CARTA AL EDITOR

He leído el Editorial publicado en el número de agosto de este año y escrito por el profesor Lucio Criado, con el título "El médico clínico y los subespecialistas clínicos", que invita a una profunda reflexión. Considero y me apego a sus criterios expuestos y sobre todo a esa gran verdad expuesta: *"La asistencia fraccionada e inconexa de los pacientes ya ha fracasado. La historia única digital es un instrumento válido, pero nada podrá superar el diálogo entre pares. Este es un gran desafío que tenemos los internistas y los colegas subespecialistas, por respeto a nuestros pacientes y a la profesión".*

En mi opinión, muy personal, se debe tener en cuenta el contexto histórico del momento de cada cual. Esto es algo que converso mucho con las generaciones formadas de jóvenes. Recuerdo en mis largos años de profesión como internista y profesor de generaciones, cuando no existían tantos especialistas derivados de la madre clínica, que nosotros los internistas éramos más que integrales y, con los conocimientos actualizados que teníamos, les hacíamos frente a muchas patologías que hoy día son atendidas por subespecialistas. Hoy, cuarenta años después, vemos que ha emergido una gran derivación de especialistas hacia la hematología, endocrinología, neurología clínica, gastroenterología, cardiología, medicina intensivista, y profesionales emergenciólogos, nefrólogos, oncólogos, etc. En Cuba, mi país, dichas especialidades tenían escaso desarrollo. Desde luego, creo que también los avances tecnológicos actuales en la ciencia de las imágenes, el intervencionismo de algunas especialidades, el desarrollo de las ciencias moleculares, la histopatología y la inmunohistoquímica, entre otras, ha influido mucho en captar profesionales hacia las mismas y centrar sus estudios y dedicación hacia un solo campo. Esto, por un lado, es más fácil y motivador que estar actualizando el conocimiento amplio de un internista, a mi juicio, el más capaz e integral en el enfoque del paciente de todas las especialidades de la práctica médica. Por otro lado, muchas de esas subespecialidades no tienen la presión que sufre un internista en el trabajo diario y, sobre todo, en la guardia médica, sino un ritmo más pausado, menos estresante y hasta cierto punto más compensador por parte de los pacientes, quienes ponen a estos profesionales en una especie de altar por tratar su patología específica.

En Cuba y otras latitudes atravesamos la misma situación. Pero está en nosotros los internistas mantener ese prestigio de otras décadas. Para derivar como especialidad a estas llamadas subespecialidades, en Cuba los programas tienen que tener un tiempo en la medicina interna. Como han dicho muchas veces nuestros grandes maestros de la clínica en eventos diversos, nacionales e internacionales, el método clínico o –como lo llaman en otros países– el razonamiento clínico del proceso diagnóstico en la práctica clínica no ha muerto, y no lo puede sustituir la tecnología moderna, la cual a veces falla y otras veces no está al alcance de países con bajos recursos. Y otras veces, aunque se trate de un país desarrollado o en vías de desarrollo, esa tecnología es limitada. El valor de una buena anamnesis y una exploración física extensa y profunda nos permite realizar el 80-85% de los diagnósticos. En el porcentaje restante de los casos, debemos recurrir, *razonadamente y racionalmente*, a los medios auxiliares de diagnóstico existentes *(la tecnología)* para corroborar o refutar nuestra hipótesis diagnóstica. El valor del razonamiento clínico y su valor científico siempre existirán, y es el puntal de desarrollo de cualquier especialidad.

El profesor Criado afirma que es necesario que todos comprendamos que nuestro objeto de trabajo es el paciente, y que tratemos de que el paciente recobre su estado de salud y el alivio, al menos en algunas enfermedades, o que en enfermedades que inevitablemente conducen a la muerte en determinado tiempo, tenga una muerte digna. Esto se logra con la integración disciplinaria a "favor de" y no defendiendo prestigios y conocimientos de forma individual. Estoy de acuerdo y cito de dicho artículo: *"[…] todos los clínicos debemos tener una agenda con nuestros interconsultores de cabecera de diferentes especialidades con quienes podemos tener un diálogo de pares, con un profundo respeto mutuo por los saberes del otro".* Y yo agregaría "la experiencia del otro". En Cuba, damos mucho valor a las actividades de discusión multidisciplinaria de casos de la clínica en nuestras instituciones hospitalarias. Generalmente se efectúan una o dos

sesiones por semana. Allí todos opinan, vierten sus conocimientos y llegan a acuerdos de conducta con los determinados casos. Se beneficia el paciente y todos aprendemos de los conocimientos de todos.

Lo que está haciendo la Sociedad Argentina de Medicina actualmente: integrar a las diferentes sociedades del mismo ramo en Latinoamérica, es digno de resaltar. Buscamos unión, compartir conocimientos actualizados y experiencias de distintas latitudes, y elaboramos protocolos y guías de trabajo de consensos que beneficien a todos. Así se elimina la tendencia al individualismo, que no es buena.

Una vez más celebro las publicaciones de la *Revista Argentina de Medicina* y a los que contribuyen con meritorios aportes. Espero una buena recepción de los mismos por parte de la comunidad médica, en especial, los llamados subespecialistas derivados de la clínica, que, en mi opinión personal, son tan especialistas como otros, sin ponerlos por debajo en ningún momento. El conocimiento es digno de resaltar en cualquiera.

Dr. Miguel Á. Serra Valdés
Especialista de segundo grado en medicina interna. Máster en Enfermedades infecciosas y tropicales. Diplomado en Educación Médica Superior. Titular de la Sociedad Cubana de Medicina. Profesor de Semiología, Propedéutica clínica y Medicina Interna del Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba.