

Últimos consejos de un tutor a los residentes.

Discurso de despedida de la promoción de residentes 2020-2024 del Área Sanitaria de Pontevedra y O Salnés. Hospital de Montecelo, 24 de septiembre de 2024.

Final advice from a mentor to medical residents

El autor, Rosendo Bugarín González es médico de familia, tutor de residentes y jefe del servicio de Atención Primaria de Monforte de Lemos, es doctor en medicina, máster en bioética y académico numerario del sillón de medicina familiar y comunitaria de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia.

Email para correspondencia: rosendo.bugarin.gonzalez@sergas.es

Señor Gerente y directivos del Área Sanitaria de Pontevedra e o Salnés, cuerpo docente, compañeros y compañeras, apreciados residentes:

Antes de nada, quiero agradecer, de todo corazón, el privilegio que me brinda esta invitación de poder estar aquí, de alguna manera, como padrino de esta promoción de residentes que finalizan su formación. Es para mí un honor inmerecido.

Hace pocos meses el papa Francisco difundió unas recomendaciones para evitar aburrir al auditorio, procuraré seguirlas tratando de que mis ideas clave estén lo más estructuradas posible, aunque pido disculpas ya que me temo que no lograré ajustarme a un tiempo menor de 10 minutos que es lo que propuso el pontífice.

Dada mi edad, no es fácil dirigirme a un grupo tan joven de profesionales. Una de las características sociológicas de nuestras plantillas es la gran brecha generacional de alrededor de 35 o incluso 40 años que, aunque enormemente enriquecedora, implica maneras de entender y ejercer la profesión muy diferentes y heterogéneas. Así, por ejemplo, un número significativo de los residentes que acaban ahora mi especialidad, Medicina Familiar y Comunitaria, no han leído a Barbara Starfield, no han consultado nunca el Martín Zurro y no saben lo que ha significado la Conferencia de Alma-Ata, sus referentes son otros, son otros tiempos, ni mejores ni peores, pero sí distintos.

Muchas veces tenemos la falsa percepción de que la medicina permanece estática y, sin embargo, su dinamismo, su velocidad de evolución es vertiginosa, quien no está atento pierde el vagón, para comprobarlo no hay más que mirar hacia atrás unas pocas décadas. Así, me gustaría recordar cómo fueron cambiando las cosas desde que yo era residente, hace más de 35 años.

Cuando empecé mi época de formación tan solo hacía 3 años que había aparecido el primer caso de SIDA en Galicia y nunca me olvidaré del impacto y de la magia de salvar vidas, en el sentido literal de las palabras, al llegar al mercado, y manejar por primera vez, la naloxona y el flumazenil. También recuerdo la comercialización de la amoxicilina/clavulánico, de las quinolonas (ciprofloxacino y norfloxacino), del enalapril y del gemfibrozilo (los ARA-2 y las estatinas llegarían muchos años más tarde), y qué decir de la llegada a Urgencias de los primeros pulsioxímetros que, por supuesto, no eran de bolsillo.

Años más tarde, en 1995, se crea el 061 en nuestra Comunidad. Previamente, muchos enfermos con un infarto agudo de miocardio llegaban a los centros sanitarios conduciendo su propio coche y, cuando veías un accidente de tráfico en la carretera no había a quien avisar. De forma paralela se sistematizaron las técnicas de reperfusión arterial en las personas que sufren un episodio isquémico cerebral o coronario. Ese mismo año se hizo obligatorio disponer de una especialidad para poder

ejercer en el sistema público de salud, en la actualidad, este gran avance corre peligro, debemos estar atentos para garantizar que esto siga siendo así.

La aparición de los fármacos biológicos cambió la historia natural de enfermedades crónicas, hasta entonces invalidantes, como la artritis reumatoide. ¡Qué decir de la ley antitabaco! Aunque no os lo creáis, hasta hace pocas décadas fumábamos en los hospitales y en los centros de salud.

