

**MARÍA VALERIO SAINZ**  
Prólogo del dr. José María Segovia de Arana

# anatomía

de un

# MIR



**TRIBULACIONES Y ANÉCDOTAS  
DEL DÍA A DÍA DE LOS MÉDICOS  
INTERNOS RESIDENTES**



**MARÍA VALERIO SAINZ**  
Prólogo del dr. **José María Segovia de Arana**

# anatomía de un

# MIR



**TRIBULACIONES Y ANÉCDOTAS  
DEL DÍA A DÍA DE LOS MÉDICOS  
INTERNOS RESIDENTES**



# Anatomía de un MIR

María Valerlo Sainz

# Anatomía de un MIR

Tribulaciones y anécdotas del día a día de los médicos internos residentes

Prólogo

DR. JOSÉ MARÍA SEGOVIA DE ARANA

la esfera  de los libros

Primera edición: octubre de 2009

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© María Valerio Sainz, 2009

© Del prólogo: José María Segovia de Arana, 2009

© La Esfera de los Libros, S.L., 2009

Avenida de Alfonso XIII, 1, bajos

28002 Madrid

Tel.: 91 296 02 00 • Fax: 91 296 02 06

[www.esferalibros.com](http://www.esferalibros.com)

ISBN: 978-84-9734-876-8

Depósito legal: M. 36.612-2009

Fotocomposición: J. A. Diseño Editorial, S. L.

Fotomecánica: Unidad Editorial

Imposición y filmación: Preimpresión 2000

Impresión: Cofás

Encuadernación: De Diego

Impreso en España-*Printed in Spain*

# Índice

[Prólogo, del Dr. José María Segovia de Arana](#)

[Introducción](#)

[1. Esto no es un simulacro](#)

[2. Pulse enter](#)

[3. Bienvenidos, resistentes](#)

[4. Más vale un R1 que ninguno](#)

[5. Estoy salido de guardia](#)

[6. Esto es el Bronx](#)

[7. El Power Point es nuestro amigo](#)

[8. Congresistas y pichigüilis](#)

[9. Más tonto que un R1 con pareja](#)

[10. Por su pijama les conoceréis](#)

[1 1. La progesterona te toca la neurona](#)

[12. Dos pendis para hoy](#)

[13. Mocosa medianoche](#)

[14. Soy todo ojos](#)

[15. Todo el día viendo fotos](#)

[16. Freudianos, kleinianos y lacanianos](#)

[17. Con las enfermeras no conviene llevarse mal](#)

[18. Sentido y sensibilidad](#)

[19. Trastornos del sueño y otros daños colaterales](#)

[20. «Cuando yo era residente estábamos peor»](#)

[21. Basado en hechos reales](#)

[Glosario](#)

[Más \(y mejor\) en la blogosfera](#)

*A mis padres, y a Ali, Rafa e Igor,  
por estar ahí siempre.*

A mis dos abuelas, Carmen y Puri, por su cariño.

**Los mejores médicos del mundo son  
el doctor dieta, el doctor reposo  
y el doctor alegría.**

JONATHAN SWIFT

El arte del médico consiste en mantener entretenido al paciente mientras la naturaleza va curando su enfermedad.

VOLTAIRE

# Prólogo

# D

entro de los grandes cambios que se han producido en nuestro país en los últimos decenios, destacan la alta calidad de la medicina y la gran confianza que los españoles tienen en el sistema asistencial para el cuidado de su salud y de su enfermedad. La extensión de una asistencia sanitaria de gran calidad a todos los españoles es un acontecimiento extraordinario que no tiene parangón en otros países y que, como señaló el profesor Laín Entralgo, terminó con la injusta separación entre medicina de pobres y medicina de ricos que imperaba en el mundo desde los tiempos de Hipócrates.

Esto no hubiera sido posible sin una eficaz organización de la asistencia primaria y la construcción y funcionamiento de una excelente red de hospitales, organizados jerárquicamente en departamentos y servicios especializados. Pero siendo esto fundamental, lo más importante de la eficiencia y calidad logradas ha consistido en la formación del personal sanitario, tanto de médicos como de auxiliares de enfermería, técnicos, etcétera.

Los médicos que obtienen su título de licenciados en Medicina y Cirugía en las facultades tienen actualmente que completar su formación universitaria con varios años de estudios teóricos y formación práctica a través del sistema MIR (médicos internos residentes), un eslabón fundamental en la estructura y formación del profesional de la medicina que se convierte así en médico especialista. Los estudios de especialización por el sistema MIR constituyen una valiosa revolución docente envidiada por otros países europeos que mantiene y estimula en todo momento la calidad y competencia de nuestros profesionales médicos.

En este libro, escrito con gracia y profundidad, su autora, la periodista MaríaValerio Sainz, describe la historia, la anatomía, las ventajas, los inconvenientes, las expectativas,

las esperanzas, las dificultades, las alegrías, la satisfacción y el orgullo de ser MIR durante unos años que quedan incorporados profundamente a la biografía de cada uno de nuestros profesionales. Por haber intervenido de alguna manera en este «parto», expreso mi satisfacción y agradecimiento a María por haberme invitado a escribir estas líneas en el prólogo de tan excelente libro.

DR. JOSÉ MARÍA SEGOVIA DE ARANA

Catedrático de Patología Médica  
de la Universidad Autónoma de Madrid y promotor del sistema MIR en España

# Introducción

# Y

a son médicos, pero todavía no son especialistas. No son estudiantes, pero aún tienen mucho que aprender. Hay ciertas decisiones que no deben tomar solos, pero se quejan de que asumen demasiada responsabilidad. No residen en el hospital, pero casi... Tienen entre veinticinco y treinta años, han dejado atrás seis de carrera y un duro examen nacional, pero aún tienen cuatro o cinco años por delante para que todo eso les pueda servir de algo. Son los residentes de Medicina, los médicos internos residentes (MIR). Retratados en la tele y en el cine, son mitad médicos, mitad estudiantes.

¿Mano de obra barata o alumnos en prácticas? ¿Aprendices de Medicina o estudiantes con contrato? ¿Cómo son en realidad los futuros especialistas españoles? ¿Qué tiene su formación para que las autoridades presuman tanto del sistema MIR? ¿Qué piensan ellos, en realidad, de esta experiencia?

Llegan a un sitio que no conocen a ejercer una profesión que nadie les ha enseñado. Han salido de la facultad y, después de una dura prueba de méritos para poder elegir plaza, llegan a su nuevo puesto de trabajo cargados de información teórica, con la cabeza llena de datos, de enfermedades sobre el papel... Pero ignoran casi todo lo demás.

«No sabes nada. Sólo tuvimos tres o cuatro meses de esta asignatura en la carrera». Ésta es, quizás, la frase más repetida por la mayoría de los residentes de Medicina entrevistados para este libro. Da igual cuál sea su especialidad. Los de Oftalmología dicen que apenas aprendieron nada de los ojos en la facultad, pero tampoco los de Radiología salieron de sexto curso sabiendo demasiado de rayos X. Ni los dermatólogos aprendieron mucho acerca de la piel.

[Así que ahí están, con su título de Medicina en el bolsillo y un sueño en la cabeza \(ser oncólogo, cirujano, cardiólogo, pediatra\). Les esperan pacientes que llevan demasiadas horas esperando, adjuntos\\*](#) que no tienen demasiado interés en la docencia, todo ello en

medio de un sistema colapsado por la presión asistencial y la falta de efectivos. En ese entorno darán sus primeros puntos, atenderán su primer parto, sufrirán por su primer paciente muerto...

No saben muy bien cómo, pero lo harán. Aprenderán a base de errores, de pasar muchas horas trabajando, de hacer muchas guardias, de preguntar mil veces, de equivocarse otras tantas. Pasan más tiempo en el hospital que en su propia casa, haciendo honor a su nombre de guerra: residentes.

Tendrán que sacar horas para estudiar, para aprender los entresijos de su oficio, para leer libros gordísimos, escribir artículos y asistir a congresos médicos. Horas que perderán para la familia, la pareja, los amigos, divertirse, reírse y disfrutar del MIR. Pasarán sus primeras Navidades cenando en un hospital, rodeados de compañeros, enfermeras, celadores y pacientes. Y estarán varios meses rotando por otros servicios del hospital que nada tienen que ver con el suyo.

Son médicos. Son humanos. Los hay altos y bajos, guapos y feos, con vocación o dispuestos a hacerse ricos en una clínica privada en cuanto terminen la residencia. Los hay simpáticos y antipáticos, humildes y prepotentes. Hay gente encantada, disfrutando de su vocación, de su profesión. Y hay otros muy quemados, hartos de todo, deseando que el MIR acabe cuando antes. La mayoría de ellos no tiene nada que ver con los personajes de las series televisivas: no son tan heroicos, ni tan sexys, ni tan telegénicos.

Los hay que se verán reflejados en estas líneas, y otros que no se encuentren representados. Este libro ofrece un retrato del MIR desde fuera, a partir de lo que ellos me han contado y lo que me han dejado ver de su profesión. Pretende ser un retrato fiel a la realidad, pero necesariamente incompleto. Cada MIR es una historia, y cada uno de ellos podría haberla contado a su manera.

Puede que el lector eche de menos un protagonista en este relato, pero después de entrevistar a decenas de residentes lo más justo parecía que el protagonismo se lo llevase el colectivo, el propio MIR, con sus miserias y sus grandezas. Por eso las citas en primera persona que recorren la narración son anónimas, porque esas palabras textuales, esas anécdotas reales, podrían corresponder a cualquier residente de cualquier hospital español. A cualquiera, o a todos a la vez. Podría ser Eider la que está hablando, o Javi, Tamara, Fernando, José Juan, Gloria, Jaime, Inma, Paco... Podrían ser Marta o Marcos,

Javi o Kike... Inés, María, Isabel, Santi, Elena, Manolo, José, Noemí, Rafa, Raquel, Loli, Amaia, Rubén, Nieves, María José, Paloma, Ainara, Eskarne... Gracias a todos ellos.

Gracias especialmente a Manuel Carmona, vocal de la Organización Médica Colegial. A Gustavo Tolchinsky, presidente de la Sección MIR del Colegio de Médicos de Barcelona. A Elena Hernández y Jaume Francisco, dos auténticos número uno. Al Servicio de Urgencias del Hospital de Plasencia, y al de Oftalmología del Ramón y Cajal de Madrid. Mil gracias a Fernando de Teresa, coordinador de la Escuela MIR del Colegio de Médicos de Granada. Y a Jorge García Macarrón, de la academia CTO. Y también doy las gracias a José Juan Uriarte, Juan Medrano y Pablo Malo, miembros fundadores de la insigne Txori Herri Medical Association (y a todos sus residentes de Zamudio). A Isabel Arenilla, bloguera. A Gonzalo Ares, pediatra. Y a Jordi Martí, por sus historias de cartilleros\*. Gracias a Alejandro Prada, presidente de AMIRCAM, la asociación de médicos residentes de la Comunidad de Madrid. Gracias a Ricardo Cubedo, excelente oncólogo y mejor persona y, cómo no, gracias también al doctor José Luis de la Serna.

Agradezco también su ayuda y amabilidad al profesor José María Segovia de Arana, creador del sistema MIR en España allá por el año 1978. «El día que vi a un residente enseñándole una placa de tórax a un estudiante de Medicina en los pasillos del hospital, pensé: "Ya estamos en el buen camino"», me dijo un día que le entrevisté para el diario El Mundo.

Y en fin, gracias sobre todo, y ante todo, a mi familia.

# 1

## Esto no es un simulacro



**E**sta historia comienza un sábado soleado de enero, a mediodía. Los alrededores de la Universidad Carlos III de Getafe (cerca de Madrid) se llenan de un runrún nervioso. Cientos de jóvenes se acercan al edificio de ladrillo rojo, mirando de reojo el reloj y con hojas de apuntes desparramadas entre las manos. Algunos apuran el último mordisco al bocadillo mientras buscan su nombre en las hojas de papel mal pegadas con celo en las paredes.

Cada uno busca su sitio, su aula de examen. Quedan apenas un par de horas para que comience una nueva edición del examen MIR, la prueba que facultará a miles de jóvenes españoles recién salidos de la carrera de Medicina para ejercer una especialidad en el hospital que quieran (o puedan) elegir. Sin este trámite, sus seis años de carrera no valen prácticamente para nada.

Treinta minutos antes de la hora decisiva, fijada escrupulosamente para toda España a las cuatro de la tarde (las tres en Canarias), el barullo se traslada a la puerta de las aulas donde se celebrará la prueba. Fuera del edificio se quedan los acompañantes. En la cola de los servicios se apuran los últimos abrazos, los últimos «¡Suerte!». Los corrillos comienzan a disolverse. Nadie habla de medicina, y tampoco se pregunta ninguna duda de última hora.

De repente comienza a oírse una letanía de nombres y el silencio se apodera de todo el edificio. Cada alumno pone el oído atento a la llamada de los interventores, y se acercan inquietos a la puerta cuando escuchan su nombre, blandiendo su DNI en la mano. Así una y otra vez, uno tras otro, hasta que todos toman asiento en el aula.

En el umbral, un interventor y dos o tres vocales repasan la lista de los presentes y se asoman a los pasillos esperando a los más rezagados, que tienen hasta las cuatro en punto de la tarde para llegar. Después de esa hora, las aulas de examen se cerrarán a cal y canto y los impuntuales habrán perdido la ocasión de examinarse. Al menos por este año.

En 2008 fueron 10.620 estudiantes de Medicina los que se presentaron al examen MIR en 21 ciudades diferentes de las 17 comunidades autónomas para optar a las 6.517 plazas de especialista. En total, 323 mesas de examen en las que el ritual se repitió con solemnidad. En 2009 las plazas aumentaron hasta 6.797 (para 11.202 aspirantes). De ellas, 3.039 eran para especialidades consideradas deficitarias por el Ministerio de Sanidad: Medicina Familiar y Comunitaria («Familia», para los amigos), Pediatría, Anestesiología y Reanimación (o «Anestesia» a secas), Cirugía General y del Aparato Digestivo, y Radiodiagnóstico (más conocida como «rayos»).

A las cuatro en punto, el interventor solicita a dos alumnos, elegidos al azar en cada clase, que se acerquen a la mesa del profesor, donde reposa una caja sellada con los exámenes que ha trasladado hasta allí una empresa de transportes especializada en estos asuntos delicados. Los dos testigos deben certificar que las pruebas vienen efectivamente precintadas, de manera que nadie antes que ellos haya podido ver su contenido. Una vez realizada esta comprobación de rigor y tras los pertinentes avisos sobre el teléfono móvil o cualquier otro aparato electrónico, da comienzo el examen.

Los alumnos tienen por delante cinco largas horas y 250 preguntas tipo test (y otras 10 de reserva, que se responden también por si hay que sustituir luego posibles anulaciones o impugnaciones). Alguno se pone unos tapones en los oídos para aislarse; unas filas más allá alguien coloca búhos, estampitas religiosas y demás amuletos de la suerte encima de la mesa.

Cada futuro médico recibe diferentes versiones del mismo examen, con las preguntas distribuidas en distinto orden, para evitar la tentación de copiar. Aunque como reconocen

quienes les vigilan, en un examen tan largo, que abarca los conocimientos de toda la carrera, espiar al compañero no soluciona la papeleta. La única ayuda aceptada es la que ellos mismos traen de casa en forma de bebidas energéticas, chocolatinas o botellas de agua, y que se alinean en el pupitre junto a los lápices, gomas de borrar y bolígrafos.

Lo que muchos de los examinados no saben es que a la misma hora que ellos comienzan el examen, en una sala del Ministerio de Sanidad, doce misteriosos personajes proceden también a responder las preguntas que componen la prueba. Forman parte de la comisión de corrección que determina las respuestas correctas y que tiene la capacidad de impugnar aquellas que no estén del todo claras, que contengan algún error ortográfico o gramatical, o que no se hayan transcrito correctamente. Cada año se suelen dar unas cinco o seis cuestiones, que son reemplazadas por las preguntas de reserva.

Los doce sabios reunidos en torno al examen (entre los que se encuentra el estudiante con mejor nota de la última edición) tampoco han conocido el contenido de la prueba hasta el Día D. Y es que apenas un reducido grupo de dos o tres personas en toda España conoce el contenido íntegro de la prueba antes del examen. Su identidad, obviamente, se mantiene en el más estricto secreto.

El listado de preguntas se ha ido confeccionando sigilosamente durante varios meses con las cuestiones que han enviado desde todos los rincones de España destacados especialistas de todas las ramas de la Medicina. Cada uno de ellos ha recibido casi en secreto una carta oficial en la que se solicita su colaboración y se le pide que envíe tres o cuatro cuestiones de su ámbito, justificadas y avaladas por la bibliografía médica pertinente.

De esta manera, casi masónica, el examen se ha ido tejiendo durante meses con total confidencialidad, con las preguntas enviadas por los doctores elegidos. El mutismo alrededor del MIR se mantiene hasta el momento de imprimir las miles de páginas del cuadernillo de preguntas, que se hace en una reprografía cerrada a cal y canto para la ocasión y custodiada debidamente por funcionarios del ministerio.

Los cuestionarios salen de la imprenta empaquetados y debidamente lacrados para que la empresa de seguridad los recoja de una caja fuerte y los distribuya por toda España el mismo día del examen.

El dispositivo logístico que exige una prueba de estas características no es sencillo. En total, Sanidad cuenta con casi 900 personas, entre delegados (uno al frente de cada centro que acoge el examen), interventores (uno por aula) y unos 600 vocales que les auxilian. Además, unas 30 personas se dedican durante todo el año a preparar esta cita anual con los estudiantes de Medicina, a quienes hay que sumar los que integran las comisiones encargadas de validar el examen y decenas de trabajadores de apoyo.

El mismo día del examen MIR se celebran también las pruebas selectivas para otros colectivos que aspiran a una plaza de formación sanitaria especializada: biólogos, farmacéuticos, psicólogos, químicos, radiofísicos y enfermeros. Si nos atenemos a una proporción de géneros, en la convocatoria de 2008 fue nada menos que de un 73 por ciento de mujeres y un 27 por ciento de hombres.

La mayoría de las mesas de examen están en Madrid, en los campus universitarios de Getafe y Somosaguas, aunque la prueba también se celebra simultáneamente en Cádiz, Granada, Sevilla, Zaragoza, Oviedo, Palma de Mallorca, Santa Cruz de Tenerife, Las Palmas de Gran Canaria, Santander, Salamanca, Valladolid, Albacete, Barcelona, Badajoz, Santiago de Compostela, Logroño, Murcia, Pamplona, Bilbao y Valencia.

Durante la primera hora de examen está terminantemente prohibido que ningún alumno salga del aula. En ningún lugar de España. A partir de ese momento, quien quiera ir al servicio deberá hacerlo acompañado de un vocal, tras dejar encima de la mesa del profesor su examen y su DNI.

En cinco horas los futuros MIR deberán resolver decenas de casos clínicos (que en las últimas ediciones han ido aumentando en número) y preguntas teóricas, que pueden ser de asignaturas básicas, de especialidades o las llamadas «de aparatos». Para adaptarse a los nuevos tiempos, en el examen han ido aumentando las cuestiones de planificación y gestión sanitaria, estadística y epidemiología, genética y embriología... Sin embargo, cada vez se pregunta menos sobre anatomía y han descendido drásticamente las cuestiones teóricas. Es como si los examinadores buscasen alumnos capaces de pensar, de resolver casos reales que se van a encontrar luego en la vida cotidiana.

Una de las tendencias que observan los interventores y vocales de mesa, y que confirman las estadísticas oficiales, es el aumento del número de aspirantes extranjeros. Para aquellos que han estudiado en un país cuya lengua oficial no es el castellano, desde

hace poco se exige además que superen una prueba de idioma antes de comenzar la residencia. Y son tantos los alumnos latinoamericanos que se presentan al examen en la actualidad que algunos ya bromean con el llamado «latinMIR».

Veamos un ejemplo de pregunta perteneciente a la prueba de 2008:

Un hombre de 32 años, con el antecedente de una colitis ulcerosa de tres meses de evolución, tratado con Prednisona (40 mg/día) y Mesalazina (4 g/día), acude al servicio de Urgencias por empeoramiento de su estado general acompañado de un aumento en el número de las deposiciones (hasta 10 diarias, todas con sangre) y dolor abdominal cólico. Es ingresado instaurándose tratamiento con esteroides por vía intravenosa (1mg/kg/día) y sueroterapia. A las 36 horas del ingreso se incrementa el dolor abdominal, aparece una distensión abdominal importante y ausencia de deposiciones. La exploración física muestra una temperatura corporal de 38,7° C; 124 latidos por minuto; abdomen distendido, dolor roso y algo timpánico junto a signos de irritación peritoneal. En el hemograma la cifra de leucocitos alcanza 17.000/mm<sup>3</sup>. Los estudios radiológicos realizados muestran un colon transverso dilatado 8 cm sin existencia de aire libre peritoneal. El deterioro del paciente persiste tras 24 horas de observación. ¿Qué tratamiento le parece más adecuado?

1. Iniliximab.
2. Colectomía subtotal de urgencia.
3. Azatioprina.
4. Ciclosporina por vía intravenosa.
5. Salazopirina a dosis altas por vía intravenosa.

La opción correcta es la número 2.

En las plantillas de respuestas que los alumnos tienen que entregar al terminar deben marcar («con un bolígrafo de tinta indeleble», especifica el BOE) el número de la contestación correcta en cada caso, con la cifra escrita de su puño y letra. No se trata de tachar casillas. Este sistema tiene una razón de ser. En exámenes tan largos se

desaconseja que las respuestas se elijan tachando en una plantilla, porque existe más riesgo de equivocarse.

Por eso, en el MIR, cada hoja de respuestas con los números escritos a mano por los aspirantes se graba después manualmente en un ordenador («porque no existe, hoy por hoy, ninguna máquina capaz de leer con fiabilidad los guarismos», reconoce Sanidad). Posteriormente se corrige, ya sí, automáticamente. Por si acaso, el Ministerio de Sanidad advierte a los examinados:

Al dorso del presente escrito figuran las contestaciones que ha consignado Vd. en la hoja de respuestas del ejercicio de las Pruebas Selectivas tal y como han sido grabadas. Puede Vd. verificar si esta grabación ha sido correcta cotejándola con la propia de la hoja de respuestas que obra en su poder. Si existiera algún error, solicite la oportuna rectificación.

A medida que los futuros médicos van completando las 250 preguntas pueden entregar su hoja de respuestas autocopiativa (dos copias para el interventor y una para ellos) y salir del aula, excepto durante la media hora final de la prueba, en la que no se autoriza a nadie a irse. Quienes acaben su examen entre las ocho y media y las nueve de la noche deberán entregar su hoja de respuestas y esperar sentados en el pupitre a que termine el resto de sus compañeros para que la puerta de salida pueda volver a abrirse. Los que quieran llevarse a casa el cuadernillo con las preguntas también tendrán que esperar a que todo el mundo termine para volver a entrar a la sala y recogerlo, ya que está terminantemente prohibido salir del aula con el examen mientras aún haya compañeros examinándose.

Desde la introducción del examen MIR en 1978, muchas cosas han cambiado. En la sociedad española, en los estudiantes de Medicina, en las características del examen, en las condiciones de las aulas... «Antes se podía fumar en la clase durante el examen. Luego ya sólo en los pasillos. Y ahora, ni lo uno ni lo otro», bromea un veterano vigilante de la prueba, con trece ediciones a sus espaldas.

El año 1995 marca un nuevo hito en la historia de este examen de especialidades. Para adaptarse a la normativa comunitaria, el Ministerio de Sanidad estableció en aquella edición una convocatoria específica para Medicina Familiar y Comunitaria, diferente de

la General, con el fin de que los nuevos médicos, licenciados después del 1 de enero de 1995, pudiesen obtener la acreditación europea para ejercer como médicos generalistas (que hasta la fecha no requería este trámite).

Todos los médicos del sistema público de salud licenciados después de ese año deben poseer, por tanto, el título de especialista para poder ejercer en el sistema nacional de salud. A partir de esa fecha, Sanidad convocó dos MIR al año, uno para Medicina de Familia y otro para el resto de especialidades, hasta que en 2001 se volvió a reunificar en un único examen anual.

En el aula, el último trámite del ritual exige de nuevo la presencia de los dos alumnos testigos, aunque si terminaron pronto y ya no están en la sala, se puede llamar a otros. En colaboración con el interventor del aula, introducirán todas las hojas de respuestas de sus compañeros, junto con el acta que registra si ha habido alguna incidencia y la lista de alumnos presentados, en una bolsa sellada. Un segundo envase sirve para recoger los «restos»: los exámenes de quienes no se presentaron a la prueba, el cuadernillo de preguntas de los que no se lo quisieron llevar...

Y la misma empresa de transportes se encarga de llevar este material, nuevamente precintado, hasta el Ministerio de Sanidad, donde permanecerá custodiado hasta el lunes, día en que se abrirán los paquetes delante de todos los interventores y delegados (que reciben una gratificación de unos cien euros por esta tarea) para que dé comienzo el proceso de corrección.

La salida del examen es una mezcla de sentimientos entremezclados, raros. Hay barullo en el ambiente y cierto alivio. Se valora la dificultad del examen y se compara con los simulacros que se han hecho en la academia. «Este año han caído más preguntas de genética», dice alguien bajando las escaleras hacia la calle. Hay quien va a celebrarlo con los amigos hasta que el cuerpo aguante, y quien prefiere hacerlo tranquilamente con la familia. Algunos grupos esperan con botellas de champán a la salida. También se ven algunos ramos de flores.

Un año, al alumno que después sacaría el número uno de su promoción, le preguntaron sus compañeros:

-¿Qué tal, cómo ha ido?

Bien, creo.

-¿Cuántas tienes seguras?

-Seguras, seguras... Sólo unas sesenta.

Tal es la confusión de la salida y la sensación que generan las preguntas. Cualquier cosa puede pasar.

La tensión acumulada ha sido tal que muchos no pueden pegar ojo la noche después del examen. Ahora quedan unos meses libres por delante hasta empezar a trabajar. Es la hora de recuperar el tiempo empleado en estudiar. Quien más, quien menos, hace la maleta y sale de viaje para desconectar. Las playas del Caribe, diversos lugares de Latinoamérica (como Argentina) o las pistas de esquí son los destinos preferidos. No obstante, siempre se va con un ojo puesto en la página del Ministerio de Sanidad ([www.msc.es](http://www.msc.es)), donde irán apareciendo las notas, los plazos y otros asuntos importantes que les competen. Eso sí, nadie hace planes para el mes de abril, que es cuando toca elegir plaza y hay que estar disponible para viajar a Madrid en cualquier momento.

Aunque oficialmente las notas tardarán unos días en salir, los más impacientes pueden comprobar su plantilla de respuestas apenas unas horas después de la prueba, gracias a su difusión extraoficial en múltiples portales de Internet. Para quienes no soporten la tensa espera, este medio les ofrece al menos una aproximación.

La nota del examen supone un 75 por ciento de la puntuación final a la hora de elegir plaza; el 25 por ciento restante procede de los méritos académicos, es decir, de la media de sus notas durante la carrera. Comprender exactamente cómo se obtienen estas calificaciones requiere coger papel y lápiz y una calculadora.

En el examen cada respuesta acertada suma tres puntos, mientras que los errores restan uno. Las no respondidas suman cero. Una vez que se han evaluado todos los ejercicios en toda España, se halla la media de los diez mejores exámenes, una cifra a la que se asignan 75 puntos. Cada año el número de preguntas netas necesarias para obtener ese tope puede variar en función del nivel de los exámenes, aunque suele oscilar entre 200 y 205 en el último lustro.

Para conocer la nota de cada ejercicio individual se suma su puntuación (las

preguntas acertadas menos los fallos), se multiplica por 75 y se vuelve a dividir esa cifra por la media de referencia inicial (la que arrojaron los diez mejores ejercicios). A eso hay que sumar el expediente académico de la carrera, que se obtiene multiplicando su valoración por 25 y dividiéndolo de nuevo por los diez mejores expedientes de la promoción.

La nota final del MIR (con cuatro decimales) es la que resulta de sumar la puntuación final del examen y del expediente académico. Esas puntuaciones se ordenan para establecer el número que le corresponde a cada alumno, y que determinará su turno a la hora de elegir plaza.

Todas estas cábalas han desencadenado una especie de numeritis que condiciona gran parte de las decisiones y aspiraciones de los estudiantes. Y que les tiene en vilo, consultando las listas de años anteriores hasta el día que les toca elegir plaza. Es imposible no agobiarse.

Unos diez días después del examen se publican las plantillas con las respuestas correctas. Luego los postulantes disponen de tres jornadas más para reclamar, y casi un mes después del examen se publicarán por primera vez las relaciones provisionales de resultados, que tardarán casi otros treinta días en ser definitivas. Los primeros días del mes de abril los estudiantes tendrán que acudir a la sede del Ministerio de Sanidad para el acto de asignación de plaza, y aún tendrán que esperar hasta mediados de mayo para incorporarse definitivamente a su nuevo centro. Esto significa que habrá pasado prácticamente un año desde que salieron de la facultad hasta que ejercen por primera vez como médicos internos residentes.

Atrás quedaron los meses de preparación, el agobio, las horas de sueño perdidas, el mal humor, la tensión acumulada, «el peor año de mi vida»... Prepararse para este examen se parece mucho a una carrera de fondo. Y como ocurre en el atletismo profesional, también alrededor del MIR muchas cosas han ido cambiando y profesionalizándose en los últimos años.

Antes, estos fondistas no tomaban la salida hasta que no habían acabado la carrera de Medicina, y se dedicaban a estudiar entre junio y la fecha del examen (que no siempre ha sido en enero, sino un poco más tarde). Sin embargo, con la creciente competencia para elegir las plazas más codiciadas, cada vez son más los estudiantes que han optado por

empezar a prepararse desde el último año de carrera. Así que son muchos los que compaginan sexto de Medicina con el «preMIR». Para ayudarles en este cometido, durante los últimos quince o veinte años han surgido una especie de «entrenadores personales» que constituyen un negocio muy lucrativo: las academias.

Quitando contadas excepciones, como la de los repetidores que ya conocen bien el mecanismo del examen, no hay prácticamente nadie hoy en día que se prepare por su cuenta, sin la ayuda de estos centros de estudios privados dedicados en exclusiva a prepararles para este examen. No es una moda, dicen algunos, sino cuestión de necesidad. Antes el MIR se preparaba en casa o mientras se hacía la mili, ahora se ha convertido prácticamente en un curso adicional de la carrera.

Por una cantidad que puede oscilar entre los 1.200 y los 3.000 euros, según la calidad, fama o medios de la academia (que también en esto hay clases), los alumnos tienen la oportunidad de conocer las mejores técnicas para aprobar el examen, de repetir sin cesar simulacros de la prueba, de responder a decenas de miles de preguntas de test y de darle tres o cuatro vueltas al temario en los meses que tienen por delante. Y sobre todo de saber qué temas están de moda en cada especialidad y cuáles tienen más posibilidades de aparecer.

El dinero que pagan incluye el material didáctico, varios cientos de horas de clase y la ayuda de un tutor que estará a su disposición hasta que escojan plaza. Generalmente se trata de adjuntos jóvenes que obtuvieron las mejores notas de su promoción o incluso residentes muy brillantes que están aún en su cuarto o quinto año de MIR y conocen al dedillo la dinámica del examen.

En algunos casos, los alumnos tienen que desplazarse desde sus ciudades de origen hasta otras, donde se encuentran las academias más prestigiosas. Este cambio de hogar constituye una especie de residencia de estudiantes donde se vive por y para el MIR. En otros casos, los profesores de un centro se desplazan a todas las provincias españolas donde la academia tiene sedes y dedican un día completo a la semana (de diez de la mañana a diez de la noche ininterrumpidamente) a los tests y las tutorías.

En estos centros no se repasa el temario de la carrera de Medicina, sino que se prepara específicamente para un examen que, técnicamente, no tiene un temario oficial. La metodología de las academias está orientada a que aprueben el examen, y se insiste

en qué cuestiones son más importantes y cuáles no lo son tanto. Las asignaturas están orientadas alrededor de la prueba, y los simulacros se llevan a cabo en las mismas condiciones que el día del examen real.

Cada uno de estos centros presenta su propia organización, pero en general suelen repasar tres o cuatro veces la materia del examen, con una semana de descanso entre cada una de estas vueltas. La asistencia a clase es obligatoria, y los alumnos aprenden a resolver casos clínicos, repasan las preguntas que suelen caer, y aprenden las mejores técnicas para ser capaces de responder 250 preguntas en cinco horas. Apenas se dispone de un minuto por cuestión, por lo que no sirve recrearse en las que se saben con seguridad. Por otra parte, las que parecen demasiado sencillas despistan, pero no se puede perder el tiempo. Hay que ir al grano.

El procedimiento básico empieza por leer bien el enunciado y responder mentalmente sin ver las respuestas, pues esto permite ganar algo de tiempo. Luego, simplemente, hay que comprobar que esa respuesta aparece entre las opciones. Si se duda entre las cinco posibilidades, mejor no responder, porque hay más opciones de fallar, lo que supone restar un punto. Pero si sólo dudas entre dos o tres, se puede uno arriesgar.

Durante los meses de preparación, los «atletas» cuidan su cuerpo con mimo (y con mucho chocolate y cafeína). Para aguantar doce horas delante de los libros hace falta estar muy descansado, así que apenas se permiten un liz. Sus profesores les recomiendan que se tomen un día a la semana de descanso total («Aprendes a saborear el domingo, un día que suele estar infravalorado por el resto de la gente»), sin abrir los libros.

Sin embargo, a muchos les cuesta desconectar del todo. El cine o el ejercicio físico suelen ser los aliados preferidos para el descanso dominical; y hay quien se graba las lecciones en el mp3 para escucharlas en cualquier momento y no perder ni un minuto el resto de la semana.

Algunos prefieren desahogarse a través de Internet y contar sus experiencias en algún blog que se acaba convirtiendo en lectura de referencia obligatoria para quienes pasan por el mismo trance. Es una buena manera de hacer piña, de sentirse parte de la «comunidad MIR». Por ejemplo:

Más que perder el contacto con tus amigos de siempre, te pierdes cosas que hacer con ellos, fiestas, viajes... En mi caso, por ejemplo, no entendían que yo no quisiese salir un sábado por la noche, después de toda la semana estudiando, y encima sabiendo que me tomaba el domingo libre.

No entendían que lo que más me apetecía después de salir de la academia, destrozada, era ponerme el pijama y tirarme en el sofá. Al final te da la sensación de que sólo te comprenden los que están en la misma situación que tú, y eso te une mucho con otros MIR.

Son meses raros, dicen quienes pasan por ello: «Es un año que vives exclusivamente para eso». Les cambia el carácter; no pueden hacer planes, hay días de llanto y otros de pagar el mal humor con la familia o con la pareja. Muchos lo comparan con la preparación de unas oposiciones. «Te lo perdono por el MIR», es una frase corriente.

Todo se exagera mucho, las emociones están a flor de piel, y aunque muchos no lo verbalizan, la presión por sacar la plaza deseada siempre está ahí, rondando en algún rincón de su cabeza. Para los que tienen padres médicos, la tensión suele ser aún mayor, aunque gran parte de la presión se la imponen ellos mismos por el miedo a fracasar, a no estar a la altura, a no ser capaces de emular la figura paterna o materna... Muy freudiano todo.

Lo peor suelen ser las Navidades, cuando el examen se vislumbra a la vuelta de la esquina. Sin embargo, todo el mundo (el resto del mundo) hace planes para salir a comprar los regalos, celebrar la Nochevieja o viajar para ver a la familia.

La mayoría piensa en la cantidad de cosas que hará cuando por fin haya acabado todo, aunque luego se pasen los dos o tres días siguientes al examen en una especie de aletargamiento, de modorra extraña. Es la hora de recoger los papeles y el material de la academia, de quitar los post-it y las notas pinchadas en el corcho de la pared, de limpiar las montañas de papeles de la habitación de todos los indicios que hablan de los meses que se han pasado allí, encerrados.

Se pasa de no tener ni un minuto libre a disponer de las veinticuatro horas del día. Como explica el blog <http://miraldia.blogspot.com>, ese periodo entre el fin del examen y



# 2

## Pulse enter



Quienes se presentan al MIR en los últimos años tienen la sensación de que ésta es una buena época. Cada año hay más plazas a las que optar y son menos los estudiantes que terminan la carrera, por lo que también hay más renunciaciones y resulta más fácil conseguir, aunque sea, alguna de las últimas plazas de la lista. De hecho, en los últimos veinte años se ha pasado de una proporción de 20 candidatos por plaza a 1,3 en las ediciones más recientes, según datos de la Organización Médica Colegial (OMC).

En los años 2005 y 2006 quedaron plazas sin escoger por primera vez en la historia de este examen. Y es que ya no se trata simplemente de aprobar, sino de escoger la especialidad a la que uno aspira, en el hospital que le gustaría y en la ciudad deseada.

Además, hasta ahora los médicos podían presentarse al examen tantas veces como quisiesen sin renunciar a su plaza, por lo que cada vez era más frecuente la figura del repetidor que aspiraba a una segunda especialidad o que trataba de optar a su destino soñado en un segundo o tercer intento. A partir de la edición 2008/2009, sin embargo, el ministerio exige que quien ya esté haciendo la residencia en una especialidad renuncie a esa plaza si quiere volver a examinarse:

Sólo podrán concurrir a las presentes pruebas si junto con su solicitud aportan

renuncia previa y expresa a la plaza en formación que desempeñan.

Otro de los cambios que introduce el examen a partir de ahora es que los candidatos deben sacar puntuación positiva en la prueba tipo test («o, en su caso, superior a la puntuación mínima en los términos que se determine en la convocatoria»). Las renunciaciones a coger plaza de los últimos años habían permitido que hasta los peores clasificados en el examen tuviesen opción a elegir destino. ¡Incluso con puntuación negativa en su prueba! Con sólo poner su nombre en el examen, sin contestar ninguna de las preguntas (con un cero orondo de nota), cualquiera que hubiese aprobado la carrera de Medicina podría acceder a una plaza de especialista si se daban ciertas circunstancias.

Las más codiciadas suelen ser, año tras año, Cardiología (en 2008 la eligieron 20 de los 100 mejores MIR), Medicina Interna o Dermatología (con 9 peticiones entre el «top 100»), Pediatría (8 solicitudes), Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría (con 4 cada una), y las distintas cirugías: Plástica (7 demandas entre los mejores) y Cirugía Ortopédica y Traumatología (6).

Siempre suelen cubrirse en último lugar Medicina de Familia, Microbiología, Análisis Clínicos y Medicina del Trabajo... Madrid y Barcelona son las grandes receptoras de MIR de toda España, y buena parte de quienes sacan mejores notas eligen alguno de sus hospitales.

En cuanto salen las notas provisionales que les permiten hacerse una idea de qué puesto ocuparán en la lista, y por tanto a qué pueden aspirar, los futuros residentes comienzan a hacer sus rondas (y también sus cábalas). Es el llamado «turismo de hospitales», que se acentúa sobre todo cuando las listas son definitivas y ya saben sin lugar a dudas cuál es su número, es decir, qué puesto ocupan en la lista para escoger la plaza deseada.

En grupo o acompañados por algún amigo, los futuros MIR suelen visitar los centros y hablan con los residentes mayores que ya están allí para conocer cuál es el ambiente, qué tal son los adjuntos, si se aprende mucho, si les dan o no responsabilidades, o si el tutor\* de docencia les trata de igual a igual. Incluso (sobre todo algunos) se preguntarán si se liga mucho.

Cualquier información es buena para ir haciéndose una idea del sitio en el que van a pasar los próximos cuatro o cinco años de su vida y cómo es la rama de la Medicina a la que se van a dedicar profesionalmente. A veces hace falta desplazarse a otras ciudades españolas para visitar dos o tres hospitales en un solo día, y se aprovecha la excusa para estar con amigos que ofrecen alojamiento gratuito y algo de diversión después del examen.

Quienes ya han pasado por este trance recomiendan hablar a solas con varios residentes; de distintos años a ser posible y, por supuesto, sin jefes ni adjuntos delante. Contar con diferentes opiniones de un mismo servicio puede ayudar a contrastar los pareceres de los más optimistas y de los más pesimistas hasta dar con un punto intermedio para hacerse una idea aproximada de cómo funcionan las cosas.

Incluso aunque ya se conozca el servicio por las prácticas de la carrera, no hay que preocuparse por preguntar, porque los residentes están acostumbrados a este tipo de acoso cuando llega la fecha y a la mayoría no le molesta dedicar algo de tiempo en los pasillos a resolver dudas.

Por otra parte no está de más conocer la opinión que tienen sobre el servicio otros compañeros del hospital, de especialidades diferentes. Esta visión desde fuera permite a veces descubrir servicios famosos por su mal ambiente y por estar en guerra perpetua («vuelan las tijeras en el quirófano»), sobrecargados de trabajo o en los que el jefe es conocido por su mal carácter o su excesivo autoritarismo.

Suelen ser departamentos en los que la jerarquía está claramente establecida y se putea en cadena al de abajo. En algunos lugares los adjuntos son muy competitivos, ambiciosos, ansían suceder al jefe. Y los residentes acaban por pagar el pato, no aprenden nada, cargan con todas las tareas tediosas y burocráticas, y se ven sobrecargados de guardias. El MIR va a pasar infinidad de horas en ese centro los siguientes años, por lo que un buen ambiente ayuda a que todo vaya mejor.

Muchos factores pueden condicionar la elección de plaza. Hay quien desea quedarse en su ciudad a toda costa, aunque tenga que conformarse con una especialidad que no entraba en sus planes; y a otros no les importa viajar a cualquier rincón del país con tal de hacer lo que siempre quisieron. Muchos no tienen una idea exacta de lo que quieren y simplemente eligen por descarte cuando les llega la hora. Otros sólo rezan para que su

número les permita elegir plaza en el mismo hospital donde hicieron las prácticas y donde ya conocen al personal, las rutinas y el ambiente.

También están los que sacan mejor nota de lo esperado y de repente se sienten casi obligados a hacer alguna especialidad de las gordas (Cardiología, por ejemplo). Algunas se ponen de moda de un año para otro, porque los residentes hablan bien de ellas, porque parece que los primeros números van a elegir las, o porque se dice que tienen buenas salidas profesionales... Cuestión de modas.

