

El internista: visión global de la persona enferma y especialista ideal en tiempos de crisis

The internist: an overview of the patient's problems and ideal specialist in times of crisis

Julio Montes Santiago

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). SERGAS. Vigo
Presidente de la SOGAMI

Es lunes. 3 menos 10 de la tarde. Estoy moderadamente contento. Tras el fin de semana he realizado la historia clínica y exploración a los 3 pacientes nuevos ingresados que se me han asignado en el reparto de la asistencia. He pasado una razonable visita al resto de 9 pacientes que continúan ingresados, les he preguntado sus impresiones personales del fin de semana, aunque ya sabía las incidencias más importantes por la historia electrónica y preguntado a la enfermera responsable; he explorado a aquellos que me comentaban alguna incidencia destacable; he visto sus analíticas pendientes; he actualizado o modificado sus tratamientos; he dado el alta a un paciente que estaba pendiente del resultado de un ecocardiograma, le he explicado las modificaciones del tratamiento y he cubierto sus recetas... Hoy me ha tocado además consulta. Son 3 pacientes nuevos y 12 revisiones. El busca del Servicio, que me toca esta semana, sólo ha sonado 4 veces esta mañana, pero he tenido suerte porque en 2 he podido resolver por teléfono las dudas del médico responsable; en otra, he hablado con las enfermeras y les he recordado p.ej. que para ser fiable en pacientes obesos, la tensión arterial debe medirse con el manguito adecuado, aunque me acercaré a echar un vistazo al paciente al terminar la consulta, y he realizado una visita rápida a otro paciente con un problema de relativamente fácil solución. He dejado comentarios en todos los pacientes, algunos extensos, otros más breves por la estabilidad clínica; he buscado al compañero que entra de guardia a partir de las 3 y le he explicado que dejo una petición de hemoglobina para las 20 horas a una paciente con hemorragia digestiva, aunque hemodinámicamente se encuentra estable. Bien, aparte de rellenar los impresos de petición de diversas pruebas complementarias; de preguntar nuevamente la glucemia capilar y qué tal va de conciencia el paciente que presentó la hipoglucemia esta madrugada; de informar a los familiares que esperaban a la puerta del despacho y dado que no acudió el último paciente citado en la consulta puedo decir que casi he terminado.

De repente suena el busca, o más bien salta el inconfundible sonido del teléfono de localización para el Servicio que hace poco nos dieron. -Sí, aquí el adjunto de

Medicina Interna. -Espere, Dr., que le paso una llamada-, me dice la muy familiar voz de la telefonista. Soy la Dra. X (de una especialidad quirúrgica). Aquí, le digo mi nombre. -Oye, puedes venir a ver un paciente, es que no sé que le pasa pero está mal -me dice con angustia en la voz. Bajo a su planta. Me sale al encuentro. Verás, es un paciente que no conozco mucho. Al parecer está en el 10 día de posoperatorio de... (intervención de su especialidad). Yo lo veo postrado hoy...

Reviso su historia. Es diabético. Tiene una hoja de interconsulta al especialista para el ajuste de sus glucemias. Ahora las tiene perfectas. Hay otra hoja de consulta a otro especialista porque en el 5º día presentó un dolor torácico. Las troponinas y CPK-MB fueron normales y el electrocardiograma fue inespecífico. El dolor no quedó claramente filiado pero se atenuó y como todos los marcadores fueron normales dejó de ser considerado de su especialidad. Sí escribió que si recurría el dolor volvieran a llamar. Dos días después se cursó hoja de interconsulta a otro especialista diferente por disnea de aparición brusca. Se hizo gasometría (con discreta hipoxemia), EKG (taquicardia sinusal), gammagrafía pulmonar (baja probabilidad para EP) y Rx de tórax (no clara imagen de condensación). Como mejoró no se hicieron cambios terapéuticos. Hay otra consulta el día después a otro especialista diferente por episodio breve de pérdida de conciencia sin convulsiones y recuperación completa. Se ordenó TAC craneal que fue normal. Como no recurrió no se modificó el tratamiento.