Otros hitos que viví en primera persona fueron la promulgación de la Ley 41/2002, de autonomía del paciente y la implantación de la historia clínica electrónica, IANUS, en nuestros centros sanitarios. No os podéis imaginar la congoja y el sudor frío que nos provocaban, cada mes, aquellos pacientes que llegaban a la consulta y nos tiraban encima de la mesa 15 o 20 cajas de fármacos para que le hiciéramos las recetas en papel. Afortunadamente, nunca sabréis lo que era una “bacaladera”. También recuerdo, como un gran avance, la dificultosa incorporación, a la buena práctica clínica, de la sedación paliativa para procurar una muerte en paz.

Ser padrino es algo muy importante. De hecho, etimológicamente, procede de la palabra “padre” y hace referencia a la protección. En este mismo sentido, el término “tutor”, y yo soy tutor de residentes, significa “el que tutela”, “el que cuida”, “el que protege”. Por ello, creo que puede ser admisible, en este discurso, cierto paternalismo y, por tanto, mi principal objetivo será transmitir unos últimos consejos de cara a vuestro futuro, ya presente, ejercicio profesional. Se dice que el cerebro humano capta mejor las ideas cuando la información que se recibe se estructura en tres partes, de ahí que sean tan solo tres grupos de recomendaciones las que os propongo tener en cuenta:

La primera es que continuéis formándoos. Estáis excelentemente preparados, tenéis una cualificación de élite, pero nunca dejéis de aprender y recordad el célebre aforismo del médico José de Letamendi “el que solo sabe de medicina ni de medicina sabe”. El adiestramiento “por ósmosis” no es suficiente y además, en ocasiones, perpetua errores.

Estudiad, empapaos de conocimiento, vale la pena comprar libros, suscribíos y leed periódicamente revistas de la especialidad. Asistid a jornadas, congresos, conferencias y todo tipo de actividades formativas. Reservad una parte del tiempo a la investigación. Tened en cuenta las competencias transversales, entre ellas el trabajo en equipo y sobre todo la comunicación.

En las últimas décadas, en los profesionales de la salud, ha perdido peso “la palabra” y, sin embargo, desde que entró en vigor la Ley 41/2002, la comunicación ha dejado de pertenecer al terreno de la excelencia, ahora forma parte de la *lex artis*, es decir, tenemos el deber de competencia en dicha práctica. No basta con la buena intención comunicativa, es imperativo adquirir destreza en ella como una técnica más inherente a nuestra profesión. Por otra parte, y ésta es la buena noticia, el comunicador se hace, no nace.

Un original artículo, publicado por Taimur Safder en *The New England Journal of Medicine* con el curioso título “El nombre del perro”, relata como su autor, en su primera guardia de médico residente, quedó perplejo cuando su tutor, atendiendo a un paciente con un dolor torácico que le había aparecido mientras paseaba a su perro, le preguntó: “¿Cómo se llama su perro?”. Tal pregunta no formaba parte de ningún algoritmo ni protocolo diagnóstico, pero posteriormente la consideró decisiva en su formación como MIR ya que la conversación que vino después constató que detrás del pijama de enfermo había una persona real.

¿Sabéis durante cuánto tiempo le permitimos hablar a un paciente, sin interrumpirlo, una vez que se sienta frente a nosotros en una consulta? Pues una media de 18 segundos. La receptividad es la capacidad que tiene una persona de escuchar, aceptar, acoger y convivir con otras personas. La persona receptiva, la que escucha, es flexible, tolerante, hospitalaria y genera confianza y esperanza, ¡sed receptivos!

Los pacientes no saben evaluar la capacidad técnica de un profesional, valoran lo que comprenden, el trato humano, la amabilidad, la educación, una sonrisa...

También es importante tener en cuenta, en un sentido más pragmático, que la entrevista sigue siendo un poderoso instrumento que permite, por sí misma, en el ámbito de la atención primaria, un acierto diagnóstico en el 75% de las ocasiones. Por otra parte, se considera que el progresivo aumento de demandas judiciales, así como, la falta de adherencia terapéutica, en muchas ocasiones está en relación con una deficiente comunicación entre el profesional y el paciente.