En la elección de plaza puede influir, por ejemplo, el hecho de tener o no pareja. Sobre todo si ambos son MIR, una circunstancia que obliga a una doble elección. Por que... ¿y si uno tiene buen número y el otro no? «¿Debo renunciar?». «¿Queremos estar juntos a toda costa?». «¿Dejo pasar números para que podamos elegir juntos?».

Los médicos de familia tienen que decidirse desde el inicio incluso por el centro de salud en el que pasarán el último año de formación, así que tampoco es extraño verles rondando por los ambulatorios preguntando a sus futuros colegas.

La Asociación de Médicos Internos Residentes (AEMIR) recomienda en su página de Internet ([www.aemir.org](http://www.aemir.org)) hacer algunas preguntas sencillas antes de decantarse por una plaza: ¿cómo se organizan las rotaciones? ¿Qué servicios se visitan? ¿Qué se hace en cada año de residencia? ¿Cómo es el día a día? ¿Hay alguien que supervise? ¿Los adjuntos dan mucha responsabilidad a los residentes? ¿Cuántas guardias se hacen al mes? ¿De qué tipo? ¿Hay tiempo suficiente para estudiar? ¿Permiten librar al día siguiente? ¿Cómo son los adjuntos? ¿Comparten responsabilidades con los residentes o pasan de ellos? ¿Qué prestigio tiene el hospital? ¿Hay algún área en la que destaque especialmente? ¿Dispone de la última tecnología médica? ¿Cuántas intervenciones se programan al mes? ¿Se opera en las guardias? ¿Dejan operar a los residentes? ¿Hay suficiente calidad investigadora? ¿Se anima a los residentes a participar en investigación y ensayos clínicos? ¿Se publican artículos originales en revistas médicas? ¿Se fomenta la asistencia de los MIR a congresos y seminarios? ¿Qué servicios organizan jornadas o cursos? ¿Cuánto gana un residente? ¿Cuánto le van a pagar por las guardias? ¿Qué horario debe cumplir? ¿Hay que trabajar sábados y domingos? ¿Hay posibilidades de quedarse a trabajar una vez acabada la residencia? ¿Qué tal están las instalaciones? ¿Hay biblioteca y suscripciones a publicaciones científicas? ¿Aparcamiento? ¿Es cara la vida

en esa ciudad? ¿Cuál es el ambiente entre residentes? ¿Y en el servicio? ¿Se organizan fiestas?

Por si fuese poca presión, aún hay que esperar hasta abril para que llegue el famoso día de elección de plaza. Algunos aprovechan esos dos o tres meses para colegiarse, repasar algún libro, buscarse un trabajillo que les permita ganar algo de dinero (en residencias de ancianos por lo general) o simplemente no hacer nada.

Pasada la euforia inicial tras liberarse de la carga que supone el examen, y después de volver de algún viaje de relax, la verdad es que poco o nada tienen que hacer los futuros residentes («Son las vacaciones que nunca vas a volver a tener en tu vida hasta que te jubiles»). Sólo hay que esperar y combatir los nervios. O quedar con otros MIR, porque el resto de amigos suele estar trabajando o estudiando y no hay nadie que tenga tanto tiempo libre.

Dicen que el día de la elección de plaza es incluso más estresante que el del propio examen. Y es que después de tanto esfuerzo nadie se puede permitir el lujo de equivocarse. Además, no es extraño que los estudiantes tengan que aguantar constantemente las preguntas de familia, amigos, vecinos, conocidos o allegados sobre el destino que elegirán. Desde que empiezan sexto hasta el mismo día de la elección de plaza, una y otra vez, sin descanso, se produce este acoso, con la pertinente cara de sorpresa de sus interlocutores si aún no se han decidido: «Pero ¿cómo? ¿Que aún no sabes lo que quieres hacer?».

Preguntar a quienes ya se han especializado tampoco tiene por qué ser de gran ayuda: «No hagas gine porque tienes una responsabilidad brutal y encima tienes que atender a las embarazadas a tiempo completo». «Pasa de las cirugías: los residentes se pegan por operar, no libran las guardias, hacen jornadas interminables y además las salidas laborales son regulares». «Olvídate de neuro, que los neurólogos no curan a nadie». O al contrario: «Si quieres calidad de vida, vente a Dermatología». O «Los oftalmólogos vivimos muy bien».

Hay quien lleva toda la vida deseando hacer una especialidad a toda costa y se bloquea si ya no quedan plazas libres cuando le toca elegir. De hecho, no es extraño que cada año repitan el examen alumnos que sacaron alguna de las cien mejores notas de toda España.

Tampoco son raras las renunciaciones durante el primer año de residencia: gente que lo deja porque no era eso lo que esperaba, o que optó por una especialidad diferente a sus expectativas porque «tenía demasiada buena nota para desperdiciarla». Además hay que tener en cuenta que una especialidad no es lo mismo que una asignatura de la carrera, así que no es de extrañar que algunos se lleven un buen chasco al llegar a su servicio. Pese a todo, la mayoría acaba por cogerle cariño a su especialidad, incluso cuando no fuese su primera opción.

También hay expertos en pescar en aguas revueltas, capaces de optar por un destino mejor al que aspiraban porque alguna plaza de arriba quedó libre y nadie con mejor nota la escogió antes que él.

La tensión aflora a medida que se acerca la fecha de la elección. Atrás quedó el invierno del examen y el calor empieza a apretar. Han sido meses raros, con demasiado tiempo libre. Con el número definitivo en la mano, los hospitales pateados de arriba abajo y una idea más o menos aproximada en la cabeza, toca aguantar los nervios y mantener en secreto la plaza deseada... ¡Dicen que si se comenta con mucha gente acaba por gafarse!

Durante unos diez días, a un ritmo de trescientas o cuatrocientas personas al día (en turnos de mañana y tarde), los futuros médicos deciden su destino con tan sólo pulsar la tecla enter. Muchos se han desplazado a Madrid desde todos los rincones de España, algunos incluso un día antes para esquivar cualquier posible percance (atascos, retrasos, accidentes). Pueden ir solos, acompañados por su familia o por algún amigo que también tiene que elegir.

A medida que se acerca la hora programada para la elección, los alrededores de la sede del Ministerio de Sanidad comienzan a tener el mismo aspecto que un estadio de fútbol poco antes de un gran partido. Empieza a hacer calor (¡qué se lo digan sobre todo a los que eligen por la tarde!).

Poco a poco los implicados se arremolinan junto a una puerta lateral del ministerio, como hicieron el día del examen MIR, intentando escuchar y entender lo que se dice por megafonía. Van entrando en grupos de cincuenta después de enseñar el DNI y recibir una hoja que indica cuál es su número de orden y cuáles son las plazas que quedaron

vacantes tras finalizar el turno anterior.

Los peores números, que tienen aún varios días de nervios por delante hasta que les toque elegir, pueden ir siguiendo las plazas que van quedando libres a través de la página web del Ministerio de Sanidad, de manera que cuando llegue su turno tengan una idea más o menos aproximada de si les han quitado o no sus destinos deseados.

Los acompañantes pueden entrar a la sede ministerial por otro lateral del edificio y acomodarse en una sala habilitada para ellos. Allí podrán seguir por megafonía lo que ocurre en el aula Ernest Lluch, donde se acomodan nerviosos los electores: en las primeras filas los que tienen mejores números, y detrás de ellos el resto de sus compañeros. Después de recibir las explicaciones necesarias sobre el funcionamiento del acto y las advertencias sobre teléfonos móviles y demás artilugios electrónicos, comienza el espectáculo.

De diez en diez, los futuros MIR van subiendo a la tarima, donde se encuentran con cuatro ordenadores diferentes, varios funcionarios y una gran pantalla en la pared que va mostrando la elección de cada uno. Sentados en el auditorio, algunos se aíslan en su mundo, escuchando música con auriculares para no ponerse más nerviosos. Por el rabillo del ojo, pendientes de lo que van eligiendo quienes tienen delante, van siguiendo el proceso sin comentar siquiera con los que tienen a su alrededor qué plaza tienen en mente, no vaya a ser que su interlocutor también la quiera. No es extraño que se mienta sobre la elección: «Mi sueño de siempre ha sido hacer Medicina del Trabajo en Ceuta».

El consejo más repetido es mantener un mutismo absoluto sobre las preferencias. Se dice que es una cuestión psicológica: si alguien está indeciso y oye al de al lado lo que quiere elegir puede encendérsele la bombilla y pensar que es una buena idea y arrebatarse el puesto a su vecino, que está sentado a su lado y tiene un número peor. Además, también existe una especie de efecto dominó colectivo capaz de generar la sensación de que un destino es bueno porque alguien lo comentó de pasada. Es difícil de explicar desde fuera, pero se dice que esa sala desprende una tensión especial durante esos días de elección de plaza, en la que cada matiz cuenta y cada compañero es, a la vez, un rival directo.

Al llegar el turno, en los ordenadores de la izquierda se pueden consultar las listas y las plazas que siguen libres. Una vez comprobado que está aún disponible su destino, el

futuro residente avanza hacia el ordenador de la derecha para indicar la plaza elegida. Por ejemplo, «Oncología en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid». Un funcionario le muestra entonces en la pantalla su elección: ciudad, hospital, servicio, datos personales y número de orden. Y le dice: «Si todo está correcto, pulse ente»>».

Después de darle al botón ya no hay marcha atrás: la decisión se canta en voz alta al resto del auditorio y se proyecta en la gran pantalla para que el resto pueda ir tachando en sus listas las plazas que quedan fuera de circulación.

La fila sigue avanzando en riguroso orden hasta que los organizadores llaman a los diez siguientes, y luego a otros diez más, y otros diez... Así hasta cubrir una por una las plazas disponibles en toda España. Al salir por una pequeña puerta lateral del aula, el nuevo residente recibirá dos hojas con la misma información que había en la pantalla (una copia para él y otra para presentar en el hospital el día de su incorporación), el programa de la especialidad elegida y el famoso libro del residente, que es lo más parecido a la cartilla de notas del colegio.

No hay prisa, pero tampoco es posible eternizarse delante del ordenador. Cada candidato tiene unos veinte o treinta segundos para elegir, por lo que la mayoría trae de casa una lista preparada con las posibles opciones, para que esos segundos delante de la pantalla del ordenador del ministerio no se hagan eternos y no haya riesgo de bloquearse. Algunos se lo apuntan en un papel, pero la mayoría lo tiene todo en la cabeza. Se lo saben de memoria a fuerza de hacer y deshacer borradores, de poner en orden sus preferencias una y otra vez.

Esta relación debe ser realista, acorde con el número de orden, de manera que al llegar el turno aún quede alguna opción libre y no estén todas tachadas por los estudiantes precedentes. No es sensato hacer una lista con quinientas opciones, porque sería imposible controlarlas todas, pero tampoco puede incluir sólo diez destinos. Conviene que incluya cuatro o cinco especialidades ordenadas por el criterio que vaya a marcar la elección: «Quedarme en mi ciudad a toda costa», o bien «hacerlo aunque tenga que irme al otro extremo del país». Lo importante es no tener que pensar mucho el día de la elección, porque entonces es más fácil bloquearse y cometer algún error irreparable.

Al llegar a Madrid, las tres plazas de gine en el hospital que yo llevaba como primera

opción seguían libres, así que me mosqueé mucho porque mi número no era muy alto y me dio por llamar por teléfono en ese mismo momento. Me atendió una residente de segundo año. Me dijo que ella empezaba a ver la luz al final del túnel ahora, pero que se había pasado todo el primer año llorando. Me desanimó mucho, así que decidí que cuando llegase mi turno me decantaría por la segunda opción, la misma especialidad pero en otro hospital diferente. El siguiente de mi lista.

Yo había preseleccionado mi plaza por Internet, así que al llegar al estrado me preguntó el funcionario si quería con firmarla. Le dije que no, que esperase un momento. Las piernas me temblaban. Yo siempre había tenido claro que quería ir a ese hospital, así que ni siquiera me había pasado por allí a verlo, pero las palabras de la residente resonaban en mi cabeza.

Mi madre, que me estaba viendo desde la sala de los acompañantes, se asustó, porque allí estaba yo paralizada, dándole vueltas a la cabeza. «¿Qué le pasa a mi hija? ¿Por qué se ha quedado callada?». Sólo fueron cuarenta segundos, suficientes para decidir fiarme de la otra chica y cambiar mi elección a la segunda ciudad de mi lista. Al final le di al enser y el funcionario me debió de ver tan nerviosa que me dijo: «¿Quieres un caramelito, hija?».

Al llegar frente al estrado, otros prefieren renunciar a la plaza antes que pasar un año de residencia en algo que no les gusta ni les interesa. A cambio de su valentía, vocación, determinación o llámese como se quiera, muchos tendrán que aguantar los reproches familiares por su decisión. «Un año perdido», dirán los padres. «Sólo ocho meses más para la próxima oportunidad, para repetir el MIR en busca de su sueño», pensarán los protagonistas.

Para los más afortunados, la residencia comienza después del enser.

# 3

## Bienvenidos, *resistentes*



# A

hora tienes un papel con dos mitades en el bolsillo que dice que ya está, que ya eres residente. Puedes leer en letra impresa tu especialidad, tu hospital, lo que vas a ser de mayor, lo que llevabas tanto tiempo deseando. O lo que nunca habrías pensado que pondría en ese papel.

En ese resguardo con dos mitades que te dieron al salir de la sede del Ministerio de Sanidad figura también el número de teléfono de la Unidad Docente del área, donde te irán informando de la fecha elegida para la incorporación definitiva a los hospitales y la documentación que tendrás que presentar para formalizar tu nuevo contrato: una de las dos mitades del papel (la «credencial»), el DNI original y dos fotocopias, dos fotos tamaño carné (con nombre y apellidos por detrás, como en el tole), original y fotocopia de la cartilla de la Seguridad Social, el título de licenciado (original y fotocopia compulsada), el carné del Colegio de Médicos o el resguardo de la solicitud, y los datos bancarios.

Llamas y preguntas cuándo empiezas. ¿No lo coge nadie? Insiste: hay quien asegura que un día le atendieron al teléfono. Con un poco de suerte aún tienes por delante otro mes completo antes de que llegue tu primer día como médico interno residente en el hospital. Ésta es la época que muchos aprovechan para visitar el que será su nuevo servicio. Es una norma de cortesía no escrita, aunque tampoco obligatoria. Los recién

admitidos suelen pasar por su nuevo destino para presentarse al jefe, conocer a sus compañeros, ubicar el servicio en el plano del hospital y buscar a los erres' mayores en el cuarto de residentes...

También pueden localizar a su tutor de docencia, que será el responsable oficial de su formación durante los cuatro o cinco años siguientes. Suelen ser estos tutores los que organizan las rotaciones (en función de lo que se acuerda en cada comisión de docencia), los que deciden por qué servicios empezarán trabajando los residentes, o quienes encargan qué sesiones clínicas les toca preparar para presentar ante el resto de compañeros del servicio (explicar un caso raro o difícil o repasar la bibliografía sobre un tema concreto, por ejemplo).

Nuestra tutora era una señora complicada, pero claro, de eso no te das cuenta hasta que ya es demasiado tarde. Resultó que era una especie de Doctor Jekyll y Mr. Hyde, con una cara para todos los miembros del servicio, a los que odiaba profundamente, y otra completamente diferente para los residentes, a los que nos trataba en plan maternal.

Me fui a presentar y comenzó a hablarme completamente emocionada de nuestra especialidad. Me dijo que era preciosa, que le hacía mucha ilusión que yo la hubiese escogido... A punto estuvo de llorar y de abrazarme emocionada, cuando alguien nos interrumpió y la buena señora se transformó del todo.

Comenzó a gritar de tal manera que me quedé quieta en el sitio, tratando de pasar lo más desapercibida posible. Hasta que acabó la bronca, y se volvió hacia mí como si nada hubiese pasado. Entonces me llevó de tour por el servicio para enseñarme dónde estaban las cosas, a presentarme al resto de jefes y adjuntos con los que se llevaba tan mal, y me dio el calendario de rotaciones que me esperaban el primer año. Ése fue mi bautizo.

Los MIR dicen de ellos que hacen poco, que apenas explican cuatro cosas elementales para moverse por el servicio los primeros días. Y dicen que quienes de verdad cuidan de ellos en la residencia son los residentes mayores (y algunos adjuntos). Los tutores se defienden asegurando que su tarea no está reconocida ni gratificada como se merece: son simples voluntarios que aceptan el cargo porque les gusta, porque tienen

su propia experiencia como MIR cercana, o porque pueden incluirlo en su currículum. En algunas comunidades reciben una pequeña remuneración económica, pero a cambio soportan la misma carga asistencial que el resto de adjuntos.

Este mismo tutor de docencia se encarga al final de cada curso de presentar una evaluación sobre estos alumnos: cuántos pacientes han atendido, por qué servicios han hecho, si están o no haciendo la tesis, si han asistido a congresos, seminarios o cursos, qué sesiones han dado... En teoría esta evaluación puede servir para que un MIR sea expulsado, igual que si comete alguna falta grave o deja de asistir al hospital. En la práctica no se conocen apenas casos de expulsión, y los que se mencionan en voz baja en las conversaciones de pasillo están rodeados por un cierto halo de leyenda urbana. «Se dice que un residente del hospital... », «Una vez en el hospital... ».

A veces no queda más remedio que suspender a algún residente extranjero que apenas chapurrea el español. Aunque, como un gran hospital universitario madrileño reconoce en su página de Internet, «en la práctica todos los residentes salen de los centros con las especialidades finalizadas, y el mercado de trabajo de los especialistas no suele tener en cuenta la calificación del final de la residencia».

Esta presentación más o menos informal es un buen momento para preguntar si se puede ir haciendo algo hasta que toque incorporarse definitivamente. En algunos casos te recomendarán leer algún libro o manual, o que estudies alguna técnica básica que será útil desde el primer día. Otros te dirán que descansas y disfrutes, que ya tendrás tiempo de ponerte al día los próximos cuatro o cinco años.

Para muchos ése será el único saludo que crucen con su nuevo jefe de servicio en mucho, mucho tiempo... De hecho, para la mayoría, el jefe no pasará de ser ese señor mayor, serio, que acude a las sesiones clínicas por la mañana, vestido de traje y corbata debajo de la bata, que se sienta lejos de los residentes y que apenas se aprenderá sus nombres («Están a su bola», «Pasan de ti», son comentarios habituales).

Otros tendrán más suerte y el trato será algo más cercano. Incluso les saludarán por los pasillos. Sin embargo, jefes y residentes están separados por tantos peldaños jerárquicos en el escalafón hospitalario que irremediablemente están condenados a no cruzarse demasiado.

La diferencia generacional pesa mucho si viste bata blanca, y en general los residentes prefieren tener a mano a adjuntos jóvenes, que aún tengan fresca su propia experiencia MIR, y que suelen ser los más dispuestos a la docencia. Aunque de todo hay.

Muchos MIR compaginan estas presentaciones oficiales con otras cuestiones logísticas, a menudo mucho más estresantes. Toca buscar piso, cambiar de ciudad, hacer mudanza, despedirse de mucha gente... «Busco piso». «Tenemos habitación libre en piso MIR para compartir». «Busco piso cerca del hospital». «Alojamiento ideal para residentes»... Éstos son algunos de los anuncios más repetidos en los foros MIR que proliferan por Internet cuando ya se han adjudicado las plazas y toca desplazarse de ciudad para incorporarse a un servicio.

Para la incorporación definitiva al hospital hay que esperar una llamada de la Unidad de Docencia que indique la fecha exacta, aunque los hospitales más modernos se comunican con sus futuros residentes a través de la página de Internet, en la que van colgando avisos sobre el día de incorporación, la firma del contrato y otros requisitos. En estos primeros días algunos servicios organizan charlas orientativas sobre su funcionamiento interno, cómo se organizan las guardias y rotaciones, y cuál será el primer servicio en el que les tocará trabajar a los residentes.

Entre las gestiones de esos primeros días toca también firmar el contrato. «Casi sin leerlo, no creo que nadie se lo lea», confiesa más de uno. «A mí sólo me dieron las dos hojas que debía firmar, el resto ni sé qué decía». Y como si de un taller de montaje se tratase, hay que pasar por la siguiente puerta para hacerse un reconocimiento médico completo y luego visitar la Lencería a recoger los uniformes.

Allí, en un sótano del hospital («Si consigues llegar sin perderte»), varias amables señoras te toman las medidas, te buscan algo de tu talla, te cogen las mangas o el largo del pantalón si hace falta, y te dan dos pijamas, dos batas y un par de zuecos que luego cada cuál va cambiando por los que trae de su casa, más cómodos, más estampados, más bonitos... Las tallas más demandadas siempre suelen escasear y hay quien acaba por llevarse de casa sus propios uniformes si quiere asegurarse de tener siempre un pijama limpiito a mano.

Los médicos de familia son diferentes (también en esto), y a ellos les dan el uniforme en Gerencia de Atención Primaria, aunque muchos acaban yendo a buscarlos con el resto

de sus compañeros de otras especialidades al servicio de Lencería, «porque aquí nadie te pregunta de qué eres».

Poco a poco, sin que nadie sepa cómo, irremediablemente, los bolsillos del uniforme, sea bata, pijama o ambos, se irán llenando de cosas, cargados de trastos inútiles que acaban por volverse imprescindibles y que dirán de ti que ya eres un residente con los bolsillos deshilachados y a punto de descoserse del todo:

La tarjeta identificativa con tu nombre y especialidad, y que en algunos hospitales además da acceso a las habitaciones para dormir en la guardia.

Las llaves de la taquilla, de casa, del cuarto de residentes, de la biblioteca... No importa que el manajo sea abundante y tenga un llavero grande, porque en los bolsillos del uniforme cabe todo.

El teléfono móvil. Puede que interfiera con los dispositivos sanitarios y que a los pacientes les riñan por utilizarlos dentro del hospital, pero no hay médico que se precie que no lo tenga a mano. Durante las guardias, se convierte en el cordón umbilical que comunica al MIR con el mundo exterior.

Los bolígrafos, dos o tres mejor que uno solo.

El vademécum, el libro de los fármacos en versión reducida (incluye sus nombres comerciales, principios activos, efectos secundarios, indicaciones, dosis...). Algunos colegios de médicos lo regalan en el momento de colegiarse.

-Algún otro manual para consultar en caso de dudas: el Protocolo de Urgencias, por ejemplo.

La linterna.

El martillo de reflejos.

El fonendo. Llegados a este punto existen encendidas discusiones sobre cuál es el lugar más apropiado para llevar este instrumento médico. Algunos defienden que debe ir colgado al cuello como seña identificativa, por comodidad o para tenerlo a mano y fácilmente accesible cuando llegue el caso de usarlo. Otros prefieren

guardarlo como quepa en el bolsillo, por discreción, para no intimidar a los pacientes... La tesis más extendida apunta a que los residentes lo suelen llevar al cuello, tal vez como rémora de su época de estudiantes en prácticas en el hospital («por lucirse»), mientras que los adjuntos suelen llevarlo en la bata junto al resto de las cosas. «¡Al rotar por Traumatología ni se te ocurra traer eso!», aconsejan los residentes mayores. Además, en los últimos años comienzan a hacer furor los modelos de colores, igual que los gorros y zuecos.

Otros. En los bolsillos de la bata puede caber el paquete de pañuelos de papel, la funda de las gafas, crema de manos, lágrimas artificiales para los ojos secos, una goma para el pelo, un pequeño monedero con cambio para la máquina de café, algún trozo de papel arrugado, alguna lista de teléfonos y extensiones útiles del hospital, o una libreta (IMPRESINDIBLE en los primeros días).

Algunos residentes que viven cerca del hospital, o que suelen ir a trabajar en coche, acaban por ir vestidos de médicos desde casa. Sobre todo cuando toca hacer guardia en Urgencias, donde algunos no tienen ni una taquilla en la que guardar sus cosas. Por eso muchos convierten los bolsillos en el bolso ideal, y todas sus cosas van con ellos en el pijama quirúrgico, desde casa hasta el hospital y viceversa.

El primer día suele pasar casi sin darse cuenta, pegado como una lapa a algún residente mayor o a algún amigo que cayó en el mismo servicio «por suerte», pasando consulta o planta con ellos, como un espectador pasivo que mira todo con los ojos muy abiertos y la libreta en el bolsillo de la bata. Muchos salen agobiados, se fustigan porque no saben nada, porque se sienten perdidos. Algunos tratan de recordar las cosas que hacían cuando eran estudiantes en prácticas, y más o menos se acuerdan de cómo se pasa visita o se hace una historia clínica:

Fue un día horroroso. Parecía el primer día de cole. Me fui a presentar a mi tutor y me dijo que me tocaba empezar a rotar por cirugía general. Así que cuando logré encontrar el servicio, la sesión ya había empezado y me echaron la primera bronca por llegar tarde.

Claro, no les podía decir que llevaba media hora dando vueltas por el hospital como un pardillo porque no lo encontraba. Encima cuando acaba la sesión clínica ves

que todo el mundo empieza a desperdigarse por ahí y sabe a dónde se tiene que dirigir, pero yo estaba allí en medio, en una especialidad que no era la mía y parado como un pasmarote sin saber qué rumbo tomar.

Menos mal que un residente mayor me dijo que podía bajar con él a quirófano. En mi primer día... ¡Pero si no había dado nunca antes un punto! Y después de que una enfermera muy maja me enseñase cómo se hace el lavado de manos hasta me dejaron tirar de valva\* ...

Tienes un poco la misma sensación del primer día de prácticas en el hospital, cuando aún eras estudiante de Medicina. Llegas descolocado, con toda la ilusión del mundo, sin saber qué vas a encontrarte, pero te sientes como un pulpo en un garaje.

Y lo que te encuentras son un montón de médicos, señores mayores, que van a ser tus compañeros de trabajo, que empiezan a darte consejos, a presentarte a gente, a decirte cosas que vas a necesitar cada día, a pretender enseñarte de un golpe todo lo que saben. Y tú estás allí intentando memo rizarlo todo en la cabeza (títulos de libros, nombres de enfermeros, de auxiliares, de otros adjuntos... ¡hasta tu propio nombre!) por no sacar la libreta que llevas en el bolsillo y parecer un poco memo.

Poco a poco, los nuevos R1 -los residentes nuevos- van cogiendo el ritmo y acostumbrándose a la dinámica de trabajo, a las rutinas de cada servicio. En Medicina Interna aprenden que a primera hora se cogen las analíticas, y que antes de que pase el adjunto a visitar a los pacientes ya deben haber revisado el historial, explorado y reexplorado al paciente, revisado las pruebas, comprobado el famoso evolutivo... «Me impactaba mucho todo el papeleo. No sabes qué es lo que tienes que escribir, qué datos son importantes», comenta un residente.

Además hay que familiarizarse con el sistema informático que utiliza cada hospital, con el color de cada volante, con los consentimientos informados y los distintos impresos que hay que rellenar. No tardarán en darse cuenta de que el 80 por ciento de su trabajo va a ser burocrático. ¡Cada prueba es un papel! Han pasado de ser estudiantes de Medicina a médicos residentes, y dentro de los pasillos del hospital ya no cuenta el número que sacaron en el MIR, sino lo que hagan. «Cuando llegas al hospital da igual que hayas sido el número uno de tu promoción. Hay gente que ni siquiera se entera, así

que no te marca de ninguna manera, nadie tiene un trato diferente contigo. Ni para bien, ni para mal».

Y cuando menos se lo esperen aparece el primer paciente. Ese que no se olvida nunca o que se borra de la mente en cuanto sale de la consulta. Ese al que se le hace la historia clínica en veinte partes porque siempre se olvida algo que había que preguntarle. Ese al que se le piden doscientas pruebas más de las necesarias para confirmar que, efectivamente, tiene un catarro. Nada que ver con el día a día del doctor House, el de la tele.

La realidad es que la mayoría de las veces verán enfermedades corrientes y molientes. Manejarán una lista de apenas doce o quince diagnósticos vulgares y apenas en unas pocas ocasiones al año tendrán la «suerte» de dar con un caso raro, de tener que tomar decisiones médicas arriesgadas, creativas. Los pacientes raros rompen la rutina, gustan, son casos bonitos que se pueden presentar en una sesión, una prueba para sus conocimientos e inteligencia... Pero pocas veces caerán en manos de un R1.

Sobre todo, coinciden los consultados independientemente de la especialidad, se apoyan en sus erres mayores. Ellos son los que les explican cómo funciona el servicio, les muestran los quirófanos, les alertan sobre la personalidad de tal o cual adjunto, enseñan las habitaciones para dormir en las guardias, dónde están las máquinas que sirven el mejor café, la biblioteca, el ascensor más rápido y menos concurrido... Para los mayores, educar a un residente recién llegado no deja de ser una inversión de futuro. Y, de forma algo egoísta, cuanto antes les enseñen ciertas tareas rutinarias, antes podrán traspasarles esa responsabilidad.

Es cuestión de jerarquía: los R1 y R2 tienen que pegarse a los R3 y R4 para aprender. Y éstos aprenden de los adjuntos. Siempre hay alguien que hace de tabla de salvación en esos días:

Yo había llegado al hospital un lunes y ese mismo fin de semana me tocó acompañar a un erre mayor a pasar visita. Lo pasé fatal, porque no sabes nada, estás completamente perdido y de repente te ves solo. No sabía qué había que hacer, así que me apoyé mucho en las enfermeras: «¿Vosotras cómo hacéis esto?». Me acuerdo que me pasé todo el tiempo preguntándoles.

El siguiente lunes me tocó quedarme sola por primera vez en una consulta para ver pacientes. Sola por primera vez; siete días después de llegar. No se me olvidará que el primero de ellos fue un señor que llegaba remitido por su ambulatorio porque tenía un cáncer de colon. Me di cuenta de que nadie le había dicho a él lo que tenía, pero a mí tampoco me habían enseñado hasta dónde le tenía que decir la verdad, si era yo la que le debía informar de su diagnóstico... Nadie te prepara para eso. Al final pedí las pruebas necesarias para que el paciente volviese a la consulta de Cirugía. Esta vez sí, atendido por un adjunto.

Yo no dormía nada al principio. Si estaba de guardia, por el miedo a quedarme dormida y que me llamasen para atender a alguien. Si no tenía guardia, pensando en los pacientes que había visto ese día, con miedo de haber cometido algún error y que evolucionasen mal y tuviesen que volver. Era pura ansiedad, todo el día con taquicardia y echando mano de vez en cuando al Lexatin\* para pasar el trago. Un residente de primer año hace un montón de tareas que no supervisa nadie, y que vas aprendiendo sin que nadie te enseñe.

Por ejemplo, ayudar en un trasplante:

Lo recuerdo porque se supone que un R1 de Cirugía tiene que asistir primero a varios trasplantes, únicamente para mirar, aprender y acompañar al adjunto y a los dos residentes mayores que están localizables en las guardias de trasplantes, por si aparece un órgano disponible.

Estos dos pobres residentes están ayudando durante todo el tiempo que dura el proceso, desde que se localiza el órgano hasta que se le implanta al receptor, aunque los adjuntos que están con ellos van cambiando hasta tres o cuatro veces: uno participa en la extracción, otro en la colocación... Pero los MIR no se mueven de ahí, desde el principio hasta el final.

El paciente que iba a donar sus órganos estaba en muerte cerebral, conectado a un respirador, y ocurrió lo que no puede ocurrir en estos casos: que entró en parada cardiorrespiratoria. Eso es lo que más teme cualquier residente. Que ocurra una parada estando tú solo y que no haya ningún adjunto localizable en ese momento. Temes no ser capaz de hacer lo que se supone que tienes que hacer.

En aquel caso la parada nos obligó a acelerar todo el proceso para que el órgano siguiese siendo viable. Y yo, que en teoría sólo estaba allí para mirar, para aprender, acabé ayudando con la bolsa para preservar el hígado y las soluciones que se utilizan para mantenerlo en buen estado hasta que se le coloca al paciente que lo está esperando. Todo salió bien, pero gracias a que el adjunto se pasó todo el tiempo gritándome como un loco para decirme lo que debía hacer; mientras yo lo iba ejecutando casi como un autómatas. Fue un momento de gran tensión.

Algunos adjuntos jóvenes y residentes mayores coinciden en que en los últimos tiempos se está viviendo un cambio generacional. Cuando muchos de ellos comenzaron el MIR, hace cinco, seis o diez años, un residente no era un estudiante, sino un médico que se responsabilizaba de lo que hacía, que se implicaba con su trabajo y liberaba de alguna carga a sus adjuntos. Ahora, apuntan, las nuevas generaciones llegan al hospital con una actitud más infantil, escudándose en que aún no son médicos de pleno derecho, sino más bien estudiantes, para así no asumir ciertas responsabilidades.

Tal vez tenga algo que ver, sospechan, con que cada vez se ofertan más plazas y hasta los aspirantes que tienen mala nota en el examen MIR pueden elegir algo. «Cada vez entran con peor número», se lamenta un veterano jefe de servicio, mirando un papel pinchado en la pared con el nombre y el número de orden de los MIR que están a punto de llegar este año. «No sé cuántas preguntas habrán respondido en el examen para tener ese número», bromea.

Los que pertenecen a esas nuevas generaciones dicen, en cambio, que más allá de todo el conocimiento teórico que han adquirido en los seis años de carrera no saben nada. Nada de nada. Necesitan una media de un par de meses para no perderse por el hospital, para hacerse con la dinámica, para aprenderse los nombres de toda la gente nueva que tienen que conocer cada día, para ser útiles.

A veces la primera prueba de fuego llega antes de que estén preparados:

Era mi segunda guardia en el hospital, hacía sólo un mes y medio que me había incorporado a mi plaza en trauma. La teoría me la sabía muy bien, pero luego está la parte física, la que no te aprendes hasta que no te toca, porque no está en los libros.

Así que ahí estaba yo, a la una de la madrugada, delante de un chaval que se había caído desde un muro a cierta altura mientras se fumaba un porro. Le habían dado morfínicos para el dolor en la ambulancia, pero él venía gritando como un descosido porque traía el tobillo totalmente mirando a Cuenca. Yo no había visto una luxación así nunca, así que salí disparado al quirófano a preguntarle a mi adjunto, que estaba operando, qué podía hacer. «Cógete un libro y redúcela», me dijo sin levantar la vista del bisturí.

Tal cual. Me metí en el despacho, mientras seguía oyendo los gritos en la urgencia, y repasé cuál era la maniobra que tenía que hacerle para volver a colocarle el tobillo en su sitio. Salí pitando, le dije a una enfermera que me ayudase, le cogí el pie y... ¡catacroc! El tipo se quedó grogui al momento, porque tan pronto como el tobillo volvió a su sitio le desapareció el dolor y empezaron a hacer efecto el cannabis y los morfínicos. Me dio un subidón que ni te imaginas: de repente ves que has sido capaz de hacerlo tú solo y que lo que has estudiado durante tanto tiempo sirve de algo. Y estás encantado.

El primer año puede llegar a ser muy duro, y todos los residentes conocen a cuatro o cinco compañeros que abandonan, que no aguantan la presión. Hay quien simplemente no se siente realizado, o se da cuenta de que la especialidad no tiene nada que ver con lo que esperaba (o la eligió porque no le quedaba otra).

El cambio impuesto por el ministerio, que obliga a renunciar a una plaza antes de volver a inscribirse al examen MIR tiene como objetivo reducir estas renunciaciones, que dejan a los compañeros de servicio con dos manos menos a mitad de año.

Todo indica que la medida tendrá poder disuasorio y muchos se lo pensarán dos veces antes de volver a examinarse. En cambio, quienes de verdad quieren renunciar a la plaza deberán hacerlo en septiembre y optar al paro hasta que vuelvan a reengancharse a un nuevo servicio, lo que aumentará también el número de meses que dejan a su servicio colgado.

A veces no es sencillo decidir si lo que has elegido te gusta en tan pocos meses, necesitas un tiempo para situarte. Y si encima te pasas casi todo el primer año rotando por otras especialidades, a veces no puedes conocer de verdad la que tú has elegido

hasta que ya eres R2.

Yo dejé Pediatría cuando era R1. Descubrí que echaba de menos las enfermedades de los adultos. Había escogido eso porque quería especializarme en neonatología, pero el contacto con los bebés no terminó de convencerme. El trato con mis compañeros y con todo el servicio era muy bueno, pero era la especialidad lo que no me gustaba.

Por eso me parece que la gente tiene derecho a cambiar; a arrepentirse, como pasa en otras profesiones. Si al menos pudieses estar trabajando como médico sin tener la especialidad y cobrando un sueldo, mucha gente podría trabajar en residencias o en hospitales privados al salir de la facultad mientras se prepara el examen para optar a algo que realmente desea.

La mayoría de los R1 se quejan de que tienen demasiada responsabilidad desde el principio. En teoría, por ejemplo, no pueden dar altas a los pacientes, pero todos lo han hecho alguna vez, porque no siempre hay una figura que se responsabilice por encima de ellos. Tampoco deben abrir solos un quirófano, pero...

Los R1 deberían estar supervisados por un adjunto en todo momento, pero en muchos hospitales no es así. Los primeros días tienes la sensación de que la facultad no te ha servido de nada. No tienes ni idea de cómo tratar con un enfermo, y eso que ellos por lo general suelen ser bastante comprensivos. Además, casi nadie te dice que prefiere que le vea un médico mayor que tú.

Las cosas a lo mejor serían algo diferentes si durante la carrera hubiésemos pisado algo más el hospital, si las prácticas sirvieran de verdad de algo y no sólo para rellenar créditos. Pero cuando eres estudiante nadie se para a hacerte caso, salvo algún que otro residente que se apiada de ti.

Mejorar la universidad mejoraría el MIR. Por ejemplo, si en lugar de dedicar tantos meses a preparar el examen y a pagar academias privadas, hiciésemos R1 en sexto de carrera, como una especie de máster práctico que tienen en otros países.

Pero no es así, y al llegar pasas varios meses perdido. Muchos MIR se pasan horas

intentando localizar a sus adjuntos para que den el visto bueno a un informe de alta, o para que les digan qué pruebas pedir.

Así que muchos acaban por «llevarse a los pacientes a casa», agobiados por si lo habrán hecho bien, incapaces de dormir a pierna suelta durante una buena temporada, y preguntándose por qué no hay nadie que supervise su trabajo.

Como todo lo que rodea al MIR es muy subjetivo, el resultado de la experiencia acaba dependiendo sobre todo de la actitud de cada uno. El «no me enseñan nada» de algunos se puede convertir en un «de todo se aprende». Así que al final cada uno cuenta la residencia según le ha ido. Si hubiese que cuantificarlo, podría decirse que el MIR es una mezcla al 80 por ciento de lo que uno aprende y un 20 por ciento de lo que otros le enseñan.

Y no sólo hay que aprender de medicina, pues también hay un componente importante de psicología social. Los MIR tendrán que ir conociendo poco a poco a sus adjuntos, sus famas, sus manías. Sabrán quiénes están de verdad implicados en la docencia y a quiénes es mejor no preguntar porque les pueden hacer pasar un mal rato.

En los hospitales más grandes a veces estás demasiado a tu aire, y no encuentras a nadie a tu alrededor. En cambio, en los más pequeños a veces no tienes capacidad de decisión ni autonomía, porque siempre estás supervisado.

Ayer nos remitieron a un paciente porque su médico de cabecera sospechaba que podía tener una trombosis venosa profunda. Yo le miré y creía que no, pero mi adjunta me dijo que sí, que teníamos que hacerle las pruebas.

Le mandé a rayos y el radiólogo me echó a mí la bronca por pedir una prueba que él creía innecesaria. «Estoy de acuerdo», estuve a punto de decirle, pero me tuve que morder la lengua. Y un montón de veces como ésta te ves enfrentado entre dos estamentos del sistema porque no tienes ninguna capacidad de decisión.

El hospital, poco a poco, deja de parecer tan grande como el primer día, los pacientes dejan de oler su miedo de primerizos y los adjuntos empiezan a caer del pedestal en el que estaban al principio. Así hasta que los nuevos residentes van descubriendo en

primera persona las grandezas y las miserias de la Medicina. Con mayúsculas.

En general, y al principio, todo el mundo pasa de ti hasta que de verdad empiezas a serle rentable al servicio y te puedes valer autónomamente. Durante el primer mes somos como un estudiante de sexto con nómina. Así que lo mejor que puedes hacer es ir poniéndote pequeñas metas que te mantienen ilusionado para lo que te queda por delante, porque si no, es fácil que te hundas.

Aunque cada uno tiene su propia experiencia y hay gente que ya desde el primer día se siente totalmente integrado en el servicio. Como mi coerre\* de trauma, que el primer día que entró en la sala de sesiones clínicas con otra R1 se encontró encima de la mesa dos goniómetros nuevos (un instrumento que se utiliza para medir ángulos, sobre todo en la rodilla), todavía en la funda y con sus nombres puestos. ¡Todo un detallazo!

Al final lo mejor que puedes hacer es pegarte a los erres mayores, sobre todo si has hecho prácticas en el mismo hospital de la residencia y ya les conoces. Pegarte a ellos y cumplir con eso de «ver, oír y callar» hasta que sepas de qué pie cojea cada uno.

Y es que, según coinciden muchos, es muy difícil encontrar el equilibrio entre la explotación («Somos mano de obra barata») y la formación («Estamos aquí para aprender»).

# 4

## Más vale un R1 que ninguno



# E

n la vida de un MIR todo depende. Depende de la comunidad autónoma en la que esté haciendo la residencia, y del hospital donde haya ido a parar... Puede que sus guardias y rotaciones cambien de unos servicios a otros dentro del mismo hospital, de cómo esté organizado, de la personalidad del jefe de servicio, del carácter de los adjuntos, de los residentes mayores... Todo depende.

La idea general es que los residentes vayan rotando por varios servicios del hospital (diferentes del suyo) hasta que, a medida que avanza la residencia, cada vez pasen más tiempo en el que les corresponde. Así que un R1 de Medicina de Familia puede pasar sus primeros seis meses en Interna o en Urología; mientras que un futuro traumatólogo (o cirujano ortopédico, como ellos mismos prefieren llamarse) puede empezar conociendo el hospital por la planta de Cirugía General, Vascular o Neurocirugía. Un dermatólogo pasará por Anatomía Patológica o Cirugía Plástica, mientras que un plástico recalará en otras cirugías (General y Pediátrica, por ejemplo).

Por eso el primer año de residencia es cuando más coinciden con compañeros de otras especialidades. Sobre todo en las odiadas «guardias de en Urgencias, por donde suelen pasar al menos un mes los residentes de la mayoría de especialidades.

