



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Division de Estudios de Postgrado

Hospital de Especialidades

Centro Médico Nacional Siglo XXI

Instituto Mexicano del Seguro Social

11227  
64  
29

"EL EJERCICIO DE LA MEDICINA INTERNA  
EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI"

TESIS DE POSTGRADO  
PARA LA OBTENCION DEL DIPLOMA DE  
E S P E C I A L I S T A E N  
M E D I C I N A I N T E R N A  
P O R  
PLUTARCO RIESGO VASQUEZ

ASESOR

DR. JOSE HALABE CHEREM



IMSS  
SEGURIDAD PARA TODOS

México, D.F.

TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El ejercicio de la Medicina ha presentado cambios tan rápidos y notables en el presente siglo, que con seguridad habrían --dejado estupefactos a los médicos practicantes de la última - década del siglo XIX.

Los avances en el conocimiento en los mecanismos de las enfermedades, los adelantos en las modalidades de los apoyos diagnósticos y la eficacia de gran parte de las alternativas terapéuticas actuales, hubieran sido un sueño para nuestros abuelos.

Este cambio vertiginoso que la Medicina experimenta, es parte de un proceso generalizado en el que el hombre moderno se desenvuelve, y al cual poco a poco se le ha tomado como un evento natural y común: Esta ruptura de la inercia que caracterizó a tiempos no muy remotos, ha traído consigo desajustes - en el proceso de adaptación, debido a que la velocidad del -- proceso renovador es mayor que aquel. El famoso shock del futuro que magistralmente describió Toffler.

Este progreso científico y tecnológico, ha repercutido en forma definitiva en la manera de ver la vida del hombre moderno, trastocando valores que el cambio pareciera cuestionar. La -- práctica de la Medicina, que siempre se había caracterizado - por una relación médico/enfermo estrecha, tenía en ello un -- enorme sustento terapeutico (el poder curativo del médico mismo), tal vez porque antaño, la carencia de recursos diagnós--

tico/terapéuticos y la ya evidente escasa eficacia de algunos de ellos, obligaban al profesional de la Medicina a utilizarla empatía, la confianza y no pocas veces, su palabra (casi como dogma de fé), como su arma principal al brindar ayuda al hombre enfermo. Los avances referidos previamente produjeron un cambio importante en las actitudes del enfermo, al no concebir la atención médica como una dádiva, sino como un derecho ganado a pulso, el cual ahora exige. La demanda de tener acceso a los progresos fué cada vez mayor y la Sociedad facilitó el camino para que lo anterior sucediera por múltiples vías sociopolíticas.

Ofrecer una atención caracterizada por la vieja y tradicional relación entre el paciente y su médico llegó a parecer poca cosa y la importancia comenzó a centrarse en proporcionar la infraestructura que el progreso exigía. Surgió así, la especialización, luego la subespecialización y ahora la super y ultraespecialización en la atención médica.

En la segunda mitad de éste siglo, parte de la Sociedad inició un movimiento de reacción, debido al costo excesivo en todos los órdenes que el progreso traía consigo (social, económico, cultural y político). El conocimiento de la estructura y función del órgano, tejidos, células y moléculas distrajo la atención por un momento, del hombre en su contexto integral y humano.

Esta crisis persiste vigente hasta el momento y es la razón - de la actual revisión, con la cual se pretende establecer una alternativa -de varias posibles- que permita lograr un equilibrio entre las fuerzas en pugna. El advenimiento de un nuevo-milenio exige definir posiciones para hacerle frente y evitar sucumbir en el proceso. El adaptarse para el cambio, exige se implementen ajustes -educativos y operativos- que permitan la vigencia en la razón de existir y a la vez, brinden la posibilidad de continuar cambiando al ritmo que las circunstancias-lo demanden. La Medicina Interna, como todos, deberá afrontar éste reto.

**EL EJERCICIO DE LA MEDICINA INTERNA**

**EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI**

El Consejo Mexicano de Medicina Interna, ha definido al internista como el ESPECIALISTA en la atención integral de pacientes ADULTOS con enfermedades de ALTA PREVALENCIA, con preparación formal para realizar acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico con el apoyo de los recursos tecnológicos disponibles y con fundamento en el conocimiento que tiene de la historia natural y de la fisiopatología de las enfermedades independientemente de la localización del padecimiento en los distintos órganos, aparatos y sistemas, con dominio en las interrelaciones entre distintas enfermedades, de las interacciones de diferentes tratamientos y con criterio para --solicitar la participación de otros especialistas cuando el --caso lo requiera (1).

