

"El desafío para el médico internista de hoy" Today Challenges for Internal Medicine Specialists Dr. Marcelo A Yorio

Prof. Adjunto Cátedra de Medicina Interna UHMI 3 Hospital Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba

La Medicina Interna ha gozado desde siempre un lugar especial dentro de las especialidades del arte de curar; la visión holística con que distinguió su accionar frente al problema médico, tanto en su vertiente fisiopatogénica como en la significación que este impacto producía en su entorno psico social, permitió al médico "clínico" o "internista", ubicarse de una manera privilegiada ante alguien que, afectado por una enfermedad multisistémica no encontraba un horizonte claro. Así colegas o los propios pacientes, acudían al clínico que con su anamnesis, observación, examen completo rutinario, tiempo de reflexión, estudio y una metodología basada en la lógica de la agrupación sindrómica, organizaba u ordenaba lo que parecía caótico, favoreciendo a través de este ordenamiento, a veces encontrar el diagnóstico u otras el camino para desembocar en el mismo. Este médico además, estaba capacitado para conducir enfermedades prevalentes o acompañar en el crecimiento de una persona; escuchaba la angustia que desbordaba al enfermo, contenía a la familia jaqueada ante el dolor del ser querido, era un experto en la comunicación con la persona y en ello radicaba su empatía; así fue distinguido como el "médico de cabecera" y aunque cosechó en este sentido honores de los más variados, no fue nunca protegido por el sistema (entiéndase gobierno, instituciones u obras sociales) y muchas veces los propios pacientes en su retribución. Así se forjó la idea del hombre estudioso, entregado con irrenunciable abnegación, que podía estar siempre a disposición de cualquier avatar aún a costa de sus afectos primarios, aceptándose que eso era lo correcto desde la perspectiva de servir como mandato primordial de nuestra profesión. Saboreó por largo tiempo la paradoja (vigente al día de hoy) de ser, como ya dije, reconocido por el paciente y la familia como "el médico de cabecera" o la sociedad como "a él contale todas las cosas que te pasan, porque entiende de todo, tiene paciencia, te va a escuchar y te va a guiar" todo lo cual parecía encumbrarlo; a ubicarlo, a la hora de valorar su especialidad (y con esto la jerarquía que le hubiera permitido dirimir sus necesidades laborales), con un reconocimiento social que podría resumirse en la célebre frase muchas veces escuchada "-perdón, cuál es su

especialidad Dr?; - soy especialista en Medicina Interna, soy Clínico!; - ah... es clínico, no, yo pensaba que era especialista en algo!... Por supuesto, hay referentes internistas como en todas las especialidades, que escaparon a esta generalización siendo su trayectoria oportuna y firmemente reconocida; pero no fue lo que ocurrió con muchos colegas clínicos, cuyo compromiso con el paciente, su sentir y su padecer no llegó a ser suficientemente valorada en la comunidad. Esto no ha sido privativo sólo de nuestro país, ha ocurrido en muchos lados del mundo, de modo que a mi juicio la Especialidad de Medicina Interna o de Clínica Médica está en crisis. Y no por el número de posgraduados médicos que se someten a un entrenamiento y a un examen de esta especialidad, número que sigue siendo importante; sino por la escasa cantidad que de estos jóvenes nuevos especialistas clínicos, tienen en su horizonte ejercer sólo la clínica médica como eje central de todo el resto de su carrera profesional. Realidad que se explica en parte, por el antecedente de que el grueso de los "viejos internistas" se sometieron, a lo largo de sus trayectorias, a la desigual ecuación de: compromiso máximo y permanente con el paciente vs debilidad retributiva proporcional a esa responsabilidad.