Aunque en esto también hay dependes. Hay algunas especialidades, como

Oftalmología por ejemplo, que únicamente pisan su servicio durante los cuatro años de residencia, lo que les libra de visitar otros servicios y de hacer guardias de Puerta. Mientras que en el extremo opuesto, quienes hayan elegido Medicina Interna (no confundir esta especialidad con el nombre genérico del colectivo, médico interno residente), pasarán prácticamente sus tres primeros años rotando sin parar por todo el hospital, hasta que finalmente puedan pisar su propio servicio durante seis meses o un año entero. Esto también depende.

Los pediatras, por ejemplo, rotan mucho, pero siempre por distintos servicios pediátricos, de manera que no ven a un paciente adulto en toda su residencia. Visitarán los centros de salud, la UVI infantil, el área de Lactantes, Infecciosas, Nefrología, Oncología, Cardiología... Pero siempre entre niños.

Muchos otros servicios se organizan en subsecciones, así que después de unos meses conociendo otros rincones del hospital, los MIR acaban por aterrizar en su propio servicio, donde pasarán un tiempo con cada especialidad: Neuroradiología, Neurocirugía, Psiquiatría o Neuropediatría en el caso de un futuro neurólogo; córnea, retina, glaucoma y cataratas si se trata de un oftalmólogo en ciernes.

Los de Cuidados Intensivos nos pasamos nueve meses en Medicina Interna, y luego seguimos rotando por rayos (de Urgencias y General), otros dos meses en neuro, dos en Nefrología, dos en cardio, un mes en Urgencias, luego a la Unidad Coronaria... Así durante todo R1 y buena parte de R2, hasta que ya pasamos a rotar por las distintas unidades que conforman nuestra UCI (politrauma, cardiovascular y polivalente).

En Medicina Interna es donde coincides con gente nueva, como tú, que tampoco va a ser internista, y te sirve para aprender un montón. Y aunque las guardias de interna son duras, no es como estar en la Puerta de Urgencias. En nuestro hospital, por ejemplo, tienes una planta completa para ti solito, así que eres tú el que atiende la primera llamada si pasa algo. Los erres mayores tienen dos plantas a su cuidado, pero están sólo para supervisar, por si tienes alguna duda y debes llamarles. Así que sus guardias son aún más tranquilas.

Los residentes pueden pasar en un servicio únicamente dos o tres meses, o hasta seis meses y un año. También depende. Hay hospitales en los que existe algún servicio muy

poderoso, con gran influencia en la organización del centro (pongamos, por ejemplo, Medicina Interna) y eso acaba repercutiendo en las rotaciones de todos los residentes, ya que sus responsables les ceden allí durante más tiempo del estrictamente necesario.

Esto significa que un residente de Neurología que se esté formando en Murcia no tenga que rotar por Medicina Interna ni siquiera un par de meses, mientras que sus compañeros que estén haciendo la misma especialidad en La Coruña, pueden pasar hasta seis meses con los internistas.

Tanto es así que hay más de una voz convencida de que el sistema MIR permite que haya diecisiete modelos diferentes de formación, tantos como comunidades autónomas, a pesar de que todos los residentes han accedido a través de una prueba nacional, común para todas las regiones.

También es frecuente hacer alguna de las rotaciones de los últimos años en otro hospital español o del extranjero, debido a que en el propio no haya determinados servicios, o para aprender una técnica quirúrgica específica que sólo se practica en un centro concreto. Estas rotaciones externas, que no pueden superar los cuatro meses de duración, tienen como objetivo que el residente pueda ampliar conocimientos o aprender determinadas técnicas en centros de reconocido prestigio.

Esta opción se recomienda sobre todo para el último año del MIR, cuando ya se tiene suficiente dominio de la especialidad para poder sacarle el máximo provecho a la experiencia. Tampoco viene mal algo de dominio del inglés si se trata de cruzar las fronteras.

Sin embargo, mientras en algunos sitios no ponen ninguna pega a que los residentes salgan del centro una temporada a ampliar sus conocimientos, en otros que andan más cortos de personal (o que consideran que en ningún otro sitio puedes aprender más) directamente no se les ofrece esta opción.

Hay servicios muy prepotentes donde consideran que todo lo que tienes que aprender de tu especialidad lo tienes a mano. Sólo te dejarían marcharte en el caso de que pidieses algo que aquí no puedes hacer, y como éste es un centro puntero, pues tienen la excusa de que aquí están todas las técnicas y aparatos posibles para aprender. Pero

claro, las rotaciones externas sirven además para conocer otro ambiente de trabajo, otras maneras de organizar los servicios, a otros especialistas tan buenos como los que hay en tu hospital...

En otros hospitales, por el contrario, casi te obligan a irte una temporada; te animan y está bien visto hacer esas rotaciones externas.

Hay rotaciones que dejan una huella especial en todos los sentidos: Paliativos, Psiquiatría, Urología... Muchos MIR coinciden en que hay un antes y un después de pasar por ahí. A veces se recuerda con cariño la rotación en la que aprendieron a dar los primeros puntos, o el primer paciente «sólo para mí», la primera mala noticia, la primera alta. Nunca se sabe dónde puede saltar la liebre.

El dermatólogo con el que estábamos rotando nos dejaba hacer pequeños colgajos de cirugía menor. Al principio me daba pavor. Yo odiaba coser desde la facultad, pero creo que era porque tenía miedo. La primera vez parece que tienes Parkinson, y te tiras media hora para dar cuatro puntos de nada, y vuelve el adjunto y te dice: «Pero ¿todavía estás cosiendo?».

Con las primeras suturas me pasaba toda la guardia deseando que el paciente no volviese porque se le había abierto la herida. «Que no vuelva, que no vuelva». Luego te acaba gustando, porque ves una herida fea y de repente está la piel lisita otra vez. Además, como te aíslan el campo quirúrgico, no impresiona la carne, porque apenas ves un trocito rodeado de tela verde.

Urología es otra mina de anécdotas en las primeras rotaciones. No es extraño que los residentes sean objeto de bromas cuando hay que atender al típico paciente con insuficiencia cardiaca y un escroto prominente a causa de la retención de líquidos que causa su patología. ¿O qué me dicen de los tactos rectales? ¿Cuántos R1 no se habrán estrenado en su primer año con varias de estas necesarias y pudorosas exploraciones? Que levanten el dedo.

Las rotaciones, que tienen como objetivo (siempre en teoría) que el residente vaya conociendo el hospital y otros servicios diferentes, ejercen un efecto diferente de unos hospitales a otros. En general, los MIR que pasan demasiados meses fuera de su servicio

se lamentan de que allí se olvidan de ellos.

Mucho te tienes que esforzar en la presentación para que al menos se aprendan tu nombre, porque luego vas a tirarte sin aparecer por allí más de un año, y los adjuntos ni siquiera preguntan por ti, lo asumen. Cuando vuelves a incorporarte eres prácticamente un desconocido para ellos otra vez. Y vuelta a empezar.

«Encantado, hasta el año que viene», me dijeron con sorna nada más presentarme el primer día. Y es que durante ese tiempo no tienes ningún trato personal con ellos, has perdido nueve meses de relaciones con tu servicio, que te tiene completamente abandonado.

Y si en su propia especialidad no se aprenderán su nombre hasta que les toque rotar allí, en el servicio donde están rotando también es posible que pasen de ellos: «Nadie te conoce, muchos compañeros no se aprenden ni tu nombre, y como saben que tu destino final no es quedarte con ellos, hay algunos que tampoco se molestan excesivamente en enseñarte. Porque la realidad es que estás allí de paso».

Las rotaciones también son una oportunidad para ponerse en el pellejo de los otros y tratar de comprender a los compañeros de otras especialidades cuando surgen roces en el día a día:

Todo el mundo intenta que los pacientes no ingresen en lo suyo, pero no hay criterios fijos, ni un decálogo que te aclare las cosas. A veces te llama un neurólogo que cree que uno de sus pacientes debería pasar a la UCI, así que tienes que dialogar con él y justificar tu opinión en contra de eso. Aunque claro, puede que reclame hablar con tu adjunto, y entonces ya es cosa de que lo discutan entre ellos.

«¿Cómo lo vamos a ingresar en cardio? Tendrá que quedárselo Medicina Interna, ¿no?».

Y todo el día igual, con diferencias de criterio sobre los casos que pillan un poco a medias entre dos servicios. Tratando de dirimir quién se tiene que encargar.

En el caso de la UCI, nosotros tratamos de hablar con la familia, con el

intensivista, con todo el mundo... Porque se trata de algo muy desagradable, muy agresivo para el paciente, que se va a encontrar lleno de máquinas, de tubos y catéteres. Así que hay que valorarlo muy bien. Por ejemplo, si se trata de un paciente en estado terminal, procuramos que no pase sus últimos días de vida en el hospital, sino que lo haga en casa, rodeado de su familia y con el apoyo de las unidades de cuidados paliativos.

Al final, las especialidades con las que más roce diario tienes son las más susceptibles al enfrentamiento. Aunque al mismo tiempo es con los que mejor te interesa llevarte, porque esto no deja de ser un trabajo en equipo, y tu labor final depende de la suya. Las parejas más célebres en Medicina son traumatólogos y radiólogos; cirujanos y anestesiólogos; cardiólogos e internistas; urólogos y oncólogos...

Así que lo más habitual es que los R1 pasen las primeras dos o tres semanas en su propio servicio, habituándose al hospital, a veces recibiendo algún curso para aprender el sistema informático, o repasando lo que necesitarán saber para manejarse en el día a día. Y cuando empiezan a acostumbrarse... ¡Zas! La primera rotación. En su nuevo servicio les esperan tres o cuatro meses aprendiendo, hasta que tengan que volver a marcharse «justo cuando empiezas a sentirte útil y has aprendido alguna cosa». Al fin y al cabo, como dice algún adjunto ya veterano, «Los residentes son aves de paso».

Estas rotaciones suelen ocupar los dos primeros años, que los MIR pasan danzando como peonzas de un servicio a otro, con escalas esporádicas en el suyo (por ejemplo, para participar en algunas sesiones). Acabarán por quedarse allí definitivamente siendo R3 y R4.

Lo de pasarte todo el primer año rotando fuera es una oportunidad de aprender cosas que luego te van a hacer falta con tus pacientes. Pero al mismo tiempo eso hace que siendo R1 te sientas como un pulpo en el garaje, perdido demasiadas veces, e intentando asimilar de golpe un montón de cosas nuevas.

La sensación de desorientación se va pasando a medida que eres R2. Ya tienes más dominio, conoces a la gente, eres capaz de consultar dudas a los adjuntos con más soltura, y hasta puedes ayudar algunas veces a los R1 que llegan nuevos y que son como eras tú hace sólo unos meses. Además, a medida que vas creciendo dejas de

hacer guardias de Puerta para pasar a hacer guardias de lo tuyo, y entonces te pueden llamar de Urgencias o de planta, así que no estás tan tranquilo como mucha gente piensa, ni tampoco puedes dormir siempre toda la noche de un tirón.

Muchos dicen que el peligro viene cuando eres R3, porque ya te ves más cerca de terminar, tienes una falsa sensación de seguridad y es más fácil que cometas fallos que al empezar. Precisamente porque vas más confiado, te dan más responsabilidades, y estás más solo; pero al mismo tiempo es cuando estás empezando a aprender de verdad todo sobre tu especialidad, porque sólo acabas de llegar después de dos años de rotaciones.

El último año es muy raro para muchos residentes. Estás con un pie en la calle, y mientras acabas de formarte tienes que estar pensando dónde podrás encontrar trabajo (el «síndrome del residente terminal», lo llaman). Algunos tienen la suerte de quedarse en el hospital donde hicieron la residencia, pero lo normal es que tengan que emigrar, tratando de volver a su ciudad de origen. Y eso es como volver a empezar la residencia: otra vez a conocer gente nueva, jefes nuevos ... Y muchas veces lo mejor que les ofrecerán serán contratos de sustitución, suplencias, guardias... Igual que si volvieses a ser un erre pequeño, pero ahora ya con el título de especialista en el bolsillo.

Hay una curva de aprendizaje muy clara. Cuando eres R1 pasas muchas guardias de irte a casa llorando, porque se siente mucha presión. Te preguntas todo el tiempo: «¿Hasta dónde tengo que llegar? ¿Qué se me puede exigir? ¿Tengo que hacer esto?». En parte es una cuestión de autoexigencia, así que nuestras propias metas personales se combinan con el estrés de la residencia y el cansancio de la jornada. Eso sí, si estás a gusto y haces lo que querías, enseguida se te olvida lo mucho que te duelen las piernas, el sueño que tienes y las sesiones que aún tienes que preparar en el ordenador cuando llegues a casa. Así que aunque estés muy quemado hay días que consigues irte a casa con un buen sabor de boca.

Para que el primer año transcurra en las mejores condiciones físicas y psíquicas posibles, conviene que el MIR adquiera cuanto antes algunas habilidades adicionales a sus conocimientos de Medicina. Rasgos que la Txori Herri Medical Association sintetizó y bautizó como «Tópicos, Vicios y Burning outs\* Profesionales» (TVBP) allá por 1992:

Este aspecto deberá ser dominado por el MIR antes de comenzar la residencia a ser posible, por lo que el primer año deberá dedicarse únicamente a profundizar en ella.

El MIR deberá percibir claramente que su servicio o departamento es el que más y mejor trabaja en todo el hospital, si no el único.

de lavadoras. En este área el MIR deberá adquirir la habilidad necesaria para derivar pacientes a otros servicios o compañeros (le serán útiles para expresiones del tipo: «¿Cuándo se ha visto que nosotros tratemos esto?» o «Esto es vuestro de toda la vida»).

Siguiendo las observaciones de sus mayores, el residente comenzará a pensar que los pacientes que atiende son muy molestos, y que la mayoría de los que acuden a Urgencias lo hacen por tonterías sin importancia.

Esta disciplina ahonda en los aspectos de pedantería del residente.

Despondency. A través de este apartado el médico residente llegará a la conclusión de que toda la red de atención primaria está compuesta por compañeros ignorantes que derivan la menor complicación a la urgencia hospitalaria. Salvedad hecha de su propia rotación por el ambulatorio.

El futuro adjunto deberá ser capaz de enumerar los grandes tratados de su especialidad, así como las principales revistas, ordenadas por su prestigio e índice de impacto.

# 5

## Estoy *salido* de guardia



L

a mayoría de los residentes recuerda sin pestañear cómo fue su primera guardia. Aunque en cada hospital puede variar, lo más habitual es que éstas se prolonguen entre las tres de la tarde y las ocho de la mañana del día siguiente, cuando empieza de nuevo la jornada laboral normal. Algunos afortunados pueden librar al día siguiente de su guardia (sobre el papel, al menos, la ley les reconoce este derecho), por lo que las ocho de la mañana es la hora de despedirse del hospital hasta el día siguiente.

Suele ser una despedida tranquila en la cafetería, sin prisas, prolongando y saboreando el café y los churros matutinos, que además corren por cuenta de la casa porque en muchos hospitales los residentes disfrutan de pensión completa cuando están de guardia: desayuno, comida y cena. Después de una larga noche, cualquiera diría que no tienen dónde vivir. Se comentan los casos de la noche, se ríen las anécdotas, se aprovecha para coger libros en la bibliote ca... Y los más osados se atreven a marcharse de compras nada más salir del hospital.

Es famosa la habilidad de los médicos salientes de guardia para localizar los jerséis más chillones y llamativos del mercado. Esa especie de manía (estado mental opuesto a la depresión), con la que muchos residentes amanecen la mañana después de haber

dormido poco o mal, les provoca un estado de cierta excitación que cada uno trata de calmar como puede, aunque las compras desenfundadas, el gimnasio a ritmo vigorético o las actividades extraescolares (salsa, yoga, pilates, pintura...) suelen ser las tareas preferidas por los salidos de guardia.

Muchos aprovechan también para hacer cosas mucho más cotidianas, como ir al banco, al dentista o a hacer la compra. Todo vale con tal de aguantar despierto hasta la noche para coger bien el ritmo de sueño. Otros prefieren dormir al salir de la guardia y levantarse por la tarde.

Hay quien se atreve a ponerle incluso un nombre científico a esta situación: síndrome del residente saliente de guardia\* (SRSG). Mal peinados, sudorosos, despistados, halitósicos, con alguna mancha de sangre en el pijama, la marca de las sábanas aún en la mejilla... Y, sobre todo, deseando ver a los compañeros que les harán el relevo.

Tienes la melatonina desatada, y cuando sales te dejas llevar por la euforia. Como haga un día un poco bueno, con sol, te vas paseando a casa en lugar de coger el metro, y vas viendo los escaparates... Te metes en una tienda, ves una prenda que te gusta y piensas: «¡Qué más da que cueste doscientos euros, si me lo he ganado! Me merezco darme un capricho después de 24 horas trabajando!».

Y entonces te lo compras sin darte cuenta de que acabas de fundirte el sueldo de tu guardia en un jersey horrible. Por eso siempre se recomienda guardar el resguardo de compra de estas cosas por si otro día de más lucidez te arrepientes.

Lo más fuerte que he oído comprarse a un salido de guardia fue un coche. Era una compañera de Familia, que salió de una guardia malísima de Urgencias y pasó por el concesionario. Entró, se sentó para probarlo y le resultó tan cómodo que decidió quedárselo. «¡Porque yo lo valgo!».

También hay residentes que después de una noche de guardia y veinticuatro horas seguidas trabajando tienen que permanecer en el hospital como si de una jornada laboral normal se tratase, de ocho de la mañana a tres de la tarde. Bien porque ellos mismos se sienten descansados y prefieren quedarse a ver a sus pacientes del día anterior, o porque tienen programada una cirugía que no se quieren perder. A veces es por una especie de

sentido de la fidelidad no escrito o porque su servicio se resiste a reconocerles el derecho a librar y les obliga a quedarse trabajando.

No está bien visto. No te dicen nada directamente, es algo más sutil. En algunos servicios, cuando notan que un R1 libra después de sus guardias, empieza a figurar en el parte como ayudante de quirófano... De manera que enseguida captas el mensaje. Otros compañeros lo tienen más fácil y su servicio les reconoce desde el principio el derecho a librar la guardia.

Aunque eso sí: o todos moros o todos cristianos. Es raro el sitio en el que unos residentes libran la guardia y otros no. En algunos hospitales sólo lo han logrado después de arduas negociaciones y presiones, así que se considera un derecho adquirido del que disfrutan todos los MIR, sin que nadie se quede al día siguiente.

Así que por mucho que algunos jefazos de la sanidad lo sigan negando, la realidad es que muchos compañeros se ponen a operar al día siguiente después de llevar veinticuatro horas sin dormir.

Las primeras guardias de los R1 suelen hacerse pegados a un erre mayor que ellos. Son las famosas «guardias de mochila», que suelen durar desde las tres de la tarde hasta las diez de la noche. Es una manera de ir entrando en la rutina sin tener aún toda la responsabilidad. Sirve también para acostumbrarse a todo el papeleo hospitalario que tendrán que manejar a lo largo de la residencia. En estas primeras guardias tutorizadas los pequeños no ocupan plaza, es decir, se cuenta como si ellos no estuviesen para organizar la guardia. En algunos sitios se zambullen del todo nada más incorporarse al hospital en el mes de mayo, mien tras que los más afortunados podrán esperar hasta julio para disfrutar de su primera guardia.

No es extraño que la primera historia clínica requiera entre veinte y veinticinco visitas al paciente antes de tener los datos completos. No es raro que haya que auscultar al individuo alrededor de catorce veces antes de oír su corazón la primera vez. «Lo hice fatal», confiesan muchos de ellos.

En esos primeros ensayos puede pasar de todo. Algunos pacientes preguntan a los residentes más verdes (a veces basta una cara demasiado juvenil para despertar

sospechas) si son estudiantes en prácticas («los pacientes huelen el miedo»). Así que muchos MIR adoptan la pose que han visto a los adjuntos para parecer médicos más mayores, más responsables: se ponen las gafas y la bata, y se cuelgan el fonendo al cuello: «Buenas tardes, soy el doctor Mengánez, cuénteme qué le pasa». Es una cuestión de actitud... O de dejarse barba los días previos para parecer mayor.

Las primeras guardias de mochila suelen dejar la impresión de que no se sabe nada. «¿Cómo pueden controlar tanto los R2, si sólo tienen un año más que yo?», se preguntan algunos R1, entre desesperados y frustrados. Aunque la mayoría también coincide en que esa incertidumbre suele desaparecer a medida que van pasando por sus manos pacientes y más pacientes y pierden la inseguridad inicial. Además, siempre hay algún residente mayor cerca para preguntar. De hecho, en algunos sitios los más novatos empiezan haciendo guardias el fin de semana para poder pasar las veinticuatro horas pegados a un erre más experimentado.

Muchos pacientes tampoco ayudan demasiado, eso es cierto, y van dejando caer información sobre lo que les pasa con cuentagotas. De hecho, basta que al primer residente que le vio le dijera que no había tenido fiebre para que aparezca el adjunto y el paciente asegure que sí con contundencia, diciendo que lleva varios días con más de 37°. O a la enfermera le cuenta una cosa y luego va variando su versión inicial de los hechos según pasa el rato... Y es que los pacientes de carne y hueso no se parecen en nada a lo que se estudia en la facultad ni en las academias MIR.

En medio de la frustración de los primeros días, de la sensación de inseguridad, uno casi se cree importante cuando un paciente le llama «doctor» por el pasillo, o cuando una abuelita pregunta si «es usted el médico de mi marido». Y aún es mejor cuando sabes qué responderle.

Esta canción, a ritmo de la música de Corazón partió de Alejandro Sanz, escrita para sus alumnos por Fernando de Teresa, coordinador de la Escuela MIR del Colegio de Médicos de Granada ([www.comgranada.com](http://www.comgranada.com)), describe las sensaciones de un R1 ante su primera guardia:

*Ya lo ves,  
hoy es día tres,  
tengo un nudo en el cardias,  
es mi primera guardia  
de hospital.*

*He estudiado teoría pero creo que no bastará.  
En la realidad no he tratado aún ningún enfermo de verdad.  
Qué maravilla si pudiera ser  
que el enfermo viniera tipo test...  
Llega el momento en que las piernas no siento,  
tengo al primer cliente enfrente ya...  
Con dolor como un nudo que no calma en zona precordial,*

*tiene cincuenta y dos,  
se llama Ruiz Marcial, es hipertenso y fumador...  
Le he puesto el busca al de Cardiología  
y me ha dicho el capullo que es cosa mía...  
¿Quién le va a auscultar los dos riñones?  
¿Quién le va a poner bien las derivaciones?  
¿Quién le va a sacar una gasometría?  
¿Dónde hay que pincharle para coger la vía?  
¿Quién me interpretará qué pasa en el electro\*?  
Si no hay onda Q seguro que no acierto...  
Pero si tú no estás, especialista mío,  
¿quién le va a curar el corazón al tío?  
Ya lo ves,  
vaya día tres,  
me está dando el agobio,  
se me está echando encima el hospital...  
Se ha tomado una aspirina, pero creo que no bastará.  
En la realidad no he curado aún ningún paciente de verdad.*

*Qué maravilla si pudiera ser  
que el paciente viniera tipo test...  
No recuerdo bien, tiene guasa,  
cuándo hay que pincharle la estreptoquinasa...  
Si necesitara un calambrazo urgente,  
¿dónde hay un enchufe para la corriente?  
Yo sólo sé que debo darle una aspirina  
y pasarle en vena nitroglicerina.*

Los residentes suelen hacer una media de cinco guardias al mes, pero algunos se pasan con creces y tienen su propio récord personal grabado en la memoria: «Once guardias en enero», «Siete en los últimos catorce días»... Si los días laborables la tortura empieza a las tres de la tarde, los fines de semana las guardias duran veinticuatro horas.

Nosotros solemos hacer dos guardias de fin de semana al mes. Una de viernes-domingo, que quiere decir que el viernes trabajas veinticuatro horas, pasas un asco de sábado en casa descansando, y el domingo, como privilegio, podemos entrar a las nueve en lugar de a las ocho de la mañana para volver a pasar otras veinticuatro horas en el hospital.

La otra nos toca hacerla los sábados (de ocho a ocho), aunque a cambio nos dejan librar el domingo y también el lunes.

En realidad no se hace largo, porque no paras en todo el día, dando vueltas, viendo los ingresos que llegan, aten diendo las llamadas, bajando a ver las pruebas que has pedido...

Para los pacientes es peor, porque los fines de semana no pasamos a ver la planta, así que algunos se pasan tres días sin que les vea el médico, salvo que surja algo grave. Sólo en algunas especialidades hay sabadetes, residentes que pasan los sábados a verles. Pero si no, encima están los pobres con sólo dos o tres enfermeras para toda la planta, que apenas les da tiempo a tomar la tensión una vez en todo su turno.

Cuando un hospital no tiene guardias de una especialidad, los MIR de ese servicio pasan a hacerlas en otros que tienen algo en común con ellos (los de derma en Cirugía Plástica por ejemplo), o en el cajón de sastre que es la Medicina Interna.

Muchos R1 de varias especialidades empiezan haciendo guardias únicamente en el servicio de Urgencias, independientemente de dónde estén rotando en ese momento. Poco a poco irán integrándose en su propio servicio hasta ir haciendo las guardias correspondientes a su especialidad. A veces los R2 también están obligados a hacer ciertas guardias de Puerta al mes para ir tutelando a los erres pequeños, hasta que éstos aprendan lo básico e imprescindible para valerse solos. A partir de R3 lo normal es que los MIR vayan escurriéndose hacia sus respectivas plantas y no tengan que pisar ya más la Urgencia durante la residencia. Eso sí, con la excepción de los de Medicina de Familia (lo más parecido a un comodín hospitalario), y otras especialidades que no tienen guardias propias y que siguen haciendo guardias de Puerta o de Medicina Interna hasta que son R4.

Todos coinciden en que ese cambio supone una mejora sustancial en su calidad de vida. Primero porque la mayoría prefiere hacer guardias de lo suyo para ver problemas relacionados con su especialidad («En la Urgencia te caen todas las tonterías»); y segundo, porque quién más quién menos logra echar una cabezadita durante la noche («Algo casi impensable en una guardia de Puerta»).

Yo he tenido por ahora dos tipos de guardias. Por un lado las de Interna, en la Puerta de Urgencias del hospital, en las que en teoría siempre hay un adjunto presente. En la práctica, a veces ha desaparecido y tienes que tirar de los erres mayores para pedir una segunda opinión o dar un alta.

Lo cierto es que el criterio que usas para definir si una guardia ha sido buena o mala no es tanto por cómo te llegan los pacientes o qué patologías traen, sino con quién te ha tocado trabajar.

Mis otras guardias, las de planta de trauma, son diametralmente distintas. Al principio doblaba con un erre mayor, pero desde agosto soy la única residente de trauma para la guardia.

En la planta tampoco estás solo, aunque tratas de llamar al adjunto lo menos posible (sobre todo si se trata de problemas triviales). Pero cuando hay que hacerlo no se molesta ni pasa nada porque le despiertes. No sé si es por la suerte que he tenido con ellos o por el hecho de que todos han pasado antes por donde tú estás.

Ante mi primera guardia como única resi, le pedí consejo a uno de mis adjuntos y me dijo: «No te hagas la valiente». Y en ello estoy.

Poco a poco los residentes se van familiarizando con el busca y aprenden a dormir sabiendo que el cacharro infernal puede sonar en cualquier momento...

Las primeras veces estás con ansiedad, no puedes pegar ojo de los nervios por si pasa algo. Yo tenía pesadillas y soñaba que me quedaba completamente en blanco delante de un paciente. Luego le diagnosticaba algo que se me ocurría y la cosa evolucionaba mal. Entonces él volvía a buscarme por el hospital, pero ya no veía su cara, sino que se había convertido en mi jefa de servicio, que me decía que era un mal médico por haberle dejado irse así a casa.

Los residentes tendrán que aprender también a decidir cuándo se debe o no despertar al adjunto, si pueden manejar ellos solos el asunto, si es necesario abrir un quirófano para operar de urgencia, o si lo mejor es ingresar al paciente, encargarse de todo el papeleo y programar la cirugía para el día siguiente.

Y también en esto hay una clasificación: «Veinticinco veces llegó a sonarme el busca en una sola noche». Sobre todo en fechas como las Navidades o durante el verano, a los residentes les toca pringar bastante. El encargado de organizar las guardias puede ser el jefe de servicio, un adjunto o un residente mayor, de quien acaba dependiendo la justicia o injusticia del sistema. Aunque generalmente se intenta organizar las guardias con ecuanimidad.

Todos ellos han pasado alguna vez a lo largo de su residencia por la experiencia de estar de guardia en Navidad. El día 24 por la noche, el 31, el día de Reyes... En los servicios bien avenidos los festivos se reparten religiosamente y se intenta escuchar las peticiones de todo el mundo. Sin embargo, no es extraño que los errores pequeños sean los que acaben comiéndose las uvas en el hospital.

En los servicios más democráticos suele verse a los residentes reunidos en torno a una bolsa de plástico de la que una mano inocente va sacando religiosamente los papelitos con los días festivos que hay que trabajar en puentes, Navidades o Semana Santa. A pesar de todo, cuentan, es divertido. Suele organizarse el cotillón hospitalario en alguna de las salas de descanso para residentes, o en el control de enfermería, y cada uno aporta al festín una bebida, un postre, una tortilla de patata... «Dentro de lo malo, se pasa bien».

Una jornada de guardia de cualquier especialidad empieza hacia las ocho u ocho y media de la mañana, como un día cualquiera, después de que los salientes de guardia de la noche canten al resto cómo está cada paciente.

La mañana se pasa en la planta (donde los pacientes están ingresados), operando en el quirófano o atendiendo la consulta, según lo que toque ese día. Sin embargo, al llegar las tres de la tarde, en lugar de irse a casa, el residente que está de guardia tiene que prepararse para las diecisiete horas de trabajo que aún le quedan por delante.

Los días más tranquilos hay tiempo para pasarse por la cafetería y comer algo antes de afrontar la tarde, mientras otros compañeros se quedan con el busca durante ese rato. Muchas veces, ni eso. Y a la hora de la cena pasa lo mismo: no siempre hay un hueco para escaparse a picar algo y hay que conformarse con un sándwich de la máquina.

La tarde de guardia puede transcurrir en el quirófano, operando los casos que llegaron el día anterior a través de la urgencia, charlando con los coeres de otras especialidades o simplemente sin hacer nada en el cuarto de residentes («Aburridos, viendo la tele, preparando alguna sesión o alguna charla, estudiando») hasta que llega algún aviso por el busca (que ya ha sido sustituido por un teléfono móvil en muchos hospitales).

A veces, algún compañero de otra especialidad que está de guardia pide una valoración, porque tiene algún paciente entre manos con un cuadro que indica que tiene algo del riñón, o del corazón, y necesita el consejo de un nefrólogo o de un cardiólogo.

Hay que subir a la planta a echar un vistazo a los ingresos, historiar los que llegaron por la mañana, hablar con las enfermeras, planificar los quirófanos aprovechando los huecos libres del planillo, limpiar la urgencia<sup>o</sup>, esconderse de las familias durante las horas de visita... Y volver al cuarto de residentes de vez en cuando para ver qué se cuece, saludar a otros compañeros y hasta echarse un cigarrito si se da el caso.

Estos cuartos de reunión suelen acumular una de las tasas de desorden más elevadas de todo el hospital, y no es extraño ver allí vasos de plástico encima de la mesa con los restos evidentes de alguna violación de la ley antitabaco o de la merienda de antes de ayer. En la pared, las fotos de las cenas y fiestas más recientes comparten chinchetas con las planillas de guardias, los carteles institucionales de la Consejería de Sanidad y anuncios de lo más diverso: «Cambio guardia», «Busco piso», «Vendo coche»...

En las guardias es donde suelen acumularse la mayoría de broncas por los errores que cometen: por algún malentendido al explicarle algo de forma equivocada a los pacientes, por un ingreso que no hacía falta (en este punto siempre hay diferencia de criterio entre adjuntos y residentes), por poner mal la dosis de antibiótico o por administrar erróneamente un diurético después de la cirugía a un paciente que no había orinado ...Y también por llamar al adjunto pidiendo ayuda por algo sencillo «que podías haber solucionado tú solo, sin necesidad de despertarme».

Algunos MIR lo primero que hacen en sus guardias es mirar las planillas para saber con qué especialistas les va a tocar lidiar ese día...

Adjuntos hay de todo tipo. Algunos ni siquiera nos hacen caso y el primer día te dicen a la cara: «Yo no hablo con residentes». Como si ellos lo hubiesen aprendido todo por ciencia infusa.

Se nota mucho la forma de trabajar y de enseñarnos de los especialistas que aún son jóvenes y tienen fresca su experiencia MIR, y entonces te ayudan muchísimo, intentan que de verdad aprendas, te prestan atención, te resuelven dudas ...Y es aún mejor si han hecho la residencia en el mismo hospital, porque entonces conocen a todo el mundo y todas las viejas costumbres establecidas (normas de obligado cumplimiento), y te pueden hacer la vida un poco más fácil.

Lo peor de un adjunto es que no te haga caso cuando le pides ayuda por algo que crees que de verdad es urgente, o que no te saque de un apuro si le necesitas. Porque hay gente que ya de entrada sabes que no va a trabajar cuando está de guardia. Cuentas con eso, y sabes que cuando llegan las doce de la noche se va a la cama, haya o no haya lío, y les da igual dejar al residente enmarronado. Otros adjuntos, al contrario, se suelen pedir para dormir el primer turno de la noche, y en lugar de

acostarse a su hora se quedan un rato más con los residentes para dejar la urgencia más o menos limpia.

Si estás con gente que trabaja bien, todo te da un poco igual, porque sientes que no estás solo. Pero si estás con alguien que se escaquea, la guardia se te hace eterna y encima sales de mala leche porque todos los marrones te caen a ti.

Sobre todo cuando eres R1 te sientes como el novato de la mili. Te parece que todo lo haces mal, y algunos adjuntos te machacan. Luego ya de R2 parece que la cosa cambia, y hasta el trato personal es algo diferente. Algunos especialistas incluso bromean contigo, y si tienes la suerte de caer con gente capaz de enseñarte empiezas a recibir refuerzos positivos. Si haces algo bien te lo reconocen, y eso ya te da seguridad para no tener que preguntar lo mismo la próxima vez.

Es una suerte que te toque un adjunto bueno. De esos que no pierden los nervios porque no sepas qué tiene el paciente, que te saben decir las cosas, que tienen en cuenta tu criterio o que no te riñen en público. A veces ellos salen de la habitación del paciente tan perdidos como tú, así que es de agradecer que sean capaces de compartir sus dudas contigo y que te dejen cierto margen de actuación al tiempo que te aconsejan: «Pues yo le haría esto, y así descartamos que tenga un tromboembolismo pulmonar, ¿te parece?». Al contrario, te puede tocar rotar con un estirao que sabe un montón de lo suyo pero que es incapaz de transmitirlo.

Todo depende mucho de los hospitales, porque en los más grandes los erres pequeños siempre están más respaldados, porque hay residentes mayores y de otras especialidades a los que se puede recurrir si necesitas ayuda. Pero en los centros más pequeños, muchas veces el único que está disponible, por ejemplo en Urgencias, o si pasa algo por la noche en la planta, es un residente de Familia.

Eso me pasó un día en la Puerta. Llegó una embarazada con un dolor de cabeza causado por un herpes zóster y ninguno de los que estábamos allí (incluido el adjunto de guardia) sabíamos si le podíamos dar Aciclovir, como a todo el mundo, o el fármaco estaba contraindicado durante el embarazo. Así que tuvimos que acabar llamando a unos compañeros de gine de otro hospital para preguntarles y que sus adjuntos nos sacasen de dudas.

Y en las consultas pasa lo mismo. Generalmente no va nadie detrás de ti para comprobar que lo que has hecho está bien. Nosotros podemos dar el alta a un paciente sin que nadie supervise si se nos ha pasado algo por alto... Y cuando eres erre mayor es menos probable que la pifies, pero en los primeros meses deberíamos estar tutorizados por alguien que entrase con nosotros a ver al paciente, para ver si hacemos bien la exploración.

Al principio te da más cosa, pero luego espabilas y si tienes que despertar al adjunto en mitad de la noche, pues le despiertas, que para eso le pagan. Si tú haces algo mal durante la guardia también es su responsabilidad, así que hay algunos que bajan enseguida y te ayudan, sin problema.

Claro que muchos sienten una especie de pereza inexplicable por bajar a la Urgencia y se resisten hasta que no les queda más remedio. Los de Familia decimos que a los residentes de otros servicios les hacen un lavado de cerebro cuando llegan a su planta para que se resistan por todos los medios a bajar a Urgencias cuando estén de guardia.

Así que aunque la mayoría ha pasado por aquí y sabe cómo estamos, cuando les llamas porque les necesitas con toda tu alma, muestran cierta fobia a desplazar su culo de guardia a la Urgencia. «¿Ya le has hecho un escáner? ¿Le habéis puesto oxígeno? ¿Y seguro que hay que ingresarle?».

A veces hay que recurrir a algún adjunto que no está físicamente en el hospital, sino que está haciendo lo que se llama una guardia localizada. O sea, que se supone que tiene que llegar en menos de media hora en caso de emergencia. En estos casos lo primero que haces es despertar a tu adjunto y la mayoría de las veces llamas al otro de su parte, en plan auxiliar administrativo. Aunque en estos casos lo primero es intentar solucionarlo tú solo. Tiene que ser algo gordo para que hagas venir al que está localizado.

Todo el MIR es muy progresivo, nadie te dice desde cuándo puedes hacerte responsable de ciertas cosas o no. Así que muchas veces te encuentras preguntándote: «¿Qué hago con este marrón? ¿Y si tomo la decisión equivocada y sale mal?». Pero no hay límites. No te dicen: «A partir de R2 ya puedes atender una parada cardíaca. De R3 ya puedes atender un parto tú solo».

Una vez, en la Urgencia de mi hospital, un niño que estaba en la sala de espera tuvo

una reacción alérgica brutal y sufrió un broncoespasmo [los bronquios se estrechan y el aire no llega a los pulmones]. Se estaba ahogando, pero como allí no había Pediatría los propios adjuntos no sabían muy bien qué hacer y todos me miraban a mí, que soy de Familia, porque en ese momento estaba haciendo la rotación pediátrica en otro centro de la zona.

Yo temblaba como un descosido. En cualquier otra situación el problema lo habría resuelto un adjunto, pero los míos no estaban familiarizados con las dosis infantiles y toda la responsabilidad recaía sobre mí, que aparte de todo, no había visto un broncoespasmo en mi vida. Le dimos los broncodilatadores y todo salió bien, pudimos controlar la crisis y le remitimos a Pediatría, pero yo no pude dejar de temblar en lo que quedaba de guardia.

Por algo dicen que la residencia se parece mucho a un embarazo prolongado... ¡Un embarazo de cuatro años! Cada día, cuando sales del hospital, tienes las piernas hinchadas, dolor de espalda, y una cierta sensación de jet lag. Lo bueno es que, como dicen los más veteranos, por muy malas que hayan sido, todas las guardias se acaban.

# 6

## Esto es el Bronx



# E

n casi todos los hospitales la organización de las Urgencias se divide entre las consultas rápidas que ven los asuntos menos graves y los pacientes encamados (boxes, peceras, camas, observación, según el nombre que le den en cada centro). Los residentes tienen que rotar en Urgencias tanto por las mañanas como para cubrir las guardias que empiezan a partir de las tres de la tarde, de manera que en la mayoría de los centros son los erres más pequeños los que llevan el peso de las guardias de Puerta, y los adjuntos y residentes veteranos los que se ocupan de las guardias de planta de cada servicio.

Este sistema convierte las Urgencias en un batiburrillo en el que conviven jóvenes R1 de las especialidades más diversas (un neurólogo rotando con un anestesista, o un médico de familia compartiendo guardia con un alergólogo), y que son cedidos generosamente por todos los servicios del hospital. Tal vez por eso, el paso por Urgencias es una de las cosas que más odian (y más recuerdan) quienes han hecho el MIR.

Te sueltan en Urgencias y los adjuntos brillan por su ausencia. Esto es lo más parecido a la selva. A Urgencias nunca vas a aprender, sino a sobrevivir. En veinticuatro horas te puedes equivocar muchas veces.

Estás con el culo al aire. Aunque suele haber un adjunto por cada dos residentes, no siempre se sabe dónde se meten. Y nosotros, como estamos más inseguros, pedimos muchas más pruebas a los pacientes para asegurarnos de lo que tienen. Esto hace que vaya más lento y todo se retrase.

Además, a veces bajas a las Urgencias cuando empieza tu turno, pero tienes que atender a un señor que lleva ya tres horas esperando, y claro, paga todo su enfado contigo. De hecho, muchos adjuntos prefieren trabajar de tardes en la Urgencia porque saben que el peso del trabajo lo vamos a llevar nosotros. Me gusta porque puedes ver muchas patologías diferentes, pero es agotador. Hay días que no paro ni para ir al baño.

Se supone que las cosas leves son las únicas que puede ver un R1, pero la realidad es que atendemos de todo. En algunos centros, por ejemplo, el triaje, o la clasificación de los pacientes que llegan, lo hace un enfermero, y no siempre tiene el criterio de un médico. O peor, lo hace otro R1 que está más verde que tú. Así que a nosotros nos llega de todo. Al principio da pavor. Luego ya te hartas. También se supone que estamos supervisados en todo momento, de manera que no podamos meter la pata en cosas graves, pero la verdad es que aprendes a base de palos.

A mí una de las cosas que más miedo me da es pensar que puedo mandar a casa a algún paciente creyendo que no tiene nada grave y que luego la cosa se complique. O dar un alta con un tratamiento erróneo. Que pase algo dentro del hospital no me agobia tanto como dar un alta equivocada.

Todas las guardias comienzan con un pase, en el que los médicos salientes comentan con los que llegan el estado de los pacientes, las pruebas que están pendientes de pedir y las que aún no han arrojado resultados. Algunos residentes tienen que esperar las conclusiones de los exámenes que pidieron antes de poder irse a dormir o terminar su turno.

La experiencia dice que los días malos-malos-malos en la Urgencia suelen ser los viernes y los sábados, pero también los lunes, cuando llega toda la gente que ha estado aguantando en casa que pase el fin de semana («A ver si se me pasa»). Además, y aunque la Medicina no entiende de supercherías, muchos sanitarios admiten que también

odian las guardias en noches de luna llena. Más partos, más accidentes de tráfico, más altercados violentos, más pacientes desquiciados...

