

## El internista: un ser humano ayudando a otro. De la formación y ejercicio clínico de la profesión

Jaime Duclos H<sup>1</sup>.

*The internist: A human being that helps others. On the training and clinical practice of the specialty*

*This is a critical overview of an internist with 33 years of practice, about the activities which are inherent to internal medicine. The author analyzes strategies on how to keep updated in the scientific literature, the importance of acquiring experience from peers and teachers and emphasizes the value of an adequate patient-physician relationship (Rev Méd Chile 132: 509-12).*

**(Key Words:** Education, medical, continuing; Internal medicine; Medical literature analysis)

Recibido el 27 de enero, 2004. Aceptado el 27 de febrero, 2004.

<sup>1</sup>Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Servicio de Medicina, Hospital Naval «Almirante Nef», Viña del Mar, Chile.

Treinta y tres años como médico, ejerciendo en el campo de la medicina interna, es un tiempo que permite algunas reflexiones en el sentir y hacer de esta especialidad. Son muchas las interrogantes hacia atrás y al futuro que uno se formula y espero que éstas, mis reflexiones, sean una ayuda para aquellos que consideran a la medicina interna como su propia especialidad.

A diferencia de otras profesiones, e incluso, de otras especialidades en medicina, nosotros no construimos sobre fórmulas matemáticas. Nuestros resultados tampoco son evaluados ni valorados por disciplinas exactas. Lo que hacemos sólo tiene validación en la percepción de nuestras acciones por parte de cada ser humano que nos

consulta. Lo mágico en medicina es que la evolución de nuestros consultantes podrá ser feliz o muy desgraciada, no tanto en cuanto se perfecciona hasta el máximo la instrumentalización técnica, sino que en cuanto se conserven la confianza, la credibilidad, la empatía y el respeto en la relación médico-paciente.

La acción médica depende de una escuela y de su tiempo pero, antes de nada, de los hombres que la ejercen. Ningún acto médico es un patrón de oro que deba ser necesariamente copiado con exactitud, ni tampoco convertirse en el estándar universal que sirva como medida de evaluación. Hay reglas, consensos, patrones en medicina, pero nunca podrá existir uniformidad en el acto médico.

Varios son los problemas que el internista debe enfrentar en la ejecución de sus actos y en la toma de decisiones clínicas. A mi juicio dos son sus preocupaciones mayores, que son en el

Correspondencia a: Dr. Jaime Duclos H. Los Fresnos 320 casa 4 Miraflores, Viña del Mar. Fax (32) 687472. E mail: jduclos@vtr.net

fondo, los pilares de su vida profesional. La primera es cómo el internista sigue su formación y la incorporación de información científica para lograr una buena integración médica. La segunda consiste en optimizar la relación médico-paciente y con su familia. En ambas, las estrategias a seguir para lograr los objetivos serán muy particulares y personales.

El punto crucial de una buena decisión en clínica es el adecuado juicio y criterio. Para alimentarlos se necesita una buena información y destreza. ¿Pero cómo se puede retener información adecuada sobre cientos de enfermedades y mantenerla vigente?

No necesitamos acumular información de toda la literatura científica. Lo que debemos hacer es ordenar y estratificar bien lo que leemos. Está demostrado que, de los cientos y miles de trabajos de investigación básica que se realizan en todo el mundo, sólo una mínima parte va a tener relevancia para la clínica, y cuando ello sucede, la información es siempre universal, de rápida difusión y acceso. Cada diez o quince años viviremos un gran descubrimiento, producto de la investigación básica. Es por esta razón estratégica que no podemos invertir nuestro tiempo en ese tipo de literatura científica, prioritariamente, a menos que sea por un placer intelectual.

Por limitaciones de tiempo, debemos escoger cuatro a seis revistas médicas de circulación principal, que traten grandes temas de la medicina interna. Una de ellas debe ser en idioma castellano y necesariamente debe tratar sobre la realidad local donde ejercemos la medicina interna. En nuestro caso, este sitio le corresponde a la *Revista Médica de Chile*. El sesgo del idioma de las publicaciones científicas puede significar desconocer lo que está sucediendo en buena parte de occidente. Ante la imposibilidad de poder leer todos los artículos *in extenso*, debemos entrenarnos en aprender a ser críticos de lo que leemos. En orden jerárquico, creo que la prioridad de la lectura debe comprender los trabajos de Revisión de Temas: ellos dan una visión actualizada y completa de una determinada situación clínica, con una visión al futuro del tema tratado.

