
TRABAJO DE REVISIÓN

Hospital General Docente Iván Portuondo
San Antonio de los Baños. Artemisa. Cuba



LA MEDICINA INTERNA Y EL MÉTODO CLÍNICO: PASADO, PRESENTE Y FUTURO.

THE INTERNAL MEDICINE AND THE CLINIC METHOD: PAST, PRESENT AND FUTURE.

MSc. Dr. Orlando Valdés Suárez¹

¹ Especialista de segundo grado en Medicina Intensiva y Emergencia. Especialista de primer grado en Medicina Interna y MGI. Máster en Ciencias en Urgencias Médicas. Profesor Asistente.

Correspondencia: orlandovaldes@infomed.sld.cu

RESUMEN:

Históricamente todas las actividades de los médicos (diagnosticar la enfermedad, tratarla, participar en el progreso de la medicina científica y técnica) se han establecido alrededor del diagnóstico médico. El nacimiento del método científico se debe a Galileo y el desarrollo de la medicina, como rama de la ciencia, trajo consigo la evolución del método clínico. En la presente revisión se realiza un recorrido por la historia de la Medicina Interna como especialidad médica. Desde los albores de la medicina antigua, la Medicina Interna ha sido, con su carácter integrador y plural, la especialidad angular en la atención asistencial a los enfermos. El arte de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar ha sido una capacidad del internista desde siempre. La historia clínica, como instrumento más que necesario para poder realizar el diagnóstico, la anamnesis, con sus incalculables aportes para la organización cronológica de los sucesos o hechos en aras de la hipótesis diagnóstica, las habilidades de inspeccionar, palpar, percudir y auscultar han sido sus armas poderosas en el diagnóstico, identificando, al especialista en Medicina Interna, por encima de las demás especialidades. Hoy, cuando los avances tecnológicos en la salud, los numerosos métodos auxiliares de diagnóstico y el sentido comercial que muchas veces se les otorga, gobiernan la medicina actual, nosotros los profesionales de la salud en Cuba debemos rescatar el método científico, el método clínico – epidemiológico, los valores humanistas de la medicina y nunca provocar perjuicios a nuestros enfermos.

Palabras claves: método científico, método clínico, medicina interna, avances tecnológicos.

ABSTRACT

Historically all the activities of the doctors (diagnosing the illness, treating it participating in the progress of the scientific and technical medicine) have settled down around the medical diagnosis. The birth of the scientific method is due to Galileo and the development of the medicine, as a branch of the science, brought itself the evolution of the clinical method. In the present revision is carried out a journey for the history of the Internal Medicine as a medical specialty. From the beginnings of the antique medicine, the Internal Medicine has been, with its integrator and plural character, the angular specialty in the assistential attention to the sick persons. The art of preventing, diagnosing, treating and rehabilitating has been the internist's capacity since then. The clinical history, as an instrument more than necessary in order to carry out the diagnosis, the anamnesis, with their incalculable contributions for the chronological organization of the events or facts for the sake of the diagnostic hypothesis, the abilities of inspecting, feeling, percussing and auscultating have been its powerful weapons in the diagnosis, identifying, the specialist in Internal Medicine, above the other specialties. Today, when the technological advances in health, the auxiliary numerous methods of diagnosis and the commercial sense that many times grants them govern the current medicine, we the professionals of health in Cuba should rescue the scientific method, the clinical - epidemic method, the humanist values of medicine and never cause damages to our sick persons.

Key words: scientific method, clinical method, internal medicine, technological advances.

INTRODUCCIÓN:

Hasta bien adentrado el siglo XIX, el médico debía saber de todo. Además, realmente en la mayoría de las ocasiones solamente “acompañaba” de manera humanitaria a sus pacientes lo que siempre ha sido muy valorado por los enfermos y familiares, pues las terapéuticas eficaces eran muy escasas.¹ La mayor parte de la misión de los médicos consistía en una forma tradicional de consolar, asistir y reconfortar a la gente mientras curaban (o no) y casi todo el cuidado que se brindaba a los enfermos consistía en una forma de tolerancia que se extendía a los afligidos.^{1,2} A ningún facultativo se le hubiera ocurrido decir: “no, este paciente no es mío, debe verlo otro médico”. Cuando más, solicitaba el concurso de otros colegas para la atención de un enfermo: la famosa “junta médica”.³ Se considera que la medicina individual moderna comienza en el propio siglo XIX. Entre otros factores, la introducción del método anatomo-clínico, la elaboración de las bases del método científico y los importantes descubrimientos ocurridos en el campo de las enfermedades infecciosas, facilitaron que la medicina ocupara un lugar privilegiado en ese siglo.³

La antigüedad no conoció ningún aparato para medir la enfermedad.² Pero, a partir de los avances que se produjeron a fines del siglo XVIII, debido a la aparición de nuevos

conocimientos, se comenzaron a utilizar “tecnologías médicas” de diagnóstico-tratamiento y “remedios” terapéuticos más efectivos en la solución de los problemas de salud de las personas individuales: cirugía, anestesia, asepsia, antisepsia, primeras vacunas, inicios de la industria farmacéutica, entre otros. El empleo de mediciones físicas favoreció la creencia de una existencia real de las enfermedades y la autonomía ontológica de su percepción, independiente del médico y del paciente. El interés del médico se comenzó a mover entonces, del enfermo a la enfermedad.² Como una de las consecuencias más importantes de todos estos factores, surgieron las especialidades médicas, de manera necesaria o casualmente, basadas en diferentes criterios: por órganos, aparatos y sistemas, edades, sexos, enfermedades o tecnologías.⁴

Afortunadamente, todo este proceso coincidió en el tiempo, segunda mitad del siglo XIX, con el florecimiento de la clínica. Al decir de Moreno, “en un clima de libertad científica y de primavera, en esa época germinaron, especialmente en Europa, cientos de clínicos profundos y acuciosos, en una floración nunca antes vista, que describieron una miríada de síntomas, signos, maniobras, cuadros clínicos y enfermedades: las observaron, aislaron, clasificaron y nombraron, todo ello en un contacto íntimo, humano y fructífero con los enfermos y, en primer lugar, con los enfermos de los hospitales, donde ya pululaban libremente por salas y pasillos los jóvenes estudiantes”. Aquellos médicos que asistían de manera “integral” a sus enfermos, quedaron en una posición “sui géneris” ante el nacimiento de las especialidades.⁵

Al unísono los internistas generales tenían la función de enseñar, como base o cimiento del método clínico, lo que conocían dentro del arte del diagnóstico. Si no se enseña con rigor y permitimos el aprendizaje mediante datos fragmentarios y recursos no científicos (intuición, pura suerte, antecedentes anecdóticos personales, comentarios no documentados, entre otros), sin planificación adecuada, que conducen al error, ¿qué puede esperarse de los científicos y las investigaciones que se produzcan en el futuro?

El autor de esta revisión coincide con otros profesionales^{4,5} cuando describen: Si no se cree en la clínica, si las computadoras pueden sustituir el quehacer médico, si no se emplea la metodología científica, si cada clínico emplea el método a su conveniencia, las consecuencias (iatrogénicas, antihumanas, antiéticas y económicas) serán nefastas.

DESARROLLO:

En Alemania, en 1880, un grupo de médicos, ante el empuje de otras nacientes especialidades, “fundaron” la que denominaron Medicina Interna, (como especialidad), posiblemente ante el temor de no poseer una identificación, y definieron un espacio de actuación profesional que, desde entonces, ha sido difuso y mal comprendido.⁴

La denominación Medicina Interna quería indicar un campo de la práctica médica en el cual los conceptos se basaban en el nuevo conocimiento que emergía en fisiología, bacteriología y patología, y los incorporase al razonamiento clínico de aquella época, que se fundamentara en los mecanismos de la enfermedad y en las bases científicas del diagnóstico y de la terapéutica, sin emplear métodos quirúrgicos.⁶

Muchos de esos primeros internistas, se resistían a la idea de hacerse llamar “especialistas”, pues no se consideraban como tales. Al contrario, siempre pretendieron abarcar lo general, pero, en un momento determinado, parece que fue imperiosa la necesidad de seleccionar “una especialidad”, “un nombre”. Se quería, entre otras cosas, diferenciar un tipo de médicos que eran como una “élite”, que, a pesar de

ejercer una práctica general, no se basaban sólo en una práctica familiar rutinaria, sino que, además, tenían una formación académica, con un entrenamiento y habilidades especiales, realizaban investigaciones clínicas, conocían de laboratorio, bacteriología y patología, es decir, tenían relaciones íntimas con las ciencias básicas y podían hacer de consultantes de otros especialistas.^{3,7}

En 1897, William Osler no compartía la denominación escogida y expresaba: *“Yo quisiera que hubiera otro término para designar el amplio campo de la práctica médica que queda después de la separación de la cirugía, la obstetricia y la ginecología. No es por ella misma una especialidad (aunque abarca al menos una media docena), sus cultivadores no pueden ser llamados especialistas, sino que asumen, sin reproche alguno, el bueno y antiguo nombre de médicos (“physicians”, en inglés), en contraste con los prácticos generales, los cirujanos, los obstetras y los ginecólogos”*.⁸

La Medicina Interna, desde sus orígenes, fue prácticamente la única especialidad que acogió la tradición clínica más “pura”, e incluso la ha mantenido y desarrollado: la relación médico-paciente exquisita, la historia clínica detallada, la semiología, el empleo cuidadoso del método clínico, los pases de visita académicos en salas, las clases magistrales, las discusiones diagnósticas profundas y las discusiones anatomo-clínicas polémicas.^{4,9}

Los conocimientos se aprenden en los libros, revistas, videos, computadoras, Internet entre otros, y todos esos medios ayudan y deben ser utilizados en su momento, pero los valores se transmiten de persona a persona, del maestro al aprendiz, no sólo mirando, sino también haciendo bajo la supervisión del que enseña, de manera sistemática, organizada y planificada, día tras día. Este es el fundamento de la educación en el trabajo en las carreras médicas, con los pacientes, sus familiares y todas las situaciones de salud de la vida real en las instituciones de salud.¹⁰

El profesor de clínica tiene la importantísima tarea pedagógica de enseñar a observar, interrogar, examinar, diagnosticar, pronosticar e imponer terapéutica de carácter integral al futuro médico, así como también despertar en los educandos el amor por la clínica y la vocación por su ejercicio pleno y sobre todo cargado de un profundo sentimiento humano y no de rutina fría. Por otra parte, la función del docente clínico, más que enseñar en el sentido tradicional del término, será la de propiciar el aprendizaje en un trabajo diario, duro, arduo, independiente, paciente, bajo su conducción y guía.¹⁰

Se les debe enseñar a los estudiantes a pensar por su cuenta, de manera lógica y dialéctica, crítica y creadora, a partir de la solución de múltiples problemas reales con pacientes en los escenarios donde se practica la clínica. Pero este es uno de los problemas más complejos, y difíciles con que se enfrenta y se enfrentará el docente de las áreas clínicas. La toma de la historia clínica, lo más acabada posible y con sus variantes es, quizás, la destreza conductual más importante que el médico debe dominar al terminar su carrera y es quizás el resultado objetivo que mejor refleja el desempeño profesional del médico y que da unidad a todo el proceso docente-educativo en las áreas clínicas.¹⁰ Por tanto, no se concibe el futuro, al lado de nuevas y poderosas tecnologías, sin historias clínicas bien hechas y que reflejen real e integralmente los problemas de salud de las personas que se atienden. En el caso de los estudiantes de medicina, el pase de visita es clave para enseñarles activamente, y que aprendan bien, el método clínico, fundamento científico de la clínica, habilidad

esencial del futuro profesional y que, al decir del Profesor Ilizástigui deben desplegarse en toda su amplitud en esta actividad.^{10,11}

Otro aspecto ético – legal importante que debemos exigir con fuerza en el trabajo diario en los servicios de medicina clínica, y todos los servicios asistenciales en general, es el *consentimiento informado*. El consentimiento informado no es más que contar con la aprobación del paciente (o sus familiares cuando este no esté en condiciones de decidir) para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, sobre todo aquellos que conlleven riesgos o malestares adicionales. El respeto a la decisión del enfermo, después de una explicación suficientemente clara del asunto, es un derecho que le asiste y que se vulnera con frecuencia. Adicionalmente, en el afán por precisar hasta la última causa de los problemas de salud de los pacientes hospitalizados, en ocasiones se proponen indicaciones de exámenes complementarios invasivos, cuyo resultado no variará la conducta final con el enfermo. (Se deberá analizar bien el costo-beneficio de estas acciones y aprender de estos análisis).¹⁰

A criterio de varios autores^{10,11,12} donde el autor de esta revisión se incluye también, coincidiendo con sus excelentes, científicos, filosóficos y bien argumentados criterios, la actividad de pase de visita médico, como parte inseparable y práctica del método clínico, deben exigirse los más estrictos principios de la ética médica socialista vigente en nuestro país, enumerándolos de la siguiente manera:

- Dedicar esfuerzos a la prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de la salud humana.
- Propiciar una adecuada relación personal con el paciente, que le inspire un estado anímico de seguridad, explicarle su estado de salud y las causas de su enfermedad, con el tacto y prudencia necesarios, e informarle, oportunamente, las medidas preventivas, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación que debe adoptar, o a las que ha de ser sometido.
- Establecer similar relación con los familiares del paciente, informándoles, en cualquier momento, todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad, propiciando obtener el máximo apoyo y cooperación posibles, en lo relacionado con la prevención, curación y rehabilitación familiar.
- Escuchar las preocupaciones y dificultades del paciente y sus familiares, darles la atención requerida y esforzarse por viabilizar las soluciones posibles.
- Atender, de forma solícita y benévola, a toda persona que recabe atención, sin mostrar prisa o indiferencia hacia sus padecimientos, ni hacer comentarios indiscretos en su presencia.
- Utilizar, en todo momento de las relaciones con los pacientes y sus familiares, un lenguaje claro, sencillo y comprensible, erradicando cualquier expresión soez o de mal gusto.
- Respetar el decoro, el pudor y la dignidad de las personas bajo atención médica.
- Propiciar que sólo se realicen en cada paciente los estudios complementarios indispensables para llegar al diagnóstico correcto, eliminando cualquier tendencia a realizar indicaciones que se aparten de este objetivo y provoquen molestias o peligros innecesarios a los enfermos
- Tratar en la práctica médica cotidiana, de indicar los medicamentos básicos y esenciales que existan en el país, a fin de evitar dificultades e inquietudes en la población con la prescripción de marcas o productos similares no disponibles.

- Obtener, antes de aplicar cualquier medida diagnóstica o terapéutica, que pueda significar un alto riesgo para el paciente, su consentimiento o el de sus familiares, excepto en los casos de fuerza mayor.
- Evitar y combatir cualquier tendencia a la complacencia en las indicaciones de investigaciones, elaboración de certificados médicos u otras prescripciones que, sin una necesidad real, sólo vayan dirigidos a satisfacer demandas injustificadas en los pacientes.
- Cuidar de no incurrir en el error médico que resulta de una equivocación, aunque no exista mala fe, ni elementos de negligencia, despreocupación o ignorancia. Es necesario evitar a toda costa que el trabajo se afecte por el apresuramiento innecesario, la superficialidad o la rutina.
- Los errores médicos deben ser conocidos y analizados en las reuniones estrictamente médicas, con la libertad y profundidad necesarias, que permitan derivar de estas las experiencias que impidan su repetición.
 - El médico, la enfermera y todo el personal técnico, deben poseer la valentía necesaria para reconocer sus errores y eliminarlos.
- Conservar el secreto profesional, teniendo en cuenta los intereses del paciente, siempre que ello no ocasione un perjuicio social ni ponga en peligro la salud de otras personas.
- No divulgar aspectos de la enfermedad que puedan estar relacionados con la vida íntima del paciente o sus familiares.
- Evitar que lleguen a manos de los pacientes o de sus familiares las historias clínicas, informes de laboratorio, o cualquier otro documento médico que pueda darles indebida o perjudicial información.
- Al publicar los resultados de observaciones y experiencias, para contribuir a la protección y mejoramiento de la salud y el avance científico-técnico de las ciencias médicas, tener en cuenta que la información no debe perjudicar la integridad psíquica y moral del paciente u otras personas, ni los intereses de la sociedad.
- Garantizar que no se interrumpa la asistencia del paciente, en los casos que se requiera su traslado a otra área de servicio o a otro centro.
- Mantener, en las personas con enfermedades de curso fatal, absoluta o relativa reserva sobre el diagnóstico y pronóstico en relación con el paciente y seleccionar a quién se debe dar esa información con el tacto necesario.
- Evitar que se produzcan daños a personas sanas o enfermas en los trabajos de investigación que se realicen.
- Exigir de aquellos trabajadores subordinados la conducta adecuada ante el paciente y sus familiares y en el mismo sentido, actuar con aquellos no subordinados; pero que de una forma u otra intervienen en el trato a los pacientes.

Durante siglos, el internista fue reconocido como un brillante especialista y se destacó por el arte del diagnóstico, como consultante de numerosos médicos generales y brindó una atención longitudinal a los pacientes con enfermedades complejas, convirtiéndose en el eje fundamental de los hospitales y los servicios ambulatorios.⁹ Sin embargo, a partir del último tercio del siglo XX, la Medicina Interna ha ido experimentando crecientes dificultades para perfilar su identidad y límites.¹⁰

Hasta los años 60 a 70 del pasado siglo, el internista mantenía dos de sus características principales: a) por un lado, dada su profundidad de conocimientos, desempeñaba el papel de consultor de máximo rango, y b) por otro lado, por ser

generalista y plural, era capaz de ofrecer a sus pacientes una asistencia integral. Adicionalmente, la formación profesional de pregrado de los estudiantes de medicina descansaba en gran parte en las diversas cátedras de Clínica Médica.

En la mitad de la década de los años sesenta, del pasado siglo, se inició el proceso de la disgregación de la Medicina Interna, de cuyo tronco común surgieron con fuerza diversas subespecialidades médicas o clínicas.¹² Desde entonces, el internista comenzó a compartir el papel del consultor de máximo rango y, en muchas ocasiones, perdió este rol, que se trasladó al subespecialista.¹² Se ha olvidado progresivamente al internista general, para encumbrar en su lugar a los correspondientes cardiólogos, neumólogos, oncólogos, neurólogos, e incluso a algunos, como los intensivistas y los geriatras, que originalmente fueron hijos legítimos de la Medicina Interna. A ello se unió la aparición de una nueva figura, el especialista en medicina familiar, el cual asumió el rol del internista en su segunda faceta, es decir, la asistencia integral al enfermo.¹²

El desgranamiento en especialidades y su difusión popular ha modificado la asistencia médica, al extremo de que muchos pacientes consultan de entrada a un especialista buscando mayor eficiencia. Y no pocas veces se equivocan con la elección de la especialidad.⁹

Entre las principales consecuencias negativas, de esta última etapa están: el deterioro del método clínico como piedra angular del abordaje del diagnóstico y el tratamiento, el abuso de la tecnología y la excesiva confianza en ella y, sobre todo, la afectación de la relación médico-paciente, con la consiguiente deshumanización, producto de la fragmentación que transforma al ser humano en un conjunto de aparatos o sistema dispersos, y de la “tecnologización” que basa el diagnóstico médico en un grupo de exámenes, dejando de lado la semiología tradicional y además propiciando el encarecimiento de la atención, al ser cubierta la demanda espontánea en un nivel terciario con utilización de múltiples exámenes de última generación.^{1,3-5,12-18}

Bernard Lown, ha llamado la atención sobre el hecho de que, con mucha frecuencia, “la sangre del paciente va al laboratorio antes de conversar con él”.¹² Algunos trabajos^{5,12} reflejan entre las causas de la progresiva mala utilización de la tecnología en la atención de pacientes se encuentran:

- Mala clínica (no se sabe o no se quiere hacer)
- Menos tiempo para dedicar al enfermo
- Mayor facilidad y rapidez
- Tendencia al estudio o chequeo completo de los pacientes
- Complacencia, moda
- Mayor reconocimiento por otros

Y, más recientemente:

- Proliferación de protocolos, guías, pautas, normas, “perfiles”
- Medicina defensiva, contra las quejas y demandas

Entre las consecuencias del mal uso de la tecnología por los médicos, se ha llamado la atención sobre la aparición de dos síndromes, cada vez más frecuentes en la práctica clínica actual:^{12,19}

El síndrome de “hipocompetencia clínica”, dado por la pérdida de las habilidades clínicas para recoger los síntomas y signos (datos primarios) en los pacientes, expresado en un deterioro de la entrevista médica, las observaciones, el juicio clínico y la acción psicoterapéutica del médico. Entre sus causas principales están la excesiva confianza en los avances de la informática y de las tecnologías, así como la reducción

de la calidad de la recogida de los datos clínicos en los enfermos, debido a pocas destrezas y habilidades.

El síndrome de la “neblina informativa”, que consiste en no “ver” lo que hay (Araoz Alfaro ha afirmado: “Los errores diagnósticos dependen en su mayoría de exámenes incompletos, precipitados o insuficientemente repetidos”) y “ver” lo que no hay (“non disease syndrome de los anglosajones, “incidentalomas”, tratar “pruebas o “tests” en lugar de pacientes, incremento de pacientes con trastornos no detectables por pruebas). Es causado también por disminución de la calidad de la recogida de datos clínicos unida a un uso excesivo de pruebas tecnológicas sin hipótesis claras, lo que conlleva un incremento de falsos positivos y falsos negativos, sin un adecuado control. Quienes creyeron que la máquina relegaría la tarea del médico, no entendieron que el médico más elogiado por los pacientes es el que los escucha, les hace un examen físico completo y les dedica tiempo.^{5,12,14,20}

En nuestro país, la época de oro del “internismo” tuvo su máximo brillo en los años 60 a 70 del pasado siglo, con la característica de que este esplendor se inició en la capital y se diseminó por el resto de las provincias.¹² La actividad asistencial de los internistas y la organización de los Servicios de Medicina Interna se han mantenido a lo largo de las últimas décadas en constantes crisis de crecimiento y receso.¹² Sin embargo, el drenaje de un grupo importante de especialistas de Medicina Interna a otros campos de actuación, fundamentalmente los cuidados intensivos, la atención de urgencia en general, la atención primaria y a otras especialidades clínicas, la sobrecarga laboral, la excesiva carga tensional y la falta de status profesional definido, han determinado que haya aparecido un porcentaje no despreciable de insatisfacción entre los internistas.⁷

El principal objetivo de la formación asistencial en Medicina Interna ha sido conseguir y mantener la capacidad de reconocer (diagnosticar) en el paciente la existencia de una o varias enfermedades, así como de establecer su pronóstico, tratamiento y prevención¹⁰, por lo que ha contribuido siempre a desarrollar teórica y prácticamente la clínica y ha hecho que se mantenga viva, como una de sus más importantes contribuciones a la medicina del futuro.

La Medicina Interna en nuestro país ha tenido, además, una extraordinaria responsabilidad en la formación de nuevas generaciones de médicos, elemento básico para el desarrollo de la Salud Pública Cubana. No sólo en relación con los problemas de la educación científico-técnica, sino en la formación laboral, moral, patriótica, es decir, integral, de los futuros profesionales de la salud. Por tanto, la labor docente desarrollada por los internistas durante los últimos años en Cuba, ha sido un aspecto muy importante en la formación de médicos generales y miles de especialistas en este período.¹²

Aún en nuestros días, a diferencia de los nombres de otras especialidades, que explican claramente su función, el de Medicina Interna provoca confusiones debido a que el término no es descriptivo ni etimológicamente comprensible.⁷

¿A qué se dedica la Medicina Interna?

Refiriéndose a encuestas poblacionales, incluso a los profesionales de los servicios sanitarios, en EE.UU, denuncian que más del 50 % no saben que es un internista.^{12,21,22}

“Lamentablemente...no son pocos los colegas que ignoran la historia de la especialidad, y si se desconocen las fuentes, se ignora el proceso de constitución, los aportes, las doctrinas, las escuelas, incluso el cono de sombra donde ésta se superpone con otras

especialidades, es imposible tener una comprensión acabada de este asunto”.⁹ ¿Qué vamos a esperar de otros?¹²

Hace unos años, el Prof. Jordán, expresó: “En el frondoso árbol de las Ciencias Médicas, la Medicina Interna es el tronco y las demás especialidades son las ramas”. Y exhortaba a mantener sano y fuerte el tronco.²³

Dentro de otros intentos por conceptualizar la Medicina Interna se encuentran:

“El internista es un especialista de síntesis, que atiende total e integralmente al adulto, sano o enfermo, hospitalizado o ambulatorio en el ámbito de su familia y de su comunidad; de igual forma asume la atención médica colectiva a grupos de individuos en riesgo, sanos o enfermos. Orienta, participa y establece acciones de salud que modifiquen favorablemente el ambiente. El internista brinda su atención de una manera continuada en los distintos niveles de la organización: primario, secundario y terciario. Su perfil profesional comprende cuatro grandes funciones: atención médica, docencia, investigación y administración”.²⁴

“El Médico Internista es el profesional médico especialista en Medicina Interna, capacitado para promover la salud, prevenir y resolver los problemas derivados de las enfermedades del adulto. Adicionalmente, es quien mejor posee las condiciones para formarse en una subespecialidad clínica y en salud pública”.²²

El internista debe ser un clínico consumado o, si se prefiere, un clínico de alto nivel académico que de por sí justifica su condición de consultor y, sin dudas, es quien debería liderar el equipo médico.¹² Debe ser un especialista altamente entrenado en el manejo de la pluripatología y de la "complejidad clínica" del adulto, y que no debe ser sustituido por otros especialistas de la medicina general, porque a menudo resulta perjudicado el paciente.^{7,12} Debe ser un experto en semiología, es decir, en técnicas de abordaje de una persona enferma, desde la anamnesis hasta la exploración física, pero también debe ser un experto en interpretación de los recursos de diagnóstico (tecnología médica), en patología médica (conocimiento de la enfermedad) y en clínica médica (la aplicación asistencial del saber al caso particular); la sumatoria es la especialidad Medicina Interna. Se especializa en las patologías que comprometen a diferentes órganos o aparatos.¹²

El maestro de la clínica cubana Prof. Luís Rodríguez Rivera en la introducción de su magnífico libro “La Clínica y su Método. Reflexiones sobre dos épocas”²⁴, a propósito de sus recuerdos al llegar por primera vez siendo estudiante a la sala Torralbas del Hospital “Calixto García” a fines de la década de los años 40 del siglo pasado, escribió: *“Quedé impresionado con lo que allí pude ver (en la mencionada sala): los médicos inquirían en detalle la historia de la enfermedad que relataba el paciente y luego procedían a mirar, palpar, percutir y auscultar; es decir, a recoger datos objetivos con sus sentidos naturales y unos simples instrumentos que prácticamente cabían en los bolsillos de sus batas; y a partir de tales elementos, construían sus hipótesis y decían qué órganos internos estaban afectados, el posible mecanismo de producción de los síntomas y signos y, finalmente, qué enfermedad o enfermedades los ocasionaba. Acertaban, por cierto, en un número elevado de casos. Pero eso no era todo: en cada cama había pacientes con patologías distintas: uno aquejaba una enfermedad respiratoria, otro digestiva, un tercero neurológica; y aquellos médicos podían pasar de uno a otro con versatilidad y conocimiento de causa. En sucesivos meses pude ver que, además, analizaban al paciente completo, insistían en la individualización de cada caso y se responsabilizaban con todo lo referente al enfermo bajo su atención,*

independientemente de que llamaran en consulta a otros especialistas. Las hipótesis diagnósticas, que nunca dejaban de hacerse sólo con los datos clínicos, se contrastaban con los resultados del Laboratorio, la Radiología o la Anatomía Patológica, que eran entonces los únicos recursos tecnológicos existentes. Si se confirmaban o no, siempre se informaba abiertamente, y si había error, todos aprendían de él. Si el paciente moría, el interés por la autopsia era muy vivo para conocer en realidad qué había sucedido y contrastarlo con las hipótesis originales. Estos médicos eran, además, cuidadosos en evaluar los resultados de los pocos fármacos que existían y asegurar sus virtudes". Sin dudas, debemos ir al rescate de estos médicos.

