

## DEL SER MÉDICO CLÍNICO Y SU ROL: ALGUNAS REFLEXIONES

### TO BE A CLINICIAN AND HIS ROL: SOME REFLECTIONS

Kremer A<sup>1</sup>.

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Vol 4 | Núm 8 | Abr 2016

Páginas.

Recibido: 12/12/2015

Aceptado: 19/02/2016

<sup>1</sup> Médico Especialista en Clínica Médica – Medicina Interna.  
Ex Profesor Regular de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Comahue  
Ex Profesor libre de la Facultad de ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata.  
Ex Jefe de Servicio de Clínica Médica del Hospital Neuquén (Castro Rendón).  
Director del Curso de Clínica Médica. SAM Neuquén.

El autor expresa no poseer conflicto de intereses.

#### RESUMEN

##### Del ser médico clínico y su rol: algunas reflexiones.

Se formulan varias reflexiones acerca de qué significa clínica médica-medicina interna, del rol del médico clínico- internista y su identidad. Se consideran las distintas dificultades que surgen para desarrollar la tarea asistencial. Existen distintos tipos de presiones donde confluyen temas económicos, sociales, falta de satisfacción profesional, presiones de la industria, etc. y/o la aparición de distintas corrientes-modas de pensamiento presentadas como verdades absolutas, como por ejemplo: Medicina basada en la evidencia, medicina narrativa, prevención cuaternaria, entre otras. La correcta toma de decisiones requiere un adecuado nivel de formación científica, un cabal conocimiento del ser humano, su situación social, cultural, económica y familiar. Ningún problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. Se enfatiza la entrevista médica y el rol del médico clínico como médico de cabecera, responsable de la salud de los adultos a su cargo.

**PALABRAS CLAVE** Clínica médica. Medicina interna. Médico clínico. Médico internista. Medicina basada en la evidencia.

#### ABSTRACT

##### To be a clinician and his role: some reflections.

Some reflections about what means Internal medicine-clinical medicine, the role of the clinician-general internist and his identity are formulated. Different kinds of pressures are considered as difficulties in job development: economical problems, socials items, professional dissatisfaction, medical industry pressure, etc. Also, the appearance of different new currents of knowledges presented as absolute true: evidence based medicine, narrative medicine, quaternary prevention, etc. Finally, we have in mind to emphasize that any clinical problem of the adults is incumbency and responsibility of the clinical physician. To make a right decision requires an adequate scientific training, knowledge of the human being, their social, cultural, economical and familiar situation. It addressed the role as responsible of the health care of the adults.

**KEY WORDS:** Clinician. General Internist. Clinical physician. Internal Medicine. Evidence based medicine.

#### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Dr. Kremer A. Bouquet Roldan 664.  
8300 Neuquén Capital.  
kremer@speedy.com.ar  
TE: 2994689109

## Del ser médico clínico y su rol: algunas reflexiones.

Reflexiones realizadas por un médico clínico general con muchas décadas de trabajo profesional.

Los médicos clínicos somos fundamentalmente médicos asistenciales, aunque realicemos tareas en distintos lugares de atención y además, actividades en docencia y/o investigación.

El nombre "Medicina Interna" o "Clínica Médica" tienen significado confuso para el público general. Lo mismo ocurre al calificar como "internistas" a los médicos que la practicamos. El comentario no expresado, muchas veces pensado y a veces explicitado por nuestros pacientes es "vine a buscar un clínico y Ud me dice que es especialista en Medicina Interna....."

Este tema ha sido estudiado por un grupo de docentes de la Universidad de San Marco Lima-Perú (1), quienes concluyen que los pacientes no tienen una definición clara de la medicina interna y el rol del internista. Por lo tanto, es difícil definir nuestro rol si hay dificultades con nuestra identidad, y ésto, puede confundir a la sociedad en general y a nuestros pacientes en particular.

En 1986, Paul Beeson, (2) director-editor del libro de texto *Cecil-Loeb Textbook of Medicine*, planteó que la "Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención". Esta definición resalta dos características fundamentales: 1° separa el campo de acción del internista de las otras especialidades clínicas básicas: cirugía, obstetricia-ginecología y pediatría; 2° explicita que la atención del enfermo es integral (en inglés *comprehensive*), lo cual distingue la acción del internista de quienes ejercen las subespecialidades de la Medicina Interna. Para cumplir con el concepto de atención integral, a las ciencias biológicas se suman los avances en ciencias humanas y sociales que contribuyen al propósito integrador.