He tenido, en mis años de trabajo, la gran ventaja de haber atendido siempre a pacientes de una población cautiva. Es así que he podido

controlar algunos pacientes por más de 30 años. Todo lo bueno y malo que he podido hacer, lo hemos sabido yo, el paciente y su familia. Esta es también la mejor y más valerosa manera de aprender y enseñar la medicina. Los principios teóricos son válidos sólo en cuanto a que los resultados de su aplicación se vean en la realidad de los pacientes. Este es nuestro patrón de oro y la única validación de nuestros conocimientos, destrezas y criterio médico. El seguimiento a largo plazo de nuestros enfermos será la confirmación última de nuestra verdad.

Otro aspecto importante de la práctica médica es la solicitud de exámenes, los que deben pedirse siempre con una finalidad precisa y para responder a una pregunta o formulación clara. Sin embargo, dos son a mi juicio los exámenes que pueden y deben pedirse «sin racionalidad», bastando sólo el contexto clínico de una eventual posibilidad de encontrarlos alterados. Ello simplemente por una ventaja enorme en beneficios *versus* un mínimo costo. Uno de mis grandes errores clínicos lo he cometido en el diagnóstico del hipotiroidismo. Es tan amplia, vasta y a veces sutil su expresión clínica, que muchas mujeres, especialmente entre los 40 y 60 años, pasan largo tiempo sin diagnóstico y consideradas como «funcionales». Creo que pedir la medición de TSH sérica, casi como un examen de rutina, en especial en las mujeres de edad media, es una buena y aconsejable práctica. El segundo examen rutinario es la potasemia en el paciente nefrótico. Los síntomas y signos, en especial de la hiperpotasemia, son vagos, inespecíficos, equívocos y tardíos. La única manera de diagnosticar un trastorno del potasio es medir el electrolito, y ello debe hacerse cuantas veces sea necesario, el beneficio puede ser enorme y el error, fatal.

Otro punto crucial para el internista es «abrir su mente y criterio» a las situaciones nuevas o «poco frecuentes». Los reportes de casos clínicos son fuente ideal para adquirir este conocimiento. Recientemente aprendí que la fibrosis retroperitoneal puede ser secundaria a vasculitis ANCA (+) sin otra manifestación clínica. Esta predisposición nos llevará a sopesar con mucho cuidado cualquier síntoma o signo «extraño» o «inhabitual» que presenten nuestros enfermos, para que antes de considerarlos psicósomáticos pensemos si no han

sido descritos en alguna ocasión en relación a una enfermedad específica.

Debemos ser cautos y críticos en aplicar a todos nuestros pacientes, de manera inflexible, determinadas recomendaciones terapéuticas, aunque ellas estén avaladas en apariencia por argumentaciones sólidas. Son escasísimas las situaciones en medicina en que un diagnóstico y tratamiento dados no merecen discusión alternativa. Más bien, nuestra práctica clínica está permanentemente alimentada por opciones distintas. Siempre hay que dudar de aquellos estudios que recomiendan la aplicación de tal o cual tratamiento prometiendo una verdad absoluta. Hemos sido testigos de grandes equivocaciones en medicina, que han resultado de la imposición de conclusiones de trabajos carentes de honradez científica. Ejemplos de ello son la recomendación de politransfundir a los futuros receptores de trasplante renal, y el ofrecimiento de protección absoluta de riesgo coronario con tratamiento hormonal de sustitución, en la mujer perimenopáusicas. Son dos ejemplos, dos fracasos, dos grandes errores que nos deben hacer reflexionar.

