la investigación son los pilares de la actividad de la medicina clínica. El futuro asistencial de las Unidades de Corta Estancia Médica pasa por perseguir la “excelencia”, midiendo y analizando nuestra actividad. Ello permitirá mejorar la atención de patologías prevalentes, evaluar la calidad de la asistencia prestada y compararla con estándares de calidad y con la actividad de otras Unidades/Servicios de nuestro y de otros Hospitales.

La docencia es una faceta fundamental en nuestro quehacer diario. Supone un innegable estímulo para el reciclaje y la actualización. Con nosotros rotan estudiantes de diferentes cursos de Medicina de la Universidad de Santiago, rotan residentes de Medicina Familiar, de Medicina Interna, de Especialidades Médicas, de Anestesiología y Reanimación e incluso, de algunas especialidades quirúrgicas de nuestro Hospital. También rotan residentes y especialistas de Medicina Interna de otros hospitales nacionales, algunos de los cuáles, posteriormente, pusieron en marcha Unidades de Corta Estancia en sus centros. Hemos recibido médicos generales durante 3 meses para homologar su título de Médico de Familia, realizan rotaciones de reciclaje médicos propietarios de Atención Primaria, Hospitalización a Domicilio, etc.

La labor docente se realiza inmersa, incrustada en la asistencia. Los rotantes participan en las labores asistenciales de forma proporcional a sus características. Reciben orientación respecto a fuentes de información médica, cómo se consultan, metodología científica, valoración e interpretación de la información médica. Además la

patología más prevalente y los problemas clínicos más frecuentes son revisados y puestos al día, de forma sistemática, en función de los cambiantes conocimientos científicos.

En nuestra Unidad realizamos todos los días una sesión clínica orientada fundamentalmente a residentes y estudiantes. Apoyándonos en un caso real revisamos la actitud diagnóstica y terapéutica ante diferentes problemas clínicos, o bien, se comentan y critican ensayos clínicos o estudios científicos recientemente publicados. También participamos activamente en las sesiones del Hospital, en la de Autopsias de Anatomía Patológica, en la semanal de Medicina Interna y en la Sesión General mensual.

Desde la apertura de nuestra Unidad consideramos muy importante la faceta investigadora. Creemos que las Unidades deben dedicar parte de su tiempo a la investigación clínica, especialmente orientada a problemas relevantes de los pacientes sobre los que realizan asistencia. Como comentamos más arriba, en los primeros años la insuficiencia cardíaca, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y los reingresos hospitalarios fueron objeto de dedicación y estudio, cuyos resultados fueron comunicados en Congresos, se publicaron en revistas nacionales e internacionales y sirvió de base para una Tesis Doctoral. En los últimos años dos temas muy prevalentes en toda la población occidental, la fibrilación auricular y la cardiopatía isquémica, son nuestro objetivo, y son la base del proyecto para la realización de dos Tesis Doctorales. Hemos conseguido ayudas de la industria farmacéutica para el desarrollo de proyectos científicos, han sido presentados trabajos de investigación tutelados para obtener Diplomas de Estudios Avanzados, e incluso hemos participado en ensayos clínicos multicéntricos internacionales.

En definitiva, creemos que Medicina Interna puede lograr una estancia corta, sin aumentar el número de reingresos, apoyándose en una Consulta Externa ágil. Creemos que las Unidades de Corta Estancia pueden ayudar a disminuir los “periféricos”, disminuir la media de estancia de todo el Servicio y a mejorar la distribución de enfermos en las Especialidades Médicas. Los pilares sobre los que debe asentar el trabajo de estas Unidades son la “excelencia clínica” en la asistencia

diaria, la docencia integrada y programada de calidad, y conseguir que la investigación clínica forme parte de la rutina diaria.

Bibliografía

- Abenheim HA, Kahn SR, Raffoul J, Becker MR. Program description: a hospitalist-run, medical short-stay unit in a teaching hospital. *CMAJ* 2000; 163: 1477-80.
- De la Iglesia Martínez F, Ramos Polledo V, Pellicer Vázquez C, Nicolás Miguel R, Diz-Lois Martínez F. La Unidad de Corta Estancia Médica de A Coruña: cumplimos cinco años. *An Med Interna (Madrid)* 2001; 18: 166.
- Muiño Miguez A. Unidad Médica de Corta Estancia. *An Med Interna (Madrid)* 2002; 19: 219-20.
- Villalta J, Sisó A, Cereijo AJ, Sequeira E, De la Sierra A. Adecuación de la hospitalización en una Unidad de Estancia Corta de un hospital universitario. Estudio controlado. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 454-6.
- Ollero M. Unidades de corta estancia y adecuación del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 621-3.
- Muñoz Rivas N, Méndez Bailón M, Conté Gutiérrez P, Audibert Mena L. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca en una Unidad de Corta Estancia: estancia media, frecuencia y factores de reingreso. *Med Clin (Barc)* 2006; 127: 516-7.

Medicina interna y la “tercera ola”

Comité editorial

El mundo de la economía parece regir los destinos de la sociedad, sus valores, su modo de vida, su filosofía. La generalización del conocimiento mediante el ciber-espacio, responsable en gran parte de la globalización, ha sido un revulsivo y ha vuelto a hacer resurgir la libertad del individuo, al menos en su manera de pensar, se han abierto nuevos horizontes y la imaginación ha echado a volar a través de la gran ventana que es la red. La información se ha generalizado, no solo la que se refiere a la ciencia y humanidades, sino también a adelantos técnicos, modos de hacer, modos de vivir etc.

La libertad que resulta del conocimiento, al que los pueblos (“mass knowledge”) de cada país tiene acceso, repercute en cada individuo, independiente de los gobiernos que no la pueden reprimir al menos del todo. El individuo lucha por evitar el no ser encorsetado dentro de un sistema y trata de salir como puede apoyado en ese conocimiento suyo y de sus conciudadanos que le dan alas de libertad.

En lo que se refiere al enfermar, el paciente tiene a su disposición toda clase de información sobre métodos diagnósticos y resultados de nuevas terapéuticas, y no solo eso sino también datos indicativos de calidad asistencial en distintas áreas geográficas, hospitales, incluso facultativos. La historia clínica ya no es un documento del médico, se le ha escapado de las manos por lo menos hacia otros muchos médicos que pueden tener acceso al mismo si lo necesitan, y al propio enfermo que lo conoce al menos en parte. Por todo esto la libertad de elección de médico cada vez se impone más claramente, porque los propios pacientes lo exigen.

Las distintas comunidades a través de sus gobiernos han introducido diferencias en los modelos asistenciales que con toda probabilidad irán aumentando, no solo en el sentido de modelos distintos (no mucho por la ley de cohesión) sino también en diferencias en calidad, accesibilidad etc.

La posibilidad de elección que las personas ya tienen, así como las asociaciones y gobiernos, constituyen un motor de progreso hacia organizaciones mejores. En cualquier sistema evolutivo la riqueza de resultados es mayor cuanto mas probabilidades (libertad) tengan sus componentes de adaptación a las influencias externas. Entre grupos sociales los más capaces en su lucha por la supervivencia irán sobresaliendo y actuando como modelos, nunca estáticos pues siempre habrá otros también más capacitados que ellos.

Los sistemas sanitarios no se librarán de este fenómeno en su adaptación a los problemas sociales contemporáneos. Irán mejorando en cuanto que no se constriña la iniciativa de los grupos sociales y en suma de los individuos.

La libertad que tiene el paciente para escoger su médico y su tratamiento irá en aumento Surgirán empresarios dedicados a prestar asistencia sanitaria a una población determinada y los seguros privados tendrán que adaptarse a esto y ellos mismos hacer lo propio. La administración no tendrá mas remedio que rendirse a las presiones de los ciudadanos y permitir que ello ocurra.

En cuanto a los profesionales tendrán su parte del pastel libertario al exigir a los gobiernos, seguros privados y administraciones locales, que sus propuestas sean atendidas, no solo sus condiciones laborales, sino sus propias ideas sobre como deben hacer su trabajo para que este sea más efectivo, sus iniciativas de mejora en la asistencia a la población a su cargo impulsados por su profesionalidad pero también por su propias condiciones de trabajo.

La administración ha de tener esto en cuenta y reconducir estas tendencias para mantener sobre todo la sostenibilidad y la equidad del sistema.

Los internistas hemos de adaptarnos a estos cambios que ya se vislumbran, permitiendo sobre todo la libre opinión de cada uno de nosotros y empleando nuestra tolerancia con nuevos modelos que vayan surgiendo en nuestros servicios, hospitales y centros primarios.

Índice de capítulos

Prólogo.....	5
Justificación y agradecimientos	9
El internista como modelo de práctica clínica.	11
¿Por qué te hiciste internista?	15
El camino del internista: experiencias de un residente de medicina interna	21
Historia breve de la medicina interna	25
Apuntes para una Historia de la Medicina Interna en Galicia	43
“Jornadas Médicas Gallegas”	51
Veinticinco años de la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI).....	61
Una visión subjetiva de la Historia reciente de la Medicina Interna	71
Sistemas de salud y la medicina asistencial	83
La Medicina Interna como especialidad y posibilidades de futuro.	103
El internista en el siglo XXI. Nuevos retos.	109
Reflexiones sobre la historia clínica.	113
La comunicación con el enfermo	121
La relación con el enfermo. Se imponen cambios	131
Formación continuada en Medicina Interna	147
Los internistas, las especialidades y la asistencia primaria	157
Consideraciones sobre la continuidad asistencial	165
Medicina Interna y Atención Primaria.....	171

Papel del internista como médico interconsultor	179
La Medicina Interna en un Hospital Comarcal	183
La medicina interna y las enfermedades infecciosas	189
El internista y las unidades hiperespecializadas: Riesgos y beneficios	195
El internista como investigador	203
Epidemiología y Medicina Interna. La Investigación clínica.	209
La Evidencia. Las Guías de práctica clínica.	219
El internista y las competencias en el área de bioética	231
La Importancia de la Medicina Interna en la asistencia al anciano, necesidad de creación de unidades específicas.....	247
El internista y Urgencias	253
El internista en los Servicios quirúrgicos	257
Unidades de Corta Estancia Médica.	261
Medicina interna y la “tercera ola”	269