La segunda recomendación es que actuéis siempre de forma justa, tratad igual a todos vuestros pacientes. Además, debéis ser prudentes y humildes. Si por algo se caracterizan las dolencias es por la incertidumbre. Tener en cuenta siempre la opinión de los pacientes ya que el proceso de enfermar confiere conocimiento. No en vano, decía otro padrino más famoso, Michael Corleone, “cada vez que enfermo me hago más sabio”.

Si hay algo que caracteriza a la medicina, es la duda. En nuestro ejercicio profesional, la incertidumbre está presente, prácticamente siempre, en la toma de decisiones y es algo con lo que tenemos que acostumbrarnos a convivir y aprender a gestionar. Es obvio que nos condiciona emocionalmente al provocarnos sufrimiento psicológico y limita nuestras actuaciones –de forma variable– en función de la tolerancia al riesgo de cada profesional. Al no sentirnos cómodos ante esta falta de certeza muchas veces, a los pacientes que llegan atemorizados a nuestras consultas, aun les generamos más miedo y ansiedad. En efecto, no es infrecuente que se produzcan reacciones disfuncionales, por parte del profesional, ante la incertidumbre y los grados extremos son la indecisión y la parálisis para evitar los errores y así provocar yatrogenia frente a la actitud osada y temeraria del exceso de seguridad que conduce al hiperintervencionismo.

La medicina defensiva también es una posible respuesta a una inadecuada gestión de la incertidumbre. Fijaos, tal es su transcendencia en el día a día que hay quien considera que la tolerancia a la incertidumbre es un factor que, en la carga asistencial de un médico de cabecera, tiene incluso más importancia que el propio tamaño de su cupo de pacientes.

En las últimas décadas, junto con el gran desarrollo tecnológico de los estudios complementarios, han surgido herramientas como la Medicina Basada en la Evidencia para ayudarnos a gestionar la incertidumbre. Pero está claro que todo esto no es suficiente, la fe ciega y acrítica en pruebas diagnósticas, así como en guías y protocolos también tiene consecuencias negativas. Los juicios clínicos, al igual que los éticos, no pueden ser más que probables y, por tanto, la incertidumbre en la toma de decisiones debe estar en la base del cultivo o enseñanza de la prudencia o sabiduría práctica.

Una de las virtudes aristotélicas es la *mesótes*, buscar el término medio, no en el sentido de la mediocridad sino de la ponderación, del equilibrio: la valentía consiste en no ser cobardes ni temerarios, sino prudentes. En la relación con el paciente, conjugar la honesta y sincera duda con una imagen de confianza, tranquilizadora, de que se domina la situación, es un auténtico desafío.

Por último, el tercer consejo, el más importante, es que nunca os acostumbréis al dolor y al sufrimiento. La cualidad que debe ser el santo y seña de las profesiones sanitarias es la compasión. Actúa con bondad, con ternura, con compasión. Recordad aquella máxima, tan sabia y bella del mundo clásico *vir bonus, medendi peritus*, solo un hombre bueno puede ser un buen médico”, si bien, tal vez procede adaptarla, con perspectiva de género, a nuestra realidad social actual, diciendo *mulier bona, nutrix perita*.

El término “compasión” procede del latín *compassio* y quiere decir “sufrir juntos”. Compasión es pues padecer con, lo que implica no ser indiferente ante lo que les ocurre a otras personas, e incorpora también un deseo de ayudar o colaborar en el alivio del sufrimiento. La compasión representa un compromiso responsable frente a la fragilidad y vulnerabilidad inherente al ser humano. La condición humana lleva implícita la posibilidad de sufrir daño, la situación de amenaza es consustancial a la vida misma. A través de nuestra experiencia y el sufrimiento y la fragilidad de otros, comprobamos que todos somos iguales y entendemos lo que están sintiendo los pacientes y que en su situación también nos gustaría que nos ayudaran. El proverbio latino, escrito por Publio Terencio Africano, recoge muy bien esta realidad, *Homo sum, humani nihil a me alienum puto*, “soy un hombre, nada humano me es ajeno”.

