

Evolución de la Medicina Interna en un siglo

J. Sillero F. de Cañete

En la mesa redonda sobre «Cien años de la Medicina en Jaén», me corresponde glosar los aspectos concernientes a la Medicina Interna. Podríamos anticipar que el progreso en este área del saber y quehacer médico ha sido el reflejo fiel de la evolución a nivel general, sin distintivos específicos. Por eso, mi comentario debe tener un carácter genérico, aunque bajo una óptica de experiencia personal. Bien es cierto que existen algunos hitos en la medicina giennense dignos de resaltar, y por lo mismo terminaré mi intervención aludiendo en forma breve a tres que me parecen significativos. En principio, expondré lo que podría denominarse un decálogo evolutivo.

1. Uno de los fenómenos más destacados a lo largo de mi vida profesional ha sido el *cambio experimentado en las relaciones médico-paciente*. En efecto: se ha pasado de una etapa de acentuado paternalismo, en la que regía el principio de «beneficencia» (el enfermo ha de aceptar dócilmente lo que el doctor le prescribe, porque conoce bien el proceso que le aqueja y por tanto es quien mejor puede dictar la conducta a seguir), a la era de la autonomía del paciente y del «consentimiento informado» (el médico debe exponer al paciente en términos comprensibles su situación patológica y los recursos diagnósticos y terapéuticos más adecuados a emplear, para que en base a ello el enfermo

decida si acepta o no las iniciativas del clínico experto).

No obstante el nuevo sesgo del binomio médico-paciente, estimamos que no hay razones de peso para que se debiliten esas relaciones, contando con una buena disposición y comprensión en ambas partes. Es de desear que el paciente no someta a crítica injusta y no fundamentada las prescripciones del facultativo, y que éste no rechace sin más las objeciones del enfermo, a fin de mantener intacto un vínculo decisivo en el camino hacia la curación.

2. Si los derechos del paciente, y a la cabeza de ellos el de información, representan una de sus principales conquistas, otra ha sido la *consolidación de una medicina socializada* mediante la creación de un Seguro de Enfermedad más allá de la medicina privada y de los seguros libremente acordados de forma individual o por ciertos colectivos. El primer requisito de la justicia es un trato equilibrado para los sujetos sobre los que incide la enfermedad, con independencia de su estatus socio-económico. Nunca la justicia brilla más que en este campo, y teniendo en cuenta que la ciencia médica en progreso se hace cada vez más gravosa, la necesidad de esa medicina socializada y paritaria resulta indeclinable. ¿Cuántos son los que pueden costear el tratamiento indefinido de un SIDA, una intervención sobre corazón o una hemodiálisis crónica?

Palabras clave: Medicina Interna. Relaciones médico-paciente. Biología molecular. Terapéutica. Bioética.

Fecha de recepción: Octubre 2001.

Seminario Médico

Año 2002. Volumen 54, N.º 1. Págs. 114-120

Pese a los defectos que puedan achacársele, el Seguro de Enfermedad representa sin duda uno de los grandes avances en el terreno sanitario durante el siglo que acaba de concluir.

3. El médico no puede ser omnisciente cuando el caudal científico resulta cada vez más abundante y complejo. Eso ha traído varias consecuencias ineludibles:

—La creación de especialidades y subespecialidades, con parcelas cada vez más concretas de saber, en las que no obstante se puede profundizar mucho más. Ello se ha traducido en la Medicina Interna por la aparición de disciplinas tales como Cardiología, Digestopatología, Neumología, Hematología, Endocrinología, Neurología, Alergia, etc. Dentro de la Cardiología, distinguimos el cardiólogo clínico, electro- y ecocardiografista, hemodinamista, cardiocirujano, etc.

¿Qué queda entonces para la Medicina Interna? Eso mismo nos hemos preguntado muchos internistas, y a nivel hospitalario la respuesta es que nuestro servicio se nutre de infecciones (extra- e intrahospitalarias, SIDA muy prevalentemente), pacientes incurables (cancerosos avanzados, respiratorios crónicos no recuperables...) y sujetos en tercera o cuarta edad.

—Ha surgido la medicina en equipo, que sobre todo florece en los hospitales. Es lógico que los procesos patológicos complejos (enfermedades «multisistémicas») sean objeto de la consideración de varios especialistas, cada uno en su parcela aunque trabajando coordinadamente. Así, puede que un hipertenso sea atendido no sólo por el cardiólogo, sino también por el nefrólogo, neurólogo, endocrinólogo, etc. La medicina en equipo requiere unificación de criterios para el cuidado lógico y armonizado del paciente; eso obliga a reuniones conjuntas (sesiones clínicas) y consensos para el manejo (protocolos diagnósticos y terapéuticos, verdaderas reglas del juego)...

—Se deriva también una necesidad constante y creciente de información, lo que obliga al médico a recurrir a una cada vez

más extensa bibliografía, asistencia a congresos y cursos de reciclaje y, más recientemente, al concurso de la informática especializada.

4. Dice Sánchez Ron que a esta centuria que acaba de concluir le conviene más que ningún otro el calificativo de «siglo de la ciencia», y eso tiene amplia aplicación en el terreno de la Medicina. La Medicina ha dejado de ser empírica para hacerse cada vez más científica. Se ha superado la etapa que podríamos llamar «semiológica» (conocimiento e identificación de las enfermedades por sus síntomas y signos), enfocándose predilectamente en los mecanismos de producción de la enfermedad y sus causas últimas. La Medicina Interna —en mi concepto— es básicamente fisiopatológica, analizando cómo a partir de un funcionalismo orgánico normal se generan los cambios patológicos; un análisis que contempla al cuerpo en su conjunto, visión holista que contrasta con la parcelar y fragmentaria de otras especialidades.

Ahora bien, para definir una enfermedad por su etiología —la mejor manera de acceder a su curación— ha debido producirse como condicionante inexcusable un desarrollo tecnológico impresionante, tanto en lo concerniente a las técnicas de imagen —cuyo comentario corresponde a otro ponente— como a los procedimientos analíticos. En este último campo debe subrayarse el progreso que ha representado la automatización de las técnicas de laboratorio, haciendo fácil y asequible el estudio de diversos parámetros en escenarios y lugares hasta ahora inaccesibles.

El resultado de este progreso tiene múltiples vertientes: el aislamiento de microorganismos infectantes y sus toxinas, los estudios citológicos y bioquímicos, las pruebas de funcionalismo de diferentes órganos y sistemas... Hoy en día no se concibe, por ejemplo, un diagnóstico de «sepsis» si a los datos clínicos que la definen no se añade su repercusión sobre órganos, el agente causal responsable y su sensibilidad a quimioantibióticos. Una «insuficiencia renal» incluye,

además de la valoración clínica y funcional, el estudio de su determinanismo causal mediante examen histopatológico del parénquima renal afecto.

Precisamente el estudio anatomopatológico, prodigado siempre que la obtención de muestras de tejido enfermo sea posible y rentable, es el mejor argumento contra el empirismo de antaño y centra el diagnóstico en su punto crítico.

5. La última revolución del siglo XX la ha protagonizado la biología molecular; sus consecuencias sólo se han explotado parcialmente, pero en el campo que nos atañe ha significado el tránsito de la investigación y estudio desde un nivel celular a otro subcelular y estrictamente molecular. Hoy conocemos la composición íntima de humores y tejidos, los mecanismos de interrelación endocrinos, paracrininos y auto-crininos, las bases bioquímicas de las señales para el funcionamiento celular, etc.; todo un prodigioso progreso que ha convertido en obsoleta gran parte de la fisiología clásica. De ello se han beneficiado especialmente algunas disciplinas médicas básicas, que así han cobrado un significativo impulso: tal es el caso de la Inmunología y la Genética.

El conocimiento de los mecanismos celulares y humorales que subyacen a la respuesta inmune nos ha permitido comprender —y alentar— la capacidad defensiva frente a agentes extraños, modularla para conseguir el trasplante de tejidos y órganos no idénticos (aloinjertos) y examinar en profundidad enfermedades de tanta actualidad como las alergias y procesos autoinmunes.

La historia de la Genética se inició a mediados del siglo XIX, cuando el monje y científico Gregor Mendel propuso la teoría según la cual ciertos elementos discretos —luego llamados genes— son los responsables de los rasgos hereditarios, que más tarde quedarían ubicados en la cromatina nuclear descrita por W. Fleming y más específicamente en su ADN descifrado por Watson y Crick en 1953. El progreso ha sido espectacular, y concita la atención incluso del lego en la materia. Todos hemos sido testigos de la ha-

zaña que ha representado el descifrado del genoma humano, esa dotación de 30.000 genes (menos de los previstos). Aún resta por discernir sus funciones e interrelaciones, conocer a fondo sus cambios patológicos y tratar de corregirlos como que son fuente de enfermedades genéticas, hereditarias o no.

6. No sólo han cambiado los perfiles de médicos y enfermos, sino también el espectro morboso que nos ocupa. Esta evolución ha sido interesante y por momentos sorprendente. En efecto: ha habido enfermedades que en el transcurso del siglo se han podido dar por desaparecidas: tal es el caso del sudor miliar y de la viruela, y estamos a punto de considerar erradicado a nivel mundial un azote otrora de gran magnitud como era la *poliomielitis*. En el ámbito local, yo recuerdo la alta incidencia de enfermedades hídricas —especialmente salmonelosis— en los años 50 y 60, así como de zoonosis del tipo de las brucelosis; hoy destaca su rareza. Otro tanto sucedió con la fiebre reumática, proceso meta-infeccioso desencadenado por focos de estreptococos beta-hemolíticos A de habitual asiento orofaríngeo, entonces muy frecuente y con consecuencias onerosas en forma de lesiones de las válvulas cardíacas; hace decenios que no hemos vuelto a registrar ningún caso.

En la vertiente opuesta, han surgido enfermedades desconocidas, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; han acrecido en forma significativa las alergias, especialmente asma, determinados tipos de tumores malignos (pulmón, colon, mama), y sobre todo la incidencia de afecciones cardiovasculares derivadas de hipertensión y aterosclerosis.

¿Porqué estos cambios? Sería prolijo tratar de explicarlos, y habría que recurrir a razones diferentes según patologías; pero no hay duda de que nuestro modo de vida —con sus aspectos favorables y desfavorables— tiene mucho que decir en todo esto. Dentro de la patología en aumento se inscribe el abuso de drogas, tanto de las socialmente aceptadas (tabaco y alcohol) como de las



ilícitas con unas consecuencias clínicas peculiares: progreso de la epidemia de SIDA, demencia alcohólica, miocardiopatía cocaínica, etc.

7. Se ha desplegado un poderoso esfuerzo industrial que ha conducido a la síntesis de numerosos nuevos medicamentos: desde los años 40 hasta ahora nuestro arsenal terapéutico se ha enriquecido con fármacos de real eficacia. Si hay que subrayar algún descubrimiento del siglo XX como paradigmático (tras las aportaciones fundamentales de Plank y Einstein), ése es en mi opinión el advenimiento de la penicilina, gracias al genio de Sir Alexander Fleming conjugado con la competencia del patólogo Walter Florey y el bioquímico Ernst Chain. Sería inútil detallar aquí los recursos farmacológicos que el médico tiene a su alcance en el presente, de modo que una mirada a etapas anteriores puede causar sonrojo. Pero quizá esto mismo ocurra dentro de 25 años respecto a nuestro armamentario terapéutico actual.

Lo que más interesa subrayar es el gran avance que ha significado la experimentación (in vitro e in vivo, animal y humana) que antecede a la presentación comercial de cada nuevo fármaco: procedimientos de ensayo a doble ciego, aleatorizados y controlados con placebo. Incluso así, es patente que un cierto número de medicamentos deben retirarse del comercio farmacéutico cuando, al ser empleados en el hombre a gran escala, aparecen acciones colaterales inaceptables: el caso más dramático surgió con el uso de talidomida en gestantes, aunque otros preparados han debido ser retirados por su toxicidad, caso de cloranfenicol, fenilbutazona, benoxaprofeno, fenfluramina, etc.