La pluripatología se ha convertido en un hecho cotidiano. Es frecuentísimo que un paciente de 50 ó 60 años que acude a consulta o a emergencias, padezca simultáneamente de obesidad, diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, aterosclerosis coronaria, EPOC ya que es fumador, várices en miembros inferiores y psoriasis. Ese paciente requiere de un internista y no de media docena de especialistas cuya perspectiva será necesariamente parcial. El internista desplegará una mirada global e integradora y solicitará el auxilio de aquellos especialistas que "ese caso particular" amerite, puesto que él asiste pacientes y no enfermedades, como se desprende del concepto fuertemente organicista que orada a la medicina actual.^{9,12}

En cuanto a la labor docente de los internistas, Ricardo González¹, nos alerta de que debemos revertir la tendencia que ha aparecido de formar médicos:

Cada vez más:

Actualizados

Técnicos

Entrenados

Equipados

Automatizados

Capaces de "HACER"

Pero menos:

Sensibles

Involucrados

Disponibles

Integrales

Humanizados

Capaces de "ESTAR",
"SENTIR" Y "APOYAR"

En muchas ocasiones hemos escuchado a los propios especialistas de Medicina Interna definiciones sobre a qué tipos de pacientes y en que situaciones tratar, sin embargo, queda bien claro en el plan de estudio de la especialidad y en el perfil del egresado de la especialidad las capacidades, habilidades, competencias y desempeño que debe tener y en las áreas de las Ciencias Médicas donde puede laborar o ejercer su profesión. Todo ello quedó explícito en los párrafos anteriores.

En medio de todo este panorama, están los adultos (enfermos o sanos) del siglo XXI, que en nuestro país cada vez son más educados, tienen expectativas muy altas y están "medicalizados". Es decir, que en nuestro sistema de salud cubano, único, universal, gratuito y accesible a todos, se encuentra un espectro de médicos y servicios que van desde, en un extremo, los más especializados y sofisticados, recomendando "las últimas evidencias", hasta el otro, donde están los que tratan de ser lo más generales, integrales y apropiados, no tan especializados ni sofisticados, que se basan también en las evidencias, pero que no abandonan el concepto del ser humano como persona única, indivisible e irreplicable.¹²

Dos prestigiosos profesores de la especialidad, que afortunadamente el autor de este artículo tuvo la dicha de conocer personalmente y participar en discusiones de casos

lideradas por ellos en el Hospital Carlos J Finlay, los Dr. Rodríguez Rivera y Dr. Moreno, realizan una descripción de médicos “hipocráticos” y médicos “galénicos”^{12,16}

El “médico hipocrático” se caracteriza por emplear el tiempo necesario con el enfermo, escucharle con atención, obtener de manera precisa su historia clínica, examinarlo cuidadosamente e interesarse por él no solo como paciente, sino como persona. Una vez que ha obtenido toda la información posible no se precipita en establecer el diagnóstico, utiliza sus conocimientos y experiencias para usar la tecnología médica de manera racional, de acuerdo con las posibilidades diagnósticas del paciente. Aunque llega a una conclusión, se caracteriza por tener la suficiente flexibilidad para efectuar un cambio de enfoque clínico, si las evidencias así lo indican y, finalmente, si no sabe una cosa lo dice sin circunloquios, francamente.

El “médico galénico” es un profesional que muestra más afición por los libros que por los enfermos, a quien le interesan más las explicaciones fisiopatológicas, las teorías en boga y los nuevos medicamentos, rinde un mayor culto a la tecnología moderna; su contacto con el enfermo es peligrosamente breve, pues lo considera en parte como una pérdida de tiempo; se interesa sobre todo por los datos biológicos; si el paciente es lento o poco preciso, no pocas veces recoge datos diferentes a la realidad y al elaborar sus hipótesis diagnósticas rápidamente introduce al enfermo en una casilla de su archivo mental, de acuerdo, sobre todo, con el resultado de una abundante batería de análisis complementarios.”

El profesor Moreno añade todavía otros caracteres diferenciales. Así señala que el “médico hipocrático” trata de incorporar las enseñanzas que recibe en la práctica con sus enfermos, porque se da cuenta de que son importantes y cree en el valor de la experiencia que cada caso le aporta en su búsqueda de un alto profesionalismo; no le desagrada ver enfermos; individualiza a cada uno; aborda los conflictos psicológicos y sociales de sus pacientes; se esfuerza por hacer registros fieles, claros y cultos en las historias clínicas; evita la polifarmacia; reconoce sus errores; mantiene siempre un sano escepticismo y al comprender que el ejercicio de la clínica conlleva una determinada y permanente incertidumbre, ello lo convierte en un hombre modesto. El “médico galénico” tiende a asimilar mucho menos la experiencia clínica que le aportan los pacientes, esquematiza en vez de individualizar; es impersonal en su trato, manejo y seguimiento de los enfermos, gusta de las normas y protocolos para casi todo, se inclina más a la polifarmacia, sus registros en las historias clínicas son pobres, no reconoce los errores porque se cree infalible y no duda porque tiene una respuesta para todo. Es autosuficiente.