Bien, parece que soy el 5º médico en verlo en menos de 3 días. Aquello parece un puzzle de hojas de interconsulta de especialidades, escritas todas en aquella letra tan amigable que solemos tener los médicos. Enciendo automáticamente el chip multitarea para traducir aquellos complejos signos gráficos del sánscrito, arameo o quechua y me paso media hora larga descifrando esos peculiares códigos de ordenación que habitualmente presentan las historias quirúrgicas, tan ilustrativos del principio de máxima entropía. Paso sucesivamente de la historia electrónica (donde hay algunos comentarios, más bien parcos, y la gráfica de constantes y comentarios de la enfermería) a la gradilla de tratamientos (donde están las hojas

de interconsulta), a la carpeta de la historia (donde están los EKG y el protocolo quirúrgico y la hoja de valoración anestésica), a la pantalla de análisis clínicos, al programa para visión de radiografías (que hoy parece avanzar a la velocidad de un caracol artrítico), a las hojas de tratamiento para ver los cambios... Creo que me hago una razonable idea de los problemas y paso a ver al paciente. Paciente con mal aspecto y tendencia a la obnubilación. TAS de 95. La diuresis ha sido escasa en las últimas 48 horas. Temperatura de 35,8°C. Aunque ahora no tiene fiebre me confirman las enfermeras que en los últimos 2 días ha presentado algunos escalofríos. La vía periférica muestra datos de probable flebitis. Parece evidente que el paciente está séptico. Se sacan hemocultivos, se retira y manda a cultivo el catéter, se comienzan la perfusión de líquidos a buen ritmo y se inicia cobertura antibiótica amplia, incluyendo grampositivos. Dejo pedida radiografía de tórax y analítica. Son ya cerca de las 5 y media. Dejo los comentarios escritos en la historia -el ordenador, que me tiene ojeriza esta mañana, se ha bloqueado por enésima vez, borrando eso sí un amplio comentario que tenía casi acabado... -. Dejo enfocado el paciente a mi compañero entrante de la guardia de Medicina interna, con la actitud planeada para seguir en las próximas horas. Quiero comentarle el paciente a su médico responsable, para también informar conjuntamente a sus familiares, pero la enfermera de turno de la planta me revela que la especialista que me llamó, al ver que yo me quedaba enfrascado en los "pormenores" de la historia, se marchó aproximadamente unos 10 minutos después de que me hubiera solicitado la ayuda urgente. Por supuesto, *¡hace ya cerca de 3 horas que terminó "su" turno de la mañana!* Y al día siguiente cuando ella llegue al hospital uno de sus primeros movimientos será la petición, que naturalmente aceptaré, de trasladar al paciente a Medicina interna.

Seguramente la gran mayoría de los lectores de estas líneas, que sí, son trasposición bastante exacta de casos reales, reconocerán *mutatis mutandi*, muchos de los inolvidables retazos asistenciales de su vida. Aquellos instantes, que más que "momentos nescafé", parecen momentos en que te hubieran enchufado directamente la garrafa del tal nescafé en el 4º ventrículo. Pero no gastamos demasiado tiempo en quejarnos. No tenemos tiempo. Al fin y al cabo hace escasamente dos años nuestra Sociedad Española de Medicina Interna eligió para definir al internista el lema "la visión global de la persona enferma" y ello supone un peaje que debemos pagar en nuestra vida personal. Y nosotros, a semejanza de lo que vimos hacer a aquellos maestros que nos formaron como médicos, pero también como personas, lo asumimos naturalmente.