Aunque se supone que en las veinticuatro horas de guardia tienen una para irse a comer y otra para bajar a cenar, muchas veces se queda en pura teoría. Porque en la mayoría de hospitales («los más grandes son horribles») un R1 atiende como un médico más y es responsable de su consulta, en la que él mismo marca el ritmo. Si deja cuatro historias sin ver para irse a comer, cuando vuelva aún le estarán esperando estos cuatro, y ocho o nueve casos más.

En toda esta organización existe la figura del clasificador, que puede ser tanto un residente de Medicina de Familia de primer año como un celador o una enfermera, según cada hospital. Este clasificador puede ser un cirujano en su primer año de residencia, un otorrino, un médico de familia, un psiquiatra... Un pobre R1 que tendrá que echar el primer vistazo a los pacientes que llegan por la Puerta de Urgencias y determinar la gravedad de su estado en unos pocos minutos, superando sus propios nervios y con sólo unos días de experiencia en el hospital: «La gente no debería venir a Urgencias en las primeras semanas de junio. ¡Y menos si es un sábado por la tarde! ¿No saben que acabamos de llegar los residentes?».

Si es poca cosa, pasarán a la sala de espera hasta que les vean en «rápidos». Los más graves, a boxes, donde el paciente se encontrará con otros residentes más mayores, con más guardias de Puerta a sus espaldas.

En algunos hospitales llaman a este sistema «RAC» (Recepción, Acogida y Clasificación), de manera que la primera persona que ve al paciente determina su gravedad y lo clasifica, con la idea de que los casos serios de verdad sean atendidos antes que las tonterías. Así se puede lograr, por ejemplo, que una persona con un dolor de rodilla que lleva ahí desde hace varios meses (o un esguince de tobillo que se produjo hace unos días) y acude de madrugada al hospital aguante su turno detrás de cuestiones más importantes.

Una vez estaba en el supermercado y las dos señoras que estaban delante de mí en la cola se quejaban del mal funcionamiento de la Sanidad. Una de ellas estaba indignada porque la última vez que había ido a Urgencias la habían tenido cuatro horas

esperando y, claro, «eso no puede ser, porque imagínate que llega a ser algo grave de verdad, me podía haber muerto en la sala de espera y nadie se entera». Entonces la otra le respondió que lo que tenía que hacer la próxima vez, para que no le volviese a pasar, era decirle a la señorita que recibe que le dolía mucho el pecho y que sentía que se le estaba extendiendo hacia el brazo izquierdo. «Ya verás cómo así, no te hacen esperar», le dijo.

Mucha gente recurre a tretas como ésa para no tener que esperar, sin importarle que eso afecte a pacientes que de verdad pueden estar más graves que ellos. Como un padre que llamó al 112 diciendo que su hijo estaba convulsionando por la fiebre y que le iba a llevar corriendo al hospital. A nosotros nos avisaron a Urgencias para que estuviésemos preparados, y la pediatra preparó la medicación y hasta el box de parada por si acaso, porque parecía que no era una convulsión típica. Así que allí estábamos todos, en tensión para cuando llegase el crío, y lo que vimos entrar por la Puerta fue a un padre con un niño plácidamente dormido en sus brazos. Cuando la pediatra le recriminó y le dijo que su hijo no estaba tan malo, él contestó que ya lo sabía, pero que de esa manera estaría todo preparado para atender la fiebre de su hijo en cuanto llegasen al hospital. Que ya lo había hecho otras veces.

Todas esas cosas enfadan al principio, hacen gracia cuando ya ha pasado el susto, y acaban quemando al personal que está cansado de ver tonterías («Gente que ni se ha molestado en pasar antes por su centro de salud») cuando llega un caso urgente de verdad.

Al llegar la noche, lo habitual es dividirse en dos turnos y echar a suertes las dos mitades para poder echar una cabezada. Mientras los residentes del primer turno se quedan en la Urgencia, el resto sube a las habitaciones para dormir hasta la hora acordada, las tres o las cuatro de la mañana por lo general.

En los hospitales más afortunados los cuartos son individuales, pequeños, con baño incorporado en la mayoría de los casos («¡Y cambian las sábanas todos los días!»). En otros centros, los residentes comparten literas, un poco más apiñados. La higiene del lugar no siempre está garantizada, del mismo modo que tampoco está asegurado el descanso. A veces estas habitaciones se encuentran junto a algún pasillo con mucho tránsito de personal, o las ventanas dan a algún patio que permite oír el ruido de

cualquier máquina o motor de ventilación durante toda la noche, o la persiana se pasa todo el tiempo chirriando...

A veces simplemente están lejísimos de la Urgencia (en la última planta del hospital o incluso en un edificio diferente del complejo hospitalario) y resulta que no da tiempo ni siquiera a subir mientras llegan los resultados de alguna prueba. No compensa hacer el viaje hasta allí para tener que regresar al poco rato. A veces te toca al lado del cuarto de enfermeras, donde ellas descansan (y charlan, y toman café y se ríen) durante su turno de noche, insensibles al descanso ajeno. Entre otras cosas, porque ellas no pueden irse a dormir.

Los residentes más afortunados convierten sus cuartos para dormir en una especie de chalet, donde pueden ir a descansar cuando la cosa está tranquila, con una sala común dotada de nevera, televisión y hasta un ordenador para quien quiera trabajar en sus ratos libres. Mientras que en algunos centros la falta de espacio ha obligado a habilitar como dormitorio lo que antes era un despacho, poniendo una cama (más bien un catre) de cualquier manera, pegado a la pared, entre una estantería polvorienta y la mesa de trabajo.

En ocasiones, los residentes del primer turno bajan de nuevo a la Urgencia con las marcas de la sábana aún surcando su rostro para dar el relevo a los compañeros que se quedaron abajo atendiendo («Doctora, se le nota a usted que tiene sueño ...»). Y de nuevo, en este relevo, se pasan a los pacientes para que el segundo grupo de residentes pueda irse a dormir si la cosa está tranquila y no hay muchos enfermos pendientes de ver.

Sin embargo, hay días malos, malísimos, de tanto lío en Urgencias por la noche que «¡Ni partimos para dormir!».

Hay algunos MIR que son incapaces de dormir durante sus primeras guardias dándole vueltas a la cabeza, taquicárdicos perdidos, pensando en los pacientes que dejaron abajo. Otros se sienten incapaces de pegar ojo el día anterior a la guardia pensando en las más de veinticuatro horas de vigilia que tienen por delante a la jornada siguiente.

Algunos no se atreven a irse a la cama incluso en una noche tranquila, no vaya a ser que justo en ese rato aparezcan de repente los pacientes por Urgencias, les pillen en el

cuarto de residentes y tengan que ir corriendo desde allí para salvar una vida. O se quedan despiertos en la cama, mirando con ojos como platos el busca por si suena en cualquier momento.

Y también hay quien se encarga de fastidiarle la noche a los residentes de otras especialidades...

Recuerdo una guardia horrible que tuve a principios de este año. Me había acostado a las cinco de la mañana sin haber parado en toda la noche más que media hora para cenar, desde las cuatro de la tarde que empezó mi guardia. Estaba rendido, acababa de caerme en la cama, con la bata puesta y sin vaciar siquiera los bolsillos. No había pasado ni media hora cuando me pusieron un busca de Puerta para pedirme una ecografía.

Cuando llamé resultó que era para una tontería, no era un caso realmente urgente y podía haber esperado perfectamente a primera hora de la mañana, a que abriese el servicio de rayos. Teniendo en cuenta que yo era el único radiólogo de guardia en mi hospital y me había pasado toda la noche trabajando, les recordé que se suelen dejar los casos no urgentes que entran a partir de las cinco o las seis de la mañana, para que el residente pueda descansar al menos un par de horas y los vean ya los de la mañana.

El caso es que me levanté, le tomé los datos al paciente para que la suya fuese la primera ecografía de la mañana y volví a subir a los cuartos de residentes aún más cansado que la primera vez, pensando en que aún tenía un ratillo antes de volver a empezar mi jornada laboral, con ocho horas más de trabajo aún por delante. Porque aquí, que se sepa, aún no libramos las guardias.

No había pasado ni media hora cuando la chicharra volvió a despertarme a las seis de la mañana. El sonido del chisme me alteró y cuando llamé me di cuenta de que se trataba otra vez de una no-urgencia. Les dije a mis compañeros que los que llevábamos el busca solos y no podemos partir la noche para dormir, como hacían ellos, tenemos derecho a descansar al menos un par de horas, sobre todo si, como en ese caso, el pronóstico del paciente no iba a empeorar en absoluto por aguantar tres o cuatro horas más sin la prueba de rayos. Y también porque si a las siete o las ocho de la mañana llegaba un caso grave de verdad, y no te pilla suficientemente descansado,

la puedes fastidiar de verdad en el diagnóstico.

Pues ni caso. El busca volvió a sonar otra vez a las siete menos cuarto y a las siete y cuarto, así que acabé cabreándome bastante con mis compañeros de Puerta. A los dos días me confesaron que el adjunto de Urgencias, antes de irse a dormir, había dado orden a sus residentes de llamar al radiólogo de guardia cada media hora con cualquier excusa para que no pudiese dormir en toda la noche. No me preguntes por qué. Simplemente hay adjuntos que son así.

Las Urgencias son el campo de batalla, la guerra, el «Bronx». En la mayoría de hospitales españoles los residentes de primer año son los que llevan esta pesada carga, y muchos de ellos tienen que enfrentarse con algo que no enseñan en la facultad: pacientes cansados, enfermos que llevan horas esperando sentados en una silla, o dos días en una cama en el pasillo. «Quieres ir lo más rápido posible, pero no tienes ni un hueco para explorar al paciente con tranquilidad e intimidad».

Muchos pacientes no lo saben, pero es posible que quien les atienda en Urgencias sea un residente de primer año que ausculta por primera vez desde que salió de la facultad. Y aunque en algunos hospitales están más arropados y siempre hay algún adjunto cerca para preguntar, en otros centros, abarrotados de pacientes en los pasillos, muchos llegan a sentir verdadera soledad y abandono.

Hay quienes no se fían de nosotros; otros prefieren que les atendamos, porque al ser más jóvenes piensan que tenemos más paciencia. De hecho, el otro día en el autobús escuché la conversación de dos abuelitos que se aconsejaban mutuamente fármacos y médicos. «Vete por la tarde a Urgencias -le decía uno a otro-, que es cuando están los jóvenes». Y las enfermeras de mi hospital, aunque refunfuñan un poco de nosotros, cuando viene algún familiar no ponen ninguna pega en que le veamos los MIR.

Lo que sí es una desventaja a veces es ser chica. ¡Estoy harta de que los pacientes me pidan la cuña\* y me llamen «señorita»! Una vez llegó la Guardia Civil con un preso que se había llenado el cuerpo de cortes con un trozo de azulejo de su celda. Se estaba desangrando, así que cuando llegó a Urgencias empezamos a coserle entre cuatro o cinco residentes a la vez, dirigidas por la adjunta de Cirugía General (éramos todo mujeres). El agente no hacía más que estorbar en el box, hablando por teléfono y

venga a observar cómo hacíamos nuestro trabajo. Así que en cuanto colgó el móvil, la adjunta le dijo que tenía que salir de allí, que ya le avisaríamos cuando estuviese listo. Se hizo un poco el ofendido, tiró a la papelera el chicle que no había dejado de masticar todo el rato y salió murmurando algo en hebreo. Cuando acabamos y le llamó la doctora para informarle sobre el paciente, a él no se le ocurrió otra cosa que preguntarle cuándo pasaría el médico a ver al preso.

«iiii¿Cómo dice?!!!!», exclamó ella, con gestos de sorpresa y ojos muy abiertos. Te puedes imaginar su cara (y la nuestra) cuando todas muy ofendidas le dijimos que éramos las tres cirujanas y que ya podía volver a esperar a la sala de espera, que el médico ya le había informado.

En los hospitales más pequeños la mayoría de los residentes que están en Puerta son de Medicina de Familia, así que ellos mismos se encargan de ver luxaciones, dar puntos si hace falta, atender problemas de los ojos, pinchar abscesos e incluso atender las urgencias pediátricas y las paradas cardiacas. Tanto da. Y sólo si ven algo gordo, que ellos no sepan diagnosticar o que tenga pinta de cierta gravedad, llaman a los adjuntos de otras especialidades que están de guardia y que deberán bajar a la Urgencia. Pero claro, no a todos les hace gracia tener que moverse porque les llama un residente; mucho menos si es por la noche y estaban durmiendo (o peor aún, si ni siquiera está en el hospital y se encuentra haciendo una guardia localizada). Así que generalmente se suele repetir siempre el mismo diálogo:

-Pero ¿le has hecho ya eso?

-Sí.

-¿Y has descartado que sea esto?

-También.

-¿Y la exploración?

-Normal.

-¿Analítica?

-Perfecta.

Bueno, vale, pues ahora voy.

Se dice que las Urgencias de toda España no podrían funcionar sin los residentes. Cuando le toque ir por allí como paciente, fíjese en sus caras: la mayoría de ellos está en su primer año. Serán médicos de Familia (la mayoría), oncólogos, internistas o nefrólogos, pero tienen algo en común: son inexpertos y están aprendiendo a sobrevivir.

Al principio muchos recurren al truco de pedir algunas pruebas básicas para que el paciente salga de la consulta unos minutos y poder buscar mientras tanto en los libros qué puede tener. Hasta una amigdalitis de lo más sencillo puede requerir un análisis de sangre para confirmar que, efectivamente, se trata de una infección de las amígdalas. Pero, y después «¿qué antibiótico le pongo? ¿Qué dosis? ¿Cada cuánto tiempo?». Es el precio que hay que pagar por la inexperiencia.

A veces, en Urgencias, si el hospital no está muy bien organizado, todo se alarga innecesariamente. Porque ves a los pacientes y si hace falta pedir alguna prueba o llamar a algún otro especialista todo se va retrasando. Y claro, el paciente hace el cómputo de horas y le parece que ha esperado demasiado para una simple radiografía. Pero esto es como mover una inmensa maquinaria en la que cada elemento depende de los demás, y a veces una sola pieza puede estropear el engranaje y retrasarlo todo.

Ese punto de caos que tienen las Urgencias te engancha, tiene su encanto. Yo me lo esperaba así, por lo que no me llevé ninguna sorpresa cuando aterricé de R1. Hay días que un residente ve a diez o quince pacientes en una guardia, pero si hay alguna cosa complicada requiere más tiempo de gestiones (pedir la prueba, llamar al especialista, esperar los resultados...) que las cosas más sencillas, las que puedes ver tú solo y ventilarte rápido, como un esguince o una gastroenteritis.

Algunos hospitales tienen fama entre nosotros porque los residentes están especialmente solos, pero en otros siempre hay erres mayores o algún adjunto cerca a quien preguntar. Puedes tener guardias malísimas, de mucho trabajo, pero no experimentar la sensación de desamparo que hay en algunas Urgencias.

Pasados los sustos iniciales, los MIR pronto se darán cuenta de que su catálogo de patologías en Urgencias no pasa de diez o doce cosas básicas, que casi aprenderán a diagnosticar de memoria. Atenderán casi siempre a pacientes crónicos, más ancianos de lo que a ellos les gustaría y con patologías más aburridas de lo que esperaría cualquier espectador de una serie de médicos de la tele.

Te metes en tu despacho y vas viendo pacientes, sin que nadie entre a ver cómo estás, a preguntarte cómo lo llevas. Al principio estás nervioso, pero más o menos te vas apañando.

Cuando ya eres un especialista en el manejo de broncoespasmos, edemas pulmonares y abuelitos con EPOC, poco a poco te vas enterando de errores que ha cometido algún compañero y te agobias, porque tú también vas conociendo tus limitaciones, y sabes en qué te puedes equivocar.

Por eso, lo más importante es no dar el alta a nadie si no tienes claro lo que le pasa, aunque tengas que dejar a alguien un tiempo en observación por una tontería. O aunque te echen la bronca por un ingreso dudoso.

Algunos llaman a esto medicina defensiva; otros lo explican diciendo que piden todas las pruebas necesarias para que, si algo va mal, «puedas explicarle al juez que tú has actuado correctamente». Asumen desde muy jóvenes que sus pacientes se pueden morir, pero se guardan las espaldas y la conciencia para asegurarse que han hecho todo lo correcto, que pueden estar tranquilos porque han hecho todo lo que debían. «No es lo mismo reconstruir una historia clínica en un despacho cuando ya ha pasado todo, que actuar en la consulta en tiempo real, con quince pacientes más esperándote fuera».

Por eso, aunque los hospitales les respaldan con un seguro legal, muchos recurren a su propia póliza desde que son R1 para hacer frente a posibles indemnizaciones («No estamos suficientemente amparados legalmente», se lamenta más de uno). Quién más quién menos ha tenido que testificar ante algún tribunal o conoce a algún compañero que ha sido condenado por una herida que no limpió bien, por una fractura de cadera que le pasó inadvertida... O porque mencionó en el informe de alta que el paciente era seropositivo (portador del virus delVIH), «algo que nadie me había explicado que no se podía hacer, porque se supone, entre otras cosas, que los residentes no podemos hacer

informes de alta».

Todos, sin excepción, prefieren hacer guardias de su especialidad antes que estar en Urgencias, porque al menos saben que los casos que van a evaluar tienen que ver con lo suyo. A nadie le gusta la morralla, dicen refiriéndose a los casos que entran por la Puerta.

Ni siquiera a los adjuntos que están allí, quemados, y que, si pueden, buscan la manera de escapar. Nadie con más de cuarenta años trabaja al cien por cien en Urgencias: es un trabajo de juventud. Y por eso es frecuente que dejen la carga de trabajo a los residentes. La Urgencia es la puerta de entrada de mucha gente al hospital, y eso acaba pasando factura.

Eso sí, los veteranos que aguantan años y años en Urgencias suelen ser pura vocación y buenos maestros para un MIR. Además, las sensaciones de cada residente dependen de su autonomía personal y de lo arropados que se sientan. Hay algunos hospitales en los que saben que siempre hay algún adjunto para supervisar («Ves un infarto y enseguida lo comentas con los de arriba, que bajan a verlo si hace falta, hasta que poco a poco los vas viendo tú solo»). De hecho, estas relaciones adjunto joven-residente mayor suelen desembocar en amistades duraderas que perduran más allá del MIR («El doctor... fue mi residente»).

Sin embargo, no en todos los hospitales hay tanta supervisión como los residentes desearían:

Estaba rotando en Urgencias por la mañana, en el cuarto de clasificación. Entró una señora algo desorientada, con su marido y su hija. Me contaron que se había olvidado de cómo se ataban los cordones de los zapatos, que no recordaba a qué había venido, aunque en casa comenzó a sentirse mal.

Mi instinto me dijo que podía ser un accidente isquémico transitorio, así que le pedí a la familia que esperasen fuera mientras la exploraba. Cuando ya estábamos solas le pedí que se quitase el jersey, pero no le dio ni tiempo, porque de repente se cayó redonda al suelo. Empezó a echar espuma por la boca y se puso tan morada como el color de las paredes, que esa misma semana habían pintado nuevas en el hospital. No se me olvidará nunca.

Fue de repente. Y yo estaba sola con ella. Tuve que hacerle un guedel\* (un tipo de maniobra) allí mismo para que no se ahogase, con ayuda de una estudiante de Enfermería. Otra compañera de residencia dio la voz de alarma a los adjuntos, que estaban desayunando en la cafetería, y la señora pasó directamente a Reanimación, donde entró en parada cardiorrespiratoria.

Lo que en principio parecía ser una crisis de abstinencia porque había dejado el Tranxi ium resultó ser un ataque masivo al corazón, sin dolor torácico ni ningún otro síntoma que hubiese podido advertir de lo que le estaba pasando. No se me olvidará nunca la cara de su marido y su hija, cuando les llamamos por el altavoz y les dijimos que estaba muy mal. Si hacía nada que había entrado por su propio pie, por algo aparentemente sin importancia... Al poco tiempo entró en coma y murió.

Las Urgencias son sin duda el mejor caldo de cultivo para pasar un mal rato, pero también para disfrutar de las anécdotas y chascarrillos que luego circulan por el hospital durante meses, o que amarillean en un papel pinchado en algún tablón de las salas de descanso: «Motivo de la consulta en Urgencias: dolor de rodilla desde 1965».

O como aquel individuo que llegó con un trocito de oreja que otro hombre le había arrancado de un mordisco en plena pelea, al más puro estilo Mike Tyson. El agredido había guardado su apéndice auditivo en un tarrito de cristal con la esperanza de que un cirujano se la pudiese coser. O el gitano que se había electrocutado mientras robaba cobre en una instalación y tenía la pierna reventada por dentro. Mientras la Guardia Civil le esperaba fuera de la consulta, él aseguraba que era inocente, diciendo que se había tropezado con el cable sin querer.

En Urgencias recalcan también todo tipo de objetos introducidos en el interior del organismo por diversos orificios naturales, y que aparecen retratados en radiografías que circulan de mano en mano durante semanas. Cuanto más raro es el objeto, más tiempo dura la chanza en los pasillos: pistolas de silicona de las que se usan para sellar las grietas, mangos de escoba, tornillos, botellas, vasos de tubo («¿Qué es esto duro que estoy tocando?»), frascos de desodorantes, bolas de droga... ¡Y un vibrador eléctrico encendido con las pilas alcalinas recién puestas!

Un caso muy común en los servicios de urgencia de todos los hospitales españoles es

el poyaque\* (pues ya que...). Más de un residente (y más de dos) se ha topado en la consulta con alguien que, aprovechando que había acompañado al hospital a un familiar por cualquier motivo, pedía su turno en Urgencias para solucionar algún problema de salud (nimio, generalmente). O incluso los que vienen de visita a ver a alguien ingresado en planta y aprovechan el viaje para que les receten algo para esa molestia que arrastran desde hace meses. «Pues ya que estoy aquí... ».

Un poyaque suele ser compatible con un «código MC» (Mari Chonchi), que alerta de las visitas a Urgencias por tonterías. Como aquel ejecutivo que llegó al hospital a las tantas de la madrugada quejándose de que le dolía un dedo de llevar todo el día el maletón. Ésta fue la respuesta del residente que le atendió: «¿Por qué no prueba a llevarlo un rato con la otra mano?».

Las guardias de los pediatras, por lo general, suelen ser mejores que las de sus colegas que atienden a adultos, aunque igual que ellos su queja más generalizada es que los padres utilizan las Urgencias como una especie de ambulatorio abierto veinticuatro horas. Así incluso un R1 es capaz de solventar solo la mayoría de casos de fiebre, mocos y madres hipocondríacas que cruzan la puerta a altas horas de la noche.

Una vez llegó una señora con su hijo de tres o cuatro años. Nos contó que montaba al niño en el coche todas las noches para lograr que se durmiese y le hacía una pequeña ruta por varios pueblos cercanos a su casa, hasta que llegados siempre al mismo punto el crío se dormía y podía volver a casa para acostarle.

Pero aquel día, ¡oh, desgracia!, el niño no se había dormido en el lugar de siempre, y la madre estaba convencida de que algo le pasaba, porque aquello no podía ser normal. Y allí estaba, empeñada a las dos de la mañana en que le hiciésemos algún tipo de prueba.

Al principio las anécdotas hacen gracia; después, como todo, acaban cansando (y cabreando) a los residentes. Sobre todo a los que no pueden dormir por culpa de tonterías.

Las Urgencias están abiertas veinticuatro horas, pero la gente no se da cuenta de que los médicos que están allí necesitan dormir, porque si llega algo grave de verdad y no

está descansado porque ha estado atendiendo una quemadura solar a las cinco y media de la mañana, su cansancio puede tener consecuencias. En invierno hasta tenemos que despachar de aquí a algún vagabundo que viene a dormir calentito por la noche.

Hay ratos que esto en lugar de un hospital parece un supermercado. Las familias se cuelan hasta dentro y se van asomando por los boxes hasta que encuentran a su pariente. Y se enfadan contigo si les dices que no pueden estar ahí. Como si el resto no tuviese derecho a su intimidad.

Es en Urgencias donde suelen vivirse también los episodios más tensos con algunos pacientes violentos, dispuestos a agredir a la primera bata blanca que se les cruce por delante. Es allí donde algunos individuos amenazan a los residentes («Como le pase algo a mi hija, le mato», «Os voy a denunciar a todos»), donde los ordenadores pueden salir volando en un arrebato de furia y donde, quién más quién menos, ha visto sacar una pistola, una navaja o reventar los goznes de una puerta porque tardan demasiado en atenderles. Allí es donde los residentes aprenden lo que es el miedo. Y también a llamar a Seguridad.

¿Te acuerdas del día en que nos encerramos en el cuartito de residentes porque había un loco disparando al techo en Urgencias? Tenía razón aquel profesor de la facultad cuando nos decía que debíamos tener más miedo de los vivos que de los muertos.

Como aquella celadora que vino a Urgencias con su nieta un día que había mucho lío y se pasó varias horas esperando. Luego entró con el marido hecha una furia, diciendo que si la gente que trabajaba en el propio centro no tenía ni un poco de prioridad, que nos iba a mandar a todos a la cárcel, que... ¡Menos mal que era compañera de trabajo!

A veces, como mecanismo de defensa, los residentes llaman a algún compañero para que les acompañe en la exploración si el paciente en cuestión les da mala espina o ven algo raro. Al fin y al cabo, en el box están indefensos y no hay otra manera de seguir haciendo su trabajo y sentirse protegidos hasta cierto punto. Algunos adjuntos también prefieren encargarse ellos mismos de los casos potencialmente conflictivos (como

pueden ser los detenidos que trae la Guardia Civil, o algunos individuos que entran en Urgencias con malos modos, bebidos o quejándose del tiempo de espera).

Muchos MIR reconocen haberse echado una lagrimita con los compañeros después de una noche de guardia malísima, abrazados en el cuarto de residentes, como único mecanismo para dejar salir toda la adrenalina acumulada durante la guardia: «Los mejores y los peores momentos de la residencia los he pasado en la guardia».

# 7

## El Power Point es nuestro amigo



# C

asi todos los días, o al menos varias veces a la semana, los especialistas que componen un servicio se reúnen temprano por la mañana, antes de que empiecen las consultas, para «dar la sesión». Cada día, uno de ellos prepara una exposición para compartir con sus compañeros y enseñarles algo, bien sea la explicación de una técnica quirúrgica algo compleja, un caso clínico curioso o que se atendió mal, una enfermedad rara, una revisión bibliográfica sobre un determinado tema, una actualización sobre alguna cuestión... Las posibilidades son infinitas y el tiempo reducido: los pacientes esperan fuera.

Y sí, han adivinado. Gran parte de esta tarea también recae sobre los residentes.

La sesión se celebra en una sala de conferencias pequeña o en un auditorio más o menos grande, según el personal que componga el servicio (a veces son sesiones generales, de todo el hospital), y suele empezar hacia las ocho de la mañana. Estas sesiones tienen un elemento en común que comparten diferentes hospitales, diferentes especialidades, diferentes servicios: el Power Point.

No hay presentación que se precie que no esté acompañada de una buena serie de

diapositivas proyectadas mediante el cañón en una pantalla gigante (en caso de carencia de medios técnicos puede hacerse sobre una pizarra o en la pared misma) y que van reforzando la exposición del ponente con abundantes fotografías, gráficos, flechas... ¡Y hasta vídeos en el caso de los más osados! Un puntero de luz roja para ir señalando en la pantalla los conceptos importantes también resulta imprescindible para llegar a ser un buen médico de verdad.

Tal es la dictadura del Power Point en la vida de un médico (de la sesión clínica al congreso), que la revista British Medical Journal ([www.bmj.com](http://www.bmj.com)) alertaba ya en un artículo de 2002 (la referencia exacta para los más curiosos: BMJ 2002; 325: 1.478-1.481) de que se había convertido en la lengua franca de la comunicación científica. Desde luego, sus números asustan:

Más del 95 por ciento de las presentaciones [que se hacen en congresos médicos] utiliza el Power Point. Cada día se producen 30 millones de presentaciones en Power Point, un programa que está instalado en 250 millones de ordenadores de todo el mundo. Hay 4 millones de presentaciones de este tipo en Internet, y sus números están aumentando exponencialmente.

Las razones para esta rápida expansión son obvias. El programa es fácil, relativamente barato, rápido, y los científicos pueden controlar su producción.

La lógica y la gramática de este sistema de diapositivas son tan sencillas que cualquiera podría entender una presentación sobre astrofísica con un poco de atención («hasta un pediatra», apuntaba BMJ con no poca ironía). Mientras leer un artículo científico requiere algunas capacidades más desarrolladas, el Power Point es tan sencillo que está destinado a dominar la comunicación científica en el futuro, advertía en este divertido alegato Ronald LaPorte, profesor en la Universidad de Pittsburg (Estados Unidos).

Pues bien, ese momento parece haber llegado ya.

Sentados entre la audiencia se entremezclan cada mañana los ojerosos residentes que salen de guardia, que aún visten el pijama verde arrugado y manchado después de una noche movidita, con otros MIR y adjuntos que llegan corriendo al hospital para no

perderse la sesión, aunque aún no lleven la bata puesta. Un detalle notable es que, si bien se admiten preguntas al final de la exposición, casi nadie suele ir a pillar al compañero. Sólo a veces...

Yo lo he pasado muy mal unas cuantas veces, porque hay una adjunta muy puntillosa en mi servicio que se dedica a hacer las preguntas más rebuscadas posibles. Además, nosotros notamos que va por épocas. Si hay mal ambiente en el servicio por algo, si hay mucho trabajo o si algún residente ha hecho algo mal, parece que los mayores se ensañan más con nosotros y entonces el día que te toca la sesión ya vas más preparado para que te busquen las cosquillas con las preguntitas dichasas.

Los residentes más nuevos suelen pasar semanas preparando el tema que les ha asignado el tutor de docencia, buscando la bibliografía necesaria y unas buenas diapositivas que exponer ante jefes y compañeros. Se zambullen en Internet buscando los mejores artículos en las bases de datos médicas más prestigiosas, como PubMed, y exploran para localizar las fotografías más impactantes. Consultan innumerables artículos científicos y, sobre todo, preguntan mucho a sus mayores para saber cómo salir del paso.

A medida que va pasando el tiempo, la dedicación de los residentes a preparar las sesiones va perdiendo intensidad, una vez que se ha perdido el miedo inicial y que el tiempo libre disponible es menor. Si al principio se preparan las sesiones con varias semanas de antelación, no es extraño que los R3 y R4 apuren hasta la noche anterior para terminar las últimas diapositivas.

También parece que la cosa va saliendo mejor cuanto más tiempo llevan en el servicio, porque aprenden a distinguir lo que es interesante de verdad, lo anecdótico de lo importante, y porque dominan mejor el terreno que pisan (y también, por qué no decirlo, porque ya manejan todos los efectos visuales y artísticos que pone a su disposición el Power Point).

Lo que tienes que pensar es que durante esos veinte o treinta minutos que estás hablando, tú eres el que más sabes del tema, porque llevas preparándotelo varias semanas y lo tienes todo en la cabeza.

Sin embargo, mucha gente lo que de verdad lleva mal de las sesiones es hablar en público. Les sudan las manos, empiezan a ponerse rojos, tartamudean... Y eso que la mayoría de las veces estamos en peñu comité, porque no somos más que los miembros del servicio y todos nos conocemos. Así que contra eso no queda más que echarle agallas y practicar mucho para que se te vaya quitando la vergüenza.

La actitud de los adjuntos en estas sesiones puede variar también enormemente en función de su carácter, de su edad, de las ganas que tengan de enseñar al residente o de su deseo de hacerle la vida imposible. Hay adjuntos famosos por sus cuestiones rebuscadas, con el objetivo de poner de manifiesto las limitaciones del encargado de presentar la sesión, aunque no es lo habitual.

En algunos servicios, como Traumatología, la rutina puede comenzar proyectando las radiografías correspondientes a los ingresos del día anterior, mientras que en otros se abordan casos raros que se han visto en las páginas de algún periódico: un niño nacido en la India con tres brazos, o cualquier otra anomalía infrecuente; un trasplante de órganos pionero en el mundo; un caso polémico o un gran avance científico publicado en las páginas de Nature o Science. Aunque lo más frecuente es poner en común casos de pacientes que están siendo atendidos en el servicio, para decidir cuál es el mejor tratamiento posible o qué pruebas adicionales se pueden pedir.

En algunos hospitales, además de la sesión de la mañana, todo el servicio se vuelve a reunir a mediodía, antes de irse, para repasar los casos. «¡Menos mal que en algunas regiones muy calurosas, como Murcia, esta práctica se elimina durante los meses de verano!».

El propósito de estas sesiones es que los MIR completen su formación práctica con la teoría, pero la realidad es que el hospital no siempre deja tiempo (ni ganas) para seguir estudiando al llegar a casa. La residencia es un continuo examen, con controles diarios por sorpresa, como en el colegio. Hay que estudiar medicina, inglés, informática, estadística...

La única manera de librarte de la sensación de inseguridad es la preparación, y para eso no te queda más remedio que estudiar. Pero claro, después de seis años de carrera, y luego el MIR, te da pereza hasta arrimarte a los libros. Porque entre los

cursos que tenemos, las guardias, los días que estás saliente de guardia, los que estás rotando y sales tarde de la consulta, las cosas de casa, preparar las sesiones... pues da pereza.

Al final, con lo que más aprendemos es con los apuros. Cuando te has visto en una situación un poco jodida, con un paciente con el que lo has pasado mal o no has sabido reconocer sus síntomas, entonces llegas a casa y te lo estudias. O sacas un hueco en la guardia para repasártelo y que no te vuelva a pasar la próxima vez. Y así vamos aprendiendo, a base de palos. De lo que vas fallando y de lo que te va haciendo falta.

Es igual que en las rotaciones. Entre que llegas y te enteras un poco de lo que va la película, conoces las cosas básicas para funcionar en el servicio... Y entonces ya te toca irte de nuevo a otro sitio. Así que poco a poco vas aprendiendo y tratas al menos de quedarte en cada rotación con las cosas básicas que luego te van a servir. Si eres de Familia y rotas por endocrino o por cardio, procuras aprender lo que te vaya a servir a ti en la consulta de Atención Primaria, para saber qué cosas puedes manejar sin tener que derivar al paciente al especialista.

Aunque, claro, el ambulatorio y el hospital son dos mundos completamente distintos. En mi caso, primero rotamos unos meses de R1 en el ambulatorio, se supone que para aprender qué es lo que vas a necesitar cuando ejerzas allí de médico de Familia, y luego ya te pones a rotar en los servicios del hospital para aprender.

Es un poco locura, porque cuando estás de guardia en Urgencias te toca atender infartos o paradas cardíacas para las que nadie te ha enseñado aún el procedimiento, mientras que en el centro de salud vas a ver sobre todo otitis, neumonías, picores rectales... Hay residentes de primer año que están solos en Urgencias por la noche y no saben el protocolo de parada porque su tutor dice que no les va a hacer falta hasta que sean R3. ¡Hay que ser cínico!

Y mientras tanto, se dedican a darnos cursos sobre empatía con el paciente, planes de salud, planificación y gestión... Cosas que puede estar muy bien saber, pero que no te van a servir de nada si te llega un paciente en parada a las tres de la mañana.

Muchas tardes entre semana las deberíamos dedicar a estudiar, pero nunca tienes

ganas. A mí, después de varias semanas sin hacer nada me entra sentimiento de culpa y me suelo pegar un atracón de libros, para intentar ponerme al día.

Pasa lo mismo con la evaluación que tenemos que hacer cada año para pasar de nivel. Si la fuésemos haciendo día a día no tendríamos que darnos el atracón al final, cuando llega el fin de curso. Estás a punto de pasar de R2 a R3 y te acuerdas porque te lo recuerda el tutor, un día cualquiera, de pasada.

En ese documento, que no suele suspender nadie, es donde vas contando tus rotaciones del año, el tipo de intervenciones que has hecho, los pacientes que has visto... A nivel personal también te sirve, porque vas viendo qué pruebas has hecho más a menudo y cuáles tienes que intentar hacer más. Mi coerre de Intensivos, por ejemplo, se ha propuesto hacer más traqueotomías y coger más vías subclavias, porque dice que ya lleva muchas yugulares. Y así, cada loco con su tema.

# 8

## Congresistas y *pichigüilis*



# A

lgunos residentes se familiarizan desde muy pronto con la figura del visitador médico. Son esos señores guapetes (generalmente jóvenes), bien trajeados y con un maletín en la mano que representan a la industria farmacéutica y que pronto empezarán a llamar por su nombre propio a los residentes.

De los visitantes obtendrán la mayoría de las veces pequeños regalos (material de oficina sobre todo), invitaciones a comer, ayuda para publicar artículos y, en especial, la posibilidad de asistir a congresos de su especialidad en España, en Europa o, en el mejor de los casos, en Estados Unidos.

Son unos señores muy amables y simpáticos que esperan educadamente a la salida de la consulta para no molestar. Nada ni nadie les impide la entrada a los hospitales. Hay residentes que se sienten más o menos violentos con esta relación, y hay otros que pronto se acostumbran y aprenden a convivir con ellos, a obtener esos pequeños regalos (un día son muestras de productos; otro, un fonendoscopio o una libreta con bolígrafo incorporado; o un libro de Medicina que cuesta cuarenta u ochenta euros) y, sobre todo, a pedir sin reparos una invitación para asistir a un congreso.

Al principio puede costar un poco vencer la timidez inicial, pero luego los MIR

asumen con naturalidad algo que ven hacer a todo el mundo, mientras aseguran que ahora está mucho más regulado que antes:

A mí me daba mucho reparo, pero luego te das cuenta de que las presentaciones de fármacos entran dentro de sus campañas, aunque eso no quiere decir que te presionen directamente para que los recetes. Es más una forma de que recuerdes los productos por su nombre.

Algunos bromean cuando te regalan un boli y te dicen que sólo sabe escribir el nombre de sus medicamentos, pero es una manera de bromear. Es todo más sutil que eso. De hecho, la mayoría de cosas que nos regalan están relacionadas de alguna manera con nuestra formación y la práctica médica. Que si un fonendo, un manual, libros, la inscripción a un congreso...

La mayoría de los visitantes empieza a relacionarse con los médicos desde que son residentes, porque saben que a lo que te acostumbras de pequeño es lo que luego vas a recetar cuando seas mayor. Así que nos suelen tratar con respeto. Con algunos hasta llegas a establecer cierta relación de amistad. ¡Y hasta te llaman de tú!

Otros te evitan, te miran más como a un estudiante, porque se creen que no podemos recetar directamente.

Al final es verdad que el que no llora no mama, y aunque te cueste un poco socializarte con los visitantes, muchas veces no te queda más remedio que llorarles, sobre todo porque no conozco a ningún residente que pueda pagar de su bolsillo los gastos que supone viajar a un congreso.

Ni los residentes, ni tampoco sus servicios se pueden permitir el lujo de financiarles la asistencia a los congresos, foros nacionales o internacionales en los que se supone que podrán mejorar su formación, actualizar conocimientos y conocer a otros colegas. Así que la posibilidad de hacer o no esos viajes de formación queda en manos de los laboratorios. Esto hace que las especialidades más recetadoras sean las mejor tratadas por el sector, las que más invitaciones reciben; mientras que otros residentes tendrán que depender del presupuesto de su servicio, de alguna beca o incluso de su propio bolsillo para poder asistir a congresos y seminarios.

Ir de congresos es un dineral. Sólo la inscripción cuesta varios cientos de euros, más el viaje y el alojamiento durante esos días. Así que en la mayoría de los casos si no te invita nadie, simplemente no vas.

En algunas especialidades es casi imposible ir a un congreso en el extranjero siendo residente. Sin embargo, tengo amigos que han repetido viaje varias veces a lo largo del MIR sin tener que presentar ni un triste póster. También depende mucho de cuántos residentes sean en el servicio, porque a veces no queda más remedio que repartirse o sortearse los viajes para que todo el mundo tenga su oportunidad.

Al principio, cuando eres R1, te mueres por ir a todos los congresos. Cualquier cosa que sea viajar te parece interesante, aunque sea un simposio de viriasis emergentes en Palencia. Luego ya vas pasando un poco del tema y te vuelves más exigente. Cuando eres mayor te interesan sobre todo los cursos que permiten especializarse en alguna técnica o cuestión concreta, y entonces ya te puedes ir permitiendo seleccionar un poco mejor a qué vas y a qué no.

La mayoría de los servicios animan a sus residentes a asistir a congresos, incluso a costa de faltar al hospital varios días. La mayoría de las veces tendrán que presentar algún póster o comunicación científica para asistir. Todo ello les dará puntos para su currículum, así que suele ser una práctica bastante habitual. De hecho, aparte de sus veintidós días de vacaciones y seis de asuntos propios, los MIR cuentan con seis días específicos para gastar cada año en actividades de formación.

Publicar en inglés en alguna revista importante es otro de los retos a los que se enfrentan los MIR. No siempre es fácil escribir directamente un artículo en la lengua de Shakespeare, así que muchos recurren a las ayudas a la investigación que ofrecen algunos hospitales para contratar los servicios de un traductor. Aunque lo más frecuente es que empiecen a dar los primeros pasos en el terreno de la investigación de la mano de otros compañeros más experimentados. Por eso siempre hay algún adjunto o residente mayor que se encarga de redactar el estudio que luego presentarán en algún foro médico.

A veces los mismos laboratorios que financian los viajes de los residentes les piden su colaboración para escribir el capítulo de un libro o la información de un folleto dirigido a pacientes... En fin, cualquier colaboración suele ser bien aceptada y además

supone un dinerillo extra con el que completar el sueldo de MIR a final de mes.

Hay cursos que organiza la industria que están muy bien y te permiten aprender sin que necesariamente quieran presentarte un producto concreto, sino que pretenden colaborar a tu formación.

Puede que no sea la mejor manera de formarte, porque ellos van dejando caer su mensaje en cada actividad (¡claro que intentan manipularte sutilmente!), en cada cena de trabajo, pero es que no tienes otra manera de hacerlo. Los hospitales casi no tienen dinero para estas cosas y han acabado por ceder estas competencias casi íntegramente a los laboratorios.