El médico internista, máxime si tiene responsabilidades docente – asistenciales, debe exigir un ambiente de respeto, solemnidad y disciplina en las actividades relacionadas con la especialidad. En el artículo “Ética y pase de visita hospitalario” del Dr. Miguel A Serra Valdés¹⁰ se enuncia: *debe procurarse un clima cotidiano adecuado en las salas hospitalarias, de disciplina, puntualidad, vestuario correcto, orden, respeto e higiene y, por qué no decirlo, de solemnidad. Evitar la presencia de personal ajeno a la sala, mantener el silencio, extremar las restricciones del no fumar; todas parecen recomendaciones de sobras conocidas; pero si no se hacen conscientes y se incorporan de manera natural y continua a la sistemática de trabajo diario, ni se aprenderán ni se aprehenderán nunca por todo el personal y, sobre todo, por las reiteradas oleadas de nuevos participantes que llegan a involucrarse, de una forma u otra, de manera transitoria o no, en el pase de visita. El ambiente de trabajo de cada*

sala es muy importante. Este penetra por sí sin palabras, se transmite de unos a otros, generalmente de los más viejos a los nuevos, cotidiana y sistemáticamente, en diferentes momentos.

Otra de las funciones que ejercen los internistas en las instituciones de salud son las administrativas, la mayor de las veces de jefes de servicios de clínicas. Con relación a este aspecto se conoce que en los jefes hay una autoridad legal (por designación, nombramiento) y otra autoridad de prestigio (avalada por la fama de la vida) que, para tener éxito en cualquier actividad, es muy conveniente que los dos tipos de autoridades coincidan en la misma persona. Deben ser: Líder, Modesto y Desinteresado, Honesto, Consagrado, Ético, Paciente, Generoso, Amable, Cortés, Disciplinado, Culto, Firmeza de convicciones, respetado por todos, Tolerante, Patriota y Revolucionario, con una Espiritualidad muy grande, Buen clínico, con Curiosidad sin límites, Talentoso, Observador, Innovador, con conocimientos profundos, Organizado, con Habilidades prácticas, con Capacidad para el diálogo además de ser persuasivo, siempre en defensa de la Verdad, Investigador, en resumen, ser Maestro y Sembrador.¹⁰

En la medicina moderna se impone el concepto de “Medicina del Colectivo” y que, indiscutiblemente, debe ser la práctica actual. Todos saben que esta medicina colectiva, perfectamente coordinada, beneficia a los enfermos, sobre todo, con afecciones de cierta envergadura, por su profundidad, su amplitud y su humanismo. La UNESCO hace pocos años establece la creación de los Comité de Bioética y los Consultores de ética clínica y los define como un grupo de personas que aborda sistemáticamente la ética de las ciencias biomédicas, la política de salud y los casos clínicos complejos.

Un grupo de enfermos ingresados en el hospital “Gustavo Aldereguía”, de Cienfuegos, fueron encuestados e identificaron como las cualidades que esperan encontrar en sus médicos, en orden de frecuencia: que sean agradables (91,8 %), tengan experiencia (83,6 %), los escuchen (50,7 %), que no los engañen (41,1 %), sean respetuosos (41,1 %), tengan profesionalidad (38,4 %), no los abandonen (31,5 %), sean grandes profesores (28,8 %), se comporten adecuadamente (24,7 %), que los comprendan (23,4 %) y se mantengan actualizados (20,5 %).¹⁰ Pensemos por un instante, ¿será muy difícil poder satisfacer las expectativas de nuestros pacientes?

No podemos esperar una “rejerarquización” de la Medicina Interna como especialidad, por cierto justa, si antes los internistas no ponemos orden en los temas enunciados. La experiencia nos señala claramente que la revalorización del internista resulta ineludible si se pretende alcanzar durante el siglo XXI una medicina de calidad, más humanizada y menos costosa. Frente a todo este complejo panorama actual, ¿qué hacer por los internistas cubanos? Se propone lo siguiente:¹²

1. Convencer con competencia y desempeño a los pacientes, colegas, administradores de salud y público en general
2. Demostrar la necesidad de contar con buenos internistas, capaces de resolver de manera integral, ética, científica y menos costosa, los problemas clínicos, más sencillos o más complejos, de los adultos
3. Insistir en las elevadas posibilidades de éxito en el manejo de enfermos con polimorbilidad
4. Evidenciar en la práctica el papel integrador del internista en el diagnóstico y tratamiento de pacientes que requieren del concurso de varias especialidades
5. No caer jamás en la posición de médicos semáforos, ni molestar a los subespecialistas por gusto

6. Garantizar sobre todo la formación integral, sin abandonar la información, de nuevos internistas, capaces de desarrollar una práctica exitosa “totipotencial”, en un escenario siempre cambiante
7. Renovar en una nueva dimensión las actividades clínicas esenciales, asistenciales, docentes e investigativas de los internistas
8. Gestionar los servicios clínicos con eficacia, eficiencia y efectividad
9. Alcanzar el liderazgo natural de las especialidades clínicas, a partir del prestigio ganado por la labor desempeñada
10. Defender la Medicina Interna no por beneficio propio, sino por estar convencidos de lo que puede aportar para los pacientes, los estudiantes, los servicios de salud y la población.

