
Medicina Interna: algunas reflexiones necesarias

Internal Medicine: some necessary reflections

Dr. Albio Pacheco Mejías

Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

ESTIMADO DIRECTOR:

Ha existido siempre una problemática al intentar conceptualizar la Medicina Interna como especialidad. Esta dificultad se ha incrementado de forma notable desde que, las diversas subespecialidades médicas alcanzaron su plena autonomía y madurez, con la aparición de la medicina general ha sido cubierta la demanda asistencial por una especialidad generalista: la medicina familiar y comunitaria, con excelentes resultados en Cuba. A diferencia de los nombres de otras especialidades que hacen explícito su función, el de Medicina Interna ha provocado algunas confusiones debido a que el término no es descriptivo ni comprensible su etimología. En la actualidad, la palabra "interna" no refleja el simbolismo y la fuerza que le imprimieron en su nacimiento, al contrario, parece señalar el tratamiento a las afecciones internas, lo cual no es exacto o confundirse con la actividad de los "internos" que aún no han terminado su preparación médica.

Los especialistas en Medicina Interna en su práctica asistencial, debido a que se supone que el mayor foco de atención debe estar en ayudar a los pacientes a resolver sus problemas de salud, por lo general no identifican de manera clara to

dos los pasos del proceso del razonamiento para llegar a un diagnóstico y luego a tomar una conducta adecuada. De ahí que muchos juicios se hacen de manera intuitiva, basados en experiencias previas y en los conocimientos acumulados. Por lo que hay que aprender bien este proceso desde los inicios de la formación médica, para incorporarlo poco a poco, a través de la ejercitación en condiciones adecuadas con maestros competentes y en escenarios reales, como una habilidad crucial en el cuidado de las personas que se asisten. ¹

La principal amenaza que se cierne sobre los servicios de medicina interna (SMI) es el cambio del patrón epidemiológico, con el envejecimiento poblacional, predominio de pacientes crónicos y múltiples problemas de salud, dentro de una organización y estructura preparada de manera esencial para la atención de pacientes agudos, junto a una gran presión asistencial, canalizada en su mayoría a través de los Servicios de Urgencias y que se traduce en sobreocupación de las camas hospitalarias. ²

La Medicina Interna, entendida como especiali-

especialidad, proporciona una atención clínica completa y científica, que integra los aspectos fisiopatológicos, diagnóstica y da tratamiento con los humanos enfermos, mediante el adecuado uso de los recursos médicos disponibles. El internista debe poseer profundos conocimientos científicos, amplia experiencia clínica y demostrada capacidad de perfeccionamiento profesional y responsabilizarse en el cuidado personal y continuo de los enfermos. Actúa como consultor con otros especialistas y, a su vez, es capaz de integrar las opiniones de éstos en beneficio del cuidado integral y global del paciente. Ningún proceso morboso o problema clínico que el enfermo padezca le debe parecer ajeno a su incumbencia y responsabilidad aunque, como es lógico, logre la experiencia y actuación de otros especialistas siempre que sea preciso.³

La atención al paciente enfermo hospitalizado (incluye a pacientes con enfermedades crónicas descompensadas o con estados morbosos intercurrentes), el apoyo de consultoría en atención primaria u otras especialidades y la atención al paciente crónico complejo son los procesos clave en las unidades de medicina interna.⁴

El campo de acción del internista se deriva de sus principales valores y capacidades, en especial su visión integradora y su polivalencia, al centrarse en la atención al paciente con múltiples enfermedades, plurisintomáticos, al paciente con diagnóstico difícil, así como la atención a todas las enfermedades prevalentes del adulto en el ámbito hospitalario y de Atención Primaria de Salud (APS). El clínico experto es el que resuelve los problemas del paciente con menos pruebas e inconvenientes para él y para la sociedad.

En la práctica, los principales conceptos comunes que mejor definen a esta especialidad son:

1. La visión del enfermo es su conjunto (planteamiento integral de la asistencia) y no de la enfermedad en particular (el internista ve enfermos, no enfermedades).

2. La continuidad asistencial, requisito imprescindible en la calidad de la atención y fundamental en un paciente con enfermedades múltiples crónicas o de edad avanzada, es decir, una gran parte de los pacientes hospitalarios.⁵

3. La coordinación y liderazgo de equipos multidisciplinarios de especialistas y de medicina familiar y comunitaria, así como de interconsultas o programas específicos de salud. El médico internista es interlocutor cuando ha de aunar diversos especialistas porque es la persona, con la mayor capacidad para conocer el ámbito del resto de las especialidades.⁶

Los internistas son los médicos mejor preparados para desenvolverse en los nuevos papeles y salidas profesionales que se presentan en el sistema de salud, al abrir nuevos campos y desarrollar la profesión en áreas como:

1. Unidad de paliativos: en coordinación con el oncólogo, el internista es el indicado para organizar a los pacientes crónicos oncológicos, debido a su formación y experiencia.

2. Asistencia domiciliaria: esta debe ser cubierta por un médico integrador y capaz de tratar todas o casi todas las enfermedades al prescindir de la asistencia de un especialista para cada caso, además supone un ahorro económico al disminuir el costo de la atención hospitalaria al evitar los reingresos de pacientes con un control domiciliario.

3. Consultas alta resolución: capaces de simplificar procesos y dar altas previas a pacientes

que pasan a ser ambulatorios. En la actualidad estas consultas evitan ingresos hospitalarios innecesarios ya que ahorran entre el 30-40 % de las camas hospitalarias en los países desarrollados. Este tipo de consultas no han sido puestas en práctica en Cuba.