8. La medicina gestionada («managed care») se va imponiendo en el ámbito hospitalario. El Servicio o Departamento del hospital debe calcular sus gastos, fijar sus propios presupuestos que han de atender a las necesidades de personal y material, procurando un rendimiento eficiente, es decir, un beneficio en salud proporcionado al coste. No vale sólo llevar a cabo una medi-

cina eficaz (con virtudes curativas), sino eficiente (de máximo aprovechamiento de los recursos destinados a sanar).

9. La Bioética, nacida con la concepción actual hace unos 30 años a raíz de los trabajos del americano Potter, es ya una disciplina de obligado conocimiento por el médico. Al ritmo del desarrollo de la medicina, se plantean problemas éticos cada vez más acuciantes, que han sido objeto de nuestra atención reiterada. Aborto, eutanasia y suicidio asistido, clonación y otros procederes de fertilización in vitro, manipulación genética, xenotrasplantes... son otros tantos retos del presente y futuro próximo. Los Comités de Bioética se multiplican y las reuniones sobre estos tópicos se reiteran a nivel nacional e internacional. Concluye Roger Cooter en la obra monumental *La Medicina de la XX centuria*: «La historia de esta etapa quedaría incompleta sin la inclusión de la Bioética». El cuerpo humano y sus circunstancias han cobrado inusitado protagonismo en las últimas décadas.

10. El último capítulo de avances de nuestra ciencia ha quedado esbozado anteriormente: la aplicación de la informática a la medicina. Nos llevaría muy lejos tratar de entrever hasta qué punto va a modificar las perspectivas asistenciales, docentes e investigadoras. Por lo pronto, el ordenador está ya en el despacho del clínico como instrumento habitual, para archivo de historias clínicas, protocolos, etc. La docencia puede revolucionarse, ya que el caudal de conocimientos al que el médico accede es inmenso, abrumador. La conexión de los investigadores a través de Internet es rutinaria, como se demuestra, por ejemplo, en la obtención de datos acerca del Proyecto Genoma.

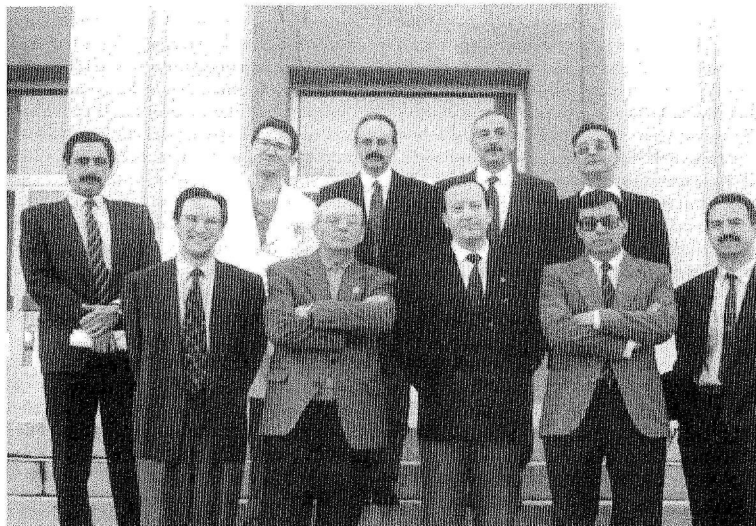
En síntesis, el panorama médico en cien años se ha modificado de tal forma que nuestros predecesores y maestros ni siquiera podían intuir. Por eso debemos ser modestos y pensar que lo que hoy nos ufana como gran avance resultará probablemente inútil o trasnochado en pocas décadas e incluso pocos años...