El internista general no puede ni debe desaparecer, por su rol integrador que considera al enfermo global y lo acompaña como médico tratante o consultor a lo largo de la vida de ambos.^{12,16} El paciente, objetivo final de la medicina, es el que sufre por la pérdida del médico clínico o de cabecera capaz de solucionar la mayor parte de los problemas de salud, consejero y “derivador” oportuno. Se dice de un paciente en un país desarrollado y de alta tecnología la siguiente frase: “Si un médico escucha tranquilamente mis problemas de salud lo calificaré bien, pero si además me examina cuidadosamente antes de pedirme exámenes, no lo abandonaré jamás”.^{12,18}

CONCLUSIONES:

- La Medicina Interna, como especialidad, se caracteriza por ofrecer al enfermo un enfoque integrador y plural, no solo desde el punto de vista de la enfermedad, sino también desde el punto de vista psicológico y social.
- La Clínica y el método clínico tiene que tener el justo lugar que merecen en la formación de nuestros profesionales de la salud. La Medicina Interna, dentro del inmenso árbol de las ciencias médicas, es el tronco.
- Método clínico es el camino eficaz a seguir para alcanzar el diagnóstico, copia fiel del método científico universal y se relaciona estrechamente con todas las demás ramas de la ciencia.
- El desarrollo científico-técnico constituye complemento insustituible del método clínico, negarlo es una ofensa a la dialéctica del desarrollo pero encadenarlo al juicio clínico es una afrenta a la razón del buen pensamiento médico.
- El médico recién graduado, los formados en la especialidad de Medicina Interna y todos los profesionales de la salud en general, deben tener las capacidades necesarias para dominar el arte del diagnóstico y la oportuna terapéutica, basados en la práctica del método clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. González R. Humanismo, Espiritualidad y Ética en la atención a la salud. La Habana: Editora Política; 2005.
2. Illich I. Némesis Médica. México DF: Editorial Joaquín Mortiz, S.A; 1978.

3. Espinosa A. La clínica y la medicina interna, apuntes históricos y proyecciones. [CD ROM]. Ciudad de La Habana: Forum Nacional de Ciencia y Técnica; 2007. ISBN 959-234-040-4.
4. Espinosa A. Medicina Interna: ¿Qué fuiste, qué eres, qué serás?. Rev Cubana Medicina. 1999;38:79-90.
5. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Editora Científico-Técnica; 2001.
6. Bean W. Origin of the term "Internal Medicine". New Eng J Med. 1983; 306: 182-3.
7. Sánchez P. La Medicina Interna: retos y oportunidades al inicio de un nuevo siglo. Rev Méd Chile. 2003;131(6): 679-84
8. Osler W. Aequanimitas, with Other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine. 3rd. ed. Philadelphia: Blakiston; 1932.
9. Cataldi R. Especialidad Medicina Interna: su razón de ser. Rev Medicina Interna SMIBA [serie en Internet]. 2005[citado: 3 de febrero de 2007]; 1(2): [aprox. 6p.]. Disponible en [\[http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_01_2005/01_02_05.htm\]](http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_01_2005/01_02_05.htm).
10. Serra Valdés MA. Ética y el pase de visita hospitalario. Rev. Cubana Salud Pública 2006;32(4)
11. Ilizástigui F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super. 2000; 14 (2):109-27
12. Espinosa A. La Medicina Interna y los internistas en la búsqueda "resiliente" de su identidad. Medisur 2008; 6 (1).
13. Rozman C. La práctica médica en el siglo XXI. En: Farreras Rozman C. Medicina Interna 14va. ed. Madrid: Harcourt; 2000.
14. Roca R, Smith VV, Paz E, Losada J, Serret B, Llamas N, Toirac E, Noya ME, Morales R, Cardona D. La Medicina Interna y la formación del médico. En: Temas de Medicina Interna. 4ta.ed. t1. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2002.p.25-31.
15. Aguirre C, Velázquez A, Ollero M, Duque A, García P, Fernández E, Pacho E, Saiz F, Suberviola V. Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. (Borrador). Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2005.
16. Fernández JA. Los paradigmas médicos y la práctica de la Medicina Clínica. Bol Ateneo Juan César García. 1996;4:72-8
17. Varela N. Ejercicio de la Medicina Interna en América Latina. Rol del médico internista. En: Memorias del II Congreso Latinoamericano de Medicina Interna. Isla Margarita: Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna; 2001.p.144-51
18. Fernández JA. Conferencia en VIII Congreso Nacional de Medicina Interna. Ciudad de La Habana: MINSAP, 2002.
19. González R, Calzadilla L, Sánchez MJ. Expectativas y evaluación profesional del médico por pacientes y estudiantes de un hospital general Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [serie en Internet].2005[citada: 4 de febrero de 2007];2(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en <http://www.psiquiaticohph.sld.cu/hph0205/hph020405.htm>
20. Gesenway D. What is internal medicine's future? ACP Observer. 1998; 2(3): 4-8.
21. Aulestia F. Conferencia inaugural del IV Congreso Latinoamericano de Medicina Interna. Quito: EDCR; 2005.

22. Jordán J. Conferencia pronunciada en el III Congreso Nacional de Medicina Interna. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1981.
23. Fernández Mirabal JE, Pire Rodríguez A, Fernández Sacasas JA. Perfil profesional del especialista de primer grado en Medicina Interna Programa de Especialización en Medicina Interna. La Habana: Ministerio de Salud Pública - Dirección Nacional de Docencia de Postgrado - Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1979.p.35-7.
24. Rodríguez L. La Clínica y su Método. Reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos; 1999: XIII-XIV.

Recibido: 12 de octubre de 2014

Aprobado: 23 de octubre de 2014

Orlando Valdés Suárez. Hospital General Docente Iván Portuondo. San Antonio de los Baños. Artemisa. Cuba. Dirección electrónica: orlandovaldes@infomed.sld.cu