### ¿Qué significa ser médico clínico?

Para ser médico clínico primero hay que ser médico, lo que significa mucho más que finalizar la carrera de medicina, o aún, finalizar la residencia. Es una formación continuada a lo largo de nuestra vida profesional. Uno se recibe de médico clínico, médico de cabecera del adulto, cuando alguien lo reconoce como "mi médico". Debería hacerse cargo del paciente, "guiarlo" en el cuidado de la salud y durante la enfermedad. Sentir respeto por el paciente, que la ética "brote" y no que se trate de un hecho teórico del estudio de la bioética.

### ¿Que pasó con la medicina?

En las primeras décadas del siglo 20 nacieron las subespecialidades de la medicina interna y fueron desarrollándose en sub y sub especialidades, muy necesarias para la mejor asistencia del paciente. Al producirse la asistencia directa de los pacientes por subespecialistas simultáneos que asisten a un individuo con pluripatología, sin coordinación ni comunicación entre ellos, se corre el riesgo de cometer errores por interacciones medicamentosas, además de, atomización del ser humano sufriendo y dificultar la relación médico-paciente. Un ejemplo puede ser el de una mujer de 70 años que consulta a su médico por dolores articulares derivados de su probable artrosis, portadora de problemas metabólicos, vasculares (asistidos por cardiólogo y/o diabetólogo), sumados quizás a osteoporosis postmenopáusica (asistida por reumatólogo y/o ginecólogo), algún psicofármaco, etc. Por todo lo anterior creemos fundamental nuestro rol en la atención continuada de los individuos adultos a través de la vida, coincidiendo en esto con diversos autores, incluso latinoamericanos (3,4). Reconocemos la utilidad de las sub especialidades integradas con la clínica médica.

### Dificultades en la tarea médica

En las últimas décadas los médicos de todas las especialidades estamos sometidos a muchas presiones, donde confluyen temas económicos, sociales, falta de satisfacción profesional, presiones de la industria, etc. Otras presiones ocurren por la aplicación de distintas corrientes-modas de acción que son presentadas como verdades absolutas, hecho difícil en el mundo de la ciencia. Estas son divulgadas fuertemente por algunos docentes casi como leyes, en lugar de reconocerlas como nuevas herramientas, útiles para ser incorporadas a nuestro acervo cultural médico.

Una de ellas, la medicina basada en la evidencia (MBE) (5) "Es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones en los pacientes individuales". En sus inicios se plantean cambios de paradigmas casi dogmáticos, como la crítica del modelo fisiopatológico y el paso a la MBE, como modelos antagónicos, no integrativos. Pocas veces vemos a nuestros docentes-conferencistas presentar dificultades para la aplicación de la MBE en las personas a nuestro cargo. En general, nos muestran sólo resultados de ensayos (*trials*) que podemos leer, sin aportar opiniones personales. Es conocido que la experiencia tiene "poco valor" desde el punto de vista de la evidencia, sin embargo es muy útil conocer como actúan los que saben y tienen experiencia real, ante un paciente determinado con pluripatología, situación frecuente en la asistencia de adultos

El Dr. Francisco Maglio (6) plantea que la MBE puede informar pero nunca reemplazar el nivel de experiencia clínica individual, además de algunos otros riesgos potenciales como:

- a) posible restricción de libertad del médico capacitado y bien intencionado,
- b) el costo-beneficio puede subordinar valores morales,
- c) posibilidad de usos espurios por grupos de poder: estado, gerencadoras, compañías de seguro, etc.

El Dr. Alberto Agrest, refiriéndose a la MBE, cita "Medicina Basada en la Importancia" (7), término con el que coincidimos muchos médicos que practicamos la medicina clínica, científica, desde hace muchas décadas. Hemos visto pasar muchas modas, analizándolas sin fanatismos, de las cuales, algunas dejan sedimento y otras pasan, sin dejar recuerdos. Me pregunto, los maestros de la medicina y los médicos capacitados de décadas pasadas, ¿éramos todos empíricos?, ¿no existía la investigación clínica y el conocimiento científico?