4. Urgencia y coordinación con urgencias: los internistas son idóneos para las urgencias, ya que su formación es integral, son profesionales polivalentes y pueden atender a cualquier paciente, pues deben articularse en función de parámetros de recambio generacional y contemplarse como una etapa profesional sobre todo para internistas jóvenes.

5. Atención a pacientes ancianos: se convive con la Geriátrica, con médicos de atención primaria, trabajadores sociales y se realiza un trabajo integrador.

6. Especialización en áreas muy concretas: los procesos infecciosos, cardiovasculares y oncológicos irán en ascenso, la población demanda resoluciones rápidas en enfermedades agudas pero poco tiempo en el hospital, se busca, por tanto, una medicina más ambulatoria que hospitalaria, para eso hay que mejorar la eficiencia de la hospitalización, como unidades de atención domiciliaria de corta estancia o de alta resolución y en estos campos, los internistas quieren y deben estar presentes.

7. En la atención terciaria: el internista interviene como coordinador entre las diferentes especialidades; tiene a su cargo el diagnóstico y tratamiento de casos críticos o complejos, de enfermedades multiorgánicas, de enfermedades interdisciplinarias e indiferenciadas que rebasan el ámbito de una sola especialidad médica, como las enfermedades del mesénquima, vasculitis o sarcoidosis, las atenciones en emergencia

y unidades de cuidados intensivos, áreas que requieren formación integral y amplias destrezas, y aporta con su juicio clínico para uso racional de tecnología.⁷

En un futuro la Medicina Interna tendrá un mayor peso en el enfrentamiento a enfermedades infecciosas, es probable que en enfermedades cardiovasculares también, en pacientes cada vez más complejos (añosos, con más de una enfermedad, plurisintomáticos, oncológicos comorbidos), en atención con menos estadía sin disminuir la calidad de la misma, también crecerá el papel de médico internista en la mejoría de los circuitos que sigue el paciente (primaria, ambulatoria, hospitalaria, rehabilitación) y en los procesos de deshospitalización o de atención domiciliaria.⁸

En los próximos años los servicios de medicina interna asumirán una mayor carga de trabajo en todos los ámbitos de su actividad asistencial. Se centrará de manera esencial en las áreas de diagnóstico, en el tratamiento y manejo de los pacientes más complejos. Y no será solo en las áreas tradicionales sino también en todos los ámbitos intra y extrahospitalarios. El incremento paralelo de la actividad asistencial y de su complejidad clínica es un reto enorme. Enfrentarlo obliga a los internistas a disponer de los conocimientos y habilidades para la atención integral del paciente, disponer de una estructura de atención adecuada y observar exigentes niveles de calidad.⁹

Por último, la crisis puede ser una oportunidad para ser mejores profesionales, formarse mejor, para exigir más por la formación de los nuevos galenos, para optimizar los procesos de toma de decisiones, para prestigiar la especialidad y el ejercicio del método clínico en este mundo cada

vez más complejo, convulso, en su marcha inexorable hacia la extinción de la especie humana, alertar una vez más sobre el peligro con el llamado "ojo clínico". Es responsabilidad de todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa Brito A. La clínica y la Medicina Interna. Rev cubana med [Internet]. Sep 2013 [citado 9 Jun 2017];52(3):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000300008&lng=es

2. Escolar Castellón F. El Servicio de Medicina Interna del siglo XXI. Internistas. 1 Jul 2013;0:25-35.

3. Pazo-Cid RA. Itinerario formativo. Oncología médica año 2016-2017 [Internet]. Zaragoza, España: Servicio de oncología médica, Hospital universitario Miguel Servet; 2017 [citado 23 Jun 2017]. Disponible en: http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/uploads/documentos/documentos_ONCOLOGIA_MEDICA_2016-2017_ccb0225f.pdf

4. JANO.es [Internet]. España: Elseiver; 2016 [actualizados 9 Jun 2017; citado 12 Jun 2017]. SEMI Aboga por un mayor protagonismo de la medicina interna en el manejo del paciente crónico complejo; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.jano.es/noticia-semi-aboga-por-un-mayor-26721>

5. Barbado Hernández FJ. Medicina y literatura en la formación del médico residente de medici-

na interna. An Med Interna (Madrid) [Internet]. Abr 2007 [citado 6 Ene 2012];24(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000400010

6. García Alegría J. La Medicina Interna en tiempos de crisis. Galicia Clin. 2011;72(4):156-8.

7. Sociedad Española de Medicina Interna. Estudio socioprofesional de la medicina interna en España. España: Prospectiva; 2010.

8. Médicos y pacientes. Archivo Histórico [Internet]. 3 Nov 2014 [citado 6 Ene 2012]; (1720):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.icomav.es/pdf/comunicados/MEMORIA%202014.pdf>

9. Casariego Lugo E. El servicio de medicina interna en el siglo XXI. Acta Médica Colombiana [Internet]. Jul-Sep 2016 [citado 6 Ene 2012]; 41(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/1631/163147636007.pdf

Recibido: 23 de Junio de 2017

Aprobado: 3 de agosto de 2017

Dr. Albio Pacheco Mejías Especialista II Grado en Medicina Interna. Profesor auxiliar. Master Urgencias Médicas. Vicerrector General. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.
Email: pmalvio.cmw@infomed.sld.cu