"La medicina interna en el siglo XXI. ¿Qué ha pasado con los viejos paradigmas?"

Autor: Dr. Alcides A. Greca

El paradigma (del griego para junto a y deigma ejemplo o patrón) se entiende en el terreno de lo psicológico y lo social, como aquel patrón aceptado como liminar en una determinada disciplina, sin discusión ni necesidad de sometimiento a la verificación. Si bien el filósofo de la ciencia Thomas Kuhn definió el paradigma en el contexto del pensamiento científico, en su acepción más amplia, no se requiere para la aceptación de veracidad o falsedad del paradigma, la contrastación experimental. Desde el punto de vista psicológico, se considera al paradigma como una inscripción temprana en nuestro desarrollo psicoemocional.

En relación con la Medicina Interna, su concepción y su praxis, incluidas necesariamente en la concepción y la praxis de la medicina en general, la misma está regida por varios paradigmas, que en este siglo XXI, tan signado por cambios radicales en los recursos tecnólogicos disponibles, es conveniente poner en perspectiva y en análisis. De este análisis surge, como se verá, que algunos paradigmas permanecen vigentes, mientras que otros deben necesariamente ser reformulados o reemplazados por haber quedado obsoletos.

Medicina Interna y Medicina.

Alguna vez, todos hemos oído decir o hemos dicho de un colega: “Es cardiólogo, pero sabe medicina.” ¿Qué significa en este aserto, el concepto de medicina, como un enorme continente que incluye diversos países, como la cardiología, entre muchos otros? Saber medicina, en el imaginario médico y también de la sociedad en general, se considera sinónimo de conocer Medicina Interna, y en especial, de tener la visión totalizadora, central a su concepción filosófica. El enfermo es una unidad; enferma o cura de una manera global y su desmembramiento en partes, órganos y aparatos para su estudio y tratamiento no resulta más que una estratagema intelectual desarrollada por la medicina, que si bien permitió avances importantes en el conocimiento, a menudo resultó perjudicial para los pacientes.

Así como los pensadores y artistas del Renacimiento, en los siglos XV y XVI, se sentían cómodos como depositarios de todo el conocimiento disponible en el mundo hasta ese momento, los médicos también vivieron con naturalidad la posibilidad de abarcar al ser humano globalmente, hasta que se produjeron los enormes avances científicos del siglo XX en todos los campos, avances muy superiores a todos los producidos previamente en la historia de la humanidad. El médico sintió entonces que el conocimiento total se había transformado en utopía y que solamente podría dedicarse a estar al corriente de las novedades en pequeñas parcelas específicas. El crecimiento

científico se acompañó fatalmente de un retroceso en lo humanístico y los médicos actuales, a diferencia de nuestros predecesores, somos cada vez más técnicos y menos humanistas.

La medicina es una disciplina que se ocupa del hombre en su sentido más amplio. La vida, la salud, la enfermedad, la sexualidad, el sufrimiento y la muerte forman parte de la materia sobre la cual labora el médico cotidianamente. Recuperar el humanismo en Medicina y transmitirlo a los médicos jóvenes en formación es un imperativo irrenunciable de la medicina actual, para el cual los internistas somos probablemente los mejor preparados.

La soberanía de la Clínica.

La escucha, la palabra y los sentidos del médico puestos al servicio del examen físico del enfermo fueron considerados, desde Hipócrates en adelante, como herramientas esenciales para interpretar no solamente el padecimiento sino también la personalidad del enfermo y la manera en que uno y otra se interrelacionan y se influencian recíprocamente. La tecnología de avanzada, tanto en los métodos de imágenes como en los recursos de laboratorio clínico, genético, microbiológico, etc, han provocado una pérdida de confianza en los médicos en sus propios recursos y un sometimiento intelectual irracional a lo dictaminado por las máquinas. El concepto de falso positivo y de falso negativo aplicable a toda tecnología disponible, parece haberse desvanecido en la mente del médico. Si lo interpretado a partir del razonamiento médico entra en contradicción con lo determinado por los métodos complementarios, se acepta a priori, que el razonamiento fue equivocado, y esto a menudo no se ajusta a la realidad.

La soberanía de la Clínica es un paradigma que no debe abandonarse aunque sí reformularse. Resignar la omnipotencia de unos y otros resulta esencial para aceptar que el error forma parte insoslayable de todas las actividades humanas, que la infalibilidad no es de este mundo y que si una hipótesis está bien fundamentada, antes de abandonarla, suele estar justificado repetir un examen complementario o practicar uno distinto con un nuevo enfoque.

La teoría unicista.

La tradición anátomoclínica, basada en los hallazgos de necropsia, también denominada necrocirugía, examen postmortem, obducción o autopsia, instaló el concepto médico de que una única causa, de naturaleza anatómica, podía dar cuenta del padecimiento del enfermo, permitiendo así explicar las observaciones clínicas, establecer un diagnóstico final o definitivo y evaluar un tratamiento. La antigua semiología postulaba que un adecuado estudio clínico de la

enfermedad podía sostenerse sólo cuando un determinado cuadro nosológico podía explicar todos los problemas diagnósticos que la historia clínica contenía.

A todas luces, esto es una falacia nacida de un alarde de omnipotencia. Un concepto relativamente nuevo, hallado para definir un hecho tan antiguo como el hombre mismo, es el de multimorbilidad o pluripatología, que postula que los seres humanos solemos padecer varias enfermedades al mismo tiempo. Sorprendentemente, se trató de una idea difícil de aceptar para los médicos. La irrupción del SIDA, a comienzos de la década del 80, fue sin duda un golpe casi mortal para la teoría unicista, ya que comenzamos a entender que la inmunodepresión favorecía la existencia de varias enfermedades infecciosas, neoplásicas e inmunológicas en un mismo paciente y en un mismo momento.

La pregunta sorprendida y algo incrédula que se hacen los médicos "¿Podrá tener dos enfermedades?", debe tener una clara respuesta: Sí, la existencia de dos o más enfermedades es la norma y no la excepción. El diagnóstico definitivo o de certeza debe reemplazarse por el más modesto en cuanto a sus aspiraciones pero más eficaz en cuanto a sus resultados, diagnóstico operativo, que se basa en el saber qué hacer aunque no se entienda del todo de qué se trata el problema. Mantener la mente abierta para modificar el rumbo cuando nuevos hallazgos lo justifiquen resulta fundamental para los médicos, como resulta para los científicos abandonar teorías por muy atractivas que resulten, cuando un dato discordante, da por tierra con ellas.

Sanos y enfermos. La prevención.

La función del médico es ayudar a los enfermos. A curar, a convivir con la enfermedad, a sobrellevar el sufrimiento, a morir. Esta tarea, enorme por cierto, fue durante siglos, claramente entendida. La medicina preventiva, hija del desarrollo tecnológico, postuló la utilidad de la detección temprana de condiciones patológicas asintomáticas, basada en dos conceptos: a) Los modernos métodos complementarios permiten hallazgos muy precoces, b) Prevenir es mejor que curar.

De esta manera, los sanos pasaron también a ser un terreno de injerencia del clínico, en una función, no exenta de riesgos y de efectos secundarios, estimulada por la propaganda a veces excesiva e intencionada de la nueva tecnología.

Se ha denominado Prevención Cuaternaria al hecho de intentar evitar los efectos indeseables que la búsqueda innecesaria de procesos preclínicos puede acarrear, como por ejemplo los falsos positivos, que generan nuevos procedimientos, a veces invasivos y peligrosos o la angustia emergente de la conciencia de padecer un problema de salud cuya detección posterior no hubiera causado efecto alguno sobre la morbilidad o la mortalidad futuras.

La prevención primaria solamente se justifica si las medidas a tomar verdaderamente modifican favorablemente el pronóstico. Cuando esto no es así, o no se ha comprobado que sea así, el médico debe explicar estos hechos a su paciente y evitar embarcarlo en procedimientos peligrosos o de dudosa utilidad.

Evidencia y experiencia.

La experiencia del médico y la capacidad de reconocer enfermedades a partir de enfermos previamente asistidos, basándose en el razomiento abductivo, son habilidades que han sido muy desacreditadas en los últimos años. La denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE), fundamentada en los hallazgos obtenidos de grandes poblaciones, ha tendido a restar trascendencia al conocimiento originado en observaciones particulares. Lo que resulta evidente no necesita confirmación, es decir, lo que salta a la vista no requiere ser demostrado. La palabra evidencia nos hizo caer en una trampa lingüística. La voz inglesa evidence en este contexto no debe traducirse como evidencia y la expresión Evidence Based Medicine, en español significa en realidad Medicina Basada en Pruebas. De todas maneras, si bien muy útiles y valiosas, las conclusiones y hallazgos de los grandes ensayos clínicos, tienen algunas limitaciones a la hora de ser trasladados a pacientes individuales.

En primer lugar se trata de aproximaciones estadísticas solamente aplicables a poblaciones. Así, por ejemplo, los factores de riesgo no deben ser entendidos como factores causales de enfermedades sino como asociaciones, cuya modificación podrá o no afectar al paciente individual en función de numerosas variables (conocidas y desconocidas), y deberá por tanto, ser investigada y su efecto demostrado.

En segundo término, el paciente en cuestión puede no reunir las características de la población estudiada en los grandes ensayos, por lo cual tal vez hubiera sido excluido de ellos. Extrapolar los resultados en forma automática y directa, se constituye así en una falacia.

Combinar con criterio resultados de ensayos clínicos (MBE) con aquilatada experiencia médica parecería ser la mejor estrategia y de tal forma la antinomia debería ser reemplazada por la complementación.

El médico es responsable.

La salud y la enfermedad dependen de numerosas variables, entre las cuales, el accionar del médico es tan solo una más. Las condiciones sociales, económicas y culturales, como así también las políticas sanitarias desarrolladas por el estado, condicionan decisivamente la aparición o la erradicación de enfermedades. Baste recordar, simplemente, a modo de ejemplo, lo que significó en la historia, el adecuado control de la eliminación de las excretas en cuanto al manejo de las infecciones entéricas.

Además, existen numerosas situaciones que conspiran contra el resultado de la atención de un enfermo, que claramente exceden al médico. Las carencias de los efectores públicos y las limitaciones impuestas por un criterio economicista del "cuidado gerenciado de la salud" en el medio privado, hacen que a menudo no se pueda ofrecer al enfermo la mejor opción para su tratamiento.

El médico, por diversas razones de índole ideológica, tiene incorporado el concepto de que es él, el único responsable de la suerte que le toque al enfermo que asiste y en una construcción imaginaria, llega a alimentar la ilusión de que su vida y su muerte son de su exclusiva competencia. Esta falacia omnipotente y narcisista, alimentada por los propios médicos y que es particularmente notable en los que nos dedicamos a la Clínica Médica, tiene un costo elevadísimo para el médico, en términos de su propia salud.

La autoprotección indispensable requiere en primer lugar, que el profesional resigne omnipotencia y narcisismo y acepte humildemente que su función es ayudar, en función de una práctica basada en la sólida formación técnica y en la inclaudicable guía ética, pero que no todo es su responsabilidad. Señalar la del estado y la de las instituciones intermedias, sí es su obligación para que éstos asuman la parte que les corresponde, pero no debe constituir el origen de un sentimiento de frustración. Perseguir imposibles condena siempre al fracaso y a la autodesvalorización.

Conclusión.

1.- Es razonable y prudente revisar los paradigmas de tanto en tanto.

2.- La Medicina Interna sigue siendo central en la formación del médico y su práctica integrada, indispensable para una mejor, más criteriosa y menos costosa atención de los enfermos.

3.- Los seres humanos enfermamos de diversas maneras y convivimos con diferentes enfermedades (en especial las crónicas, no transmisibles), lo cual hace necesario que médico y paciente lleguen a establecer con ellas un verdadero pacto de convivencia pacífica.

4.- El criterio del médico, su perspicacia y su experiencia deben complementarse con la información emanada de los grandes ensayos clínicos. Esto requiere que el médico sepa

interpretarlos adecuadamente, en términos metodológicos, pueda detectar sus fortalezas, sus sesgos y sus resultados tendenciosos. La aplicación acrítica de tales resultados constituye una forma más de mala praxis.

5.- El médico debe conocer los límites de su responsabilidad, hacerlos conocer al paciente y a la sociedad, renunciando con sensatez a la omnipotencia.

Bibliografía:

1.- Mangione S. The stethoscope as metaphor. Clev Clin J Med 2012; 79: 545-546.

2.- Huber M et al. How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.

3.- Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 1985;14:32-8.

4.- Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ 2003;326:1419.

5.- Davis P. Health care as a risk factor. CMAJ. 2004;170:1688-9.

6.- Tinetti ME, Bogardus ST, Jr. Agostini JV. Potential pitfalls of disease specific guidelines for patients with multiple conditions. N Engl J Med 2004;351:2870-4.

7.- Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit. 2006;20 (Supl 1):127-34.

8.- Woolf SH. The 2009 breast cancer screening recommendations of the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2010;303(2):162-163.

9.- Callaham M, Wears RL, Weber E. Journal prestige, publication bias, and other characteristics associated with citation of published studies in peer-reviewed journals. JAMA 2002;287:2847e50.

10.- Washington AE, Lipstein SH. The Patient-Centered Outcomes Research Institute: promoting better information, decisions, and health. N Engl J Med. 2011; 365(15):e31.