Necesariamente tienes que ir a congresos si quieres ampliar tu formación, porque en el día a día bastante tienes con las sesiones y leer algún manual para conocer las cosas básicas (la teoría). Pero lo que son las novedades, los últimos avances, para saber por dónde van los tiros y conocer lo que están haciendo otros colegas en otros sitios, tienes que convivir con gente de otros hospitales.

¿Qué haces tú como residente si el manual de Urgencias que te interesa empollarte, y que te ha recomendado tu adjunto, lo edita una compañía farmacéutica y no se vende en ningún sitio? Pues no te queda otra que arrastrarte hasta el visitador y decirle que te interesa, que si te puede dar un ejemplar, que cómo lo puedes conseguir... A cambio sabes que te toca escuchar su charla y, después, creerte sólo lo que quieras de todo lo que te dice. Hay marcas de medicamentos que tienes grabadas a fuego en el cerebro y son los que utilizas a diario, porque son los que has visto usar durante toda la residencia.

No se puede ser un talibán y negarse en redondo a tener ningún tipo de relación con la industria, porque hay muchas cosas que al final dependen de las compañías, y lo mejor es tener los pies en la tierra, tener tus principios muy claros y saber manejarlos, igual que ellos lo intentan con nosotros. Hay que saber que ellos hacen su trabajo, igual que tú el tuyo.

Claro que es muy fácil picar. Cuando eres R1 de repente descubres un mundo nuevo. Te hacen regalos, te invitan a comer a sitios caros que tú no podrías pagar,

puedes ir de viaje a sitios nuevos, te obsequian con libros de consulta que cuestan unos ochenta euros... En definitiva, cuando acabas de llegar al hospital y para el resto del personal no eres más que un mindundi, llega alguien que te halaga y te tiene en cuenta.

Ir a un congreso es como visitar un enorme parque temático para médicos. Algo así como un campamento para adultos. Lo normal es que los residentes de primer y segundo año vayan al congreso nacional de su especialidad (que cada uno o dos años se suele celebrar en una ciudad española diferente). A medida que se van haciendo mayores pueden tener la suerte de conseguir una plaza para ir a los congresos europeos y estadounidenses. Estos últimos son el premio gordo. Porque en realidad los congresos en Estados Unidos se convierten en congresos mundiales, en los grandes foros donde los mejores de cada especialidad presentan sus resultados, el lugar donde lucirse y sacar pecho. Así que el residente que tiene la suerte de ir al ASCO de oncología, a la AHA de cardiología, a la RSNA de radiología... puede empezar a frotarse las manos. Le esperan por delante varios días de intensa vida social y científica, de ponencias y salidas nocturnas (a partes casi iguales). Todo depende de cómo sepan aprovechar el tiempo.

Todo empieza con una cita en el aeropuerto. Igual que las excursiones programadas del Imsero, los MIR que van de congreso (igual que los adjuntos) quedan en el mostrador de la compañía aérea correspondiente con el representante de la empresa que cubre los gastos de su invitación. Éste se convertirá en su sombra durante varios días, en su amigo, su acompañante, su guía en la ciudad, su consejero, su apoyo espiritual...

En los congresos españoles suelen ir más a su aire, aunque también tendrán que cumplir ciertos compromisos con el laboratorio que les invita. Sin embargo, viajar al extranjero es la excusa perfecta para que su acompañante insista en llevarles de la mano todo el tiempo, en ayudarles con cualquier cosa que necesiten (casi hasta el aburrimiento) .

Así que suben al avión, cargados con un inconfundible cilindro alargado de cartón que les delata y que nunca acaba de encontrar el hueco apropiado en el portamaletas que hay encima del asiento. Es en esa funda donde llevan el póster que han preparado con tanto esmero con sus compañeros durante los últimos meses y que ahora les toca exponer y defender.

A la llegada, después de ese momento de tensa espera en la cinta de las maletas, el grupo se dirige a la salida, buscando con la vista el cartelito de bienvenida de la compañía farmacéutica con la que viajan. De nuevo el representante toma el mando de la situación, igual que un profesor en las excursiones. Agrupa a los suyos, se presenta al representante local que porta el cartelito y todos juntos se dirigen al microbús, autobús o furgoneta para el traslado al hotel.

Si alguien se topa con un grupo de españoles en algún aeropuerto extranjero portando largos cilindros de cartón y siguiendo a un señor con un cartel en la mano con el nombre de una compañía farmacéutica, sepa que probablemente son médicos de congreso.

La hora de llegada suele ser demasiado tarde para acercarse al lugar donde se celebra la conferencia («Lo dejamos para mañana»), así que lo mejor es pasar por el hotel, dejar las maletas (incluido el póster, que a esas horas empieza ya a ser cargante) y aprovechar para dar una vuelta por la ciudad y cenar. «Si os parece, nos vemos a las nueve en recepción», es una frase habitual.

Todos juntos de nuevo disfrutan de la primera cena de su estancia congresual. En esto también hay clases y estilos, así que el sitio elegido dependerá de la naturaleza del grupo: si sólo van uno o dos residentes con el representante la cosa será mucho más frugal e informal, pero si es un grupo más numeroso de adjuntos, si hay jefes de servicio a los que agasajar, o si están los gerifaltes del laboratorio farmacéutico, la cosa toma otro cariz.

A veces hay alguna recepción oficial organizada para el día de la llegada. O sólo están reservadas las cenas para un par de noches durante la estancia y el resto del tiempo los MIR pueden ir por libre y aprovechar para quedar con compañeros que han venido con otros grupos... Todo depende.

La parte científica del congreso propiamente dicha (el motivo oficial del viaje) empieza al día siguiente, haciendo cola en los mostradores para recoger la acreditación (obligatorio colgársela al cuello y no abandonarla hasta el último día) y la típica bolsa negra de congresos que incluye el libro de ponencias (un kilo de papel reciclado, encuadernado, y con la letra del tamaño más pequeño posible que permite la imprenta), además de algo fundamental para no perderse nada: el programa.

El programa de un congreso (sobre todo en el caso de los más grandes) se parece mucho a un complicado sudoku de cifras y letras. En la fila de arriba, en horizontal, las salas; en vertical, los horarios (ininterrumpidamente de siete de la mañana a seis de la tarde). En color amarillo, las presentaciones orales; en verde, la sesión plenaria (inexcusable asistencia si se quiere estar en el ajo); en naranja, la discusión de pósteres. En morado, la zona donde sirven café gratis.

Lo primero que asusta ante una planilla de este tipo es la necesidad de ser omnipresente para no perderse nada importante, porque lo más frecuente es que las dos sesiones que más interesan a una sola persona coincidan el mismo día, a la misma hora (y cada una de ellas en una esquina diferente del megapalacio de congresos).

Normalmente, para facilitar las cosas a los asistentes, este tipo de reuniones se celebra en complejos inmensos (a las afueras de la ciudad) que obligan a recorrer pasillos y pasillos de moqueta hasta llegar a la sala donde se presentan los ensayos clínicos e investigaciones más punteros. Estas salas, para hacerlo todo aún más divertido, están bautizadas con nombres sencillos de recordar: «Edificio Norte, planta 0, sala 101-EJF».

Así que lo primero ante este panorama es no dejarse llevar por el pánico y, lo segundo, organizarse un poquito. Conviene llevarse de casa indicadores adhesivos de colores para hacer un estudio detenido del programa y marcar en el libro las sesiones que realmente interesan. Esta labor resulta más amena si se lleva a cabo con un buen amigo MIR, con quien te puedes poner de acuerdo para repartir la tarea y dividir las sesiones interesantes.

Toda esta preparación es prescindible si la parte científica del programa flojea, si el residente no tiene suficiente dominio del inglés (por su puesto, lengua oficial de estos saraos) o si le aburren sobremanera los Power Point que se presentan. En casos así el congreso ofrece varias alternativas interesantes.

Una es visitar la zona de pósteres. Suele ser el vestíbulo, en el que se colocan carteles de gran tamaño con los resultados (metodología, datos, porcentajes, gráficas) de algún estudio realizado por un grupo de médicos, el servicio de un hospital, un equipo de enfermería, otros residentes... Resultan menos aburridos que las ponencias y siempre existe la posibilidad de charlar con el autor si está por allí cerca, que a lo mejor incluso

es español y conocido.

Si de verdad quiere uno integrarse en el ambiente, el MIR debería llevar en el bolsillo su pequeña cámara digital y hacer alguna foto al póster que le interese (para mirarlo en casa con más detenimiento).

La otra opción, preferida por la mayoría, es visitar la zona de expositores de los laboratorios. En una de las plantas del congreso, generalmente en el sótano, el visitante puede encontrar lo más parecido a una feria de muestras medicamentosa. Cada laboratorio (aunque también grupos de pacientes, editoriales de revistas médicas, empresas de tecnología sanitaria) coloca en este área su propio expositor, compitiendo por ser más atractivo, más espectacular... Para atraer a más visitantes, en definitiva.

La diversión consiste en ir paseando por la zona, deteniéndose en cada uno de los recintos para ver qué ofrece cada uno. Algunos dan café o helados gratis, otros permiten participar en algún juego interactivo de preguntas y respuestas sobre algún fármaco y llevarse un premio en caso de acierto; en otros se exponen los últimos avances en dispositivos médicos de la especialidad que se pueden probar, tocar, observar, valorar...

Y, en la mayoría de expositores, el deporte nacional es la caza del pichigüili\*.

Este término, acuñado por la insigne Txori Herri Medical Association, se refiere a todos los trofeos y baratijas que pueden conseguirse gratuitamente en los puestos de los congresos médicos. Existen auténticas tesis doctorales circulando por Internet capaces de clasificar los pichigüilis en función de su valor, tamaño, color, modo de conseguirlo... Y hasta la satisfacción que genera su obtención en el médico-congresista.

En general se caracterizan por su bajo valor monetario (aunque elevado en términos de satisfacción personal tras conseguirlos), su fabricación en China a base de materiales de baja calidad, y su inseparable existencia junto al logotipo del medicamento o el laboratorio que los regala. Aunque proliferan especialmente en el seno de estos congresos y reuniones médicas, algunos visitantes también se encargan de entregarlos a domicilio en la propia consulta.

Sintetizando la cuestión, y admitiendo que el sector está ahora mucho más comedido en sus gastos de mercadotecnia que antaño, los pichigüilis suelen ser: bolígrafos, libretas

(en su defecto notas adhesivas) y material de oficina en general (portalápices, pisapapeles, grapadoras, cajas de clips de colores), caramelos (envueltos con el color corporativo de la compañía), dispositivos electrónicos (desde memorias USB a calculadoras, pasando por agendas portátiles en el mejor de los casos o relojes de mesa y despertadores), bolsas de tela, de plástico para la playa, mochilas pequeñas o inmensas, y hasta maletas (éstas son las más apreciadas, porque sirven para almacenar el resto de objetos que se van obteniendo durante la excursión); accesorios varios (camisetas, paraguas, chapas, chancletas de playa, bolsas de aseo para viaje, peines, pulseras de plástico de colores, solidarias con alguna causa); y rarezas personalizadas: desde una taza con la cara de su dueño estampada junto al asa, a una foto de la ciudad donde se celebra el congreso con una instantánea del congresista apoyado junto a su monumento más significativo.

Hay auténticos especialistas en localizar los pichigüilis más suculentos de cada congreso, y en hacerse con la última agenda electrónica que regalaban en un puesto, o con algo que nadie más ha localizado entre los mostradores. Es difícil competir con estos especímenes, así que si se localiza a uno de ellos y se consigue congeniar con él, lo mejor es tratar de seguir sus pasos e imitar su técnica.

Conviene pasear haciéndose el despistado entre los mostradores, con las manos en los bolsillos y asomando la cabeza con disimulo para ver qué regalan. Los pichigüileros más sutiles son capaces de meter la mano en el cesto y coger un puñado de bolígrafos mientras el encargado del expositor atiende a otro congresista y le muestra unos folletos informativos (los grandes despreciados en estas ferias).

Los MIR que acudan a estos actos por primera vez no deberían sorprenderse al ver a algunos de sus adjuntos y jefes de servicio perder la compostura (¡y hasta la dignidad!) haciendo una cola eterna para lograr una pequeña maleta portátil, el pichigüili estrella de esta edición («Me lo quitan de las manos, señora»).

A veces no basta con esperar turno, sino que es necesario cumplimentar larguísimas encuestas, atender durante un rato a un comercial, dar los datos personales para recibir publicidad o participar en un entretenido juego on fine y responder adecuadamente todas las respuestas para salir de allí enarbolando el bolígrafo volador de turno. Al más puro estilo perrito piloto de las tómbolas y verbenas.

La bisutería de la industria ejerce un poder increíble, incluso sobre adjuntos hechos y derechos. Así que al residente recién aterrizado el área de exposición de un congreso le parece poco menos que la cueva de Alí Babá (sin segundas).

Con el tiempo uno va descubriendo que los bolígrafos que regalan explotan con facilidad, los paraguas se rompen al primer golpe de viento, los cachivaches electrónicos tan sus pilas de inmediato, y que los colorines de los diversos adornos y muñequitos se apagan en pocos días.

Una de las experiencias más bochornosas que viví en mi época de residente fue una avalancha de sesudos colegas, algunos peinando canas y otros luciendo calvas, agolpándose y discutiendo entre ellos para conseguir un vistoso paraguas en el expositor de un laboratorio cuando se corrió la voz de que se agotaban.

Hoy en día se empiezan a repartir los pichigüilis dentro de una bolsa con folletos y otro material informativo pseudocientífico. Y aunque esta fórmula puede ser más operativa y evita el acaparamiento, elimina el aspecto deportivo y competitivo que siempre entraña la caza de pichigüilis.

Si el lector lo desea, en el siguiente enlace puede ver una recopilación de fotografías de los chismes más extraños que se regalan en los congresos médicos: <http://pichiguilis.blogspot.com/>

Sin embargo, no sólo de pichigüilis vive el congresista. Conviene sazonar la asistencia a los congresos con visitas turísticas, compras en los comercios locales, cenas y salidas nocturnas para poder competir a la mañana siguiente por ser el grupo que más tarde regresó al hotel. Aunque los residentes de primeros años suelen centrar todos sus esfuerzos en la parte científica del congreso, no es extraño que año a año vayan adoptando las buenas costumbres de sus mayores, y no regresen al palacio de congresos después de haber defendido su comunicación oral. Allá por el primer día. Veamos un posible diálogo típico de estas situaciones:

-Los MIR de Salamanca se encontraron en la discoteca con el grupo de Murcia y he oído que cerraron el bar. Esta mañana no estaba ninguno en el desayuno de mi hotel y no les he visto en la sesión de las ocho. ¿Dónde fuisteis vosotros?

- Esta tarde hemos estado paseando por la zona de las compras y hemos arrasado. ¿No me digas que no has entrado en la tienda que hay en la esquina de nuestro hotel? Está todo tirado de precio.
- Si no has visto el rascacielos X (o el museo Y, o la plaza Z) es como si no hubieses venido. Tienes que sacar un hueco para visitarlo, está en todas las guías de la ciudad.
- Oye, ¿por qué no quedamos esta noche con los de Barcelona? Mi coerre estudió allí y conoce a todo el mundo.
- Hoy nos llevan a cenar al restaurante más caro de aquí. Y vosotros, ¿qué vais a hacer? Apúntate mi móvil y nos vemos luego para tomar unas copas, que mañana es el último día y no pienso aparecer por el congreso hasta mediodía.
- Anoche me tocó sentarme al lado de mi jefe de servicio y no veas la cena que nos dio. Nos contó todas las batallitas de cuando él era joven y todos los planes que tenía para el servicio en el próximo año, y de cuando le habían llamado de la Consejería para felicitarle por su trabajo, y preguntándonos qué ponencia nos había parecido más interesante... ¡Y mientras, los coerres de la mesa de al lado muertos de risa y borrachos perdidos! ¡Vaya nohecita!

# 9

## Más tonto que un R1 con pareja



**A**lgunos residentes de primer año pasan sus primeros meses en el hospital encadenando sin descanso jornadas de trabajo, fiestas, guardias, y más fiestas. La bienvenida al servicio, la cena de Navidad, el cumpleaños de tal compañero, la despedida de los erres mayores, la fiesta de los residentes del servicio, la de todo el hospital, Carnaval, Halloween, ferias locales... Cualquier excusa es buena para salir con los compañeros y beberse las penas.

Los erres pequeños, y sobre todo los que vienen de fuera, son los que más aprovechan el tiempo para salir con sus nuevos compañeros, como en un Erasmus permanente (o como si tuviesen otra vez dieciocho años). «O estamos de guardia o estamos de fiesta».

En este ambiente, y teniendo en cuenta que algunos de ellos pasan treinta y dos horas seguidas juntos en el hospital, saliendo con su grupo de guardia (y muchas veces con partiendo cuartos mixtos para dormir), es indudable que el MIR acaba teniendo efecto en las relaciones de pareja de muchos de ellos. «Hay montones de rupturas».

En muchos casos el efecto MIR acaba por disolver sólidas y estables parejas que

empezaron la residencia jurándose amor eterno. Las largas jornadas de trabajo, el roce con otros compañeros, la distancia con la persona amada o la falta de tiempo libre hacen el resto. Tal vez por eso se dice que las tres reglas básicas de un residente de primer año son: «O dejas a tu pareja, o te compras una casa o cambias de coche».

Y de las tres, la que se suele cumplir con más frecuencia es la primera. Bien porque el miembro de la pareja que no es MIR no comprende el ritmo que impone el hospital («Esto es muy difícil de entender»), o porque acaba surgiendo algo con algún compañero del hospital.

Sin embargo, voces autorizadas, consultadas para la redacción de este capítulo, aseguran también que la fama televisiva de los líos hospitalarios supera a la realidad. Suelen existir, eso sí, personas con cierta fama en cada centro, a las que todo el mundo conoce y cuyos méritos se han forjado a base de comentarios de pasillo y cotilleos de cafetería. Sobre todo en los hospitales más pequeños, donde, como pasa en los pueblos, todo se sabe.

Los ligones de turno, todo el día a pico y pala detrás de sus compañeras; el residente estupendísimo que trae locas a todas; las residentes que encadenan varios rollos con el personal masculino; los típicos viejos verdes que no se cortan a la hora de dar rienda suelta a sus comentarios rijosos delante de inocentes RI ... Y también la adjunta madurita que pone la mano en la rodilla de los residentes varones, como si tal cosa. Todos estos personajes arquetípicos pueden tener su encarnación real en los hospitales españoles en menor o mayor medida.

En este endogámico ambiente son muchas las parejas que han surgido durante la residencia («La guardia une mucho»), entre adjuntos y residentes, MIR y enfermería, o entre adjuntos de distintas especialidades. Y aunque pueden darse líos entre residentes del mismo servicio, las relaciones en un equipo de trabajo son más infrecuentes y en general están peor vistas por el resto de compañeros porque pueden acabar repercutiendo en el ambiente. El dúo adjunta mujer-residente hombre también sigue siendo minoritario.

En los últimos años la abrumadora mayoría de mujeres en todas las especialidades («Los médicos macho somos una especie en vías de extinción») y el hecho de que los enfermeros varones sigan siendo minoría ha provocado un descenso de las relaciones intrahospitalarias. Al menos en lo que a las heterosexuales se refiere.

Y aunque hay promociones de MIR más famosas que otras por su «espíritu Gran Hermano», más allá del cotilleo sano todo el mundo respeta las relaciones entre personas mayores de edad y libres de hacer lo que quieran. En muchos casos, estas historias suelen acabar en el altar, con el resto de compañeros tirando el arroz a los dos protagonistas del noviazgo.

En un hospital las noticias corren como la pólvora; así que cualquier lío, especialmente si es más o menos escabroso, es conocido de forma inmediata por todo el mundo. Por muy discreto que se sea.

La mayoría de los médicos tienen pareja que también es médico, así que nadie se extraña ni se escandaliza. Simplemente se comenta al principio, y nos reímos mientras se sospecha que existe una relación nueva que sus protagonistas tratan de esconder. Al final todo se va normalizando, el romance sale a la luz poco a poco y aparecen nuevas historias, con protagonistas diferentes, con las que alimentar los cafés de la máquina.

En contra de lo que la imagen televisiva transmite, las mismas fuentes autorizadas aseguran también que las historias amorosas no suelen consumarse en el propio hospital. «No hay tiempo» o «No apetece» son algunos de los argumentos esgrimidos para negar el mito del sexo desenfrenado en cualquier rincón del hospital. Aunque también puede tener algo que ver el hecho de que los cuartos para residentes sean colectivos, o estén en un pasillo muy concurrido, que las camas chirrien o simplemente que la prudencia lo recomiende. «Tú imagínate las pintas que tene mos después de diecisiete horas de guardia. Qué pelos, qué legañas, qué aliento... Así no hay quien ligue».

Aunque a veces son los propios pacientes los que se encargan de dar juego...

En una ocasión, en la Urgencia médica, una paciente insistió mucho en desnudarse completamente, cuando lo único que yo tenía que hacer era palparle la tripa. Cuando se lo hice notar e insistí en que no era necesario, me dijo que ella trabajaba quitándose la ropa, y que si lo hacía en el curro, cómo no lo iba a hacer para mí.

Pero no te creas, que no era la primera vez que me ocurría algo así. Ya una vez

siendo R2 estaba atendiendo a una chica que no tendría más de veinte años. Tenía que hacerle una ecografía en el muslo para descartar una posible trombosis, pero ella se abrió de piernas bastante más de lo necesario, hasta dejar al descubierto unas bragas de encaje rojas. Mientras yo la exploraba, y ella me ensañaba la ropa interior con descaro, me preguntó si todos los médicos del hospital eran tan guapos como yo. Yo no sabía ni dónde meterme, sólo quería acabar pronto con aquello, que me estaba violentando bastante.

Para distraerme me puse a pensar en las típicas historias de médicos y pacientes que se cuentan en el cuarto de residentes; y me acordé de algo que le había pasado a un compañero colombiano en la residencia. Él era R1 y le tocó atender a una compatriota suya que había llegado a Urgencias por una hemorragia en la nariz que no remitía desde hacía más de dos horas. No sé qué pasaría en la consulta de clasificación donde él la estuvo atendiendo, pero al acabar la guardia toda la Urgencia se enteró de que se había ido a la casa de ella, donde habían quedado para ver cómo seguía su hemorragia. Eso se llama atención domiciliaria.

Durante la residencia la vida no se detiene, aunque suele ser bastante más rutinaria de lo que aparece en la pantalla de televisión. No es infrecuente que algunas residentes se queden embarazadas durante los cuatro o cinco años que dura el MIR. No es un mal momento para tener familia, según coinciden la mayoría de residentes consultados. Porque si no se pierden más de un 25 por ciento de su formación en un año, no están obligadas a repetir curso. Así que muchas mujeres prefieren ser madres en esta etapa que esperar a más adelante, cuando se supone que tendrán que empezar a buscar trabajo como adjuntas en algún hospital y el embarazo puede llegar a ser un impedimento para colocarse.

La única pega que algunos residentes le ponen al embarazo de una compañera es que se dé de baja demasiado pronto, porque sus guardias se las tienen que repartir entre el resto. Pero la mayoría de ellas, si no tiene ningún problema durante la gestación, suele estar al pie del cañón hasta el último momento, y sólo abandonan su servicio durante cuatro o cinco meses después de dar a luz, para volver a incorporarse después sin problema si no han perdido más de una cuarta parte del año en curso. Esta teoría, como todo, puede variar en función de las indicaciones o preferencias del tutor o del jefe de servicio, aunque es un pulso que todas las residentes tienen ganado si recurren a la

administración.

Yo tuve mi primer hijo durante la residencia. No es lo mismo que si hubiese sido una mujer, claro, pero al final buscas la manera de organizarte el tiempo. Es un sacrificio físico, duermes menos de lo que te gustaría, pero cada cual logra encontrar el tiempo para lo que quiere, y de hecho cada vez es más frecuente ser padre (o madre) durante el MIR. Por la edad de tu vida en la que te pilla, porque casi el 80 por ciento de los residentes son mujeres, porque supone menos problemas laborales que dejarlo para más adelante, cuando vas a empezar a buscar trabajo...

Claro que algunos critican que si la residencia ya de por sí se queda corta para aprender todo lo que necesitas, si encima faltas cuatro meses por la baja maternal... Hay quien critica que se trata de una actitud comodona y algo egoísta por parte de quien se queda embarazada. Cuatro meses menos de guardias y perdiendo tiempo de formación, pero cobrando tu sueldo... Porque se da por hecho que todo va a salir bien y enseguida se va a poder reincorporar. Pero ¿y si algo se tuerce? Entonces es fácil que haya que repetir algunos meses de rotación al final de la residencia y pierdas el tren laboral.

Un año antes del mío hubo tres residentes que se quedaron embarazadas, otra más que estuvo de baja por anorexia y uno más por una hernia discal. ¡Imagínate el panorama de guardias que les quedaba al resto de compañeros!

Durante la residencia el tiempo libre escasea, así que es obligatorio aprender a priorizar. La pareja, la familia, los amigos, el cine, el deporte, la lectura... Si durante la preparación del MIR saboreaban los domingos con fruición, en estos cuatro o cinco años cualquier momento de ocio se convierte en una fiesta. Un fin de semana libre es una buena excusa para salir de copas, para hacer un viaje o visitar esa exposición que ya están a punto de quitar.

Aunque tengas cuatro o seis guardias al mes, el resto de días sólo trabajamos de ocho a tres, así que muchas tardes las tienes libres para ti. Así que, a pesar de las sesiones y de tener que estudiar cuando llegas a casa, da tiempo a llevar una vida normal. Sólo te exige un poco más de organización que en otras profesiones.

Nosotros, por ejemplo, no podemos improvisar un viaje, porque tienes que andar cambiando guardias y juntando días. Así que no es que dejemos de hacer cosas, sino que tenemos que aprovechar el tiempo mejor. Trabajamos mucho y tenemos poco tiempo libre, pero al final estás haciendo lo que te gusta. Yo me lo paso muy bien en el hospital y además cada día te sientes más útil, aprendes y eres capaz de desenvolverte mejor, y eso compensa la falta de tiempo libre.

Pero cualquiera de nosotros viaja y va a conciertos o a exposiciones como una persona normal. A lo mejor, en algunos casos, el momento de la emancipación se retrasa un poco, porque necesitas disponer de todo el tiempo posible para tu profesión... La comprensión de la familia es fundamental, y todo es más fácil si en tu entorno te ayudan y respetan tus cambios de horarios.

Por eso no todas las parejas que no son médicos lo llevan bien. Creo que hay un estudio de alguna asociación médica que relaciona claramente la satisfacción en las relaciones sexuales con el bienestar del residente en el hospital. Claro que todo te acaba influyendo. Con comprensión todo es más fácil. Dentro y fuera de la cama.

Si el otro componente de la pareja también está haciendo el MIR, existen dos opciones: que sea posible compatibilizar las guardias al máximo para tratar de tener algo de tiempo libre en común; o que los dos se pasen días (semanas en algunos casos) sin verse, cruzándose apenas en el pasillo de guardia en guardia (si están en el mismo hospital, claro).

Para sorpresa de algunos, las típicas parejas que hicieron toda la carrera juntos también se pueden romper al llegar al MIR, porque alguno de los dos muestra reacciones imprevisibles ante el estrés. O porque acaben hartos de verse demasiado.

Tu personalidad siendo estudiante no es la misma que luego puedes mostrar ante situaciones de ansiedad y estrés, en un entorno laboral real, a veces muy competitivo. Así que también hay parejas que acaban por cortar porque terminan hartos de pasar todo el día juntos en el hospital. O descubren una faceta del otro que desconocían.

En el otro extremo están quienes deciden renunciar en estos años a todo lo que no tenga que ver con el hospital. Quienes deciden aparcar su vida privada por escribir un

artículo más, por una cirugía especial, por asistir a un congreso. Quienes poco a poco van dejando de ver a los amigos de fuera y se centran en el MIR, en los colegas de residencia, en la Medicina.

Es un cambio tremendo. Pasas de estar en la facultad a trabajar por primera vez, a tener otro círculo de amigos nuevo. Somos todo gente joven, en un ambiente nuevo lleno de actividades. Poco a poco vas dejando de ver a tus amigos de siempre, porque tienes menos tiempo (y a veces incluso te has trasladado a otra ciudad), y pasas a hacer más cosas con la gente del hospital.

Así que al final acabamos por hacer honor a nuestra fama de endogámicos. Y por eso siempre se dice que en la residencia, si no tienes pareja la encuentras, y si la tenías, acabas por romper.

Siendo R1 parecemos la Kelly Family todo el día juntos y felices, saliendo de fiesta, todos superamigos. Hasta que van surgiendo los roces típicos del día a día y poco a poco se van formando grupitos, enfrentamientos... Y ya es más raro que todo el servicio salga todos los sábados, menos para las cenas de Navidad y otras ocasiones especiales.

Algo que tienen en común todos los residentes cuando cuelgan la bata en la taquilla y salen al mundo exterior, en su día a día, es que se han convertido para todos los que les rodean en «el médico». Han pasado a ser un especialista a mano para su familia, amigos, vecinos, conocidos, peatones y viandantes ... Y eso les convierte en susceptibles de ser consultados y de atender cualquier situación que requiera la presencia de un galeno por la calle, en un avión o en el salón de su casa.

Poco a poco tendrán que empezar a lidiar con las peticiones de telediagnóstico que comenzarán a llegarles por los cauces más insospechados. «Hijo, quiero que hables con mi amiga Puri, porque le han diagnosticado no sé qué del azúcar y no se entera». «¿Te importaría echarme un vistazo a un bultito de grasa que me ha salido en la muñeca?». «¿Qué me puedo tomar para este resfriado?». «¿Tú crees que me debo operar de las hemorroides?». «¿Puedes explorarme un momento el pie mientras llega el postre?». Sí, la confianza da asco.

Pronto se encontrarán también con las primeras peticiones de favores para tal o cual cuñado, primo o tío leja no que necesita que le adelanten una cita en el hospital, o que le den cuanto antes los resultados de una prueba. Y hay pocas cosas que le sienten peor a un residente que tener que pedir un favor de este tipo para algún conocido a otros servicios del hospital, en los que a lo mejor ni conoce a nadie, o le mirarán como el típico recién llegado.

Yo, que soy un pobre R1, un pringao, y ahora me toca hablar con los de rayos para que le adelanten la ecografía a mi prima Conchi, a la que no veo desde que hicimos juntos la primera comunión...

Este tipo de situaciones, además, suelen dar lugar al llamado «síndrome del recomendado» . Con un recomendado, pariente o amigo del residente, todo lo que es susceptible de empeorar acaba torciéndose. Puede ser la operación de una cuñada, o los juanetes de una madre, la fistula de un hermano o la sinusitis de un sobrino, pero el caso es que los parientes tienen todas las papeletas para que el sistema informático se caiga ese día, la prueba que necesitaba se extravíe entre la burocracia hospitalaria, o justo le vaya a atender ese cirujano que ha pasado una mala noche. Es algo así como una ley de Murphy en versión hospitalaria.

Y así se irán repitiendo las peticiones de favores, de diagnósticos a distancia, una y otra vez, en casa y con los amigos, en persona o por teléfono, hasta que los residentes vayan haciendo entender que su especialidad no tiene nada que ver con la adivinación, que no tienen poderes mágicos y que fuera de su hospital se encuentran bastante desvalidos.

Una vez me tocó presenciar un accidente de moto en la calle. El chaval llevaba el casco puesto y después de llamar a la ambulancia le estuve auxiliando un rato mientras llegaban los municipales.

El primer policía que llegó me dijo que me apartase de allí, pero le dije que era residente de Traumatología y que estaba procurando que el motorista estuviese despierto y que no moviese la cabeza hasta que llegasen los del SAMUR.

Me preguntó entonces que cómo estaba, que si se había roto algo, y no me

entendía cuando le dije que allí, en medio de la calle, no podía hacer nada más que esperar. Que ni tengo rayos X en los ojos para examinar los huesos ni llevaba el yeso en el bolsillo del vaquero para ponerle una escayola en el brazo.

También hay que lidiar con los amigos no médicos para lograr que las reuniones, cenas y salidas no se conviertan en un consultorio ni en un continuo «cuéntanos anécdotas del hospital». «¿Es verdad que la gente llega a Urgencias con vibradores metidos por ahí?». «¿Has atendido ya a algún famoso?», son algunas de las preguntas habituales.

Aunque, curiosamente, cuando las reuniones congregan a los amigos médicos pocas veces se habla de otra cosa que no sea el hospital, la Medicina o los casos que han pasado por sus manos esa semana. Al final, aseguran, se crea entre ellos un sentimiento de que nadie les puede entender mejor que los que están pasando por lo mismo, y el «efecto MIR» les une como a una piña, como si formasen parte de una comunidad muy especial.

Tu vida es tu profesión. Has sacrificado muchas cosas para llegar hasta allí, y ya sabes que el MIR conlleva una parte de renuncia. Tus amigos de toda la vida, que han salido siempre de marcha contigo, no entienden que ya no tengas tiempo como antes, que no te apetezca quedar un rato, que sólo tengas ganas de dormir después de treinta y dos horas de guardia.

La gente que viene de fuera, además, acaba haciendo mucha piña, porque llegan a una ciudad nueva en la que no conocen a nadie. Así que toda su vida social empieza a forjarse alrededor del MIR.

Y si no es una guardia son los cursos de doctorado, y eso si no tienes que preparar una sesión clínica o viajar a algún congreso... Es difícil de comprender si no lo has vivido. Por eso acabas saliendo sobre todo con la gente del hospital, en plan secta.

¡Así que llega un punto en que te lo pasas bien incluso comentando por teléfono con tus compañeros los casos que te ha tocado atender durante la guardia!

Y cuando viene alguien a las cenas que no es médico acaba por aburrirse de lo

pesaos que nos ponemos con las historietas del hospi. Aunque intentamos hablar de otras cosas, a veces no te sale, y acabas preguntándole a tu compañero de guardia qué pasó al final con el paciente de la cinco, o si le pidió tal prueba... Como una vez que estábamos celebrando el cumpleaños de no sé qué R1. Nos pasamos toda la noche contando anécdotas, repasando las últimas cirugías, que si a Fulanito se le había olvidado contar las gasas y se dieron cuenta cuando ya estaban cosiendo, que si vaya la que se lió en Urgencias con el señor al que se le rompió un aneurisma y lo puso todo perdido de sangre, que si el primer tacto rectal de los de Urología... En ese plan estábamos cuando vimos que se levantaba de la mesa de al lado un señor con cara descompuesta. Nos miró muy serio y nos pidió que si, por favor, podíamos cambiar de tema. Que allí había gente intentando disfrutar del solomillo y que con esas conversaciones era imposible. ¡Menos mal que ya estábamos en los postres y nos largamos de allí enseguida! ¡Pobre hombre!

En las ciudades más pequeñas los MIR se convierten, además, en convecinos de sus pacientes, a los que no es extraño encontrarse en el mercado. O incluso en la Plaza Mayor, tomando unas cañas: «Hombre, doctor, no le reconocía sin la bata».

# 10

## Por su pijama les conoceréis



# S

i entra en la cafetería un grupo de médicos con pijama verde, desaliñados, despeinados y con mala cara, es muy probable que sean los de Cirugía Digestiva, que han tenido una mala noche de guardia y llevan operando varias horas seguidas.

El grupo de médicos bronceados, bien aseados, y con zuecos de diferentes colores, seguramente sea el de los cirujanos plásticos. Se dice de ellos que llegan incluso bien peinados cuando les despiertan en mitad de la noche para una urgencia.

Los urólogos, en su mayor parte varones, tienen fama de ser sumisos en su casa, de decir «Sí, cariño» a su esposa a todas horas; carácter que compensan en el hospital siendo los más machotes, demostrando su hombría con frecuencia delante de las residentes.

Si un médico está tomando café, él solo, en la cafetería, tiene muchas papeletas de ser un neurocirujano. Aunque a éstos también se les puede reconocer porque caminan, por lo general, un palmo por encima del suelo. Si el ejemplar sanitario en cuestión tiene pinta defriki, con gafas de pasta y cara de empollón, probablemente el espécimen sea un neurólogo que estará lamentándose de ser un incomprendido.

Los restos de yeso en el atuendo nos sitúan ante un traumatólogo. Tienen fama de ser

los brutos del colectivo. Por lo general se trata de hombres, con poca afición a escribir en la historia clínica de sus pacientes: «Resumen del caso: vino a operarse y se operó».

Por otro lado, si observa a un grupo de médicos desharrapados y con manchas de café en la bata, probablemente se encuentre ante los anestesiistas. Son los que posiblemente más fama de vagos gastan entre sus compañeros (y los que peor se llevan con los cirujanos), aunque ellos se defienden asegurando que su tarea empieza antes de que el cirujano llegue al quirófano y sigue después de que éste se vaya (y que por eso nadie les ve trabajar). Por eso también dicen las malas lenguas que el sonido que más le gusta a los anestesiistas es el de las grapas sobre el papel, que indican que ya está listo el parte y es hora de irse a casa.

En el portal de vídeos Youtube, una parodia francesa (La semaine de l'anesthesiste, es decir, «La semana del anestesiista») les retrata jugando a las marionetas en el quirófano, participando imaginariamente en el campeonato mundial de sudokus, preparando su instrumental al ritmo de la música de Misión imposible, o matando el aburrimiento disparando flechas de plástico sobre una diana pintada con rotulador sobre el cráneo del paciente al que están operando. ¡Y hasta viendo La guerra de las galaxias en pantalla gigante mientras comen palomitas!

Una mesa con mayoría de chicas, con algún osito de peluche enganchado en el fonendo o bolígrafos de colores en los bolsillos, indica que se encuentra usted ante los pediatras. Mientras que si el fonendo que cuelga del cuello del especialista es electrónico, último modelo, probablemente se trate de un cardiólogo («Tenemos fama de prepotentes, de ser el servicio mimado del hospital»).

Los ginecólogos suelen ir acompañados de su abogado (en previsión de posibles demandas), mientras que algunos psiquiatras parecen estar peor que algunos de sus pacientes.

Los radiólogos gastan fama de autistas, porque siempre son otros colegas los que acuden a buscarles, pero ellos no se relacionan con nadie motu proprio.

Los que someten al paciente a un tercer grado para que no se les pase nada por alto y poder alcanzar así un diagnóstico diferencial adecuado son los médicos de Familia, que a veces llevan un cartel en la bata que dice: «Comodín». Aunque en su afición a pedir

pruebas compiten con los de Medicina Interna, que tienen entre sus manos a la mayoría de enfermos pluripatológicos del hospital (los llamados «puerros»\*), que les llegan largados\* del resto de servicios.

Muchas de estas características son ya apreciables antes incluso de comenzar la residencia, hasta el punto de que algunos profesores de academia se atreven a hacer apuestas sobre qué elegirán ciertos alumnos que ya tienen aires de cirujano, pinta de dermatólogo o cara de urólogo.

Además, aunque casi el 80 por ciento de los alumnos que se presentan al MIR son chicas, sigue habiendo ciertas especialidades «masculinas» (Urología o Traumatología, por ejemplo) y «femeninas» (pediatras y ginecólogos, de los que el resto de especialidades no tienen reparo en burlarse a menudo. Con cariño, eso sí).

Tampoco son extraños los piques o chistes entre especialidades:

Si quieres guardar un billete de quinientos euros para que no lo encuentre un traumatólogo, escóndelo en la historia clínica de sus pacientes. Si quieres esconderlo de un anestesista, guárdalo en un quirófano. Con un cirujano plástico no te molestes en esconderlo, porque seguro que lo encuentra de todos modos.

La cafetería es el lugar donde confluyen todos los servicios del hospital en algún momento del día: residentes y adjuntos, médicos y enfermeras. Allí es donde pueden observarse, como en un zoológico, los usos y costumbres, vicios y manías de cada especie. En su actitud, en el vestir, en lo que piden para desayunar... La cafetería es la llamada «habitación número 13» (porque no existe esa numeración en los cuartos de pacientes), a la que se escapan muchos en cuanto pueden.

Allí es donde se puede encontrar a los especialistas famosos por escaquearse de sus responsabilidades diarias, sutil y convenientemente delegadas en los residentes. En algunos sitios los llaman los «pata negra»; en otros prefieren hablar de los PCP (parálisis cerebral profunda) para referirse a los médicos que, literalmente, no hacen nada a lo largo del día. Estos mismos adjuntos poco amigos del trabajo responden en otros hospitales al apelativo de «Clexane», por el nombre de un fármaco que se utiliza para disolver trombos en la sangre.

Cuentan los MIR que se les reconoce porque llegan por la mañana al hospital y se dirigen sin más hacia la cafetería, donde les esperan su tertulia y sus churros, y donde se pueden quedar leyendo el Marca hasta bien entrada la mañana. Cuando toca dispersarse, unos se van a leer el periódico al despacho; al que le toca operar baja al quirófano; otro marca la perdiz con las enfermeras... Y así hasta que abre la cafetería para la hora de la comida y vuelven a ser los primeros en coger sitio.

No tienen reparo en que sean sus residentes quienes visiten a los pacientes ingresados en la planta; y algunos hasta se sienten incordiados en su tarea de leer la prensa cuando los residentes se sientan en su misma sala para dictar los informes.

Hay adjuntos estupendos, se desviven por ayudarte y por resolver tus dudas. Otros, una minoría, es verdad, tienen una cara que se la pisan, y son más partidarios de que tú solo te resuelvas la vida. Si les preguntas algo, vienen, miran y se van.

Pero es verdad que siempre hay algún adjunto a mano a quien preguntar, aunque no sea quien se supone que está a tu cargo oficialmente.

En esa misma cafetería es donde los MIR pueden desayunar, comer y cenar gratis cuando están de guardia, si es que les dejan escaparse al menos la hora o media hora que les corresponde. En algunos sitios los residentes que viven solos o comparten piso, los que no tienen a nadie esperándoles con la comida puesta cuando acaban su turno, también se suelen quedar a comer el menú hospitalario (primer y segundo plato, bebida, pan y postre por una cantidad que oscila entre los cinco y los ocho euros), sobre todo si por la tarde tienen algo de trabajo que hacer en el hospital, algo que consultar en la biblioteca, una sesión que preparar...

Aunque esta práctica depende mucho de la calidad de la cocina, porque hay quien procura evitar pasar por la cafetería del hospital a toda costa para no sufrir un shock anafiláctico; o hay quien prefiere robar algo del menú de los pacientes. También hay residentes capaces de sobrevivir durante varios días a base de postres para evitar el puré, el filete pasado y el pescado hervido que ofrece el menú del día.