En el año 2004 Aaron Cohen (8) plantea entre otras críticas y limitaciones de la MBE la falta de una clara definición de lo que es evidencia, un uso limitado para el paciente individual, la falta de evidencia de su eficacia, amenazas a la autonomía de la relación médico-paciente y que debería adecuarse a las necesidades del paciente y del sistema de salud.

El Dr. Fernán González de Quirós (9) manifestó en su conferencia "La Evidencia y la Medicina Basada en la Evidencia" en el marco de un posgrado en Calidad en Salud (Neuquén

2005) que algunos trials y meta-análisis no han mostrado ser más reproducibles que otros métodos, y que los meta-análisis están expuestos al sesgo de publicación y la debilidad de la aproximación al “peso de los promedios”, además del riesgo de intereses personales, no siempre científicos. El modelo de MBE tiene limitaciones y se deberían buscar estrategias para volver a la medicina personalizada, utilizando todos los recursos, incluyendo la evidencia científica.

Nos habíamos imaginado que la aceptación e implementación de la MBE para la toma de decisiones en centros asistenciales, provocaría un importante impacto en el manejo de los problemas crónicos del adulto. Sin embargo, no se han observado cambios sustanciales en el control de enfermedades prevalentes como hipertensión arterial, diabetes, asma bronquial, etc. (9).

Taylor R y col (10) publicaron en Nature (2005), que muchos autores de ensayos clínicos en los que están basadas las evidencias, tienen importante conexión financiera con la industria farmacéutica y expertos en salud pública dicen que pueden llegar a distorsionar las prescripciones, aunque esto no sea intencional o deliberado. En la editorial (11) del mismo número de la revista se plantea que un tercio de los autores que escriben las Recomendaciones y Guías Clínicas manifestaron conflictos de interés y sugieren que “las guías de prescripciones no deberían ser escritas por personas con conflictos de interés”. Tenery (12) había planteado en el año 2000 similares conceptos, agregando su preocupación por el impacto en la educación médica continua.

En 2013, Carlos Tajer, cardiólogo experto en MBE, se pregunta en un capítulo de su libro, “¿funciona la MBE en la práctica clínica?” (13).

Como médicos clínicos vivenciamos en nuestra práctica que es difícil la aplicación de la MBE para el manejo de un paciente adulto, ser único e individual, con problemas complejos, comorbilidades en un contexto propio de vida. Son seres humanos de difícil homogeneización. Deberíamos utilizar las recomendaciones de la MBE o de la Medicina Basada en Pruebas, como se la cita actualmente, adecuándolas a nuestro paciente individual que no siempre está representado en los “trials”.

Lo adecuado es considerar a la MBE como una herramienta importante, pero no una ley, que no es ni buena ni mala, sino que es útil dependiendo de cómo se use. Deberíamos evitar el debate “antagónico” del paradigma viejo versus el nuevo; las antinomias, los fanatismos y los dogmas; integrar y no confrontar, en favor o en contra de la MBE. El dogmatismo y empoderamiento de nuevas herramientas ¿no esconderán disputas por el poder?

Otro tema de los últimos años es la Incorporación de la llamada ahora medicina narrativa (14) que incluye capacitaciones especiales, cuando en realidad desde siempre, la escucha de las historias personales ha sido un rasgo esencial de la tarea médica. Con el escaso tiempo dedicado a la consulta y la necesidad de medir, nuestras historias clínicas se fueron

transformando en cuadros tabulados y hojas de cálculo, dando menos importancia a las historias personales. La dificultad es como poder tabular para evaluar la tarea y no abandonar nuestra historia de escucha y acompañamiento.

Nuestra acción debería centrarse en una buena entrevista médico-paciente, seguida por un adecuado examen físico, porque de ellos surge la información más importante que nos ayuda a formular hipótesis correctas, indicar conductas adecuadas y evitar errores médicos prevenibles (15).

El Dr. Francisco Maglio (2011), propone “menos interrogatorio” y más “escuchatorio” (16) pero, ¿disponemos de tiempo suficiente para escuchar? ¿nuestros sistemas de atención lo permiten? Declamamos Medicina Narrativa y evaluamos fundamentalmente datos numéricos. Necesitamos sabiduría y tiempo para poder relacionar los problemas que nos presentan nuestros pacientes, teniendo en cuenta las pruebas aportadas por la bibliografía que por supuesto, debemos conocer.

