

# Foro libre del internista.

Fernando Diz-Lois, Hospital Juan Canalejo. Luis Amador, Hospital Meixoeiro, Vigo.  
Antonio Asensi, Centro de Salud de Betanzos. Vicente Fernández, Centro de Salud Labañou, A Coruña.  
Efrén Sánchez, Hospital Juan Canalejo. Juan Sanmartín, Hospital Marítimo de Oza, A Coruña. Beatriz Seoane, Hospital Juan Canalejo.

La riqueza y capacidad de adaptación a los cambios de un grupo social depende en gran parte de que sus miembros puedan expresarse libremente.

El XXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna, como otros congresos, tuvo sus ponencias, comunicaciones, casos clínicos, controversias, puestas al día, etc. tamizados por la rigidez de la ciencia al uso, el academicismo y el arbitrio de los que hacen el programa y juzgan las comunicaciones.

Era necesario por lo tanto, que en el seno del congreso, aprovechando el masivo número de asistentes, hubiese algún lugar donde pudiesen expresarse los internistas al margen de condicionamientos académicos, con libertad y de forma espontánea.

Lo que aconteció en la sala 3 del Palexco en el congreso de A Coruña, aunque con poca asistencia y durante hora y media, ya hizo historia. Allí manifestaron diversos facultativos su opinión sobre el ejercicio de la medicina interna bajo su perspectiva vital.

Ojalá algún día tengan lugar más sesiones con mayor asistencia en algún otro palacio de congresos.

## Luis Amador

*El internista que hace Urgencias y Hospitalización a Domicilio (HADO) cree que es obsoleto ingresar un determinado tipo de enfermos en el hospital cuando podrían ser atendidos en sus domicilios, una asistencia tanto orientada tanto hacia el diagnóstico como al tratamiento. ¿Habría que aumentar las unidades asistenciales domiciliarias como una forma de "hospitalización"? Seguro que sería más rentable y probablemente aceptado por la población. Muchos enfermos podrían derivarse a HADO desde urgencias. El secreto de la solución a la plétora es ingresar menos. Los criterios de ingreso en HADO son muy amplios si hay medios y cobertura al menos mañana y tarde: "cualquier tipo de patología con la salvedad de que se prevea inestabilidad reversible o no se cuente con los recursos necesarios"*

*Muchos procesos quirúrgicos y médicos se pueden protocolizar y asistir en HADO, entre estos: masas pulmonares, LOES, anemias, infecciones de tejidos blandos, rectorragias leves, insuficiencias cardíacas, síndromes constitucionales, F.O.D.*

*El ser responsable de HADO y Urgencias facilita la derivación de pacientes hacia el domicilio, evitando ingresos y gastos.*

## Vicente Fernández

*Médico de familia, que ejerce en un centro de salud sobresaturado, al que le llama "punto limpio" y "el caladero", donde "confluye todo y pescan" los especialistas: los estudios de investigación. el enésimo protocolo, las "Unidades" (menopausia, ...). Los médicos de familia se ven utilizados, y están asfixiados por la asistencia. Ven al internista como: "el gestor intramuros" ya que al menos en parte gestiona pruebas a las que el médico de familia no puede acceder ("acceso denegado"), también como "el experto", el que tiene tiempo para ver a sus pacientes.,*

*Les gustaría tener mas autonomía para estudiar a sus pacientes, es decir más tiempo y más opciones para solicitar pruebas.*

## Efrén Sánchez

*El internista que se dedica a las enfermedades infecciosas en el hospital, ve los servicios de medicina interna según la teoría de conjuntos, considerándose él mismo y sus compañeros infectólogos como un subconjunto. Estos subconjuntos (las unidades médicas) interseccionan en actividades comunes (guardias, enfermos ectópicos, consultas, sesiones, proyectos de investigación), pero se diferencian por su actividad específica, en concreto en este caso en infecciosas. La verdadera y más importante colaboración es la interconsulta, el consejo del experto.*

*“Era necesario por lo tanto, que en el seno del congreso, aprovechando el masivo número de asistentes, hubiese algún lugar donde pudiesen expresarse los internistas al margen de condicionamientos”*

### **Juan Sanmartin**

*El internista en cuidados paliativos considera su actividad como un valor añadido, como una capacitación dentro de la Medicina Interna. Cree que el cuidado paliativo ideal se hace en el domicilio del paciente. Muchos de sus pacientes podrían estar en su casa si tuviese medios de visitarlos. Deberían de participar en los servicios de HADO o al menos tener una conexión estrecha con ellos.*

### **Beatriz Seoane**

*Residente de 5º año, muy satisfecha de haber elegido la especialidad de Medicina Interna, pero la “mies es mucha” y los residentes pocos, lo que lleva consigo un gran trabajo asistencial. Aunque esto es sustancialmente formativo, se echa de menos durante los años en el hospital más investigación. Tampoco las numerosas plantillas de los hospitales evitan la “soledad del residente” en muchos momentos, sobre todo durante las frecuentes guardias. Es frecuente considerar y recurrir al residente de 5º año como “adjunto barato”.*

### **Antonio Asensi**

*Médico de familia, realizador de un programa de divulgación médica en televisión, habla de la medicina vista desde un comunicador en los medios: “la práctica de la medicina es tan plástica y tan creativa como la pintura y por lo tanto susceptible de estar en los medios”. La TV utilizando su inmediatez, debe usarse para hacer educación para la salud en positivo (no ofreciendo falsas expectativas), ello sin embargo nunca sustituirá a la educación del paciente en el centro de salud o en el hospital. Ve al internista como primer interlocutor del médico de familia; ambos tienen en común su visión integral del enfermo y utilización racional de exámenes complementarios. Ante la presión de la sociedad que demanda una medicina tecnológica, el profesional aparenta renun-*

*ciar al arte, que es la clínica. Los medios de comunicación tienen que ver con esta nueva forma de hacer medicina.*

*Pone como ejemplo de clínico al Dr Novoa Santos del que se celebra su 75 aniversario. De él decía Garcia Sabell: Entre los grandes clínicos diagnosticadores está el doctor Roberto Nóvoa Santos, sabio médico gallego. Era de los clínicos capaces de obtener conclusiones diagnósticas merced al empleo sutil y pormenorizado del diálogo con el enfermo, a las exploraciones más humildes y rudimentarias, a algunos someros datos de laboratorio. Clínicos que vivían la aventura patológica al lado del paciente, día a día, con atención terca, con preocupación constante, con dedicación indiscriminada. Hoy se hacen diagnósticos muy certeros y sumamente perfectos, y complicados. Tenemos espléndidos patólogos, pero la intuición clínica fulgurante, lo que la gente llamó el ojo clínico, desaparece.*

La intención del comité científico del XIX congreso de la SEMI en La Coruña era que este foro se repitiese cada día durante el congreso, pero dada la novedad de la apuesta por esta tribuna de libre opinión, la afluencia quedó corta. Los que allí estuvimos experimentamos el ambiente relajado de la espontaneidad, pero también supimos comprender a los participantes extrayendo conclusiones interesantes del coloquio.

Permitir la libre expresión consciente y razonada equivale a sembrar. Alguna semilla entre ellas ha de fructificar. En esto está el secreto de la adaptación y del cambio. El futuro de los internistas depende nosotros mismos, de la tolerancia, de la participación, de facilitar que cada uno que lo desee, pueda expresarse con libertad ante audiencias abiertas a escuchar. Con todo ello tomar decisiones para poder sortear mejor, como internistas, la evolución acelerada de la medicina asistencial.