Existen incluso rigurosos estudios científicos publicados por la Txori Herri Medical Association (cuyo nombre significa «pueblo de pájaros») que han tratado de medir la

resistencia de los estómagos de los residentes a la comida hospitalaria. Sus investigaciones demostraron que una dosis de estos alimentos, que resultaría mortal para un MIR de primer año, es «perfecta y satisfactoriamente» tolerada y metabolizada por un R3 (que incluso es capaz de degustarla con placer).

Aunque depende del hospital, en el mío es posible hacer tacos de arroz con el cuchillo y el tenedor; aunque hay quien asegura que existen variedades de arroz más sueltas.

En el cuarto de residentes alguien ha dejado en el tablón varios teléfonos útiles para la supervivencia en las guardias: telepizzas, telechinos, telehamburguesas... Yo prefiero avituallarme en casa antes de salir, así ya no tengo que sobrevivir mojando las galletas maría en leche con cola-cao, como hacía siendo R1.

Dicen algunos adjuntos veteranos que antes, en los hospitales tradicionales, las que cocinaban eran monjas, que cuidaban con cariño al médico de guardia, y le colmaban de atenciones gastronómicas. Botella de vino incluida.

Las monjas se marcharon, el respeto al médico se redujo a dimensiones más humanas, y la comida, como el propio médico, se democratizó y proletarizó hasta llegar al rancho que es hoy en día. En algunos hospitales es posible que el recurso al autoservicio haga más tolerable el asunto, pero sin grandes alardes.

Teniendo todo esto en cuenta, ningún paciente debería extrañarse si esperando en las Urgencias de un hospital ve llegar a un repartidor de pizzas o del restaurante chino más cercano preguntando por los residentes de guardia para entregar un pedido.

Además de este sufrimiento gastronómico, la movilidad geográfica que provoca el traslado de residentes de unas comunidades a otras también puede ocasionar un fenómeno curioso de refuerzo de identidad cultural. Sobre todo en el caso de las llamadas autonomías históricas:

Es posible que los allegados de un MIR que se traslade a otra comunidad para hacer la residencia le noten algún cambio a su regreso a casa, al terminar el MIR. Y aunque es difícil establecer prototipos por comunidades (incluso por provincias, pues no se parece nada un MIR alavés a otro guipuzcoano o vizcaíno), es posible hablar de

algunas características si nos referimos únicamente, por ejemplo, a los MIR vascos.

Como buen reflejo de la sociedad en la que viven, ligarán poco, estarán encantados de haberse conocido, evitarán hablar de política y pensarán que viven en el mejor de los mundos posibles.

Estas características han dado lugar incluso a la definición de un síndrome característico denominado en Psiquiatría «trastorno bilbaíno de la personalidad», o TBP, según sus siglas. Se trata de un cuadro recientemente descrito que consiste en un patrón general de inflación de la autoimagen y sobrevaloración del lugar de origen del paciente (Bilbao), con una notable locuacidad en sus manifestaciones, que comienza a edades tempranas de la vida y que se manifiesta al menos por cinco de los siguientes criterios:

a desconocidos o personas procedentes de otras ciudades, el paciente tarda menos de quince segundos en comunicar que es de Bilbao.

de relaciones caracterizado por la alternancia entre la condescendencia y el desprecio hacia quienes no tienen la fortuna de ser de Bilbao.

3. Alteración de la autoimagen: el paciente cree ser más alto, más rico, más guapo, más inteligente o incluso más bilbaíno de lo que es en realidad.

a mostrar de manera ostentosa su facilidad para gastar dinero, obstinándose en convidar a todo el mundo.

5. Tendencia a la fabulación, con exposición de anécdotas y hechos grandiosos que invariablemente se desarrollan en Bilbao.

crónicos de grandiosidad.

de la imagen de su ciudad de origen.

inapropiada e intensa cuando se contradice su opinión sobre Bilbao.

sardónicos y despectivos con las personas procedentes de provincias limítrofes.

esta sintomatología es más acusada cuando el paciente se encuentra lejos de Bilbao.

# 11

## La progesterona te toca la neurona



«E

n las guardias de Bine nos turnamos para pasar doce horas en el paritorio y otras doce en la Urgencia. Puede parecer que no, pero es una especialidad que exige mucho físicamente. Casi no hay tiempo para dormir y tienes que sacar hueco de donde sea para comer algo, porque de repente una semana descubres que no has dado un bocado en los últimos días y que has pasado más horas en el hospital que en tu casa.

»Además, tienes que estar todo el rato en tensión, porque lo que va bien se puede complicar en un momento y torcerse. Un parto que va rodado puede acabar en una cesárea, sin que puedas hacer nada para evitarlo. Y muchas veces las mujeres embarazadas están preocupadas por su dolor, por el marido, por la epidural... pero no son muy conscientes de todas las cosas que pueden llegar a complicarse, ni de que pueden estar en riesgo su vida y la del bebé.

»En las Urgencias de Ginecología las cosas van muy rápidas. Aquí, o ingresas o te mandan a casa en un par de horas. No es como en otras especialidades que te tienen que hacer muchas pruebas o pueden tenerte varias horas en observación.

»Además, la mayoría de las veces no son urgencias de verdad. Venir por un dolor

menstrual muy fuerte o para que te hagamos aquí el test de embarazo porque es gratis, pues, la verdad, mejor que se quedaran en su casa.

»Y luego está cuando los compañeros de Puerta te mandan a una embarazada con una torcedura de tobillo y la barriga estupenda. ¡¿Qué quieren que le haga yo, que la escayole?!

»Otra cosa es una embarazada que sangra, o un embarazo ectópico roto, una gestante con la tensión descontrolada... O los picores de ahí abajo, que se suelen frivolizar mucho pero no son cosa de tomarse a risa. En serio. Todo lo que tiene que ver con la mama también asusta mucho, pero la mayoría de las veces no se trata de una urgencia, ni venir al hospital a las tres de la mañana es el mejor modo de que te vean un bultito sospechoso, que puede ser grave, pero no urgente.

»Así que las doce horas de la Puerta son un no parar. Nosotros mismos gestionamos nuestras analíticas, las ecografías, y en cuanto ves que no es nada importante, que suele ser el 95 por ciento de los casos... ¡A casa!

»Ni sé la de veces que he tenido que andar buscando por ahí un támpax que no aparece ("De verdad, de ver dad, que cuando he ido a quitármelo no estaba"). Casi tantas como los preservativos que se rompen durante las relaciones sexuales. No conozco a ninguna chica que venga a pedir la píldora del día después a la que se le haya olvidado ponerse el condón. No: en todos los casos se había roto. Debe de ser la partida defectuosa más grande de España, porque todos acaban en mi hospital.

»Estando en la Urgencia te toca también atender las llamadas de planta de ingresadas con un posoperatorio doloroso, o de alguien con una hemorragia que no se detiene... Porque no sólo de partos vive el ginecólogo (aunque yo los prefiera mil veces antes que estar en la Puerta).

»Así que nos pasamos todo el día subiendo y bajando, de la Urgencia a la planta y de la planta al paritorio. Y cuando digo subir y bajar es que puedes llegar a recorrer varios kilómetros en una sola noche cogiendo el ascensor arriba y abajo. En la entrada está la Urgencia; en la primera planta, los ingresos (embarazos patológicos y esas cosas); en la segunda, el paritorio y los quirófanos. Y hacia arriba, el resto de plantas, la maternidad propiamente dicha, donde están las mujeres que ya han parido.

»En el paritorio, donde pasas las otras doce horas de tu guardia (por lo menos según está organizado en mi hospital), hay tres sectores. Uno corresponde a las camas de parto, donde están las mujeres que están empezando a dilatar pero aún les quedan algunas horas por delante, los embarazos con alguna patología (que puede ir de un cólico renal a la tensión alta), y las que ya llevan semanas y semanas y toca provocarles el parto. La segunda zona es la de dilatación: llegas, dilatas, todo sale bien, estás un par de horas de recuperación y... a planta. Y el tercer sector son los quirófanos, donde tienes que salir pitando si algo se complica y hay que acabar haciendo una cesárea.

»Aunque a veces hacemos lo que se llama una prueba de parto. Si ves que un caso tiene pinta de complicarse, pero crees que se puede intentar por abajo, se lleva a la mujer directamente al quirófano. Allí la preparas para un parto vaginal, le pones las perneras y se inicia el expulsivo. Pero si no sale a la primera o la cosa es más difícil de lo previsto, se quitan las perneras, se llama al anestesista y allí mismo se hace la cesárea, sin exponerla a riesgos innecesarios y sin tener que trasladarla.

»Los ginecólogos somos un poco autistas, porque apenas rotamos por otras especialidades. Si acaso quince días por Urología, otros quince en Cirugía General, o te guardas algunos meses de rotación libre para R4, para poder ir a algún centro privado de fertilidad...

»Lo normal es que pases los dos primeros años haciendo sólo obstetricia: partos, partos, partos... y después legrados\* y más legrados (de R1 eres el rey de la legra), cose que te cose Y ya en los dos últimos años de residencia te dedicas más a la patología ginecológica (cáncer sobre todo) y te dejan participar en los partos instrumentales o cesáreas (aunque en los hospitales más escasos de MIR esto te toca ya desde que eres R1 o R2).

»A mí el primer día ya me dijeron "Espabílate". Me acoplé con una R2 y después de un par de días con ella (hasta me tocó ayudar en una cesárea), cuando ya había aprendido a hacer una historia clínica en condiciones, me dijo: "Ésta te toca a ti sola". Llegó la mujer y me puse tan nerviosa que mientras se desnudaba en el cuartito yo salí al baño a llorar un momento, para desahogarme. Veía a la R2 a tres abismos de mí, y seguro que la paciente tenía una hemorragia o cualquier tontería, pero en aquel momento me asusté un montón y creí que no iba a ser capaz.

»Así que yo intentaría no ir a la Urgencia por cuestiones de Bine, porque te va a ver un R1 casi seguro. Con un poco de suerte es su primera o segunda semana y le acaban de soltar allí después de estar un par de días con un R2. Claro, si preguntas a un jefe te dirá que nunca estamos solos, que siempre hay un adjunto en la guardia. Otra cosa es que seas capaz de encontrarle...

»Depende mucho de los hospitales (una gran maternidad es diferente de un comarcal pequeño), y también de la personalidad de los adjuntos. Nosotros somos dos residentes por año y podemos repartir un poco la carga, pero en otros sitios, donde sólo hay un MIR, ellos se lo guisan y ellos se lo comen. Aunque, como decía una compañera mía, más vale un R1 que ninguno.

»Algunas mujeres sí se dan cuenta de que somos residentes (o estudiantes, como dicen ellas), pero no creo que tengan tan claro cuánto tiempo llevamos en el hospital. La que atendí en mi primer parto no se llegó a enterar de que era mi primera vez, porque me ayudó una matrona con mucha experiencia, y yo casi sólo tuve que poner las manos y dejar caer el niño. Cuando todo acabó, allí estaba yo, con la bata, los guantes, la mascarilla, el gorro y las gafas totalmente empañadas de lo que lloré. Lo único que se me veía en la cara eran dos cristales borrosos, que no me dejaban ver nada.

»A mí los partos me siguen emocionando mucho. A veces entro a mirar aunque no me toque, sólo por ver trabajar a las matronas, y luego a los padres llorando de emoción... Eso sí, cuando las cosas salen mal o se complican, todo el mundo mantiene la calma y la seriedad, y se guardan las lágrimas para después, cuando ha pasado la tempestad. Entonces es cuando te vienes abajo.

»El primer mes y medio de R1 es lo peor, sobre todo en algunos hospitales famosos por su buen rollo. Si logras sobrevivir a eso, el resto es fácil.

»Es posible que en esos cuarenta y cinco días de estreno hagas una guardia cada tres días, o que incluso te tengas que quedar en el hospital el primer día que llegas. Sí, el de las presentaciones. Llegas, haces los papeles, y el jefe dice: "Uno de los dos se tiene que quedar, echadlo a suertes". Como si estuvieses en la mili, pero sin enterarte de nada de lo que pasa a tu alrededor.

»En mi hospital, a los R1 de guardia les toca además traer el café. Allí llegas tú, de

pardillo, con el paquete de café para la máquina, y si hay algún adjunto cerca preguntas: "¿Hago café?". Hay mucha gente que lo encuentra humillante, pero cuanto peor lo llevas, más se ensañan algunos adjuntos contigo, así que lo importante es pensar que no es algo tan grave, que mucha gente antes que tú lo ha hecho y que lo han superado sin ningún tipo de trauma psíquico. ¡Ay de ti como se te olvide! Porque entonces siempre hay un adjunto capaz de llamar a la Urgencia y preguntar: "¿Qué R1 está hoy de guardia? ¿Por qué no ha traído el café?".

»Son normas no escritas, y supongo que no es igual en todos los hospitales. Pero aquí te toca contestar el teléfono aunque haya más personas en la sala que puedan hacerlo (y estén más cerca del aparato). O tienes que quedarte de pie en el cuarto de los médicos aunque quede algún sofá libre... Entre otras cosas.

»Así que más vale que no se te olvide comer esos días, porque vas a necesitar las fuerzas. De repente, en tu segunda o tercera semana, te llega el adjunto (ese que el otro día te advirtió de que no te cruzases en su camino hasta el mes de mayo, o sea, hasta que fueses R2), y te dice: "¡Ah! Por cierto, mañana me pasas la consulta". ¿Yo? ¡Pero si aún no sé ni ver qué cuello tiene, ni lo que es una dilatación. Si no he hecho ningún tacto vaginal en mi vida!

»Pasas la noche sin dormir. No cenas, no desayunas, con los nervios agarraos al estómago, y procuras llegar tempranito a la consulta, dispuesto a salir del paso. Menos mal que tienes al lado a una enfermera que lleva veinte años viendo embarazadas y que te va diciendo lo que hay que hacer, casi sin que se entere nadie: ni uno mismo, ni la paciente: "¿Doctor, le pedimos ya la ecografía, verdad?".

»Aunque eso no es tan malo como algunas novatadas que se han hecho por ahí. A unos residentes les hicieron subir a la azotea del hospital con la excusa de que había que estar preparados en el helipuerto para recibir a un helicóptero que trasladaba un parto muy complicado. O aquellos otros que tuvieron que ir a un hospital cercano corriendo, con el fórceps en la mano y todo, porque una mujer se había puesto de parto en la sala de espera de Urgencias y allí no había ningún adjunto de otras especialidades que supiese atenderla.

»Hay que aprender a relativizarlo todo para que no te afecte en el terreno personal. Aprendes a vivir en el hospital durante ese primer mes, sin que te influya demasiado, y si

logras aprender cuatro o cinco cosas básicas, entonces el resto del MIR suele ir como la seda. Éstas son las reglas básicas:

1. Te puedes dejar enseñar por todos los que saben más que tú, pero no hace falta que te pisen residentes mayores, adjuntos, matronas, enfermeros, celadores... Cuando eres R1 todo el mundo ha visto más partos que tú, pero tienes derecho a que te digan las cosas con respeto.
2. No hay que hacerse el héroe, sino ser prudente y conocer los propios límites.
3. Hay que trabajar en equipo. Si hay ocho personas de guardia es por algo, así que no intentes solucionar los marrones tú solo.
4. Es importante que el erre mayor confíe en uno. Muchas veces es preferible un residente pequeño cauto que uno osado.
5. Y hay que saber que, por mucho que tires en el expulsivo, no te vas a quedar con la cabeza del niño entre las manos. No se conocen casos de decapitaciones en el paritorio.

»No es tan malo como pueda parecer desde fuera. De R1 te abrumba (te sientes el último mono), pero luego te gusta. Haces tus diez primeros partos con un erre mayor al lado (y a veces algún adjunto pululando cerca del paritorio si no se flan mucho de ti), pero al undécimo te dejan solo. A partir de ahí, haces partos como churros.

»De R2 pasas a ser el que lleva el paritorio. Hay tres adjuntos a los que consultar, pero tú eres el que lo tiene todo en la cabeza y tú te organizas; con los partos instrumentales y todo. Ahora, cuando peor lo pasas es de R3, porque eres el residente mayor de la guardia y no tienes a nadie por encima a quien consultar. En caso de extrema necesidad están los especialistas. Estamos en contacto por móvil ("ginel ", "gine2" y "gine3" se llaman los tres telé fonos en un alarde de originalidad), y si pasa algo grave de verdad, en un minuto se plantan allí.

»En nuestro caso, los tres adjuntos de guardia se dividen la noche en turnos por si hay que despertarles para una urgencia. De doce a tres, de tres a seis y de seis a nueve. Pero... ¡pobre de ti como necesites a alguien a las tres menos cinco de la madrugada! ¿A quién

llamo? ¿Qué hago? Nervios, intriga, dolor de barriga. "A ver si lo puedo aguantar un poco para que sean las tres y entonces llamo al del segundo turno, así nadie se enfada".

»Menos mal que están las matronas... Siendo residente no es recomendable llevarte mal con ellas, porque entonces estás jodido. Esto es algo que se aprende desde que eres pequeño: una mujer no pare si la matrona no quiere. Para mí ellas son clave, y según qué adjunto esté de guardia a veces nos compinchamos y aguantamos un poco más a la parturienta, sin llamarla, para dar tiempo a que dilate algo más. Porque si no ya sabes que hay alguno que va a hacer una cesárea con nueve centímetros de dilatación. Sólo porque son las doce de la noche y se quiere acostar ya. Algunos ginecólogos las miran por encima del hombro, pero yo aprendo un montón de ellas.

»Una de ellas me dijo en mi primera semana: "Ya verás cómo de aquí al verano eres imprescindible". Yo no me lo creía, porque llevaba varios días que no hacía otra cosa que llorar al llegar a casa, de puro estrés, pero luego te das cuenta de que llevan razón, y aprendes (y te vas relajando) a fuerza de ver todos los días lo mismo. "¡Ay, qué chocho más precioso te voy a dejar!", le dije a una parturienta mientras le cosía una episiotomía pequeñita que le había hecho. Y claro, la matrona me miró con una cara... ¡Si yo sólo quería hacer una broma para relajar un poco el ambiente!

»A mí me gusta mucho lo que hago, pero es verdad que te vas volviendo frío (y escatológico también). Después de atender varios, cada parto no deja de ser uno más. Intentas que todo salga bien y lo haces lo mejor que sabes. Sin embargo, hay embarazadas muy ñoñas, que necesitan que el médico les dé mucho cariño, pero el médico no está para eso. La paciente obstétrica es muy especial, muy quejica. Pero no hay que olvidar que es una mujer sana, que a veces llega pidiendo un kilo de ecografías, como si supiese mejor que el médico cuándo le conviene la prueba. Será cosa de la progesterona, que te toca la neurona.

»Como aquella señora que vino al hospital porque le habían salido unas manchitas rojas en el cuello. Mi coerre y yo le dijimos que no tenía mayor importancia, que seguramente era algo de alergia provocada por un collar. "¿Collar?", preguntó sorprendida. Nos miró como si hubiésemos mencionado al mismísimo diablo, y nos dijo que las embarazadas no pueden usar eso porque entonces el niño nacería con una vuelta de cordón.

»En Ginecología tenemos además un tratado de antropología social que nos permite conocer a las pacientes según su raza o procedencia. Ya las tenemos caladas a todas. Las mujeres latinoamericanas vienen a la defensiva, como si temiesen que les fuésemos a engañar. Las chinas le echan un par... Si llegan al hospital y se quejan un poco es que está ya casi asomando la cabeza del niño. Las marroquíes están anuladas por sus maridos, tanto que a veces no les dejan ni pedir la epidural, así que el paritorio es el único lugar en el que pueden estar un poco libres y gritan como descosidas. Las gitanas y las rumanas son otra cosa, y pasan totalmente de las normas del hospital. Luego están las "hierbas", como yo las llamo, que vienen pidiendo un parto natural, hasta que sienten la primera contracción y te piden la epidural a gritos. Por no hablar de las que te dicen que no pongas en el informe que llevan un DIU, que su marido no lo sabe. Como aquí no dejamos pasar a los familiares a la consulta, te cuentan cada cosa... "Es que, verás, tengo otra pareja y no quiero que se entere".

»A pesar de todo, lo peor no son ni las embarazadas pesadas, ni los adjuntos, sino cuando algo sale mal. Yo aún recuerdo el primer parto complicado que atendí. Era la R2 de la guardia y bajé a ayudar a una R1 que estaba sola por primera vez. En teoría yo sólo tenía que apretar en el abdomen para que el niño acabase de salir. Pero la cosa se complicó de tal manera que el niño nació muerto y a la madre tuvimos que llevarla corriendo a la UVI. Terminamos a las siete de la mañana, las dos llorando como magdalenas. Me quedé todo el día siguiente en el hospital, medio zombi, dándole vueltas a la cabeza, repitiendo paso a paso todo lo que habíamos hecho. Pensaba en qué habría pasado si yo hubiese estado desde el principio en el parto, si hubiese visto la gráfica del bebé, si podría haber detectado a tiempo algún problema. Me duraron las pesadillas varios días, lo pasé realmente mal. Cuando las cosas salen mal pero has hecho todo lo que puedes te sientes mal durante un día o dos. Sin embargo, cuando intuyes que la has fastidiado, entonces los remordimientos tardan más en abandonarte. Esas cosas son las que realmente te marcan durante el MIR.

»Los partos prematuros también son muy duros, sobre todo cuando rondan sólo la semana 23 o 24 y sabes que el niño tiene muy pocas posibilidades de salir adelante (lo normal es parir entre la semana 37 y 40, más o menos). En esos casos el paritorio es un drama, los padres llorando, nosotros sabiendo que el feto que estamos sacando apenas tiene posibilidades de sobrevivir, los pediatras esperando con todo dispuesto para intentar la reanimación... Y cuando nace, el bebé apenas es una cosita medio azulada que

cabe en la palma de la mano y casi no responde a los estímulos.

»Hay también situaciones muy desagradables, y en mi hospital a veces ha tenido que venir la policía porque nos hemos encontrado una placenta en el cubo de la basura. O una señora en Urgencias sangrando, diciendo que llevaba así varios días y negando que hubiese dado a luz en el baño, hasta que encontramos el feto tirado en un cubo de basura.

»Ya desde residente notas que ésta es una especialidad en la que existe cierto miedo. Sólo en mi hospital tuvimos más de cien reclamaciones el trimestre pasado. Finalmente, sólo dos o tres llegaron a juicio, pero te das cuenta de que a veces los adjuntos no se quieren pillar los dedos, y casi desde que eres R1 aprendes a distinguir qué partos van a acabar en cesáreas. La tasa de cesáreas en mi hospital es de casi el 40 por ciento, y eso es una barbaridad. Pero es que muchos especialistas están acostumbrados a llegar, mirar e irse (vení, vídij, vinci), y si la cosa requiere algo más de tiempo o la dilatación se hace de rogar, tiran por la vía del medio: corte y ventosa. Eso a los residentes nos frustra mucho, así que hay veces que no llamas al adjunto hasta que ya lo has intentado tú primero. Hay otros ginecólogos que no, que son muy buenos obstetras, y se nota que tratan cada parto con mimo.

»A pesar de todo eso, cuando un parto acaba bien, cuando ves a los padres llorar, y el niño también ha empezado a llorar, y se lo pones a su madre en el pecho, y todos estamos sonriendo en el paritorio... en ese momento se te olvida que te duele todo el cuerpo y que tienes las piernas hinchadas porque llevas veinte horas en el hospital. Se te olvida la bronca que te echó el adjunto por la mañana, y las tonterías que has visto durante todo el día en Urgencias. Se te olvida la tasa de cesáreas, y tus dudas sobre si deberías haber elegido otra especialidad. Y entonces, tú también sonríes».

# 12

## Dos *pendis* para hoy



# C

uando un paciente ve entrar a una mujer en su habitación acompañada por un varón, casi siempre cae en el tópico. Ella es «señorita», «mi niña», «joven», «chica»... y él es siempre «doctor». Indistintamente de la edad y del uniforme. La confusión es generalizada y a las médicas no les queda más remedio que aclarar el asunto y aguantar el tipo. Aunque con el tiempo acaben acostumbrándose y lo pasen por alto...

Después de un mes visitando con mi adjunta, cada día, a una mujer que estaba ingresada en nuestro servicio, un día me tocó pasar a verla yo sola. La estuve explorando, le revisé el tratamiento, le pregunté cómo estaba...

Así que cuál fue mi sorpresa cuando a media mañana me dijo una enfermera que la señora se había quejado de que ningún médico había pasado a verla ese día. Fui a ver qué le pasaba y a la buena mujer sólo se le ocurrió decirme que pensaba que yo era... ¡la hija de la médica!

A las residentes les toca escuchar de los pacientes todo tipo de cosas: que les pregunten cuándo va a venir el médico, que les pidan la cuña o que les acompañen al servicio... «Usted es estudiante, ¿verdad, señorita?».

Y por si no tuviesen suficiente con los pacientes, están sus propios compañeros. Hay áreas de la Medicina en las que ese machismo latente es aún más acentuado que en otras. Por ejemplo, Cirugía y Traumatología, tradicionales bastiones masculinos en los que muchos no se acaban de acostumbrar al empuje creciente de las féminas.

La cirugía abdominal, por ejemplo, es una especialidad que requiere una gran fuerza física, no sólo por el tiempo que tienen que pasar operando durante interminables horas, sino porque también hace falta estar en forma para lidiar con los pacientes más obesos o mantener levantada alguna parte de su anatomía durante horas, sin moverse, mientras el cirujano principal opera. Por eso, aunque nadie negará que las mujeres están ya tan preparadas como el mejor de sus colegas, aún quedan restos atávicos de machismo en esta especialidad. Restos que a menudo recaen sobre las pobres residentes. Hasta el punto de que muchas llegan a perder los nervios.

Los residentes de Cirugía General y Digestiva comienzan rotando por varios servicios diferentes al suyo: rayos, trauma, Urología, Cirugía Pediátrica, UVI y Reanimación, Cirugía de Tórax... Hasta que, poco a poco, se van integrando más y más en la actividad de su servicio, donde les toca compatibilizar al mismo tiempo, y casi en el mismo día, un montón de cosas: las consultas, la planta, los quirófanos, las guardias, las sesiones, la investigación y el estudio. Muchos se pasan los primeros días, libreta en mano, tratando de asimilar tanta información nueva a la vez y preguntándose cómo serán capaces de aprender lo suficiente para dejar de sentirse unos inútiles.

La primera vez que estos «casi-cirujanos» tienen un bisturí en sus manos suele ser para alguna intervención sencillita, como extirpar una vesícula o una operación de apendicitis sin complicaciones. Si oye a un MIR hablar de su primera pendi'', no se asuste: se refiere a la primera vez que operó un apéndice. Suelen ser cirugías totalmente guiadas, en las que ponen las manos mientras van siguiendo las indicaciones de sus mayores. Ahora por aquí, ahora por allá... Igual que la primera clase de conducir, en la que el principiante lleva el volante guiado por el profesor con sus mandos auxiliares.

Poco a poco irán adentrándose en el apasionante mundo de las rectorragias y hemorroides, abscesos en el culo o lipomas (pequeños tumores de grasa). Y sólo más adelante podrán participar como ayudantes en operaciones más complicadas, accidentes de tráfico, algunos tumores del aparato digestivo, hernias o trasplantes.

A los residentes de cirugía zurdos se les suele recomendar que aprendan a operar desde el principio con la derecha, porque así resultará más fácil ayudarles en quirófano. Ya que no han cogido nunca el instrumental, mejor aprender a hacerlo a derechas desde el inicio.

La primera vez que das un tajo en el quirófano no sabes muy bien la presión que tienes que ejercer sobre la piel, así que lo normal es que lo hagas más flojo de lo necesario y se rían de ti hasta los celadores.

«Muy bien, ya has arañado la piel. Ahora puedes empezar a operar», me dijeron la primera vez que me vestí de verde después de empezar a abrir un abdomen muy despacito.

Cuando eres R1 eres un pardillo, así que es normal que te gasten bromas de este tipo y no te queda otro remedio que reírte. Una vez estaba acabando una operación de apendicitis (ya sabes, la especialidad de primer año), y apenas había hecho dos o tres cirugías en los pocos meses que llevaba en el servicio. Estaba intentando hacerlo lo mejor posible, con los dos adjuntos y todas las enfermeras de quirófano mirándome, cuando oí que alguien le decía al paciente: «Tranquilo, don Miguel, que ya estamos acabando». Yo me puse de los nervios porque no le podía ver la cara al pobre hombre y me imaginaba que había empezado a despertarse de la anestesia y que estaba sintiendo cómo le cosía. Estaba tan nervioso que aún tardé un momento en darme cuenta de que todos se estaban quedando conmigo.

Pero esas pequeñas cosas son las que le dan vidilla a un quirófano, y hacen que tú te rías también cuando alguien se mete contigo porque estás cerrando muy despacio, para dar bien los puntos, y te preguntan: «Y esta operación tan bonita... ¿cuándo va a acabar?».

Un quirófano suele ser un fiel reflejo de los habitantes que lo pueblan. Hay servicios en los que el jefe mantiene un ambiente rigurosamente serio, sin música, con los teléfonos móviles apagados y en el que cada cual cumple su papel en silencio. Y los residentes (ellos menos que nadie) sólo pueden hablar cuando se les pregunta.

En otros sitios se prefiere un cierto grado de distensión, se permite la música (la

emisora de radio Kiss FM es la estrella indiscutible), y hasta los móviles están encendidos mientras se opera. No es extraño que algún residente, que esté sin lavar, le acerque el celular al adjunto que opera y que lo sintió vibrar en su bolsillo. O que el personal de enfermería comente la lista de la compra o las últimas novedades del ¡Hola!

En las operaciones más largas se acaba hablando de todo, y después de tres o cuatro horas pueden empezar a aparecer los chistes, los cotilleos o las anécdotas del personal. Si el paciente no está completamente dormido, y simplemente le han puesto anestesia epidural, que le permite escuchar todo lo que ocurre a su alrededor, puede acabar charlando con sus cirujanos. Eso sí, a la menor complicación se cambia el chip y todo el mundo se pone serio. Entonces se apaga la radio y el jefe vuelve a ser el jefe.

En los quirófanos, si hay que amputarle algún miembro (generalmente una pierna) a un paciente por alguna complicación vascular, suele subirse un poco el volumen de la música para no escuchar el sonido de la sierra cuando está cortando el hueso. Este sonido, como el que hacen los huesos cuando un traumatólogo los coloca en su sitio para arreglar una fractura, son de los más característicos durante el MIR. Y aunque la primera vez suele impresionar mucho ese «crack» típico (más aún a los profanos en la materia), poco a poco la experiencia acaba por insensibilizar.

Los residentes de Cirugía, como el resto de sus compañeros, hacen varios tipos de guardias: las de Urgencias (en las que se encargan de toda la patología abdominal que llega al hospital), las localizadas para hacer trasplantes (si es que en su hospital existe un grupo dedicado a ello) y las de planta, que les obligan a estar disponibles sobre todo para la llamada Unidad de Cuidados Intermedios. Aunque esta organización puede variar un poco de unos servicios a otros.

No es de extrañar que con esta carga de trabajo los residentes que optan por la cirugía digestiva asuman que no tendrán una vida fácil. Es una especialidad, coinciden, en la que nunca te vas a casa a las tres. Pueden encadenar una guardia de veinticuatro horas con su jornada de consultas normal y una cirugía que se prolonga más allá de la hora de salida, y al día siguiente una guardia localizable de trasplantes que les obliga a pasar quince o veinte horas pendientes de un órgano viable que está esperándoles a varios kilómetros de su hospital. Así que quienes lo eligen ya saben que no podrán disfrutar precisamente de una buena calidad de vida.

En verano, cuando el resto se va de vacaciones, algunos residentes han llegado a encadenar hasta ¡nueve jornadas de guardia consecutivas! Eso sí, todo depende de su hospital, de lo sobrecargado que esté el servicio, del número de residentes... Y sobre todo de que se cumpla o no el decreto que establece que los MIR sólo pueden hacer un máximo de cinco guardias al mes.

Son días de frustración, de agotamiento mental y físico. De llegar a casa llorando y de dormir apenas tres o cuatro horas. No hay tiempo para estudiar y aprender mejor la cirugía, así que tampoco hay modo de llegar a ser más resolutivo, más útil, porque todo se va aprendiendo a golpe de machacarse y de recibir broncas por uno y otro lado. Broncas por llegar tarde a un quirófano programado porque estabas en Urgencias, y malas caras en Urgencias porque una cirugía se prolongó más de la cuenta y los pacientes se acumulan en la sala de espera. O porque estabas de visita en la planta dando altas, viendo la evolución de los pacientes, hablando con la familia... O pasando la consulta. O atendiendo la llamada del busca que reclama tu atención mientras estás haciendo otra cosa. El ambiente en el servicio influye mucho, hasta el punto de que hay residentes que aseguran haber visto tijeras volando por el quirófano en medio de una operación.

Los residentes de Cirugía Digestiva reaccionan de maneras muy diferentes al estrés que produce su especialidad. Algunos acaban cayendo en la desidia y el pasotismo, cargando con el trabajo más desagradecido a los residentes más pequeños que llegan por debajo de ellos. Los hay que se separan de sus parejas, piden un cambio de servicio, o incluso algunas mujeres se quedan embarazadas con tal de disfrutar de unos meses que les permitan recuperar fuerzas. A muchos les da por hacer ejercicio físico a tope, como una vía de escape para descargar la tensión acumulada.

Algunos adjuntos aseguran que muchos matrimonios en esta especialidad acaban en divorcios, y es que no hay relación que aguante las guardias encadenadas, la falta de sueño, los viajes a congresos y el cansancio físico. Y al llegar a casa tarde, agotados, hacer la compra, poner la lavadora, arreglar la casa... ¡Y preparar una sesión clínica! Con esta carga de trabajo es normal que no sólo las parejas se rompan: incluso las amistades más consolidadas se tambalean por falta de contacto o de tiempo, y a veces hasta por falta de fuerzas para quedar, ver a la gente, salir, divertirse...

La indumentaria de los cirujanos dice mucho de ellos. Es frecuente que las residentes de primer año (esto les afecta sobre todo a ellas) intenten apañarse para ir al hospital, se peinen, incluso se den algo de brillo en los labios... Esto suele durar apenas unos meses: el pijama verde y el gorro quirúrgico pueden con todo. «De R1 eras más mona», se suele decir. Transcurrido un tiempo, la imagen personal del residente de cirugía se despersonaliza completamente gracias al uniforme de batalla.

Los jefes dejan de verte como una persona, eres simplemente un uniforme.

Y nadie se plantea, por ejemplo, que después de quince horas en un quirófano ayudando a los adjuntos a lo mejor necesitas ir al servicio o descansar cinco minutos. Es frecuente que algunos aún cultiven el mito del residente estoico, que nunca se debe quejar, que debe estar contentísimo de estar operando y aprendiendo un montón de cosas, aunque nadie le haya dado permiso para ir al baño en las últimas doce horas.

Mientras otras especialidades pueden combinar el pijama verde quirófono con la bata blanca encima de la ropa de calle, lo normal es que estos residentes se pasen jornadas enteras de verde. Por pereza, por prisa, por comodidad, porque hacen mucho pasillo...

Hasta el punto de que descuidas tu vestuario. Yo llegué a pasarme varias temporadas sin comprarme ropa, porque no tenía tiempo. Y total, si nada más llegar al hospital me ponía el pijama. Es comodísimo para pasar tantas horas de pie y recorriendo pasillos, para echarte en la cama un rato.

Aunque en alguna guardia yo echo de menos poder parar cinco minutos y darme una buena ducha para quitarme esa sensación de estar pringosa que tengo algunas veces, cuando has tenido una operación especialmente sucia, o un paciente te vomita encima, o estás sudada y no hay pijamas limpios para cambiarte. En esos momentos pediría una especie de tiempo muerto, a las tres o las cuatro de la mañana, para ducharme.

En algunos hospitales sólo pueden ir de verde en la zona de quirófanos, así que muchos se pasan el día (sobre todo si les toca guardia) vistiéndose y desvistiéndose. Con el uniforme bien limpito y aséptico, eso sí, pero todo el día con los mismos zuecos que

han pisado la cafetería, la calle, el quirófano...

El gorro de baño fabricado con una fina telilla verde tampoco favorece la estética. Por eso hacen furor los modelos de colores que regalan los laboratorios farmacéuticos y que todo residente de Cirugía que se precie trata de conseguir (incluso recurriendo a los pañuelos-gorros que se venden en puestos callejeros y que en realidad están pensados para motoristas o surfers). Hay compañeros que después de meses viéndose con la cabeza tapada y mascarilla apenas se reconocen en el mundo exterior, vestidos de calle y con el pelo descubierto.

Muchos MIR de Cirugía llegan al hospital con ansiedad desde por la mañana temprano, y acaban desquiciados por el sonido del busca, que cada cinco minutos les reclama por los asuntos más diversos. Hay quien experimenta una crisis al llegar al segundo o tercer año de residencia, se plantea tirar la toalla, empezar otra especialidad, buscar mejor calidad de vida... Hay gente encantadora que, tras dos o tres años de residencia, se encuentra gritándoles a sus compañeros sin motivo, desesperados, sobrecargados...

En general, un cirujano se siente responsable de su paciente hasta el final, y es frecuente que los residentes repasen mentalmente sin parar sus cirugías, que se les grabe la cara de cada operado en la mente y no dejen de darle vueltas a cada caso, incluso en las pocas horas de sueño que les dejan las guardias: «Por favor, que no tenga ninguna complicación», «Que la herida se cierre bien», «Que no se rompa el empalme que hice», «Que no tenga que volver»...

A pesar de todos los pesares, la vocación suele prevalecer y los cinco años de residencia de cirugía siempre dejan algún buen recuerdo. Los pacientes agradecidos, las familias comprensivas, el adjunto que sacó un hueco para enseñar una lección importante o para demostrar cuándo es mejor no operar que operar, las amistades que sobrevivieron al MIR y las que se hicieron durante el MIR. Y sobre todo... las ganas de operar (quizás una de las pocas cosas de las series de médicos que sí se ajustan a la perfección a la realidad).

Mi jefe de servicio decidió que mi coerre y yo no pisáramos para nada el quirófano durante nuestro primer mes. Y claro, estábamos que nos subíamos por las paredes.

Poco a poco fuimos aprendiendo, con operaciones casi cada día (la presión asistencial y las listas de espera obligan), pues siempre hay alguna vez en la que te toca meter mano. Además, no es lo mismo tener que aguantar dos horas una operación tirando de valva que ser tú el que agarra el bisturí. Y una vez que lo has probado es como una droga. ¡Siempre necesitas más!

Al final siempre hay alguien que tiene que hacer el trabajo farragoso, y eso nos toca a los residentes. Es ley de vida. Yo he tenido suerte en las últimas guardias y siempre que ha llegado algo he podido hacerlo yo.

Según van pasando los meses y los años, los adjuntos te van dejando hacer cosas más complicadas. En mi hospital tenemos suerte: la mayoría ha hecho la residencia allí y saben lo que es estar aguantando separadores y aspiradoras mientras suspiras por que te dejen poner un simple tornillo. Así que no nos podemos quejar, nos tratan bastante bien.

Algunos residentes aseguran que el MIR es la mejor experiencia de su vida. Otros no repetirían ni por un millón de euros.

# 13

## Mocos a medianoche



T

ienen fama de dulces (y hasta de cursis) entre los MIR de otras especialidades, pero es a los pediatras a quienes les toca la doble tarea de lidiar con sus pacientes y con sus padres. Y esto, quieras que no, no facilita mucho la tarea.

Entre los mocos sin importancia que llegan a Urgencias a cualquier hora, y los casos graves de verdad que pueden marcar su residencia, hay un amplio abanico de posibilidades, como relata uno de ellos:

Los pediatras tenemos fama de ser gente dulce (sobre todo en el caso de las chicas, que siguen siendo mayoría en la profesión), de trato muy amable, un poco ñoños si quieres. En general somos una especialidad maja, que no se lleva mal con nadie. Bueno, tal vez un poco con los ginecólogos, que son los que nos hacen levantarnos a las cuatro de la mañana para ir a un parto instrumental, una cesárea o un prematuro («Viene un veintinueve semanas»). En general, cualquier parto de riesgo, por si hay algún problema con el niño y tenemos que intervenir.

Los pediatras no nos relacionamos mucho con el resto de especialidades, tal vez por eso tenemos también un poco fama de autistas, porque todas nuestras rotaciones tienen siempre el apellido «pediátrico», y apenas tenemos que tratar con otros servicios: Dermatología Pediátrica, Traumatología Pediátrica, Radiología Pediátrica,

UCI Pediátrica... Y así sucesivamente.

Si de algo te das cuenta los primeros días en el hospital es que los seis años de carrera no te han servido de nada. Y el primer día que te tienes que enfrentar a la realidad descubres que no sabes nada de Medicina. Igual que cuando sales al extranjero, pensando que sabes un poquito de inglés...

No recuerdo exactamente cuál fue el primer paciente que atendí de R1, pero sí se me quedó grabado mi primer «no paciente». Entrábamos en el hospital dos residentes por año y mi coerre y yo habíamos estado haciéndolo todo juntos los primeros días, hasta que un día nos lanzamos y dijimos: «Venga, el próximo que llegue lo vemos solos».

Entonces llamaron al busca y nos dijeron: «Viene una ambulancia con un niño con una crisis de asma». Así que me eché para atrás y dije: «No, mejor espero a la próxima oportunidad», porque no me veía aún preparado y me abrumaba equivocarme o no ser capaz de hacer ni siquiera la exploración, o que se me pasase por alto algún síntoma importante.

En mis primeras guardias lo que de verdad quería era ser celador. Que me dijese lo que tenía que hacer. Lleva esta camilla, trae, ven... Y no tener que tomar ninguna decisión, ni asumir ninguna responsabilidad. Ser un mandao. Esa sensación me duró varios meses, aunque luego se fue pasando. De hecho, recuerdo mi primer año como algo angustioso, pero no tan traumático como cuentan otros compañeros. Quizás porque siempre me he sentido muy arropado por los adjuntos y por los residentes mayores. Siempre he tenido la suerte de tener a alguien cerca a quien consultar cualquier duda (sobre todo siendo R1, que es cuando más necesitas esa supervisión para vivir tranquilo).