Bien, vivimos en tiempos de crisis. Tiempos difíciles e inciertos, marcados por los recortes económicos y de

recursos humanos, en los cuales parecen tambalearse convicciones o pilares de actuación otrora firmes. Pero también tiempos emocionantes para reflexionar y consolidar realidades que merecen la pena. Tiempos a los que los internistas ya estamos acostumbrados porque somos unos supervivientes. Fue en el pasado siglo cuando del tronco común de la Medicina interna con un movimiento centrífugo se desgajaron las especialidades. Reclamaban una autonomía que el progreso de las técnicas les daba derecho a exigir. Ello era justo y un signo de modernidad, aunque la separación no estuvo exenta de momentos tensos. En mis tiempos de Residencia estaba planteado, en las revistas más prestigiosas y de forma encendida, el papel que debía desempeñar la Medicina interna en la asistencia hospitalaria. Y no faltaban voces desde ciertas especialidades, extremistas pero reputadas, que reclamaban su desaparición por haberse quedado vacía de contenidos. No hace tanto tiempo, también en nuestro país y como eco de tales controversias, muchos recordamos la áspera polémica, que dejó alguna cicatriz ya cerrada, sobre quién era el especialista más idóneo para atender a pacientes con insuficiencia cardiaca. Afortunadamente la evolución de la medicina ha seguido un movimiento centrípeto, convirtiéndose actualmente en una actividad más centrada en el paciente real y dejando de lado actitudes de gabinete que habían perdido el sentido clínico. La mayoría de nuestros pacientes comparten muchas de las características del ejemplificado al principio de este artículo y han pasado a ser de edad más avanzada, con patologías más complejas y multiorgánicas y con una creciente capacidad de decisión en su propio proceso asistencial. Ello ha acabado de sepultar bajo muchas llaves la dialéctica de contraposición Medicina interna-especialidades. Y en tal sentido es alentador escuchar a autoridades como Valentín Fuster afirmar repetidamente, en su curso bianual para jóvenes investigadores, que él no vacila en reclamar al internista cuando cree que su paciente necesita de su concurso.

Pero, ¿esto nos lo creemos los propios internistas? ¿Somos conscientes de que desempeñamos un papel insustituible en la asistencia sanitaria en España; en ese sistema tan apreciado internacionalmente, que nos sitúa en el 3º lugar del mundo en tal campo, sólo tras Finlandia y Suiza y a la par que Suecia?. En reciente entrevista, el Dr. García Alegría, presidente de la SEMI, declaraba que al menos por cantidad ello es así. Anualmente los internistas somos responsables de unas 150.000 interconsultas y de unas 556.000 altas hospitalarias, lo cual supone el 16% del global de altas en el Sistema Nacional de Salud. A ello se añade el impulso, no menos importante, promovido por los internistas en nuevas modalidades asistenciales y de gestión: Consultas de alta resolución, Unidades de hospitalización a domicilio y corta estancia, Unidades

Tabla 1. Comparación de parámetros de morbimortalidad de procesos frecuentes ingresados en Servicios de Medicina interna (MIR) frente al global del Sistema Nacional de Salud (SNS).

GRD	14 (Ictus)		88 (EPOC)		89 (Neumonía)		544 (IC*)	
	SNS	MIR	SNS	MIR	SNS	MIR	SNS	MIR
Casos	39.581	34,4%	33.251	49,1%	27.533	59,1%	44.221	66,6%
≥ 75 años	56,6%	65,5%	53,6%	60,9%	56,0%	62,6%	75,5%	79,8%
EM dep**	8,0	7,9	6,3	6,6	7,7	7,8	8,6	8,8
Exitus	7,2%	9,6%	2,0%	2,5%	6,2%	6,4%	17,5%	16,4%
p		<0,000		<0,000		0,355		<0,000

* IC: insuficiencia cardiaca ** EM dep: estancia media depurada en días

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas-CMBD).

de integración con Atención primaria, Programas de asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos –Declaración de Sevilla-, etc...

Pero específicamente, en el campo de la asistencia hospitalaria ¿somos eficientes? ¿Cumplimos en la práctica una característica esencial del buen internista, tal como la enuncia el prof. Rozman, quien lo define como capaz de resolver por sí mismo numerosos problemas que precisarían el concurso de diversos especialistas con el consiguiente encarecimiento asistencial?². El estudio CIFARC, con más de 2.500 pacientes con alto y muy alto riesgo vascular reclutados en 34 centros españoles, demostró en sus dos fases sucesivas^{3,4} que el internista actuaba como un coordinador de referencia eficaz para lograr un muy estimable control de dichos factores de riesgo (hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo...), con ahorro considerable de gastos y visitas a múltiples especialistas.

Y, con respecto a otras especialidades, ¿somos competitivos con ellas en cuanto a la asistencia a procesos que caen en campos comunes de actuación? En la tabla 1 se comparan datos procedentes de la actividad de los Servicios de Medicina Interna y su comparación con la asistencial global del SNS, en el año 2009⁵. Se seleccionaron procesos frecuentes que, según las circunstancias, pueden ser indistintamente atendidos por Medicina Interna (MI) u otras especialidades. Como mejor manera de comparación se eligieron los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), a fin de asegurar por tanto criterios relativamente homogéneos en cuanto a consumo de recursos para cada proceso. Los GRD elegidos fueron: 14 (ictus), 88 (EPOC), 89 (neumonía) y 544 (Insuficiencia cardiaca con complicaciones). Excepto en ictus, la mitad o más de los pacientes con dichos procesos son ingresados en Medicina interna. Pues bien en todas las comparaciones en relación a la estancia media depurada en días MI presentó un balance positivo en relación con las especialidades: Ictus [7,9 (MI) vs. 8,1 (Neurología)]; EPOC [6,6 (MI) vs.

7,0 (Neumología)], Neumonía [7,8 (MI) vs. 7,8 (Neumología)], Insuficiencia cardiaca [8,8 (MI) vs. 9,2 (Cardiología)]. Es verdad que en dichos procesos se observó mayor mortalidad en MI pero una circunstancia decisiva para ello fue que, a pesar del teórico isoconsumo de recursos, los pacientes >75 años superaron con amplios porcentajes en MI respecto a especialidades (>16% en ictus, >17% en EPOC, >19% en neumonía, >4% en insuficiencia cardiaca).

Esta mi primera comunicación con todos vosotros como Presidente de la SOGAMI, y realizada por medio de esta nuestra Revista, como no podía ser menos, acaba enlazando sin solución de continuidad con las acertadas reflexiones del Dr. Fernando de La Iglesia, nuestro anterior presidente, que reivindicaba el honor de ser internista⁶. Nada más ni nada menos. Os ofrezco mi persona y las de toda la Junta directiva y pido vuestra colaboración para recorrer juntos este camino en tiempos procelosos pero apasionantes. Gracias.

Bibliografía

- García Alegría J. Los servicios de Medicina interna son el pilar fundamental de la asistencia sanitaria a enfermedades médicas en España (El Médico, julio 2011). Disponible en: http://www.fesemi.org/noticias/prensa/2011/docs/07/EEEEEL_MEDICO_JULIO-2011.pdf (accedido, 28/07/2011).
- Rozman C. Prólogo. La Medicina Interna como modelo de práctica clínica. Diz-Lois Martínez F, coord. Tórculo Artes gráficas: La Coruña, 2008, pp. 6-7.
- De la Peña Fernández A, Carmen Suárez C, Cuende Melero I, Muñoz Rodríguez M, Garré Cánovas J, Camafort Babkowski M et al. y Grupo estudio CIFARC (Grupo Riesgo Vascular SEMI). Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC. Med Clin (Barc). 2005; 124:44-9.
- De la Peña Fernández A, Roca Villanueva B, Cuende Melero I, Calabuig Alborch JR, Montes Santiago J, Muñoz Rodríguez M et al., en representación del grupo CIFARC. Efecto de una intervención global sobre el control integral de múltiples factores de riesgo en pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular. Estudio CIFARC 2. Rev Clin Esp. 2007;207: 112-20
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas – CMBD. <http://pestadistico.msc.es>. (accedido, 25/07/2011).
- De la Iglesia Martínez F. Reivindico el orgullo de ser internista. Gal Clin 2009; 70: 4-5.