Se ha dicho que el hombre es un todo integrado, no tan solo --la suma de sus partes, y que cuando enferma, no lo hace por --especialidades, ya que la lesión de un órgano:

- \* ) Da lugar a respuestas generales del organismo.
- \* ) Puede ser la manifestación de un problema general.
- \* ) A menudo se lesionan varios órganos simultáneamente.
- \* ) El tratamiento de un órgano repercute en el resto del organismo.
- \* ) Se pueden sufrir varios problemas médicos simultáneos.

De lo mencionado podría concluirse que el abordaje del hombre enfermo, no siempre puede ser resuelto por un subespecialista en un determinado campo de la medicina interna, y que la al--ternativa de manejo a través de un equipo de ellos, pudiera --no ser la idonea (2).

Entender el papel del internista ha sido difícil para la Sociedad Civil, mientras que el del pediatra se capta perfectamente. Es entendible la existencia de un especialista en ésta época de la vida, la infancia. No resulta problemático justificar que haya médicos que circunscriban su práctica a la --- atención de niños como actividad integrativa. La fragmenta--- ción de la pediatría en sus diferentes subespecialidades por aparatos y sistemas corporales (cardiologo pediatra, gastroen--- terologo pediatra, etc.), o en sus diferentes grupos de edad (neonatología), a diferencia del fenómeno que ocurre con las subespecialidades de la medicina interna, paradójicamente a - resultado de difícil introducción fuera del ámbito académico. Los padres siguen buscando inicialmente al pediatra (me refie ro al pediatra general, al "especialista en niños"), es en -- forma secundaria cuando acuden al subespecialista pediátrico. En éste proceso es el pediatra general que en su papel de "mé dico personal" del niño, refiere a los otros médicos los ca-- sos poco prevalentes o aquellos en los que tiene escasa o - - nula experiencia y/o entrenamiento.

La existencia del internista como el "especialista en adultos" implica el riesgo muy frecuente de confundirlo con el médico-general o el médico familiar, quienes han sido por tradición, el médico de "los grandes" de la familia. Existen sin embargo importantes diferencias entre uno y otro. Jinich considera -- que el internista se diferencia del médico general en que sa- crifica la extensión en aras de la profundidad; conoce a fon- do y maneja con habilidad problemas más complejos e intrinca- dos (2).



El internista aunque con frecuencia los diagnostica y puede colaborar en su manejo, los problemas quirúrgicos salen de su esfera resolutoria y su práctica no incluye niños (3). Otra diferencia fundamental consiste en la capacidad del internista para la atención intrahospitalaria cuando la problemática del enfermo así lo requiere, con base en las características de su proceso formativo (4).

Hoy por hoy en nuestro medio, en los pacientes adultos persiste la costumbre tanto por parte de los médicos generales cuando refieren como por el enfermo cuando es él quien decide, de acudir de inicio con los subespecialistas de rama (cardiologo, neumologo, endocrinologo, etc.), en vez de hacerlo con el --- especialista troncal, con el internista. Este desconocimiento del perfil profesional del internista, incluso por muchos médicos (no se diga por parte de la Sociedad Civil), ha generado un patrón de práctica muy particular para la especialidad, sobre todo en la medicina institucional de donde se ha ramificado a otros ámbitos, definible por cuatro características -- (5):

- \*) La atención de pacientes viejos.
- \*) El estudio de casos dudosos.
- \*) El manejo de pacientes complicados.
- \*) La atención de enfermos abandonados que son rechazados por otras subespecialidades médicas.

Suele con mucha frecuencia asociarse a la medicina interna, -- la práctica de la geriatría. El internista puede ciertamente ser un buen geriatra, pero éste no es su único campo de -- acción. Limitarlo así es similar, siguiendo la analogía pre-- via con la pediatría, a circunscribir la práctica de éstos --

solo a los recién nacidos en vez del amplio campo de toda la infancia. El internista tampoco es un "rarólogo" o un supermédico con la suma de los conocimientos y habilidades del infectólogo, hematólogo, nefrólogo, etc. El internista, es un "frecuentólogo" por definición, ya que la atención de la patología prevalente del adulto, independientemente de su localización, es el elemento distintivo que lo diferencia del subespecialista de rama (4).

El internista se sitúa en un plano intermedio cuando se afirma que intenta unir la profundidad del subespecialista, con la visión panorámica del médico general. El hecho de que la medicina interna se haya transformado en el receptáculo de pacientes rechazados por otras subespecialidades, es un fenómeno complejo que ha generado frustración e impotencia y requiere de estrategias firmes y precisas para revertirlo (6-12).

El papel del internista como médico de primer contacto, combinado con el tradicional de médico consultor, al igual que otras de sus funciones dentro del ámbito académico ha sido recientemente revisado (13-15). Esta tendencia de capital importancia en los Estados Unidos de América, goza de todas nuestras simpatías y sobre ella pretendemos encaminarnos. Dicha corriente pretende ubicar la práctica de la medicina interna en tiempos de crisis donde los "generalistas" (internistas, pediatras y médicos familiares) parecieran obsoletos frente a una medicina cada vez más técnica e intervencionista en la cual la ejecución de procedimientos pareciera ser la razón única del acto médico.

Para contrarrestar ésta crisis, se pretende fomentar un modelo de atención donde el contacto estrecho con el enfermo a través de una relación médico/enfermo continua, estable y amplia permita además de cuidar del adulto en los periodos de enfermedad, fomentar su salud utilizando estrategias provenientes de la medicina preventiva y las ciencias sociales y humanas.- Si algunos piensan que puede concebirse un internista que sin dejar de serlo, pueda a la vez ser un subespecialista con un dominio técnico-médico en alguna área de la patología del --- adulto (el internista-subespecialista) (2), la concepción en el otro sentido resulta igualmente posible y paradigmática:-- el internista-generalista (8,14,15).

Es necesario sin embargo no engañarse y no dejar de mantener en perspectiva que las actuales evidencias colocan en desventaja al generalista frente al subespecialista-técnico-intervencionista, pues la modernidad pareciera apuntar en ésta última dirección como modelo prevalente de atención (7,16-18),- pero a pesar de lo anterior, existen argumentos y razones de gran peso que permiten abrigar esperanzas para los primeros - en éste cada vez más fuerte movimiento renacentista (19-21).- La necesidad es urgente, como lo asevera la reseña de la casa editorial traductora al español de la obra de Norbert Bensaïd uno de los teóricos de éste movimiento, al manifestar que los generalistas corren el peligro de desaparecer. Así lo demuestran las estadísticas, las experiencias de los enfermos y de los médicos. Todo contribuye a agravar el problema: La desva-

lorización académica, económica y social que sitúa al generalista en el último escalón de la jerarquía médica, la formación de los estudiantes que apunta a convertirlos en técnicos limitados, en ingenieros de la salud. Se manifiesta en todo: Los estudiantes se alejan de una práctica para la cual nada los prepara, e incluso los médicos en ejercicio la abandonan para orientarse hacia especialidades más gloriosas y rentables. Todo viene a justificar ésta situación: La complejidad cada vez más acentuada de la ciencia médica, la imposibilidad de saberlo todo. Y todos son cómplices del asunto: los poderes públicos, las organizaciones médicas, los partidos políticos, los sindicatos obreros, los medios masivos (22).

Los problemas que la tendencia a la ultraespecialización manifiesta (costo excesivo, escasa accesibilidad, inconformidad creciente por parte de la Sociedad Civil, el fomento de charlatanes, insatisfacción de médicos y pacientes, etc.) (20), están propiciando el retorno a modelos de práctica como el que defendemos. El ejercicio de la medicina interna tiene que ajustarse a los cambios que la profesión viene manifestando desde hace algún tiempo, ejecutando transformaciones para cumplir con las demandas que la Sociedad le impone. Estos cambios sobresalientes dentro del proceso que la práctica médica está manifestando (disminución de los días de estancia hospitalaria, uso cada vez mayor de unidades de cuidado intensivo, admisiones exclusivamente para realización de procedimientos específicos, la transformación de los hospitales en institu-

ciones quirúrgicas y el uso frecuente del ambiente ambulatorio como sitio de decisiones diagnóstico/terapéuticas), son signos que obligan a ser tomados muy en cuenta (19). Si después de poco más de un siglo de existir como especialidad, la medicina interna ha tenido como entorno natural para su desempeño las salas de hospitalización, por difícil que pueda resultarles a algunos, para continuar vigentes, los internistas generales, deben iniciar a dirigir la mirada hacia fuera del hospital, y entender que ya no es posible perpetuar modelos de práctica obsoletos e inoperantes para los tiempos actuales -- (23,24). Los servicios de medicina interna tienen asegurada su permanencia y vigencia en la estructura hospitalaria actual (13,25,26) -hecho también difícil de entender para no pocos-, solo que el modus operandi deberá ajustarse a las características que el ambiente demande. Los dinosaurios no lo entendieron y hoy sus esqueletos se exhiben en preciosos museos como muestras de seres incapaces de evolucionar, protagonistas de tiempos pasados que jamás volverán.