Alberto Agrest, maestro de la medicina argentina, reconocido como uno de los clínicos más relevantes de los últimos tiempos, dice: “hemos llegado a escuchar poco, explicar menos, pedir muchos exámenes auxiliares y decidir sobre la base de lo que los exámenes nos informan” (7). La medicina que es ciencia, y arte que se aplica a personas, ha puesto cada vez más énfasis en la probabilística, pero con el riesgo de que “podemos olvidarnos de lo importante”.

Otro tema de actualidad es la llamada prevención cuaternaria (17), “conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario”. Concepto de suma importancia para tratar de evitar los excesos en prevención, potencialmente peligroso en su difusión popular, cuando plantea “mejor que hacer es no hacer”, frase poco feliz publicada en periódicos de circulación general (18) y portales de clínicas de Buenos Aires (19). Lo acertado es un examen periódico de salud racional y adecuado, que consista no sólo en pruebas de laboratorio, sino que incluya historia clínica, narración de lo ocurrido en su vida desde el último examen, consejos sobre medidas preventivas (casco, vacunas, cinturón de seguridad, etc.) y los exámenes complementarios que correspondan según la edad, grupo de riesgo, etc.

En una conferencia del Congreso Nacional de Medicina Ambulatoria, Bs. As., 1996 “Reflexiones para rol de médico clínico siglo XXI” (20) planteábamos el rol del médico clínico:

- a) ser expertos en el cuidado integral y continuado de la salud de los adultos, que comprende todos los niveles de atención;
- b) ser expertos en medicina ambulatoria, pilar fundamental de la clínica;
- c) utilizar el método clínico centrado en el paciente con absoluto criterio científico, pensamiento epidemiológico y consideración del entorno psicológico, familiar y social;
- d) regreso a la semiología como arte de observar, tocar... de descubrir con todos los sentidos;

- e) saber diagnosticar teniendo en cuenta los factores emocionales, el contexto familiar y social, además del medio ambiente;
- f) ser responsables del seguimiento, coordinación y uso conveniente de los distintos métodos diagnósticos, realización de interconsultas y de tratamientos que se indiquen a nuestros pacientes;
- g) desarrollar tareas de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, rehabilitación. Acompañar y brindar alivio, aunque no curemos. En síntesis, médico de cabecera de los adultos. Desarrollamos nuestras tareas asistenciales en distintos ámbitos y en distintos niveles de complejidad; hospitalarios o extramuros, a veces, en la soledad del consultorio; en internación y/o en guardia y/o en ambulatorio. Actuamos como segunda opinión en pacientes complejos.

Tomando algunas frases de la página web del Hospital Universitario Fundación Favaloro (Buenos Aires), 2014 (21) llama la atención el alto reconocimiento a nuestra especialidad por parte de un centro importante de alta complejidad asistido por especialistas donde dice lo siguiente: “La Medicina Interna es la especialidad médica que se encarga del cuidado integral de la salud del paciente adulto, que abarca desde el paciente internado grave hasta el ambulatorio. Forma la columna vertebral dentro de la estructura de un Hospital Universitario. Ningún problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. Su competencia profesional no sólo se limita al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino que desempeña un papel protagónico en la enseñanza universitaria de la Medicina. El papel principal del especialista en Medicina Interna es convertirse en el médico de cabecera de sus pacientes. La correcta toma de decisiones requiere, además de un adecuado nivel de formación científica, un cabal conocimiento del ser humano, su situación social, cultural, económica y familiar. La atención brindada por diversos especialistas altamente calificados requiere de la presencia integradora de un médico internista”.

J. Vásquez y J. Averbach (Mar del Plata- Argentina) manifiestan en el campus virtual de la Sociedad de Medicina Interna General (22) que el resurgir de nuestra especialidad se debe dar en el contexto de la atención médica primaria (AMP). Pienso que no debemos circunscribirnos a la misma, pues aunque es parte fundamental de nuestra tarea, no es sinónimo de médico clínico, ni de nuestras incumbencias, dado que puede restringir nuestro campo de acción.