Las madres de los niños que yo haya visto como R1 pueden estar tranquilas en ese sentido, porque no han asumido ningún riesgo innecesario. Además, en general creo que los residentes somos bastante sensatos, y si no sabes algo, preguntas. Más vale dar el coñazo que quedarte con la duda, así que al principio te hartas de preguntar a todo el mundo (a los erres mayores, a las enfermeras, a los adjuntos... ¡hasta a los celadores y los administrativos si hace falta!). Así hasta que poco a poco te vas soltando, vas aprendiendo... Y cuando ya has visto los mismos síntomas de fiebre y mocos treinta y

tres veces te atreves a diagnosticar y a tratar tú solo sin molestar a nadie.

Lo peor es tener que ver un caso grave de verdad en la Urgencia sin saber qué tiene el niño. Pero es que, desgraciadamente, lo que llamamos urgencias se acaba pareciendo mucho a la consulta del ambulatorio, y tú estás allí sentado, a las doce de la noche, atendiendo a un niño de cinco años con un poco de dolor de garganta, sin fiebre. Y no te quiero decir nada en invierno, cuando los hospitales se llenan de mocos infantiles, bronquiolitis, gripes, catarros, padres histéricos...

Los padres deberían pensar que sacar a un niño de casa a esas horas, por un dolor de dos horas de evolución, es cruel e inhumano. Claman al cielo las chorradas que tenemos que atender los pediatras por la noche porque en el centro de salud no le han dado cita para ese mismo día.

Hay casos que sí son urgentes (o graves, si prefieres llamarlo así). Un niño que se ahoga, que convulsiona, que está azul, un prematuro... Pero de esos puedes ver uno al día en mi hospital, y en la mayoría de los casos lo maneja el adjunto (o un R3 o R4). Hay otras situaciones en las que sí puede haber una duda razonable y entonces entiendes el agobio de los padres y, poniéndote en su lugar, comprendes que hayan preferido ir al hospital para curarse en salud.

Uno de los casos que más me ha marcado en la residencia fue el de un niño que había ingresado por vómitos por la tarde. Yo estaba de guardia y me llamaron las enfermeras como a las cuatro de la madrugada, porque le habían repetido una gasometría y estaba un poco peor que la anterior. Así, de primeras, esto no es algo que te haga saltar de la cama, pero pensé que lo mejor era bajar a echarle un vistazo. Me acuerdo que fui y, antes de acercarme a su cama, pasé para hablar con las enfermeras en el control para que me contasen un poco. Justo en ese momento, mientras ellas me explicaban que se había estado quejando, oímos a la madre, que estaba con el niño, gritar: «¡Mi hijo, mi hijo!». Acababa de entrar en parada cardiorrespiratoria.

Yo era R3, y a esas alturas ya sabes lo que tienes que hacer en estos casos, y lo haces casi mecánicamente. Le pasamos al box de parada y no tardaron ni tres minutos en aparecer por allí los tres adjuntos que estaban de guardia esa noche (les debían de haber llamado las enfermeras). Le empezamos a dar con el ambú (ese balón inflable con mascarilla que a veces sale en las series de médicos), le hicimos la reanimación, como en

las películas, con adrenalina, masaje cardíaco y todo eso, pero no pudimos hacer nada y el pobre niño murió.

Algo así te deja muy tocado, porque no es tan frecuente que un niño muera estando en el hospital, y menos si había ingresado sólo por vómitos. Es más habitual que tengas que enfrentarte al fallecimiento de bebés prematuros, o de niños con cáncer o alguna otra enfermedad grave... Pero un crío mayor y tan de repente... Es algo poco habitual. Además, siendo residente siempre te queda la duda de si podías haber hecho mejor la reanimación, o de si podías haber hecho algo más por ese crío. No dejas de darle vueltas en la cabeza. Recuerdo que al día siguiente bajé a ver cómo le hacían la autopsia, porque era una cosa un poco inexplicable y no me quedaba tranquilo sin saber la causa de la muerte. Los niños fallecen porque se asfixian, se atragantan con algo, tienen un asma que no evoluciona bien, acaban en la UCI, sufren una infección grave (la sepsis es una de las enfermedades que más tememos los pediatras), pero así de repente, sin que sepas la causa...

En la autopsia inicialmente no se descubrió nada, y hasta pasados dos o tres meses no supimos el resultado de Anatomía Patológica. Había tenido una miocarditis fulminante, una inflamación del corazón en la que apenas hay nada que hacer. Eso, quieras que no, al menos sirve para dejarte más tranquilo, dentro de que, según la personalidad de cada uno, estas cosas no se olvidan fácilmente y aún hoy recuerdo su cara.

A raíz de ese caso y de otro neonato que murió durante mi rotación en Neonatología aprendí una cosa: en esos casos siempre te vas fastidiado a casa, en primer lugar por la tristeza de que se muera un niño. Pero luego, además, por una especie de orgullo personal que te hace preguntarte si podías haberlo hecho mejor. Te sientes impotente por la muerte de un ser humano... Y con aquel caso recuerdo que un colega mío me dijo: «Pero ¿tú qué te has creído que eres? ¿Dios?». Su reflexión me sirvió para admitir que me podía equivocar. No lo voy a hacer a propósito, pero soy humano y, lo siento, puede que no consiga reanimar a un niño. Una vez que aceptas eso y conoces tus limitaciones, la vida en el hospital es un poco más llevadera.

A veces los residentes tenemos la suerte del tonto, que se dice, y por ser más precavidos de la cuenta hemos podido salvar alguna vida, incluso sin querer. Recuerdo a un R1 de Familia que estaba rotando por Pediatría y decidió dejar a un niño en el área de

observación de la Urgencia, con el típico episodio febril de poco tiempo de evolución que quizás un especialista hubiese mandado a casa. Pero él no se quedó tranquilo y prefirió no arriesgar. El niño no tenía nada grave, aparentemente, pero ese margen de seguridad fue lo que le salvó la vida. Porque tenía meningitis y gracias a que estaba en observación se le pudo atender a tiempo y evitar la tragedia. Debe de ser verdad eso de que los niños tienen un ángel de la guarda (y nosotros, otro).

En general, los MIR tenemos un nivel de autoexigencia muy elevado. Somos gente estudiosa (muchos han sido los empollones en el cole), estamos acostumbrados a hacer las cosas bien, hemos aprobado un examen muy duro para elegir la plaza que queríamos... Luego, según te haces mayor y vas acumulando guardias, la cosa cambia y es posible que la piel se te vaya endureciendo un poco. Pero, en general, creo que los médicos somos gente entregada (ya desde el MIR) y asumimos que hay que echar muchas horas y aguantar según qué cosas. En nuestro caso, a los padres.

Creo que en general son buena gente (cualquier MIR te dirá que prefiere tratar antes con un padre que con una madre), pero a veces el trato es complicado, sobre todo porque se trata de su hijo, y no todo el mundo acepta que los niños se pueden poner enfermos, que hay veces que los anti bióticos no curan la fiebre, o que les digas que la leche con miel puede ser más eficaz que un jarabe para la tos.

En el mundo en el que vivimos, en el que todo tiene solución, todo se arregla, todo lo que está roto se puede cambiar por algo nuevo... no siempre se acepta la realidad del dolor y del sufrimiento. Como no se acepta ir al médico y que te diga que no le ve nada grave al niño, que te vayas a casa y que se le pasará en tres o cuatro días, o que te diga eso de «Debe de ser un virus», pues muchos padres pensarán: «Tantos años de carrera para que el pediatra me salga con lo del virus».

Mi impresión durante la residencia es que muchos padres piensan que eres mejor médico cuantas más pruebas pides y más medicamentos mandas (a mí me han llegado a exigir una radiografía porque el niño tenía mocos y, claro, eso podía ser una neumonía). ¡Y no te digo nada si te ven con el pijama verde en el hospital!

Yo notaba esa sensación cuando, después de hacer la rotación por el ambulatorio, me encontraba a las mismas familias en el hospital, estando de guardia. Se les notaba en los ojillos, y en la forma en la que me saludaban. Era algo así como si pensarán: «Ojo,

parece que el chico joven este es médico de verdad». Parecía como si para ellos, el pediatra del hospital fuese más pediatra que el del centro de salud, y se notaba que les gustaba verme allí, rodeado de otros médicos y de aparatitos. Esto es curioso, porque la formación del MIR de Pediatría es muy hospitalaria, pasamos la mayor parte de las rotaciones en el hospital, a pesar de que el ambulatorio va a ser nuestro hábitat natural.

Y eso que para desgracia de muchos de los que queremos trabajar en el hospital, hoy en día donde más trabajo hay para los pediatras es en el centro de salud. Para poder ser adjunto en alguna especialidad hospitalaria al acabar la residencia (como Oncología Pediátrica o Neonatología, por ejemplo), lo normal es que tengas que sufrir antes varios contratos precarios, uno detrás de otro. De sustitución, para hacer guardias, sólo de noches, de un día, de una semana, para los festivos... Y así toda la morralla que te puedas imaginar, hasta que un día, en algún hospital, salga una plaza para ti.

Sólo desde hace pocos años se han empezado a incluir las rotaciones de los MIR de Pediatría en Atención Primaria, así que antes, los pediatras que se habían formado únicamente por los pasillos del hospital sufrían una especie de impacto decepcionante al llegar al centro de salud, un entorno que no habían pisado nunca antes. Y es que el ambulatorio, quieras que no, quema mucho.

Además, a veces parece que la gente se pone nerviosa delante del médico y algunos padres se aturullan. Una vez, haciendo la historia clínica de un bebé, uno de los datos que se pide es cuándo hizo el niño su primera caca, porque un retraso en la evacuación del primer meconio puede orientar sobre algunas enfermedades... Así que le pregunté a una madre: «¿Cuándo hizo la primera caca?». Y me respondió, así como ruborizada: «¿Quién, yo?». Otra me dijo que su hijo había tenido el rotavirus, en lugar del rotavirus; y una estaba realmente asustada porque a su hija se le había metido una pipa en la nariz y temía que si no hacíamos algo pronto le podía subir hasta el cerebro.

Tampoco es extraño que los padres se pongan nerviosos y lo paguen contigo, o se pongan un pelín violentos. Aunque conozco algunos casos de agresiones a MIR, a mí la única vez que me ha tocado fue con un padre gitano. Había venido a la consulta con su hija, sin cita, y le dije que le vería cuando hubiese acabado con toda la gente que sí tenía citada para ese día. Me amenazó, me cogió por la espalda y me dijo que si le pasaba algo a la niña yo iría detrás. Aunque ojo: también he tenido contacto con gitanos majísimos, y

el último padre que me amenazó era tan payo como yo (éste estaba dispuesto a cortarme el cuello). Otra vez vino un padre marroquí que tenía cuatro hijos y les quería hacer una radiografía a cada uno de ellos. Costó un buen rato llegar a entendernos, porque yo no quería hacer la prueba así sin más, y él no me explicaba la razón. «Pero, hombre, ¿y por qué vamos a radiar a los niños si están sanos?». Al final salió con que tenía otra hija ingresada con tuberculosis, y alguien le había dicho que había que vigilar a los otros hermanos que habían estado en contacto con ella, pero que no tenían fiebre ni ningún otro síntoma. Le expliqué que lo único que estaba indicado era la prueba del Mantoux y hacerles la radiografía sólo si ésta daba positivo, pero él estaba convencido de que yo era un racista que no les quería hacer las radiografías a sus hijos, por ser árabe.

Otros padres prefieren la poesía para comunicarse con el pediatra, y entonces es posible que en mitad de una guardia una madre te diga que a su hijo «Le duele al hacer caca como si le saliera un rinoceronte por el culo».

Según su edad (y la nuestra), los pediatras tenemos una relación distinta con los niños. Si tienen entre uno y dos años es cuando más lloran durante las exploraciones, así que lo mejor es dejar que se queden agarrados a sus padres y tratar de acabar lo antes posible. Después, según van creciendo, tratas de tenerles entretenidos y hablar con ellos, pero sin tantas ñoñerías como mucha gente cree. Además, los niños suelen ser más listos de lo que los mayores pensamos a menudo. «Papá, el pediatra es calvo», le decía el niño a su padre delante de mí, pero bajando la voz para que yo no le oyera.

Otra cosa que hay que aprender pronto durante la residencia es que lo mejor es mantenerles con el pañal quitado durante el menor tiempo posible, para evitar que se te hagan pis encima. ¡Sobre todo si en tu hospital el servicio de lencería no es muy eficiente!

Y por si los padres y niños no fuesen suficientes por sí solos, a los residentes nos queda además aguantar a nuestros mayores, que a veces se aburren en la guardia y deciden hacernos alguna novatada. A uno de los R1 de mi hospital le dijo el adjunto: «Ven, explórale los testículos a este niño con los ojos cerrados, a ver qué detectas». Y cuando el pobre MIR se prestó diligente y extendió la mano, el adjunto le puso a tocar el meconio. Otro nos preguntó si sabíamos utilizar el esíroponcio (aunque en nuestra descarga hay que decir que aún éramos estudiantes, no residentes). Nos lo dijo tan serio

(«Ahora vamos a atender a la señora con el esíroponcio»), que no dudamos un momento de que fuese verdad. Ese día estaba todo el servicio confabulado, y lo hacían fenomenal. Saqué mi libretilla del bolsillo y le pregunté todo serio: «¿Qué es eso del esíroponcio?». Supongo que hasta alguien que no ha estudiado Medicina sabe que no es nada, pero yo estaba con tal tensión que sólo quería hacerlo bien y demostrar que tenía interés. Aún se deben de estar riendo de mí.

# 14

## Soy todo ojos



**E**n algunas especialidades, como es el caso de la Oftalmología, los residentes pasan directamente a dedicarse a su servicio desde el primer año, sin tener que hacer rotaciones en otros servicios y, en consecuencia, librándose de las odiadas guardias de Puerta.

Durante la carrera de Medicina apenas se estudian los ojos durante un cuatrimestre, unas tres horas a la semana. Así que prácticamente todo lo que deben saber sobre ellos lo aprenden durante la residencia en el hospital.

Según sus hospitales, rotarán por todas las subespecialidades de la Oftalmología (retina, glaucoma, estrabismo, cataratas y órbita), tres meses en cada una, pegados como lapas al residente mayor y acoplándose a la actividad normal del servicio hasta que puedan ser más o menos independientes. Cogiendo sus vicios, sus manías, recetando los mismos fármacos, haciendo o deshaciendo según hayan visto hacer durante cuatro años.

Por la mañana pasarán consulta o irán al quirófano los días que toque (dos o tres a la semana), y a partir de las tres de la tarde harán las guardias en su servicio, alejados de residentes de otras especialidades, que suelen confraternizar en las Urgencias. Aunque siempre quedan las fiestas de residentes o los amigos que están en otros servicios para hacer vida social.

Durante sus dos o tres primeros meses en el servicio, un R1 de Oftalmología prácticamente no hace nada más que mirar («ver, oír y callar»). Ni siquiera se esteriliza cuando toca entrar al quirófano, así que como mucho puede seguir la operación a través del monitor que hay en la misma sala de operaciones, mientras el adjunto y algún erre mayor que él operan.

Sólo transcurrido ese tiempo prudencial es posible que le dejen lavarse para ayudar como instrumentista, e ir dando los aparatos necesarios en el orden correcto al oftalmólogo que opera. Un poco más adelante, ya como primer ayudante, podrá mirar sentado junto al adjunto.

Lo único que puede llegar a operar un residente de primer año son aquellas cosas en las que no corre peligro la vista del paciente. Son los famosos pingajos, verruguitas y pequeños quistes que salen en los párpados o en la parte externa de los ojos y que son relativamente fáciles de intervenir (¡sin poner en riesgo el ojo!) para alguien que sólo lleva unos meses dedicándose a esto.

Oficialmente nadie le dice al paciente que quien le va a intervenir es un residente recién salido de la facultad, aun que cada vez son más los hospitales que están advirtiéndolo en los consentimientos informados, un documento que se debe firmar antes de someterse a una cirugía y en el que se explica el procedimiento y sus posibles riesgos.

Además, la mayoría de los grandes hospitales públicos españoles son universitarios y tienen a futuros médicos en formación entre su plantilla. Así que aunque no se trata técnicamente de un engaño, sí se intenta quitarle importancia para no preocupar al paciente.

Ésta es una especialidad en la que el paciente está despierto y puede oír lo que ocurre a su alrededor mientras le están operando, por lo que los adjuntos tratan de cumplir al mismo tiempo una doble labor: formar a sus pupilos sin poner nerviosos a sus pacientes por la impericia de los residentes. Por eso, más de uno suele jugar al karaoke dentro de la sala de operaciones, cantando discretamente en voz alta cada paso de la cirugía mientras quien realmente la está llevando a cabo es un R2 o R3: «Ves... Ahora con esas pinzas tan finas levanto la membrana retiniana, y ahora lo que tengo que hacer es... ».

En un quirófano de Oftalmología hay dos oculares con los que ir viendo con detalle la operación, como si fuesen dos prismáticos de aumento: uno para el que está operando y otro para el primer ayudante, sentado a su derecha, justo en la oreja del paciente.

Un residente nunca está solo a la hora de operar, y aunque su adjunto le deje la responsabilidad de hacerlo, siem pre le puede reemplazar si ve que se atasca o que no está suficientemente seguro de lo que está haciendo. Uno mismo puede decir cuándo ha llegado la hora de levantarse si no está muy seguro de cómo seguir, o si siente miedo y pasa el testigo a sus mayores...

De hecho, lo habitual es que los MIR empiecen varias cirugías y se levanten para dejar seguir al adjunto hasta que, finalmente, y transcurrido cierto tiempo, llegan a completar una operación ellos solos, sin ayuda. Tampoco es raro que empiece y el adjunto le sustituya en la parte más compleja para luego dejarle seguir... En definitiva, un discreto baile alrededor de la camilla, acompañado de bromas, consejos, correcciones y pequeñas broncas.

Si un residente se lava las manos es buena noticia: significa que ese día va a tocar bola. El proceso es minucioso, y aunque la teoría dice que debería durar tres minutos, rara vez se enjabonan durante tanto tiempo. Hay que prestar especial atención a las uñas, y llevar la espuma hasta el codo, abrir el grifo sin tocarlo con las manos y aclarar después todo el antebrazo para pasar al quirófano con las manos semialzadas y el agua aún chorreando.

Allí se secan bien con unas gasas tamaño servilleta y se ponen la bata de operar que una enfermera les anuda a la espalda. Sólo les queda colocarse los guantes de goma, que cubran por encima las mangas de la bata para poder tener las manos bien libres de estorbos y atarse la última cinta de la bata, por delante y a la altura de la cintura.

El gorro es como los que se utilizan en la ducha, pero de una telilla verde claro poco favorecedor. Se pone por la mañana al llegar al hospital y ahí se queda prácticamente hasta la hora de irse a comer. Es un complemento indispensable para la higiene quirúrgica, pero no hay peinado que resista con dignidad después de varias horas y cuatro o cinco cirugías.

Todo transcurre con diligencia. En los hospitales donde no hay enfermeras

instrumentistas, los propios oftalmólogos se van preparando la mesa con todo lo que van a necesitar. Uno de estos especialistas cubre completamente el cuerpo del paciente con una sábana verde, y le tapa además la cara con varios paños del mismo color para que sólo quede al descubierto un pequeño orificio redondo por donde asoma el ojo.

El otro acerca una gasa cogida con unas pinzas largas al cubo de la basura para que un auxiliar lo impregne bien de Betadine y se lo aplica al paciente por el párpado. También se cubren con los mismos paños color verde quirófano las sillas donde adjunto y residente se van a sentar durante la operación.

El que va a operar, en la cabecera de la camilla, se descalza y aparta sus zuecos a un lado para manejar mejor los pedales de la máquina, y se arrellana en el taburete, sin tocar nada con las manos.

En un rincón de la sala, ajeno a todo lo que está pasando a su alrededor, vestido de verde, con la mascarilla anudada y medio caída sobre el pecho, un anestesista lee el periódico. A una orden del adjunto la luz general del quirófano se apaga y, alumbrados por un potente foco que apunta directamente al ojo, comienza la operación.

Según la gravedad del asunto, la pericia del cirujano y la tranquilidad que muestre el paciente, la operación puede estar lista en unos treinta o cuarenta minutos; y en muchos casos, como las cataratas, por ejemplo, el paciente irá a su casa ese mismo día, después de descansar un par de horas en la sala de los sillones, donde espera con el ojo cubierto por gasas. Al residente le queda aún completar el papeleo del procedimiento y acompañar al adjunto a informar a la familia de que todo ha ido correctamente.

Las mañanas de quirófano son un encadenamiento de lavarse las manos y ratos muertos en la sala de los cafés, esperando a que esté listo el paciente de la próxima intervención. Mientras, se comentan las incidencias de cada operación. Que si lo nervioso que estaba el paciente que no dejaba de moverse, que si los problemas con el inyector para introducir la lentilla que sustituye al cristalino por la incisión corneal, que si las enfermeras que no se han callado, que si el ordenador que se ha quedado colgado, que si...

Lo normal es que los residentes de ojos no lleguen a aprender las técnicas de alguna de las cirugías más complicadas (de las que apenas se hacen tres o cuatro al año) hasta

que ya son adjuntos, algo que los hospitales asumen y que tratan de cubrir mediante la subespecialización de sus médicos, una vez que ya son oficialmente especialistas. Entonces podrán atender y aprender más de la retina y operar una membrana epirriteniana, o tumores orbitarios y otras rarezas por el estilo.

Si algún día hay una operación fuera de lo común en los quirófanos del hospital, es posible que los residentes que están operando en los otros pasen a verlo: pero ni en todos los hospitales existen los auditorios de cristal que aparecen en las series estadounidenses, ni tienen las mismas ansias por operar a toda costa, como se ve en la tele.

Algo que tampoco aprenderán estos residentes en el hospital es a utilizar el láser para la cirugía refractiva, el que se emplea para corregir la miopía, y que no está disponible en muchos hospitales públicos por tratarse de una corrección estética más que de salud propiamente dicha. Aunque será, seguramente, una de las cuestiones más demandadas por familiares y amigos a propósito de su especialidad.

Seguramente sí les dejen desde R1 «matar marcianitos» con el láser cuando la lentilla de un operado de cataratas se ensucia, como dicen los pacientes, una técnica que no tiene demasiada dificultad para un buen novato que se precie.

Poco a poco aprenden cómo es una historia de ojos, qué hay que preguntarle al paciente... También se van manejando con los cacharros y aparatos del servicio, aprenden a ver el fondo de ojo, el manejo de las lentes para gra duar... Hasta que son R4 y prácticamente se vuelven independientes, capaces de ver, diagnosticar y tratar por sí solos.

De hecho, durante las guardias los adjuntos sólo tienen que estar localizables por el móvil, y quienes se encuentran en el hospital, bregando con los ojos urgentes que llegan, son los MIR, generalmente un erre pequeño y otro mayor.

Un R1 puede empezar a hacer guardias de veinticuatro horas (de ocho de la tarde a ocho de la mañana) sólo quince días después de haber pisado el hospital por primera vez. Generalmente empiezan los fines de semana para que los erres mayores estén con ellos todo el tiempo, aunque en los días de labor pasan la mañana solos en Urgencias, mientras los mayores están en consulta o en el quirófano, según lo que toque.

Cuando llega el mediodía, los erres mayores bajan a la Urgencia a recoger a los pequeños para comer juntos y seguir por la tarde cubriendo la Urgencia a medias. Hasta que llega la noche... A la hora de dormir es de nuevo el más pequeño el que se queda con el busca para estar pendiente de todo mientras el erre mayor sube a dormir a las habitaciones de residentes. La mayoría de las noches pueden dormir las ocho horas del tirón, porque casi todas las urgencias oculares se atienden durante el día («Nadie sale de casa a las tres de la mañana por un picor de ojos»). Así que si ocurre algo realmente grave, el pequeño llama al mayor y éste al adjunto, que es quien puede abrir el quirófano si hace falta coser: «Un ojo abierto es la única cosa realmente urgente», les recuerdan e insisten antes de marcharse tranquilamente a casa.

Por eso la mayoría de los residentes de Oftalmología puede echar un sueñecito por la noche y no suelen librar el día siguiente de la guardia, aunque la ley les dé ese derecho, porque han descansado y prefieren quedarse para estar en quirófano y seguir aprendiendo. Y con un poco de suerte, operando.

Aun así, no todo es tranquilidad en la vida de los MIR de Oftalmología. Más de uno se pregunta qué demonios quiere decir «que me ha cogido el arco» cuando atienden a algún obrero de la construcción muerto de dolor e incapaz de abrir los ojos. Generalmente el misterio se resuelve siempre igual: el residente pequeño llama al mayor, éste le echa una gota de anestesia al paciente en cada ojo, el señor abre de repente los ojos y se va a casa con una pomada y la promesa de que le va a doler durante unos días. El famoso arco que despista a los R1 es en realidad una dolorosa quemadura en la córnea por soldar sin protección, un problema frecuente pero fácil de tratar una vez que los residentes aprenden la expresión y a manejar la situación.

Algunas personas mayores también acuden a Urgencias porque algo les impide abrir los ojos, aunque en su caso la causa hay que buscarla en la nevera: allí donde se guardan juntos y sin ninguna distinción las gotas para los ojos junto al pegamento Loctite y otros ungüentos. También en este caso la solución es sencilla para un R1 con varias guardias a sus espaldas.

Los residentes aprenden pronto los trucos de algunas personas para saltarse las listas de espera en el especialista. Son, por ejemplo, los que acuden a Urgencias con una catarata hecha y derecha, ya «con costra», y que aseguran que ayer empezaron a ver un

poco borroso... O simplemente los que llegan argumentando que «Urgencias no tiene hora».

Un porcentaje muy elevado de los pacientes atendidos en los servicios de Oftalmología de la Sanidad pública son personas mayores con cataratas, así que los residentes tienen en sus manos no sólo un ojo que operar, sino un señor mayor que está nervioso, que suele tener otras patologías asociadas, que no aguanta tumbado mientras le ponen la anestesia en el ojo, que tiene las piernas hinchadas, que no para de hablar...

# 15

## Todo el día viendo *fotos*



**A**islados de otras especialidades, alejados de los pacientes y todo el día rodeados de maquinitas. Así es como describen otros MIR a los residentes de rayos. ¿Hacen honor a su fama? Ellos mismos se defienden.

Yo elegí rayos por varios motivos. En primer lugar, porque es una especialidad cómoda, en la que no tienes un trato tan directo con el paciente como en otros servicios. Los radiólogos hacemos el informe y luego ya no tenemos la preocupación de otras especialidades, de seguir tratando con el paciente y su familia, o de tener que encontrar el tratamiento adecuado. Aunque eso no significa que luego no nos preocupemos de la evolución de nuestros casos, o que no sigamos cada historia para ver si dimos con el diagnóstico adecuado o para saber cómo le ha ido a algún paciente que vimos en la guardia. No sólo es que lo hagamos, es que es una buena manera de aprender y todos los buenos radiólogos lo hacen.

Al mismo tiempo es una especialidad que no te obliga a intimar con el paciente como otras. No tienes que pasar visita, ni informar a la familia... Algo así me dijo una vez un médico de Familia, que después de varios años ejerciendo (y lidiando en la consulta) decidió repetir el MIR para hacer Cuidados Intensivos. Su argumento era que no quería seguir viendo pacientes despiertos ni que hablaran. Lo suyo era más radical, desde luego.

Además tenemos la suerte de abarcar todo el cuerpo humano, lo que hace que nuestras jornadas sean bastante variadas. Generalmente nuestras rotaciones se organizan por las diferentes secciones del mismo servicio: cabeza y cuello, tórax, abdomen, vascular... O bien te toca ir de aparato en aparato: del TAC a la ecografía, y de ahí a radiografía (cada hospital lo organiza de una manera diferente). La verdad es que los cuatro años de residencia se quedan cortísimos para aprender todo lo necesario.

Cuando empiezas el MIR no tienes ni idea, porque apenas has dado un trimestre de esta materia en los seis años de la carrera, así que tienes que aprenderlo todo en cuatro años. Mientras eres R1 te pasas casi todo el día en la sala de informes, sentado con un adjunto viendo las fotos en el ordenador. Valoras las pruebas, caso por caso, aprendiendo y escuchando sin hacer nada. «Esta mancha que se ve ahí parece una metástasis hepática» o «Me parece que es un neuroblastoma».

Según el adjunto con el que te toque rotar te atreves a preguntar más o menos, o te limitas a mirar. Si tienes suerte te lo va explicando todo y aprendes a manejarte solo, al menos con las cosas más sencillas y habituales. ¡Y hasta te dejan ir a la máquina a programar!

Sé de algunos R1 de rayos que en su ciudad tienen que rotar por Cirugía General (¡y hasta suturan heridas!), las Urgencias o Cuidados Intensivos, pero no es lo más frecuente.

Algunos residentes de rayos se agobian un poco al principio porque quieren pasar por la Urgencia, porque los otros servicios lo hacen (y así se conoce a más gente, lo que significa más vida social), y porque dicen que viene bien para soltarse uno al principio... Pero yo no estoy muy convencido de que te aporte algo. En realidad no te sirve de nada en tu propia especialidad. En todo caso para saber cómo trabajan los de Urgencias y así entenderles un poco mejor cuando nos llaman pidiendo pruebas tontas en mitad de la madrugada.

De hecho, otra de las cosas buenas de rayos es que tampoco tenemos que hacer guardias de Puerta, que es lo que más odia cualquier MIR. A cambio, las nuestras propias son bastante malas, porque estás tú solo con el busca y tienes que darle muchas vueltas a la cabeza para no equivocarte en el diagnóstico.

Generalmente hacemos guardia un residente por cada adjunto, aunque conozco a compañeros de otros sitios en los que se quedan dos residentes y un adjunto, y es el erre mayor el que se queda el busca, así que los pequeños están arropadísimos y se sienten muy protegidos. Pero en mi hospital... ¿A que no adivinas quién lleva el busca en el bolsillo mientras el otro se va a dormir?

Una tarde de guardia podemos estar en el cuarto sin hacer nada si no hay lío y nadie nos llama. Por la noche, si son casos sencillos y no tienes dudas, redactas el informe y se lo envías al servicio que lo ha encargado, generalmente Urgencias o los de Medicina Interna. Como los que están allí también son residentes como tú, ya sabes que muchas de las pruebas las encargan simplemente para cubrirse las espaldas, para quedarse tranquilos, para confirmar un diagnóstico. Así que de entrada ya sabes que muchos de los pacientes que te llegan no van a tener nada grave, antes incluso de explorarles.

Si un señor tiene un dolor de cabeza persistente y los analgésicos habituales no hacen efecto, los compañeros de Puerta encargarán casi seguro un escáner cerebral para estar seguros de que no hay nada grave antes de mandarle a casa. Aunque no siempre es tan fácil, y también nos llaman por traumatismos graves, accidentes de tráfico, alguien que se ha caído por un balcón o cosas de lo más variopinto.

Hay veces en que no te queda más remedio que despertar al adjunto porque lo que ves en la imagen es nuevo para ti, o porque no sabes cómo interpretar esa mancha sospechosa. Mucho mejor es hacer guardias en Pediatría, porque a los niños se les intenta radiar lo menos posible y generalmente nos dejan dormir toda la noche del tirón.

A lo mejor por todo eso que estoy contando, la verdad es que conozco a poca gente que haya dejado rayos a medias. Lo cual, por otra parte, es una buena faena para tu servicio, porque no se puede ocupar el puesto de los residentes que se van y eso significa que hay un MIR menos para las guardias, para las rotaciones, para repartir la carga de trabajo... Sí es verdad que ésta suele ser, frecuentemente, una segunda especialidad, de gente que ya ha hecho el MIR y se quedó a las puertas de ser radiólogo la primera vez, por lo que vuelve a intentarlo al cabo de los años. O de compañeros que salen escaldados del trato con el paciente en una primera

especialidad y deciden repetir el examen para probar suerte en un servicio alejado de esos problemas.

Aunque en las series de televisión de médicos no salen casi radiólogos, podríamos protagonizar algún capítulo, porque somos un poco especiales. Nos gustan los casos raros y muchos de nosotros coleccionamos fotografías (imágenes de las pruebas) de pacientes que hemos atendido. Llamamos a los compañeros: «Ven a ver esto», y hay hasta quien se organiza su propio archivo de imágenes que luego va presentando en las sesiones clínicas o que comparte con sus colegas cuando surge la oportunidad. ¡Hasta en el móvil las graban algunos para luego ir enseñándolas por ahí!

Aunque no creas que es por fetichismo. No se trata de tenerlas como quien colecciona sellos, sino de aprendizaje y curiosidad científica. Cuando has visto muchos casos interesantes que tienen algo en común te planteas publicar un trabajo en una revista y necesitas todas esas imágenes. O si tienes que dar una sesión sobre un tema revisas tus casos para ver qué puedes exponer. Es decir, no las guardas porque sí, sino para usarlas después algún día.

Nuestra especialidad se presta mucho a publicar en revistas médicas, porque nos basamos en imágenes más que en palabras. Por eso es la especialidad con más publicaciones y por eso el congreso de la RSNA (Radiological Society of North America), que se celebra cada año en Chicago, es el evento médico más grande del mundo.

En las imágenes se puede ver desde un hombre con veinte pilas en el estómago, hasta algún objeto atravesando la cabeza después de un desafortunado accidente. O incluso una bombilla hecha pedazos en el ano de una señora que no nos quiso contar qué estaba haciendo para que aquello hubiese acabado allí. Las imágenes de objetos en el recto suelen circular por todo el hospital, y cuanto más raro sea el chisme, más tiempo pasa rulando la imagen hasta que todo el mundo la ha visto.

A veces esta especie de coleccionismo hace que caigamos en una cierta despersonalización, y que hablemos de nuestros casos olvidando que detrás de ellos hay personas, con nombre y apellido. Pero se trata de una práctica que nos permite distanciarnos un poco del paciente, sin que exista mala fe.

A mí me queda poco tiempo libre cuando salgo del hospital, porque siempre tengo entre manos algún manual que he sacado de la biblioteca del servicio. La verdad es que es un poco frustrante, porque siento que se acaban mis cuatro años de residencia y aún me queda muchísimo que aprender. Sé que si me toca interpretar algo que no he visto nunca en la residencia no lo voy a llegar a identificar más adelante. Ahora hay un adjunto cerca para preguntarle, pero qué pasará cuando me toque estar solo... Ahora entiendo por qué, cuando acaban el MIR, muchos radiólogos se dedican a especializarse sólo en un aparato, o sólo en una región del cuerpo...

Imagínate cómo nos quedamos todos los R1 cuando descubres que hay tochos enormes en la biblioteca dedicados únicamente a la mano, a la cabeza, o tres volúmenes de radiología pediátrica. Así que por más que me lleve los manuales a casa para repasar algún caso o alguna patología concreta, no puedo dejar de pensar en lo mucho que me queda por delante.

Otros días prefiero imprimirme de la base de datos algún artículo científico. Creo que alguien me dijo que hay más de tres o cuatro mil disponibles sólo en el ordenador del hospital. ¡Casi nada! Hoy me he llevado a casa una revisión del Radiology sobre la colonoscopia virtual, porque se rumorea que van a traer una máquina nueva a nuestro hospital y quiero estar un poco al día.

La verdad es que tenemos suerte con nuestros adjuntos y con el jefe, porque todos son bastante jóvenes. A ellos también les gusta estar al día y la mayoría acude con frecuencia a congresos y seminarios. Y eso se nota también a la hora de enseñarnos a nosotros, porque suelen tener datos bastante frescos y no se cansan de contarte cosas mientras estamos viendo imágenes.

Yo estoy rotando ahora mismo con una adjunta bastante habladora, así que estoy aprendiendo mucho. Creo que incluso me voy a ofrecer a ayudarla si se decide a escribir un artículo que hace bastante tiempo que tiene en mente. Si muestras interés y ganas, te miran bien y agradecen que les eches una mano. Aún no me veo tan suelto como para redactar yo solo en inglés, pero sí me apetece ir entrando en este campo a ver cómo va, porque con un poco de suerte este mismo año podría ir al congreso de Chicago. A lo mejor eligen uno de los innumerables abstracta (resúmenes de artículos) que hemos mandado para presentarlo allí y podemos aprovechar para visitar la

Ciudad delViento.

# 16

## Freudianos, kleinianos y lacanianos



A medida que ha ido cambiando la atención psiquiátrica en España en los últimos años, también se ha ido adaptando la formación de los MIR de esta especialidad. Atrás quedó la llegada de las Unidades de Psiquiatría a los hospitales generales (no siempre bien recibida por el resto de servicios, todo hay que decirlo) y las disputas teóricas entre los partidarios de las distintas tendencias psiquiátricas. Era la época en la que el psicoanálisis era algo más que una moda, y los freudianos ortodoxos no se entendían con los kleinianos, y mucho menos con los lacanianos (a los que no comprendía nadie, por otra parte).

Hoy en día los psiquiatras se han vuelto mucho más prácticos, han trasladado parte de su actividad a instalaciones extrahospitalarias (por aquello de atender a los pacientes en su comunidad, en lugar de ingresarles en instituciones mentales) y se han volcado en dar credibilidad científica a su actividad a los ojos del resto de médicos.

Los psiquiatras arrastramos el estereotipo que durante muchos años nos hemos ganado a pulso, y que ha sido convenientemente reforzado por el cine, los medios de comunicación, la literatura e incluso los chistes. Por un lado, la fama de no curar nada de nada, al menos en comparación con un cirujano. Por otro, la de ser personas

peculiares (por decirlo suavemente). Fama de enfermos mentales o represores, incapaces de entendernos con nadie más en el hospital que con nuestros enfermos. En fin, fama de ser unos parlanchines, comecocos y cantamañanas que, por supuesto, no tienen ni idea de Medicina.

Nuestros colegas, en general, han tenido muy pocos conocimientos de Psiquiatría, y muy pocas ganas de tenerlos, y este desconocimiento generaba al mismo tiempo cierto rechazo a todo lo que oliera a psiquiátrico. Y eso nos incluía tanto a nosotros como a nuestros pacientes.

Hoy en día eso ha cambiado. Hemos cambiado nosotros, que nos hemos hecho menos especulativos y nos hemos integrado más en el resto de la Medicina; y ha cambiado también la actitud y formación de nuestros compañeros no psiquiatras (especialmente en Atención Primaria), lo que ha permitido que la atención de la salud mental haya mejorado mucho en los últimos años.

El Ministerio de Sanidad establece las rotaciones obligatorias y el tiempo mínimo de cada una de ellas; pero finalmente el orden en que se hagan y el periodo de duración depende de cada hospital. Así que con las peculiaridades propias de cada servicio o unidad docente, lo normal es que la mayoría de los residentes de Psiquiatría empiece su primer año en las unidades de pacientes agudos o en las plantas de hospitalización de corta estancia (donde los enfermos ingresan para periodos superiores a quince días).

Después, entre R1 y R2 harán también algunas rotaciones por Neurología o Medicina Interna (con las consiguientes guardias de Psiquiatría, y en algunos casos también de Medicina), para pasar a hacer rotaciones fuera del hospital a partir de su tercer año.

La mayoría de las unidades docentes programa rotaciones muy largas, cercanas al año, en los centros de salud mental y en las consultas de Psiquiatría de los ambulatorios. Este turismo por la comunidad suele incluir también estancias de tres o cuatro meses en los servicios que atienden problemas de alcoholismo o drogodependencias, psiquiatría infantil, trastornos de la alimentación o unidades de media estancia y rehabilitación. Y así hasta completar los cuatro años del MIR con alguna rotación libre en el servicio que los residentes elijan.

De hecho, aunque existen algunas plazas MIR en los hospitales psiquiátricos, la mayoría se encuentran dentro de los hospitales generales. A veces, con la consiguiente tensión que eso acarrea, por ejemplo si en Urgencias tienen que convivir los pacientes psiquiátricos con el resto de patologías. Así, cada guardia se convierte en un ejercicio de improvisación con un elevado grado de estrés añadido.

Una guardia de Psiquiatría en un servicio de Urgencias de un hospital general puede incluir las cosas más inverosímiles e imprevistas. De algún modo, el campo de la salud mental no tiene una delimitación tan clara como pueda haber, por ejemplo, en la Traumatología o la Oftalmología.

Cualquier suceso puede ser, en un momento dado, objeto de atención en una de nuestras guardias. Así que a veces nos tenemos que ver en el incómodo papel de apagafuegos, con funciones tan dispares como valorar a los protagonistas de altercados callejeros o mediar en los malentendidos de otros médicos con algunos pacientes.

Y a eso hay que sumarle otras cuestiones que no tienen que ver propiamente con la enfermedad, pero que también nos condicionan. Como que no haya camas para ingresar, por ejemplo.

Así que una guardia puede ser genial (lo que significa no ver a ningún paciente y dormir toda la noche de un tirón, algo que creo que sólo ha ocurrido una vez en la historia) u horrorosa, dependiendo absolutamente del azar.

Yo lo que peor llevo de las guardias de hospital general es la actitud del personal, de otros compañeros, enfermeros, auxiliares y celadores. Creo que los pacientes psiquiátricos son de los peor vistos. Así que no es extraño que ninguneen su patología y a la hora de pedir ayuda (sujeción, pautas de tratamiento, una interconsulta) es muy complicado que a los residentes de Psiquiatría nos atiendan con rapidez. Vamos, como si lo psiquiátrico fuese algo secundario para ellos.

La patología mental sigue estando muy estigmatizada. A veces, si llega un paciente con dolor de estómago pero tiene antecedentes de patología psiquiátrica, nos lo remiten primero a nosotros. Y luego, para pedir que le vean los de Digestivo, nos

tienen esperando hasta que ya no lo pueden retrasar más. Algún paciente psiquiátrico nuestro ha acabado incluso en la UCI porque alguna especialidad no se hizo cargo de él a tiempo.

En los hospitales de larga estancia, por el contrario, en no pocas ocasiones el mayor problema de la guardia es encontrar cama. Como no hay Urgencias como tales, las guardias en el hospital psiquiátrico son mucho más llevaderas, porque ya conoces a los pacientes, que llevan ingresados cierto tiempo, y también al personal sanitario. Sin embargo, los que nos llegan de la calle en Urgencias suelen estar agitados, sucios, intoxicados... Muchos de ellos no están recibiendo ni siquiera tratamiento, están muy nerviosos.