Es necesario fortalecer el papel del generalista-conceptualista frente al médico especialista-intervencionista. Urge su reivindicación. Las propuestas de solución son varias y se han expresado en muchas ocasiones y desde hace mucho tiempo -- (19,27,28). Al respecto no resulta sorprendente que el primer número del año de 1991 de la prestigiada revista Annals of Internal Medicine, lo dedique en su totalidad al análisis de los problemas que la especialidad enfrenta en la actualidad -- (29). Diferir el combate eficaz, trae consigo riesgos temibles: un decremento gradual en la inscripción en las especia-

lidades médicas afectadas (18,30) y/o un proceso de selección natural mediante el cual sean los menos calificados los que opten por éste tipo de práctica. En nuestras actuales condiciones, el saldo puede ser de graves consecuencias. Los primeros pasos se están dando ya en los Estados Unidos de América, predominantemente en el ambiente académico y comienza a notarse su influencia en la búsqueda de satisfactores por parte de la Sociedad Civil al procurar el cuidado de su salud, más falta aún mucho terreno que recuperar (28,31,32). Si bien la realidad médica entre los Estados Unidos de América y México es notablemente diferente, la tendencia al modelo que busca en la sub y ultraespecialización la vía ideonea para la atención del individuo enfermo, es un fenómeno que nos ha invadido en las últimas tres décadas, por lo que la preocupación por revertir éste modelo y sus consecuencias no nos es del todo ajena.

El Departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, ha descrito los pilares sobre los que se sustenta la medicina interna en dicho hospital:

- \*) La atención médica integral, más que la fragmentaria.
- \*) El aprovechamiento de los recursos psicomotores del médico más que de los apoyos tecnológicos complejos.
- \*) La preeminencia de un método, más que un simple cuerpo de conocimientos amplio.
- \*) La colaboración entre médicos, más que la competencia --- entre ellos.
- \*) La complementariedad de las acciones médicas, más que las jerarquías académicas artificiosas entre especialidad y subespecialidades.

\*) La certeza de que la Medicina es una sola disciplina, más-  
que la adición algebraica de subespecialidades, en un me-  
dio en el que por el tipo de trabajo altamente especializa-  
do, se tiene el peligro de caer en la deshumanización, en-  
la visión parcial olvidando el todo, en el abuso de la tec-  
nología, en la lucha esteril por la supremacía académica y  
en olvidar los fundamentos básicos de la Medicina.

Lo anterior (33), sumado a los postulados que la Society of -  
General Internal Medicine pretende, al proporcionar además, -  
promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la en-  
fermedad y sus consecuencias (34), constituyen el paradigma -  
que perseguimos todos los que compartimos la misma idea, y --  
marcan el tipo de relación que pensamos debe existir entre el  
internista y sus compañeros subespecialistas de rama, los de-  
areas quirúrgicas y sus pacientes.

## BIBLIOGRAFIA



- 1.- Consejo Mexicano de Medicina Interna. Reglamento de Certificación y Recertificación. México D.F., 1989.
- 2.- Jinich H.: El Perfil del Internista. En: Tratado de Medicina Interna. México D.F. Ed. El Manual Moderno, 1987: 8-13.
- 3.- Ramiro HM.: Perfil del Internista. Rev Med Intern (Mex) - 1987;3:5
- 4.- Lifshitz GA.: ¿Que es el Internista?. Bol Med Intern ---- (HG-CMN-IMSS) 1986;2(2-4).
- 5.- Peguignot H.: ¿Puede Definirse Científicamente el Campo de la Medicina Interna?. (Versión en Mimiografo, sin fecha).
- 6.- Wahls TL, Stene RA, and Olson KA.: General Internal Medicine Practice Trends in Large Multispecialty Clinics. --- J Gen Intern Med 1991;6:103-107.
- 7.- McCarty DJ.: ¿Why are Today's Medical Students Choosing High Technology Specialties over Internal Medicine? --- N Engl J Med 1987;317:567-569.
- 8.- Goldman L.: Declining Interest in Internal Medicine. --- SGIM News 1991;14:2-3.
- 9.- Daftary AV.: Primary Care Internal Medicine. Ann Intern Med 1990;112:884.
- 10.- Hershey CO, McAloon MH, and Bertram DA.: The New Medical Practice Environment: Internist's View of the Future. -- Arch Intern Med 1989;149:1745-1749.

- 11.- Berrien R.: The Changing Climate of Medical Practice: --  
¿What Future for Primary Care Private Practice?. N Engl-  
J Med 1987;316:334-337.
- 12.- Riesgo VP.: Medicina Interna: En Busca del Arca Perdida.  
Rev Med Intern (Méx). En Publicación.
- 13.- Friedman RH, et al.: General Internal Medicine Units in-  
Academical Medical Centers: Their Emergence and Functions  
Ann Intern Med 1982;96:233-238.
- 14.- Eisenberg JM.: Sculpture of a New Academic Discipline. -  
Four Faces of Academic General Internal Medicine. Am J -  
Med 1985;78:283-292.
- 15.- Lipkin M, et al.: Primary Care Internal Medicine: A Cha-  
llenging Career Choice for the 1990's. Ann Intern Med -  
1990;112:371-378.
- 16.- Diaz-Jouanen E.: La Educación para la Reumatología en --  
México. En: Formación y Demanda en Reumatología, Investi-  
gación y Futuro. Un Ejemplo: Osteoartritis. Centro de --  
Comunicación Médica Ciba-Geigy. 1990;9-17.
- 17.- Diaz-Jouanen E.: Las Especialidades Médicas. Papel de las  
Instituciones Educativas y de las Instituciones de Salud.  
Gac Med Mex 1990;126:25-34.
- 18.- Kletke PR, Schleiter MK and Tarlov AR.: Changes in the -  
Supply of Internist: The Internal Medicine Population --  
from 1978 to 1998. Ann Intern Med 1987;107:93-100.
- 19.- Schroeder SA, Showstack JA, and Gerbert B.: Residency --  
Training in Internal Medicine: Time for a Change?. Ann -  
Intern Med 1986;104:554-561.
- 20.- Jinich H.: Triunfos y Fracasos de la Medicina en los Esta-  
dos Unidos de América. Gac Med Mex 1990;126:72-76.

- 21.- Almada BI.: Siete Tesis Equivocadas sobre Salud y Sociedad. Nexos 1990;149:63-71.
- 22.- Bensaïd N.: La Consulta Médica. México D.F. Siglo XXI. - 1976.
- 23.- Kantor SM and Griner PF.: Educational Needs in General - Internal Medicine as Perceived by Prior Residents. J Med Educ 1981;56:748-756.
- 24.- McPhee SJ, et al.: Training in a Primary Care Internal - Medicine Residency Program. The First Ten Years. JAMA -- 1987;258:1491-1495.
- 25.- Karpf M, Kapoor W, and Levey GS.: Development of a Cen-- tral Division of General Internal Medicine. Acad Med -- 1989;64:362-371.
- 26.- Byyny RL, Siegler M, and Tarlov AR.: Development of an - Academic Section of General Internal Medicine. Am J Med- 1977;63:493-498.
- 27.- Lifshitz GA y Laredo SF.: El Futuro de la Medicina Inter- na en México. Rev Med Intern (Méx) 1987;3:10-13.
- 28.- White KL.: The General Physician: Past and Future. - - - J Gen Intern Med 1990;5:516-521.
- 29.- The State of Internal Medicine-1991. Ann Intern Med 1991; 114:1-93.
- 30.- Mann NS, Wallace TI, and Hyder SA.: Medical Special----- ties Matching Program 1988-1989. N Engl J Med 1987;317:- 1416-1417.

- 31.- Papper S.: The Future of The General Internist. Arch --- Intern Med 1983;143:1601-1602.
- 32.- Council on Long Range and Development.: The Future of -- General Internal Medicine. JAMA 1989;262:2119-2124.
- 33.- Lifshitz GA.: La Medicina Interna en el Centro Médico -- Nacional. Rev Med IMSS (Méx) 1986;24:416-418.
- 34.- Society of General Internal Medicine.: Directory of Pri-  
mary Care Internal Medicine Residency and Fellowship - -  
Training Programs. Washington D.C. USA, 1990:xv.