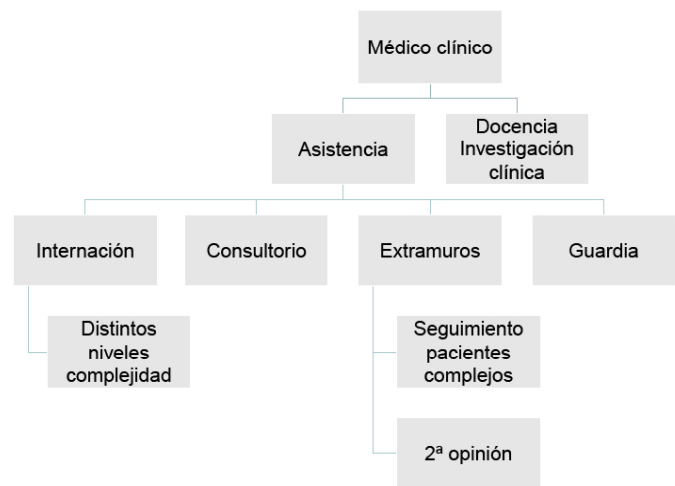
En 2010 en una conferencia (23), dije que el clínico es un “Experto en el cuidado integral y continuado de la salud de los adultos, que comprende todos los niveles de atención” y

propuse un esquema acerca de nuestros probables sitios de trabajo, que no son excluyentes entre sí, para lo que debemos contar de ser posible, con médicos con asistencia prolongada y /o dedicación exclusiva, (Gráfico 1).

A mediados del Siglo XIX nace William Osler (24,25), médico canadiense considerado como el padre de la Medicina moderna, profesor de medicina interna de la Universidad John

Hopkins y creador del programa de residencia en la especialidad, con el objetivo de sacar a los estudiantes de las aulas y llevarlos al lado de los pacientes. Absoluta actualidad !! En sus conferencias planteó frases que perduraron a través del tiempo, algunas de las cuales me impactaron: “el que estudia medicina sin libros navega un mar desconocido, pero el que estudia la medicina sin pacientes no va a la mar en lo absoluto” ; “cuanto mayor es la ignorancia, mayor es el dogmatismo”; “la medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”; “no se pregunten qué enfermedad tiene el paciente, sino, qué paciente tiene la enfermedad”. Hace más de 100 años, planteaba que el individuo debía ser el centro de nuestra tarea como médicos.

### Gráfico 1. Puestos probables de trabajo del médico clínico asistencial en las instituciones, no excluyentes entre si.



El Dr. Jaim Echeverry en el año 2009 (26) cita una frase del escritor mexicano Carlos Fuentes (1928-2012) que dice “las generaciones mayores tenemos la obligación de llevar a los jóvenes las novedades del pasado”, y agrega que “el mundo no comienza con cada generación, es un fluir continuo y si no advertimos que venimos de un pasado, no podremos crear un futuro significativo”.

### AGRADECIMIENTO

Al Prof. Dr. Jesús Vásquez (Mar del Plata, Argentina) y a la Dra. Gisela Heinrichs, por sus comentarios y apoyo en la lectura del manuscrito.

### Bibliografía

1. Romani F., Atencia F. Nivel de conocimiento sobre la especialidad de medicina interna y percepción de los usuarios sobre el rol y capacidades del médico internista. An. Fac. med 2009; 70: 33-40.
2. Beeson PB. One hundred years of American Internal Medicine. A view from the inside. Ann Intern Med 1986; 105: 436-44.
3. Reyes H. ¿Qué es Medicina Interna? What is Internal Medicine?. Rev Méd Chile 2006; 134: 1338-1344
4. Letelier SLM, Valdivieso DA, Gazitua PR, Echavarrý VS, Armas MR. Definición actual de la medicina interna y el internista. A consensus definition of internal medicine and the internist. Rev Med Chile 2011; 139: 1081-1088
5. Sackett DL. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ1996; 312(7023):71-2