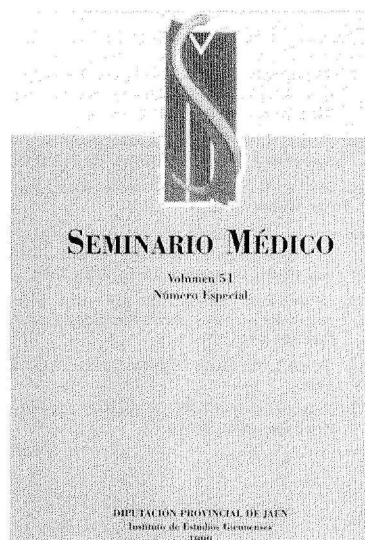


Para concluir nuestra aportación, nos referiremos brevemente a tres hitos, puede decirse que históricos, que esmaltan el último siglo de la Medicina Interna en nuestra tierra:

1. En primer lugar, un médico, don Eduardo Arroyo Sevilla (1885-1962), que con su actividad llenó principalmente la primera mitad de la pasada centuria. Fue un auténtico pionero de la Medicina Interna, y aún siendo el más destacado clínico de su época, desbordó ampliamente este campo para convertirse en experto en técnicas de laboratorio, electrocardiografía, etc., que él introdujo en Jaén. Hombre de vasta cultura, era un enamorado de la música (y notable violinista), maestro en fotografía e interesado por la arqueología; sobre sus personales hallazgos versó el discurso de ingreso en el Instituto de Estudios Giennenses (Fig. 1).

2. Un Servicio de Medicina Interna, entendido como una agrupación organizada cuyo norte y guía radica en este quehacer





clínico. Nació a finales de los años 50 en el Hospital Provincial de San Juan de Dios. Eso ocurrió por la visión e iniciativa del entonces presidente de la Diputación Provincial, doctor don Juan Pedro Gutiérrez Higuera, quien consideró a la Medicina Interna como pieza clave en el funcionamiento hospitalario y creó la plaza correspondiente a este servicio. Recordemos que por entonces no estaba reconocida como especialidad hospitalaria en la Seguridad Social (Fig. 2).

3. Una revista que, como órgano de expresión giennense, ha servido de vehículo a las inquietudes médicas durante medio siglo: *Seminario Médico*, publicación princeps del Instituto de Estudios Giennenses, que tuvo como primer director al doctor don Eduardo García Triviño y por muchos años redactor jefe al doctor don Fermín Palma Rodríguez (Fig. 3). ◀

J. Sillero E de Cañete, Medicina Interna.

Referencias bibliográficas

1. ANNAS, G.J. *The rights of patients*. 2^a ed. Carbondale: Southern Illinois. University Press, 1989.
2. CARRIERE, J.-C.; DELUMAU, J.; ECO, U.; GOULD, S.: *El fin de los tiempos*. Anagrama. Barcelona, 1999.
3. COOTER, R.; PICKSTONE, J.: *Medicine in the 20th century*. Harvard Academic Publishers. Amsterdam, 2000.
4. EDITORS: «Looking back on the millenium in Medicine». *N. Engl. J. Med.*, 2000: 342:42-49.
5. ENGELHARDT, H.T.: *Los fundamentos de la Bioética*. Paidós. Barcelona, 1995.
6. FIBLA, C.: *Debate sobre la eutanasia*. Planeta. Barcelona, 2000.
7. LAIN ENTRALGO, P. y otros: *Historia Universal de la Medicina*. Salvat. Barcelona, 1972.
8. NULAND, S.B.: *Cómo morimos*. Alianza Editorial. Madrid, 1995.
9. PACHO JIMÉNEZ, E.: «Consentimiento informado. El problema de la información». *An. Med. Int.* XII Congreso de la SEMI. 15:64-66.
10. RIDLEY, M.: *Genoma. La autobiografía de una especie en 23 capítulos*. Taurus. Madrid, 2000.
11. SÁNCHEZ RON, J.M.: *El siglo de la ciencia*. Taurus. Madrid, 2000.
12. SILLERO F DE CAÑETE, J.M.: *Medicina y Vida (I y II)*. Diputación Provincial de Jaén. Instituto de Estudios Giennenses. Jaén, 1998 y 2000.
13. SILLERO F DE CAÑETE, J.M.: «Un código de derechos del paciente». *Seminario Médico*, 2000, 52:1:101-104.
14. SILVER, L.M.: *Vuelta al Edén*. Taurus. Madrid, 1998.
15. TOMÁS GARRIDO, G.M.: *Manual de Bioética*. Ariel. Barcelona, 2001.