Uno de los avances más importantes de las neurociencias en la última década del siglo XX ha sido la descripción de un grupo de neuronas denominadas “neuronas espejo”. Se activan cuando un individuo ejecuta una acción y cuando observa esa misma acción al ser ejecutada por otro individuo, especialmente un congénere. Reflejan el comportamiento del otro como si el observador estuviera realizando la acción. Se considera que estas neuronas desempeñan una función fundamental dentro de las capacidades cognitivas ligadas a la vida social, tales como la empatía, es decir, la capacidad de ponerse en el lugar de otro, de ahí que también se las denomine “neuronas de la empatía”.

La empatía y la compasión están íntimamente relacionadas si bien no son exactamente lo mismo. La compasión se ubica en un plano superior ya que, además de la comprensión del estado emocional del otro, también implica un sentimiento auténtico de dolor compartido a los que se une el deseo sincero de mitigar el abatimiento. Lo específico de la compasión es la acción de aliviar el sufrimiento, una vez reconocido. Por ello, también procede recordar el significado del verbo “consolar” que hace referencia a aliviar la pena o aflicción de alguien y, por tanto, una vez más, es oportuno evocar otro aforismo ya clásico, atribuido a Claude Bernard, que sin duda constituye el lema de los cuidados paliativos “curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”.

Voy concluyendo, a modo de recapitulación, la medicina nunca podrá sustentarse en la fascinación tecnológica ni en cálculos algorítmicos ni en la inteligencia artificial, la incertidumbre siempre formará parte de nuestro día a día ya que no tenemos enfrente enfermedades sino enfermos, seres humanos. La comunicación entre el médico y el paciente siempre será el eje, la esencia de nuestra profesión junto con una serie de valores o virtudes entre los que, si hay que destacar uno, yo, me decantaría por la compasión.

Queridos residentes, aseguraos de conocer el nombre del perro de vuestros enfermos, por cierto, el perro del paciente de Taimur Safder se llamaba Rocky; os deseo un fructífero, prolongado, gratificante y feliz ejercicio de la profesión que, sin duda es la más bonita del mundo. ¡Mucha suerte!

BIBLIOGRAFÍA

1. Barón Duarte F. El nombre del perro. 2018. Disponible en: <https://www.fpablovi.org/articulos-bioetica/480-el-nombre-del-perro>. Fecha de acceso: 22/09/2024.
2. Bugarín González R. Medicina de Familia y Bioética. A Coruña: Real Academia de Medicina de Galicia; 2023.
3. Esquerda Areste M. El respeto a las creencias, el respeto a las personas. En: Gual A, Mones J, Morlans M, Pales J. Valores del médico. Madrid: Fundación Educación Médica; 2019. p. 95-92.
4. Feyto Grande L. Compasión. En: Gual A, Mones J, Morlans M, Pales J. Valores del médico. Madrid: Fundación Educación Médica; 2019. p. 37-46.
5. Fundación Educación Médica, Pardell Alentà H et al. El médico del futuro. Madrid: Fundación Educación Médica; 2009.
6. Gual Sala A, FEM. Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida. Madrid: Fundación Educación Médica; 2012.
7. Pose Varela C. Excelencia moral y sabiduría práctica. En: Gual A, Mones J, Morlans M, Pales J. Valores del médico. Madrid: Fundación Educación Médica; 2019. p. 96-103.
8. Ruiz Moral R. Comunicar. En: Gual A, Mones J, Morlans M, Pales J. Valores del médico. Madrid: Fundación Educación Médica; 2019. p. 140-148.
9. Safder T. The Name of the Dog. The New England Journal of Medicine. 2018;379(14):1299-1301.
10. Sans Boix A. Receptividad. En: Gual A, Mones J, Morlans M, Pales J. Valores del médico. Madrid: Fundación Educación Médica; 2019. p. 59-67.