6. Maglio F. Entre la evidencia y la narrativa. En: ¿Por qué ser médico hoy?. Buenos Aires. Ed Libros del Zorzal. 2009, p.73-85
7. Agrest A. La medicina basada en la importancia. En: Ser Médico ayer, hoy y mañana. Buenos Aires. Ed Libros del Zorzal. 2008, p.155-186
8. Cohen AM, Stavri PZ and Hersh WR. A categorization and analysis of the criticisms of evidence-based medicine. *International journal of medical informatics* 2004; 73:1-94
9. Gonzalez B de Quirós F. La evidencia y la medicina basada en la evidencia. 3° Jornadas Universitarias de Sistemas de Información en Salud. 2011 [www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/repositorio/11/recursos/15\\_01\\_quiros.pdf](http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/repositorio/11/recursos/15_01_quiros.pdf). 23/12/2015
10. Taylor R, Giles J. Cash interests taint drug advice. *Nature* 2005;437(7062):1070-1
11. Editorial. Prescription guidelines should not be written by people with financial conflicts of interest. An unhealthy practice. *Nature* 2005; 437: 1065-1066
- 12.. Tenery RM. Interactions Between Physicians and the Health Care Technology Industry. *JAMA* 2000;283(3):391-399
13. Tajer Carlos. Hacer posible el debate sobre la Medicina Basada en la Evidencia. En. La Medicina del nuevo siglo. Bs. Aires. Editorial Libros del Zorzal 2013, p. 39-61
14. Charon R. At the Membranes of Care: Stories in Narrative Medicine. *Acad Med.* 2012; 87(3): 342-347.
15. Verghese A, Charlton B., Kassirer JP, Ramsey M., Ioannidis JPA. Inadequacies of Physical Examination as a Cause of Medical Errors and Adverse Events: A Collection of Vignettes. *American Journal of Medicine* 2015; 128: 1322-1324
16. Maglio F. Los pacientes me enseñan (cap 1). Buenos Aires. Ed Libros del Zorzal. 2011, p. 18-21.
17. De Vito EL. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (B. Aires)* 2013; 73: 187-190
18. Noticia. Polémica: los chequeos anuales generan más daños que beneficios? 2015 [www.infobae.com/2015/10/15/1757995-polemica-los-chequeos-anuales-generan-mas-danos-que-beneficios](http://www.infobae.com/2015/10/15/1757995-polemica-los-chequeos-anuales-generan-mas-danos-que-beneficios). 15/12/2015
19. Clínica Suizo-argentina. Acerca del Examen periódico de Salud. 2014 [www.suizoargentina.com/novedades/examen-periodico-de-salud-mejor-prevenir-que-curar](http://www.suizoargentina.com/novedades/examen-periodico-de-salud-mejor-prevenir-que-curar). 15/12/2015
20. Kremer A. El médico clínico a fines del Siglo XX. En *Avances en Medicina Ambulatoria* 99. Buenos Aires. Ed. Sociedad Argentina de Medicina. 1999. P. 1-12
21. Fundación Favalaro Hospital Universitario: Servicio de Medicina Interna 2014. [www.fundacionfavalaro.org/medicina\\_interna.html](http://www.fundacionfavalaro.org/medicina_interna.html). 25/11/2015
22. Vasquez J, Averbach J. Rol del internista en los nuevos sistemas de salud. El momento de la atención primaria. SAMIG. Buenos Aires. 1998. [www.drive.google.com/file/d/1Z6lp56Ssm68IRwTnw2WND4JP7lr334UM2m9KKqurxbdzJo--p6ft\\_bACPUV\\_/view](http://www.drive.google.com/file/d/1Z6lp56Ssm68IRwTnw2WND4JP7lr334UM2m9KKqurxbdzJo--p6ft_bACPUV_/view). 23/02/2016
23. Kremer A. "Evolución de la Clínica Médica en Neuquén, 35 años: algunas reflexiones de un observador interesado". Hospital Horacio Heller. Neuquén. Argentina. 2010 <http://hhheller.org/Documentos/JornadasHospitalarias2010/MicrosoftPowerPoint-MedicoclinicoHellerfinal.pdf>. 11/11/2015
24. Malloch A. The life of Sir William Osler. *Can Med Assoc J* 1925; 15(8):853-855.
25. Golden RL. William Osler at 150: an overview of a life. *JAMA* 1999; 282(23):2252-2258.
26. Jaim Echeverry G. El desafío de formarse como médico. en ¿Por qué ser médico hoy?. Buenos Aires. Ed Libros del Zorzal. 2009, p. 17-27