Mientras tanto frente a la abrumadora cantidad de conocimientos médicos sobretudo del último siglo, fueron gestándose las subespecialidades derivadas de la necesidad de responder ante problemas complejos o poco frecuentes de diferentes áreas o incluso patologías, en los cuales era necesario acumular ciencia y experiencia, obtenidas muchas veces de la interrelación de centros dispersos en el mundo, obligándolo a un entrenamiento especial y a veces en esos centros. Esta "super-especialización" por un lado trajo aparejado un profesional más jerarquizado, de élite y al comienzo mucho mejor retribuido, pero al no estar coordinada y cuantificada sus reales necesidades dentro de la oferta médica por los estados (y en particular el nuestro) su accionar derivó en un abuso de consultas equivocadas o sobredimensionadas con el consecuente retardo en el diagnóstico y además un fuerte aumento del gasto en salud. En este

panorama donde predominaba la acotada visión del subespecialista, se diluía la imprescindible concepción holística del ser y con ello se producía la ruptura del paradigma del "hombre como un todo" y del hombre y el medio que lo rodea; situación que sumó nuevos problemas, como la "polifarmacia", la exagerada utilización de nuevos fármacos poco ensayados o mal ensayados, las consecuentes iatrogenias derivadas de esta posibilidad, la multiplicidad de estudios algunos muy costosos y no pocas veces exentos de nuevos riesgos derivados. Nadie duda hoy la imprescindible necesidad del buen y responsable subespecialista, por lo compleja que resulta en la actualidad la medicina, pero se dio un paso negativo en cuanto que se hizo poco para exigir de los profesionales la obligación de actuar en equipo, y aceptar la responsabilidad de pertenecer a uno. En este avance se necesitaba un nuevo profesional que oficiara de punto medio, de coordinador, de ensamblador de propuestas o de puntos grises (que es lo más frecuente en una ciencia tan dinámica como la nuestra), de un director de orquesta que condujera al equipo hacia la "toma de decisión" ante un problema, que algunas veces incluso puede ser no hacer nada y sólo esperar, pero esto también hay que fundamentarlo y acordarlo con los colegas y el paciente. Surge, quizás como muy importante, en la figura del internista un idóneo comunicador de todas estas facetas que se suscitan entre profesionales de la salud, el enfermo y su entorno familiar, en un mundo donde comunicarse (entendida como una cálida, oportuna y confiable interacción humana) parece ser cada vez más difícil.

Así, la Medicina Interna fue también subyugada por este nuevo camino de las subespecialidades, que proponía entre otras ventajas mejores posibilidades económicas. La opción no era incorrecta, ya que en muchos casos constituía parte de un necesario entrenamiento para aspirar a ser un reconocido subespecialista, que además evidenciaba el interés de superación de éste médico, al cual no le bastaba con el saber particular de un área clínica, sino que consideraba necesario como paso previo estar embebido de la mirada ampliada del internista. No obstante, este camino esconde actualmente un riesgo, y es que, al ingresar en un nuevo mundo que significa la subespecialidad, el profesional quede atrapado en

el sideral avance que tiene el conocimiento médico obligándolo a restar gran cantidad de tiempo en mantener al día su actualización en la clínica, en pos de esta nueva responsabilidad elegida. Hoy, existen permanentes adelantos en cada área y estar al tanto de tantas actualizaciones entraña un arduo compromiso de tiempo y de estudio al cual se debe cada experto, para mantener la cuota de confianza por la que se lo elige. Esto obviamente también ocurre con el internista.