En los últimos diez años me han impactado tres artículos científicos que han modificado mi manera de actuar y pensar. Los dos primeros dicen relación con medicamentos, uno en sentido positivo y otro negativo. El formidable impacto sobre la mortalidad cardiovascular con el empleo de espirinolactona fue un verdadero hito<sup>1</sup> rápidamente asimilado por los internistas, aunque sin la adecuada difusión que nos hubiese gustado. El segundo artículo, simple, sencillo pero límpido y dramático, nos enseña acerca del enorme perjuicio relacionado con el uso de aspirina en dosis bajas y la función renal en pacientes longevos. Lo más grave es que se demostró que el impacto negativo sobre la función renal perduraba luego de suspendido el medicamento<sup>2</sup>. Por último, la rejuvenecida «hipótesis del hierro» de Sullivan<sup>3</sup> es de una frescura intelectual notable. La mayoría de los trabajos sobre terapia hormonal de sustitución dan evidencias en contra de un mecanismo protector hormonal en la mujer menstruante. Esta hipótesis explicaría el perfil de la enfermedad coronaria en mujeres y hombres. Notable, sencillo, pero de una lucidez impactante.

Otro aspecto importante en mi formación como médico es haber reconocido como susten-

tos para mi ejercicio clínico la experiencia y los consejos de mis pares y docentes. Creo que esta vía de comunicación de información es única, exclusiva y fundamental. La experiencia vivida no es susceptible de llevarse a gráficos ni ser sometida a programas computacionales para saber si son verdad o no, pero sabremos en nuestra intimidad que sí lo son, mucho más que cualquier discurso teórico. Lamentablemente en nuestros tiempos, «al de edad» hay que hacerlo a un lado porque está obsoleto y es una carga para la sociedad y no aporta a su «modernización». Ello puede ser cierto en algunas profesiones o carreras técnicas, pero no en medicina.

Si bien nosotros podemos curar y aliviar a través de la palabra, nuestra mayor acción terapéutica la ejercemos mediante la prescripción de medicamentos. Al respecto, debemos ser doblemente cuidadosos y reflexivos cuando los administramos a pacientes privados de conciencia o limitados en su competencia. Si verdaderamente queremos llegar con nuestra acción médica a nuestros pacientes, conversemos nuestras recetas con ellos. Es nuestra única manera de saber si han entendido bien la prescripción o si estarán en condiciones financieras de adquirir los fármacos. Seamos especialmente considerados con los ancianos o limitados. Deberemos hacer el máximo esfuerzo para extenderles una receta que pueda ser cumplida cabalmente. Imaginémosnos que nosotros somos los pacientes y encontraremos que cumplir con 6 o más medicamentos, con 3 ó 4 tomas diarias por cada uno de ellos, se hace impracticable. Tendremos que esforzarnos en mejorar la pobre adhesividad al tratamiento crónico que hoy vivimos. Un paciente comprometido con su salud y su médico es la mejor vía para lograr el éxito terapéutico.

El tema de la relación médico-paciente y su familia es complejo y sobre el cual me he ido formando una opinión, rebatible quizás por muchos, pero para mí muy válida. No participo de la idea, fundamentada a mi juicio equívocamente en los principios de autonomía y beneficencia del paciente, que el enfermo y la familia «siempre tienen la razón» y que hay que satisfacer sin discusiones todos sus requerimientos. El modelo economicista del paciente-cliente no es aplicable en medicina. Estimo que ello no es justo ni

éticamente aceptable. Tenemos un deber de defender a nuestros pacientes no sólo de sus enfermedades sino que a veces también de ellos mismos y de su familia. A veces «lo mejor y más completo» puede ser más perjudicial para el paciente. No podemos colocar nuestro oficio y arte al servicio de los demandantes, sin más. Debemos seguir teniendo una voz principal en la toma de decisiones médicas y debemos mantener

con firmeza nuestra negativa de adoptar una conducta que puede ser perjudicial para un enfermo o la sociedad. En el buen sentido, este paternalismo deberá existir siempre en la práctica médica y tendremos que esforzarnos para adquirir las destrezas necesarias que nos aseguren su correcta aplicación. Somos seres humanos poseedores de un gran arte que busca ayudar a otros seres humanos.

#### REFERENCIAS

1. PITT B, ZANNAD F, REMME W, CODY R, CASTAIGNE A, PÉREZ A ET AL. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. *N Engl J Med* 1999; 341: 709-17.
2. SEGAL R, LUBART E, LEIBOVITZ A, BERKOVICH M, HALOT B, YARON M, CASPI D. Early and late effects of low-dose aspirin on renal function in elderly patients. *Am J Med* 2003; 115: 462-6.
3. SULLIVAN JL. Are menstruating women protected from heart disease because of or in spite of estrogen? Relevance to the iron hypothesis. *Am Heart J* 2003; 145: 199-203.