De modo que el gran desafío actual del clínico es elegir sobre la disyuntiva que es continuar como especialista de ésta rama troncal o subespecializarse. Actualmente el clínico encuentra nuevos panoramas en los diferentes ambientes en que se mueve. Así en el consultorio, a su entrenamiento habitual en patologías prevalentes, controles periódicos de prevención, agrega la dificultosa tarea de coordinar el paciente atendido por múltiples colegas de la salud; otras, el motivo de la consulta es discutir la situación que tiene el enfermo sobre su problema, terapéutica y acciones de otros colegas y todo frente la información que él mismo obtiene del acceso disponible que da internet; se suman como difíciles, al paciente deprimido, al manipulador, al agobiado sobre su situación vital que busca un interlocutor que le explique de todos sus males, ya que muchas veces otros no lo han hecho. Todos estos motivos de consulta, sólo por dar algunos ejemplos, demandan mucho tiempo y especial formación profesional. En cuanto al área del internado, y también sólo como ejemplo, podríamos citar la complejidad de manejar el paciente con patología multiorgánica; otras el paciente sin diagnóstico, con la angustia que esto depara y la estrategia de estudios precisa para encontrar el camino; la complejidad del paciente con inmunodepresión; el paciente social o semi-abandonado por su familia y el esfuerzo que debe hacer el internista junto al asistente social para restituirlo a su medio; el paciente terminal oncológico y no oncológico; el paciente añoso que la familia creía perfecto y durante la internación afronta un cuadro grave que no esperaban; el paciente con estadía prolongada y los conflictos que se derivan con las obras sociales; el paciente con familia difícil o conflictiva. Sin dudas es necesario todo un entrenamiento y actitud comprometida frente a estos escenarios.

Frente a esto el clínico de hoy debe profundizar su saber específico, ubicándolo nuevamente como un especialista muy importante ante estas nuevas complejidades de la medicina. Así a sus tradicionales responsabilidades, podrían citarse sin detallar, algunas de sus nuevas áreas de conocimiento y la necesidad de entrenamiento en ellas:

- Comunicación en diferentes circunstancias y con los diferentes actores del acto médico (pacientes, familiares y colegas que intervienen en un problema médico). La entrevista en el consultorio, en el hospitalizado, en la guardia. Capacidad para saber informar al paciente grave o en riesgo vital y a su entorno.
- Liderazgo y trabajo en equipo.
- Epidemiología clínica.
- Medicina basada en evidencia: conocer sus obstáculos o limitaciones, estimar el riesgo en la práctica clínica, evaluación de artículos bibliográficos
- Auto-formación continua: búsqueda de información, biblioteca virtual, manejo de información médica en internet.
- Ética y bioética.
- Cuidados paliativos.
- Medicina hospitalaria.
- Preoperatorio
- Prevención en la práctica clínica. En diferentes etapas de la vida. Inmunizaciones. Accidentes. Chequeos periódicos.
- Consejería: estilo de vida sana, protección al viajero, sexualidad, trabajos especiales, aspectos generales de la deportología.
- Aspectos centrales de la geriatría. Patologías prevalentes del anciano. Asistencia clínica pre y post quirúrgica del anciano.
- El paciente difícil o complicado: polifarmacia, paciente con multipatologías, paciente postrado, comunicación con los familiares del paciente complicado.

Para finalizar, es necesario aclarar que de ninguna manera se pretende sobrevalorar el rol que le cabe al médico internista en menosprecio de cualquier otra especialidad o subespecialidad de la medicina sea clínica, quirúrgica, epidemiológica o básica; ya que el acto médico en sí es la consecuencia de una interacción que intercambia confianza (del paciente) con una conciencia

(profesionales de la salud). En esta última, es fundamental la ciencia que se ofrece, la cual resulta de disponer de una maquinaria cuyos engranajes están formados por absolutamente todas las áreas de la medicina, de los conocimientos y experiencia acumulados en el tiempo como de los adquiridos en todos los espacios en que se desarrolla: laboratorios, quirófanos, hospitales, institutos de investigación, etc, de modo que quién imparte en un determinado momento una prescripción ética, está siendo nada más y nada menos que el trasmisor de un patrimonio que constituye nuestra noble profesión; algunos olvidan este precepto y con su ciega soberbia dañan el acto primordial que es la relación médico paciente. Así, cualquier médico que participa de un acto profesional es por un lado depositario distinguido del saber acumulado en pos de hacer un bien; a su vez, no debería olvidar jamás, que en cada uno de nuestros nobles actos de servicio, el mitigar la angustia de una sola persona podría justificar en sí nuestra razón de ser médicos, Sábato dice: *“Cualquier historia de esperanzas y desdichas de un sólo hombre, de un simple muchacho desconocido, podría abarcar la humanidad entera y podría servir para encontrar un sentido a la existencia.”*