Además, aunque las guardias de Psiquiatría deberían hacerse acompañados siempre de un adjunto durante el primer año, la realidad no siempre es así. De manera que muchos R1 tienen que convivir con su propia inseguridad, con el miedo de que algún paciente que mandaron a casa empeore, con el temor a equivocarse y a hacer algún ingreso en un día de pocas camas...

Lo primero que hacemos es mirar la planilla para ver con qué adjunto te toca la guardia. Porque influye más la compañía que la guardia en sí (y todos conocemos las famas de cada uno). Incluso no te importa trabajar un sábado si te toca con un buen adjunto. Sobre todo cuando eres R1, porque piensas que si tienes que llamar muchas veces por teléfono por la noche se van a creer que no sabes nada y se van a enfadar contigo.

Luego, a medida que vas cogiendo experiencia la cosa cambia. Empiezas a preocuparte más por tu tranquilidad, por hacer las cosas como crees que se deben hacer, que por lo que puedan decir los adjuntos de ti. Comienzas a aprender a desconectar, a dejarte el trabajo en el hospital y no darle tantas vueltas a la cabeza.

Recuerdo que siendo R1 llegué incluso a llamar a casa de un paciente que le había dado el alta, para ver cómo estaba, porque se había ido con ideas suicidas, pero no le pude ingresar porque no había camas, y sabía que si le dejaba allí me iba a caer la bronca.

Con este panorama conozco a compañeros que han pensado en dejarlo. No tanto por la especialidad, sino por el funcionamiento del sistema. Porque se asumen como normales ciertas cosas que generan mucho estrés cuando eres residente.

Muchos nos conocemos desde la facultad y ya sabemos qué es lo que nos gusta más a cada uno: hay quien por su experiencia personal se enfrenta peor a unas situaciones que a otras, gente que no soporta tratar las toxicomanías, o quien lleva peor las depresiones, o no soporta a los esquizos. Así que hablamos mucho entre nosotros, porque tener buen ambiente es fundamental.

Ya sabemos que curar en Psiquiatría es un poco difícil. Pero tampoco se cura la hipertensión. Así que tratas al menos de mantener la enfermedad controlada, para que tus pacientes puedan hacer una vida más o menos normal en su casa y fuera de ella.

Claro que te afecta cuando oyes algún caso de paciente mental que ha agredido a su familia, porque te sientes responsable. Si están en tratamiento, puede que se pongan agresivos e irritables, pero es difícil que pasen de ahí. También es verdad que a veces llegan a Urgencias personas que nunca han recibido medicación y que a lo mejor han asesinado a su mujer en medio de un delirio por celos... Claro que te afecta.

A pesar de todo, no es extraño oír a los residentes de Psiquiatría hablando con más cariño y respeto de sus pacientes que de sus colegas médicos que no son psiquiatras.

No recuerdo exactamente el primer caso que atendí, pero sí a la primera paciente que me hizo un regalo: una caja que aún conservo. La mujer era inconfundible en su manera de hablar y de vestir, y las dos nos reíamos muchísimo juntas. Ella y todos los que he ido viendo durante la residencia te sorprenden por la comprensión y la habilidad para no hacer evidente tu torpeza de principiante.

Los primeros pacientes que atendí eran personas con alcoholismo que ingresaban para someterse a desintoxicaciones. Hombres de mediana edad, con bastantes complicaciones médicas, pero muy amables y respetuosos con su médico. Al principio responden bien al tratamiento, pero luego ves con frustración que recaen con la misma facilidad. Así que te agobias porque cuesta que salgan adelante, y lloras

porque ves que consumen y recaen. Y tú pones esperanza en ellos y lo vuelves a intentar, pero vuelve a salir mal... O lloras porque una de esas veces resulta que sale bien y has ayudado a alguien.

Aunque lo peor, sin duda, son los pacientes fallecidos por suicidio, a menudo de forma inesperada. Personas a las que creías que estabas ayudando, que iban a salir para adelante...

Otra de las cosas que me gusta de la Psiquiatría es el trato con las familias. Mujeres e hijos que a menudo tienen ya una larga experiencia de ingresos, de recaídas, de que les vea un médico diferente cada vez... Y puedes ver en sus ojos una mezcla de resignación y desesperanza, muy típica de las enfermedades crónicas.

Así que nuestro día a día es una sorpresa continua. Los maníacos y su actividad irrefrenable; las increíbles historias delirantes de los paranoicos; la impotencia que te generan los depresivos que no parecen mejorar con nada; lo angustioso de tratar a una chica de tu misma edad que tiene anorexia; o la promiscuidad eufórica de la fase maníaca de los bipolares.

Con algunos de los más crónicos llegas a establecer una relación más familiar, de tú a tú, a fuerza de visitarles en su domicilio y hacerles el seguimiento. Hay uno que cada vez que le visito en su casa me cuenta el último capítulo de la serie CSI, con todos los detalles y los nombres de los personajes. Muchos te hacen reír con sus chistes sobre psiquiatras (algunos francamente certeros); y otros te obligan a mantener cara de póker en las situaciones más hilarantes.

Esto no te lo enseñan en la facultad, pero en la residencia tienes que aprender pronto a ponerte la máscara de psiquiatra. No sólo para evitar la carcajada en situaciones en las que el resto del mundo no podría resistirse, sino también ante las inagotables variantes del sufrimiento humano que tenemos que ver a diario.

Los MIR de Psiquiatría aprenden pronto que los llamados «casos interesantes» son en realidad marrones problemáticos que hay que aprender a evitar a toda costa. Para lo cual resulta muy útil haber cursado antes el seminario práctico de «Técnicas de evitación de pacientes muy interesantes».

En cuanto a lo de ver cosas raras... Pues al principio te puede la curiosidad y estás deseando ver el supercaso de super psicopatología. Luego lo que te puede es el cansancio de las guardias y ya no te apetece ver nada.

Enseguida te das cuenta de que no sólo las cosas curiosas, sino que cada caso (sea cual sea) te puede aportar algo, incluso lo que no te parecía tan interesante al principio.

Creo que en nuestra especialidad, o por lo menos en mi hospital, hay sitio para todos, y no somos tan trepas como se muestra en la tele; ni como puede pasar con nuestros compañeros de otras especialidades quirúrgicas, que tienen que pelearse para poder operar.

# 17

## Con las enfermeras no conviene llevarse mal



# M

ás allá de los líos televisivos entre médicos y enfermeras, estos dos colectivos tienen una particular relación amor-odio, sobre todo en el caso de los residentes; al principio mucho menos experimentados que el veterano personal de enfermería.

Hoy me ha pasado una cosa que me ha hecho mucha ilusión. He entrado a visitar a un paciente y en el cuarto estaba una de las enfermeras de la planta, que siempre me llama por mi nombre (como hacen casi todas las enfermeras con casi todos los residentes). Cuando me ha visto entrar, delante del paciente y de un acompañante, me ha llamado «doctora Menganita». Así como lo oyes, por mi apellido, como si fuese un adjunto de verdad.

Con las enfermeras no me aclaro muy bien todavía, me está costando cogerles el punto. El otro día las oí hablar por casualidad de los residentes en el control y ya nos tienen catalogadísimos: que si tal es más torpe y no te puedes fiar ni de las dosis que pone, que si el otro ya se apaña solo, que si cada año vienen peor... Ya me habían avisado los mayores de que enseguida te ponen fama y si ven que no eres muy espabilado intentan mangonearte o discuten tus decisiones y te tratan como si no

hubieses aprendido nada en la carrera. Han criado a muchos residentes, como dice mi coerre, y nos calan a la primera.

Yo, por ahora, no he tenido ningún problema con ellas. Creo que les caí bien desde el principio y, poco a poco, con mucha mano izquierda, nos hemos hecho casi amigas. Incluso con la supervisora, que se cree que es la jefa del servicio, porque no deja de repetir que aquí las cosas se han hecho siempre así, que «nosotras (ellas) ponemos esto asá, que vosotros (nosotros) cada vez sabéis menos»...

Yo intento ir de buenas, y si las tratas con respeto ellas también acaban por respetarte a ti. Siempre hay gente maja, y a mí me salvaron la vida en los primeros días, cuando aún era R1, incluso diciéndome cómo utilizar algunos fármacos que yo no había visto nunca.

Claro que todo depende mucho de los caracteres, de cómo les entres desde el principio, de cómo de suelto estés en el servicio... Es verdad que conozco a algún residente que paga sus inseguridades con las pobres enfermeras (en mi hospital son la mayoría chicas), y las trata como si ellas no supiesen nada de pacientes y les recuerda todo el tiempo que «él es el médico». Y claro, así es difícil que haya buen ambiente.

Es verdad que tienen mucho ojo clínico (y un montón de años de experiencia), y al principio, cuando estás más agobiado, la mayoría intenta ayudarte, o te sugieren algo que a ti no se te había ocurrido en ese momento: «¿Y si le ponemos también esta medicación?». «Le voy preparando tanto de esto, ¿no?». «Le ha pedido ya esta prueba, ¿verdad, doctor?».

Desde luego, si te dejas aconsejar pueden ser de gran utilidad, aunque también hay residentes que están todo el día con eso de que «en enfermería hay mucho médico frustrado que intenta demostrar lo mucho que sabe de Medicina». Estos listos prefieren equivocarse antes que reconocer que no saben qué le pasa a su paciente.

Ellas son, desde luego, las que más contacto tienen con el paciente, así que a menudo son las únicas que se dan cuenta de ciertas cosas que tú (y el resto de médicos) has pasado por alto: «Este paciente no ha hecho ninguna deposición desde que ingresó hace tres días».

Dicen los R4 que con las enfermeras te vas llevando mejor cuanto mayor eres y cuanto más te vas ganando su confianza. Al principio algunas te ponen en entredicho y dudan de tus decisiones («¿Y por qué no le pones esto en lugar de aquello?») o intentan hacerte dudar («¿A cuánto diluimos esto?»), pero cuando ya tienes experiencia y las cosas claras, nadie te cuestiona si estás haciendo lo correcto.

Es lógico: imagínate que llevas un montón de años en tu trabajo y llega alguien de veintipocos años que te dice lo que tienes que hacer; no sé yo cómo se lo tomarían muchos MIR que van de sobraos por la vida.

El otro día, un R2 y un adjunto se estaban devanando los sesos por una señora que había llegado y no podía respirar. No tenían ni idea de lo que le pasaba, pero la mujer se estaba muriendo. Hasta que llegó uno de los enfermeros de la planta que lleva allí mil años y les sugirió que le colocasen una sonda nasogástrica. Allí estaba el hombre dirigiendo a los dos médicos, y la realidad es que fue él quien salvó la vida a la paciente.

A mí también me pasó un día en Urgencias, con un señor que se estaba ahogando. Tenía un EPOC enfisematoso y estaba hiperventilando (no le llegaba el aire a los pulmones) y yo no sabía ni por dónde empezar. Allí estaba yo, al borde de la cama, mientras me observaban desde el otro lado dos enfermeras nuevas, que acababan de llegar a la Urgencia y me preguntaban: «¿Qué hacemos?». «¡Y yo qué sé!», estuve a punto de contestarles, acordándome de las dos veteranas del turno de tarde... Al final, entre las tres conseguimos ponerle la cazoleta\* con el oxígeno y estabilizar la paciente, pero aunque lo logramos, eché de menos toda la ayuda que te dan en estos casos las buenas (y experimentadas) enfermeras.

Dos adjuntos que nos habían estado mirando desde la otra esquina me dijeron al pasar por mi lado (cuando ya había pasado todo y mi pulso recuperaba su ritmo normal): «Le ha curado». A buenas horas mangas verdes, que diría mi abuela...

Además de muy intuitivos, enfermeras y celadores son muy reivindicativos, así que ni se te ocurra decirles algo en su rato de descanso, porque es sagrado y te pueden soltar algún bufido. Puede que tú lleves un montón de horas sin parar ni para tomar un café, pero como les molestes en su hora de la merienda...

Como nosotros no tenemos sindicatos, no nos queda otra que llevar la cuña al paciente o mover la camilla para trasladar a un paciente a rayos si toca hacerlo. Y como al final tú eres el responsable de tu paciente, si es urgente y no hay ningún celador disponible no te vas a cruzar de brazos diciendo: «No, yo no puedo porque no es mi tarea». Te tienes que aguantar, porque el paciente es responsabilidad del médico.

Mi compañera y yo, lo primero que hacemos cuando estamos de guardia es mirar la planilla de enfermería para saber con quién nos toca. Porque la noche puede cambiar mucho según estés con unas enfermeras o con otras. En todos los sentidos.

También para el papeleo, que al principio te desborda, ¡de qué manera! Los primeros días te pasas todo el rato con un papelito en la mano mendigando en busca de una enfermera o un celador que te eche una mano. Me acuerdo de mi primer parte de exüus, que es el que hay que hacer cuando fallece un paciente. Lo tuve que rellenar dos veces, porque me equivoqué, y fue uno de los celadores el que me tuvo que ir diciendo: «Aquí te falta esto; no te olvides de poner tu número de colegiado. Aquí lo otro...» .

Al final, como dice mi erre mayor, a pesar de todos los pesares, siempre es mucho más complicado apañarte con las personas que con los impresos. Y la verdad es que no seríamos nadie sin la ayuda de los de enfermería.

# 18

## Sentido y sensibilidad



# S

oy un residente de Cirugía Vascular. Un día estaba atendiendo a un paciente que sufría pie diabético (una complicación muy frecuente de esta enfermedad que provoca úlceras e infecciones en los miembros inferiores y que en algunos casos requiere la amputación). Noté que las enfermeras salían de la consulta con aspavientos y cara de asco. No sabía qué les pasaba, hasta que me di cuenta de que estaban saliendo gusanos del pie de mi paciente, del interior de su propia carne.

A mí me llamó la atención, porque nunca antes había oído que pudiese ocurrir algo así, y empecé a pensar en buscar información sobre el tema en cuanto saliese de la consulta. Pero me lo tomé fríamente, sin que me llegase a afectar ni a provocar ningún sentimiento especial. Y, desde luego, sin que me diese la grima que aquello había provocado en las enfermeras.

Aunque la sensibilidad va con el carácter de cada persona, los MIR reconocen que con el tiempo acaban por volverse poco menos que témpanos de hielo con bata blanca. «Te haces muy frío, te insensibilizas». Unos argumentan que es un mecanismo psicológico para distanciarse de los pacientes y que las desgracias ajenas no les afecten más de la cuenta. Dicen que es la única manera de aguantar cuatro o cinco años al ritmo que se espera de ellos. Otros simplemente reconocen que, transcurrido un tiempo, están

hartos y quemados.

Cuando eres estudiante escuchas algunos comentarios de médicos mayores en el hospital y piensas: «Vaya panda... Cómo pueden decir eso». Pero de repente pasan los años y un día, cuando eres residente de segundo o tercer año, te descubres a ti mismo diciendo barbaridades similares.

Las mismas cosas que de R1 te emocionan y te motivan porque has sido capaz de hacerlas tu solito (colocar una luxación, dar puntos, informar a la familia), te dejan frío cuando eres R2 o R3 y ya estás saturado de pacientes y sobrecargado de tareas.

Como cuando llega una parada. Al principio te pones nervioso, e intentas hacer todo lo que has aprendido sobre la RCP\*. Pero después de ver varias llegas a interiorizar todos los pasos, como si estuvieses conduciendo, hasta que llegas a hacerlo mecánicamente. Es la única manera de mantener la cabeza fría y que no te atenace el pánico. Así no piensas mucho en el paciente, ni en que es posible que se muera.

Una vez me pusieron un busca de politrauma porque un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Paliativos de Oncología, en estado terminal, se había tirado desde la octava planta del hospital. Al llegar allí el hombre estaba con una pierna completamente torcida por la caída y gritando de dolor. Entonces me encontré con una enfermera que me gustaba mucho y me puse a ligar con ella, pasando del todo del paciente, que era mi segunda preocupación en esos momentos. Hoy, ella es mi novia.

Detrás de esta primera barrera de insensibilidad, la mayoría reconoce que hay pacientes y pacientes, y que en muchos casos esta coraza se desprende y no pueden evitar emocionarse o implicarse más en unos casos que en otros. Los enfermos más jóvenes, los niños, los diagnósticos inesperados o los casos dramáticos, suelen caer dentro de esta categoría. Los ancianos («Es ley de vida»), los borrachos y las tonterías que llegan a Urgencias («Por tercera vez este mes») son los que menos afectan al corazoncito de los MIR.

Lo peor es tener que dar una mala noticia, algo inesperado. Una persona que viene a Urgencias por un dolor de cabeza, por ejemplo, y sale con un tumor cerebral. No le

das el diagnóstico de golpe, pero le dices que has encontrado algo, que hay que hacer más pruebas, que puede ser serio... Y se lo remites al oncólogo. A esos sustos nunca te acostumbras. Es cuando peor lo he pasado. Te intentas poner en la piel del paciente y comunicárselo de la manera más natural posible.

Nadie te enseña tampoco a hacer esto, no viene en los libros. No te queda más remedio que apoyarte en los erres mayores y en los adjuntos para aprender a tratar con los pacientes. Es cuestión de echar muchas horas, llevarte algunos disgustos y, poco a poco, ir cogiéndole el punto.

Mi hospital es centro de recepción de donantes para trasplante, así que nos toca a nosotros certificar la muerte y decírselo a la familia. Normalmente nos avisan de que viene un «código cero», alguien que ha sufrido un infarto de repente en la calle y cuyos órganos podrían valer para un receptor. Así que a la familia le dicen que el paciente está muy grave, que vengán pronto al hospital, pero no son conscientes del todo de la situación, así que es espantoso tener que recibirles.

Normalmente son los jefes los que se encargan de comunicárselo en estos casos, pero a veces les acompañamos y la verdad es que estas situaciones te marcan especialmente. Nos ha pasado de todo, desde que se queden cinco minutos callados sin acabar de creérselo, hasta que nos quieran pegar a nosotros, como si tuviésemos la culpa.

Durante un rato, cuando vuelves arriba, se te queda mal cuerpo, hasta que alguien suelta la primera broma o dice cualquier chorrada y entonces te echas a reír, para relajar el ambiente. Porque tienes más pacientes esperando y enseguida pasas a otra cosa. No es una falta de respeto, es un mecanismo de defensa.

Muchos recuerdan como una de las experiencias más desagradables del MIR su primer fallecimiento.

La primera vez que ves la muerte en primera persona te impacta sobre todo la reacción de la familia. Sus lamentos se te meten en la cabeza.

Yo cometí un error de novato muy común, que fue comunicarlo por teléfono.

Llamé de madrugada porque un señor había llegado desangrándose por una cardiopatía dilatada y le dije a su mujer que había fallecido y tenían que venir rápidamente al hospital. No se me olvidará nunca ese grito al otro lado de la línea. Aprendí que nunca se debe dar la noticia por teléfono. Hay que decirles que vengan corriendo al hospital y que su familiar está muy grave.

Sobre todo es difícil acostumbrarte cuando la persona estaba aparentemente bien hace cinco minutos y de repente está muerto, como cuando se rompe un aneurisma abdominal. El 80 por ciento de estos pacientes se muere, pero antes no tenían ningún síntoma. Así que ingresan por un dolor agudo y cuando sales a informar a la familia les tienes que decir que ha fallecido. Es muy desagradable. Algunos se cierran y no te escuchan, piensan que ha sido por tu culpa porque no has hecho lo suficiente.

De todos modos, la relación con la muerte es algo progresivo, porque ya has visto algún cadáver en la facultad, pero no es lo mismo saber que es un paciente tuyo, que no has podido hacer nada para evitarlo. Sabes que la muerte forma parte de tu trabajo, pero impresiona más si no te lo esperas.

Así que casi todos tenemos grabada en la cabeza la cara de nuestro primer fallecido.

Mi coerre de CirugíaVascular siempre cuenta que una mañana fue a ver cómo seguía un abuelito diabético al que habían tenido que amputar la pierna el día anterior. Cuando llegó a la habitación ya estaba cubierto con la sábana. El pobre se quedó de piedra, porque aparentemente todo había salido bien y él había estado ayudando en la operación, tan contento. Pero el paciente había tenido una complicación durante la noche que no pudo superar. Suele decir que nunca se le olvidará su cara. Y eso que cuando se trata de personas mayores es más fácil de sobrellevar. No es que te alegres, pero sí sientes un cierto alivio por ellos.

A veces la insensibilidad se escapa sin querer en los comentarios de pasillo, o en los ascensores, sin tener en cuenta que quienes bajan con ellos pueden ser familiares del paciente del que están hablando.

No es con mala intención, a veces es sólo una manera de desdramatizar. En la

Urgencia hay mucho humor negro, pero se trata a todos los pacientes con la dignidad y el respeto que merecen. Por ejemplo, hacer un tacto rectal o ayudar a un anciano que lleva siete días estreñido y sufre un fecaloma\* puede parecer algo de risa desde fuera, pero tratamos de que sea lo menos violento posible y lo hacemos con la misma profesionalidad que otras cosas.

Si algo nos da risa, nunca lo manifestamos delante del paciente; pero es que hay veces que no lo puedes evitar. Como cuando llamas a un adjunto porque tienes a un paciente muy mayor que se está muriendo y se produce este diálogo:

-¿Cómo está?

-Tiene cuatro cirios alrededor de la cama y una luz blanca que baja del cielo.

-Me hago cargo...

O te llaman del busca de parada y llegas casi sin resuello pensando que vas a poder salvar la vida a un paciente en la plenitud de la vida y te encuentras a un abuelito que tiene ya el cerebro hecho una acelga y que no es reanimable. No es que te decepciones, pero a veces piensas: «Podían haber llamado al cura en vez de a mí». No es más que una vía de escape. Un modo de romper la monotonía y convivir con el sufrimiento...

Es lo que tiene tratar con seres humanos. La relación médico-paciente es bidireccional e imperfecta. Así que cuando menos te lo esperas salta el conflicto. Los residentes de Medicina, igual que otros profesionales sanitarios, tienen que convivir con sus pacientes en las consultas, en los pasillos, en la cafetería... Y no siempre unos y otros son capaces de entenderse, de ponerse en el lugar del otro.

Los pacientes se quejan de médicos insensibles, endiosados, que apenas tienen tiempo para tocarles un poco la tripa durante la exploración. Los médicos, desde el otro lado de la mesa, se quejan de pacientes bravucones, maleducados, malencarados, pesados... Dicen los MIR que tienen que responder a menudo a reclamaciones por motivos tan diversos como un tiempo excesivo de espera en Urgencias o porque «los sillones de la sala eran demasiado incómodos».

A veces, los pacientes y sus familiares se enfrentan con nosotros por cuestiones que ni mucho menos son culpa nuestra. Hay un tipo de ciudadano que llega proclamando sus derechos porque «él paga la Sanidad pública». Entre nosotros los llamamos «cartilleros». Llegan enarbolando su cartilla de la Seguridad Social y cumplen punto por punto el manual del buen cartillero que circula por ahí en Internet. Si supiesen lo que Hacienda me retiene a mí y las horas que paso sin sentarme ni cinco minutos para descansar...

Además, algunas personas que acuden al hospital parece que de verdad desean estar enfermas. Si después de seis horas en Urgencias resulta que simplemente tienen un catarro se muestran decepcionadas, como enfadadas porque el diagnóstico no está a la altura de sus expectativas.

De hecho, hay familias que llevan al abuelo a Urgencias y llegan ya pertrechados con la maleta y todo, en previsión del ingreso. Parece que es lo que quieren, que haya que dejarle allí una noche. Las mujeres suelen ser peores que los hombres, y cuanto más mayores, más pesadas.

En la facultad no te enseñan a torear con los familiares. Salimos muy verdes, y en estas cuestiones la experiencia es un grado, así que vamos mejorando con el paso del tiempo. Tú mismo sientes que lo haces mejor cada día, y eso te refuerza para seguir adelante, aunque alguna vez te topas con alguien maleducado que se encara contigo. No te queda más remedio que aguantar el tipo y tratar de hacerlo lo mejor posible.

Tengo que confesar que a veces intentamos escondernos durante las horas de visita, cuando aquello se llena de familiares. Porque claro, si un familiar te ve y te pregunta algo, no van a tardar ni cinco segundos en acorralarte el resto de familias, porque todos quieren más información de la que tienen. Y lo entiendo, pero yo no soy el médico de todos los pacientes que están ingresados, así que la mayoría de las veces no sabes ni siquiera muy bien qué es lo que te están preguntando.

A veces llevan varias horas sin ver a un médico y la primera bata blanca que pase por allí se va a comer el marrón, así que por eso procuramos no dejarnos ver cuando no toca. Además, con algunos casos tienes que tener mucho cuidado, porque te preguntan cómo está y si les dices «Está un poquito mejor», piensan que se va a curar, aunque esté entubado en la UCI con un tumor terminal. Lo que para ti es «un

poquito mejor», para las familias supone a veces una expectativa falsa, así que lo de informar no es tan fácil.

La mayoría coincide en que a veces son peores los familiares que los propios pacientes. De hecho, una de las especies más apreciadas en los hospitales es el llamado «yerno de los domingos». Suele ser ese familiar «que no se ha pasado a ver a la abuela enferma en los cuatro meses que lleva ingresada en el hospital, pero que cuando muere tiene que hacer una demostración pública de su cariño y una exaltación de su dolor ante el resto de la familia»». Suelen ser estos mismos, se quejan los MIR, los que se encaran con los médicos culpándoles de la muerte del paciente, o recriminándoles alguna cosa, para demostrar delante del resto que se preocupan (ahora).

Otro gremio que suele encararse a menudo con los médicos más jóvenes es el de los adolescentes camorristas. Muchos MIR reconocen que mientras los ancianos suelen ser especialmente cariñosos y respetuosos, mucha gente joven se cree con derecho a faltarles el respeto y a chulearles. Contra esta actitud hay un remedio que no falla:

-Desnúdese (tratarles de usted es imprescindible para que funcione).

-No, pero si... Si a mí sólo me duele una muela, tronco.

-De todas formas vamos a comprobar que no tiene nada más.

-Que no en serio, doctor, que ya se me está pasando.

Un «desnúdese» acaba de golpe con toda la tontería propia de la edad del pavo (aunque se trate de pavos ya hechos y derechos).

Entre el mal rollo que provocan algunos pacientes y el temor a las represalias judiciales si algo sale mal, muchos MIR reconocen que ejercen desde el principio con cierto temor, agarrados como a un clavo ardiendo a la llamada medicina defensiva. Reconocen que se pueden equivocar («Le pasa al que opera»), y por eso algunos recurren al exceso de pruebas para guardarse las espaldas.

Otros optan por mecanismos psicológicos mucho más sutiles y civilizados: «Si tratas bien a tus pacientes, vas a verles después de una cirugía, te preocupas por su evolución y

eres atento... la familia y el propio afectado van a ser más benévolo contigo si después algo sale mal».

Esto de la sensibilidad, además, va muy ligado a las especialidades, y en cada servicio se manifiesta de una manera diferente. Por ejemplo, los residentes de Cuidados Intensivos (los de la UCI), están más cercanos a la muerte porque el estado de sus pacientes suele ser más grave. Así que ellos suelen transmitir un halo de sensibilidad mayor que el de otros colegas, como los traumatólogos, por ejemplo, que gastan más fama de brutos.

Los médicos en general, y los residentes en particular, circulan cada día sobre un filo de navaja en el que su propia seguridad puede verse comprometida. Y no sólo porque tengan que defenderse de los «puñetazos de algún paciente cabreado»:

Todos sabemos que si te pinchas con una aguja por accidente tienes que ir al servicio de Medicina Preventiva. Eso significa hacerte análisis, tomar los fármacos de la profilaxis del VIH si hay sospechas de que el paciente puede ser seropositivo o portador de algún otro tipo de infección, y esperar que lleguen los resultados para tranquilizarte del todo. Así que en la práctica nadie va, salvo que tengas constancia clarísima de que has podido pillar algo. Pasa lo mismo con el mandil que se supone que te tienes que poner para protegerte de las radiaciones en el servicio de rayos. Pues tampoco.

Sí somos más estrictos en las cirugías en las que el paciente es portador del virus del sida. En esos casos siempre hay un adjunto que lo recuerda cincuenta veces antes de empezar para que todo el mundo tome las máximas precauciones y evite el contagio. Te pones cinco pares de guantes, te pones gafas si existe posibilidad de salpicaduras de sangre a los ojos y tomas más cuidado, pero aun así no estás exento de peligro por completo.

También deberíamos tomar más precauciones para evitar infecciones y el contagio de bacterias entre pacientes. Pero a veces es que no te das ni cuenta con el ritmo que llevas. Allá vas tú a explorar el abdomen con estas manitas, y luego tocas al siguiente paciente sin acordarte de lavarte. Y llevas dos semanas haciendo lo mismo en la UCI cuando se descubre que alguno de los ingresados tiene un bicho resistente a los

antibióticos y que es posible que haya infectado también a alguien más.

Las enfermeras para eso son más cuidadosas que nosotros, hay que reconocerlo, y desde luego se puede decir que son de la cofradía del guante. Lo llevan a rajatabla y no hacen nada sin ponerse sus guantes. Los médicos generalmente sólo nos los ponemos si hay algo que nos alerta. Deberíamos aprender de ellas, pero también es verdad que algunos pacientes se lo toman a mal si les exploras con los guantes. Piensan que lo haces para protegerte, cuando en realidad se trata de protegerles a ellos. Yo sólo me los suelo poner cuando desconfío de la higiene corporal del paciente. Porque una de las cosas que más influye en la exploración, y que desde luego no se puede controlar, es el olfato. Hay pacientes que cuando llegan a la consulta inundan toda la sala con su mal olor. Tú no puedes cerrar tu nariz durante un rato (que es lo que de verdad desearías en esos momentos), así que inconscientemente te afecta en el modo de atenderle y no trabajas igual que con las personas aseadas, porque quieres acabar cuanto antes. Lo de asearse y ponerse una muda limpia antes de ir al médico es una buena costumbre de nuestras abuelas que no debería perderse.

Y si no, que les pregunten a muchos médicos de Urgencias por la llamada tribu de los «pies negros»...

En esta relación médico-paciente existe además un nuevo ingrediente, propio de estos tiempos modernos que vivimos, que «nos está haciendo mucho daño» y está cambiando los papeles en las consultas: Internet. Como si de un estudiante de Medicina de primer año se tratase, agobiado por toda la información de enfermedades desconocidas que recibe de golpe, una nueva variedad de paciente llega a la consulta. Los han bautizado como cibercondriacos\*, y entran a ver al médico cargados con páginas y páginas recién bajadas de Internet. Folios aún calientes de la impresora que describen con exactitud todos los síntomas que padecen, y que suelen corresponder con alguna patología rarísima y gravísima.

A veces te llega una señora diciéndote que tiene epilepsia mioclónica benigna, hiperostosis cortical, o el síndrome de Mallory-Weiss, y se queda tan tranquila. Y te describe minuciosamente todos los síntomas (de libro) que acaba de leer en alguna página de Internet. Y allí estás tú, disimulando, mientras buscas en Google qué narices

es eso.

Para un residente, el paciente informado es un verdadero peligro. Como llegan con todo ya sabido de casa muestran cierta desconfianza hacia su médico, sobre todo si le dices que los síntomas que describe no corresponden probablemente más que con un simple cólico nefrítico. Entonces te la lía y te dice que no sabes nada de Medicina, que quiere ver a tu jefe. La googleización nos ha venido muy mal a los residentes.

Un poco por todo este panorama, por temor a las represalias y porque nadie te enseña ciertas cosas, cuando eres R1 vas dando palos de ciego, pidiendo pruebas a mansalva a ver si por ensayo y error das con el diagnóstico de tu paciente. Además, aunque en algunos hospitales sí tienes la suerte de dar con alguien que de vez en cuando te cuestiona y te pregunta «¿Por qué has pedido la coagulación?» o «¿Para qué vas a radiarle si no hay necesidad?», la mayoría de las veces nadie te riñe por pedir pruebas de más. ¡Total, como es gratis!

A veces incluso no te queda más remedio, porque lo indica el protocolo, y estás obligado, aunque sepas de todo corazón que no es necesario. Como cuando llega alguien a Urgencias porque se ha dado un golpe en la cabeza. Si está tomando aspirina, obligatoriamente le tienes que hacer un escáner, porque existe un riesgo mínimo de que tenga una hemorragia cerebral. Da igual que se haya pegado el golpe con un folio o una hoja de platanero, tú le tienes que hacer el escáner. O si te llega una mujer que toma anticonceptivos y sospechas que tiene un episodio de trombosis. Si le haces un marcador de damero para quedarte tranquilo y descartar la trombosis te puedes meter tú solo en un jardín, porque si es negativo lo puedes descartar y ya puedes ponerte a pensar en otro diagnóstico. Pero... ¡ay amigo como sea positivo! Entonces estás obligado, otra vez siguiendo el dictado de Don Protocolo, a hacerle pruebas de imagen y radiar a la mujer para descartar que sufre un trombo. Así que tú solito acabas metido hasta las orejas en un lío.

Por si todo esto fuese poco (ya dicen las encuestas que los residentes sufren niveles de estrés por encima de la población general), ciertas cuestiones relacionadas con las partes pudendas obligan a los MIR a esmerarse al máximo en la asignatura de comunicación con el paciente. Y en este terreno, ginecólogos y urólogos se ven obligados a hacer un máster acelerado y con calificación cum laude si quieren salir airosos del

trance.

Dicen estos últimos que para atender cuestiones relacionadas con la disfunción eréctil y otras cuestiones sexuales prefieren que sus pacientes acudan acompañados por sus parejas. Porque ellas nunca mienten.

A los hombres de unos cincuenta o sesenta años les descoloca que les preguntes por su vida sexual. ¿Cómo se le pone? ¿Dura, morcillona? ¿Hasta dónde se le levanta? ¿Suele eyacular cuando se masturba? Algunos te miran con una cara que se nota que están escandalizados. Luego están los que se muestran mucho más desinhibidos y vienen con algún problema urológico y lo primero que te preguntan es... «¿Qué, doctor? ¿Cómo me va a quedar el pajarillo? ¿Volverá a salir el caracol?», y así infinidad de metáforas para referirse al pene.

Pero claro, a los de Urología nos cuelgan el sambenito del tacto rectal y la Viagra y parece que no nos dedicamos a otra cosa. Y nosotros también atendemos problemas de incontinencia urinaria, piedras en el riñón, tumores prostáticos y otras muchas patologías de la zona genital masculina. Y, además, ayudamos a los nefrólogos en algunos trasplantes.

Por todo ello no parecen exageradas las cifras de un estudio sobre la salud de los MIR realizado en 2008 por la Organización Médica Colegial y la Fundación Galatea ([www.fgalatea.org](http://www.fgalatea.org)) tras entrevistar a 3.500 residentes de Cataluña. Según esta investigación, el 30 por ciento de los residentes de esta región vive en una situación de riesgo psicológico por falta de habilidades comunicativas con sus pacientes y porque se sienten desprotegidos en el hospital, porque tienen que tomar decisiones en Urgencias demasiado rápido, o porque no saben cómo enfrentarse a la muerte.

Los autores del trabajo subrayaban en su presentación que estas cifras son superiores a las que padece el resto de la población (alrededor del 18 por ciento), y que cuando más acentuado parece el estrés es durante el primer año de residencia (que se eleva hasta el 42 por ciento). Por especialidades, los médicos de Familia parecían los más afectados (entre otras cosas porque son de los más numerosos), pero sus colegas de Pediatría y Psiquiatría eran los que más acudían a la consulta por problemas de ansiedad y depresión.

Como sintetiza Francisco Collazos, psiquiatra y coautor del estudio:

La Urgencia es como la exageración de todo esto. Has de tomar decisiones muy rápido. El nivel de estrés es altísimo, cada uno va a lo suyo y no tener un referente, un tutor, a veces ni siquiera un residente mayor, añade un plus de presión.

# 19

## Trastornos del sueño y otros daños colaterales



Llevaba diecinueve horas operando. Estaba de guardia y me había pasado todo el día y parte de la noche de un quirófano a otro, ahora primer ayudante, ahora instrumentista... Y no estaba fresco, precisamente, porque había encadenado siete guardias en los últimos quince días. Así que en la última de las intervenciones, haciendo de ayudante, sin la tensión (ni la adrenalina) de estar operando, me quedé dormido y empecé a caerme hacia el hombro del adjunto que estaba al mando en ese momento. Claro, al notar el contacto con él, inmediatamente me desperté e intenté recuperar la compostura. Al darse cuenta de la situación me dijo: «Anda, sal un momento y tómate una coca-cola». Y yo le respondí: «Si no tengo sed, lo que tengo es sueño».

Uno de los problemas más frecuentes durante el primer año del MIR es la alteración del sueño. Entre los nervios y la novedad, lo normal es que en las primeras guardias cueste conciliar el sueño, sabiendo que el busca está alerta en la mesilla y puede sonar en cualquier momento.

Los residentes que hacen guardias solos (sin otros compañeros con quien partirse) suelen pasar las primeras noches en vela, pensando que en cualquier momento pueden

tener que salir disparados a atender a un paciente. Ese miedo al busca suele ir desapareciendo con el tiempo, aunque es una situación de estrés psicológico que comparten la mayoría de los que han pasado por ello. En general tardan una media de cuatro o cinco guardias en acostumbrarse, y la cosa suele ser peor si les toca dormir en el primer turno y tienen que despertarse en mitad de la noche para hacer el relevo a sus compañeros.

Los trastornos del sueño que acechan al residente durante sus primeros meses en el hospital suelen ir desapareciendo con el tiempo, aunque hay quien no se acaba de acostumbrar a dormir en el cuarto de residentes, o no puede conciliar el sueño por el sonido constante de las cercanas máquinas de la UCI: «bip, bip, bip»...

Para algunos, el problema es que las habitaciones de residentes están justo al lado del cuarto de las enfermeras, y ellas, que no pueden echar ni una cabezadita durante su turno, entretienen los pocos ratos libres que hay charlando o tomando café. Justo al otro lado de la pared.

Los R1 son los que más tardan en conciliar el sueño, y a menudo son los que tienen que compartir los cuartos comunitarios con otros compañeros.

No hay intimidad ninguna. Las chicas se tienen que cambiar allí mismo, los chicos duermen en calzoncillos, todos revueltos, con las mochilas por el suelo y los zapatos allí mismo, al pie de la cama. Con un solo baño para los cinco o seis.

Hasta que no eres R2 no empiezas a ser alguien, y si tienes suerte a lo mejor te dan un cuarto individual donde puedes dormir en las mismas sábanas que ha usado el compañero del turno anterior. Eso sí, como hayas tenido una mala noche o te vayas al catre cabreado con algún otro servicio, no pegas ojo en todo lo que te queda.

Poco a poco se van acostumbrando y lo normal es que caigan fritos si la guardia es tranquila. Si hay suerte, podrán echar una cabezadita de tres o cuatro horas para estar frescos a la mañana siguiente, aunque muchos R1 sienten un miedo patológico a quedarse dormidos y no oír el busca; a bajar adormilados a la Urgencia y encontrarse un paciente complicado; a estar solos por la noche y no saber dar con el diagnóstico adecuado... Así que al volver a la planta a la mañana siguiente, con las ojeras aún

dibujadas, muchos se preguntan con envidia cómo será eso de librar una guardia.

La mayoría reconoce que los trastornos del sueño se van pasando a medida que avanza la residencia y se sienten más seguros con lo que hacen. Hasta el punto de que muchos se duermen nada más llegar a la cama, aunque sólo tengan por delante un par de horas.

A veces te llaman las enfermeras para cantarte\* los resultados de alguna gasometría o de otra prueba que estabas esperando y muchas veces estás tan dormido que no reaccionas y les tienes que pedir que te lo vuelvan a repetir, más despacio, para ir asimilando lo que te dicen y decidir si tienes que salir pitando o no.

Con ese déficit de sueño no es extraño que la mayor parte del saliente de guardia lo pases durmiendo, hasta el infinito. Cuando eres R1 aún intentas enredar un poco, tardas en irte del hospital, pasas por la biblioteca, luego intentas aguantar despierto, haces planes con los amigos por la tarde, y hasta te decides por hacer el doctorado o apuntarte a alguna actividad extraescolar. Pero a medida que va pasando el tiempo tu cuerpo te pide dormir, dormir, dormir. Y, si acaso, levántate a mediodía a comer algo; sobre todo si aún vives en casa de tus padres y tienes preparado el guiso de mamá en la mesa.

Sin embargo, no es el sueño lo único que se puede descontrolar a consecuencia de este ritmo frenético. Muchos MIR descuidan su alimentación durante la residencia, malcomen en la cafetería del hospital o pican algo al llegar a casa cuando están salientes de guardia. Engullir en media hora, pendiente del busca, de pie o leyendo informes, tampoco facilita la digestión de los alimentos, y el picoteo en el cuarto de residentes (hoy dulces típicos de Segovia, mañana pipas de girasol, el jueves chucherías del quiosco de la entrada) quita el hambre.

Es como si cada día comieses de restaurante, así que te tienes que obligar un poco a comer sano, porque si no, tu cuerpo lo acaba notando. Otra cosa son las guardias. Siempre hay alguien que trae la merienda, y suelen ser cosas de chocolate, así que en algún momento te tienes que poner un límite, si no es un descontrol.

Lo mismo pasa con los cafés. Yo llegué a tomarme seis o siete en una sola noche,

hasta que me autoimpuse un máximo de tres. Porque llega un momento en que te los tomas casi como un acto reflejo (como una actividad social), no porque necesites la cafeína para mantenerte despierto, porque cuando llega algo grave no hay sueño que valga y la adrenalina actúa mejor que la cafeína. Por si acaso, en las guardias nunca faltan el café, ni la coca-cola, ni el tabaco.

Menos mal que en la cafetería de mi hospital no se come mal del todo (ya sé que esto es una excepción). Tres primeros y tres segundos a elegir, tanto para la comida como para la cena. Eso sí, las bajadas de azúcar durante las guardias son míticas, lo que provoca un importante contrabando de gominolas y ha dado lugar a una curiosa tradición: la hora del helado.

A la una o las dos de la madrugada los residentes de Puerta de Interna y de trauma (y algunos de otras especialidades que también se apuntan) se reúnen en la Puerta de Urgencias donde una maravillosa máquina de helados nos espera para hacer un descanso y coger fuerzas para afrontar lo que queda de guardia.

En general se pasa bien la noche, y si tienes un ratillo intentas echar una cabezada, aunque sean sólo de un par de horas, para estar fresco cuando te toque hacer algo. Aunque para mí hay dos puntos críticos a lo largo de la guardia: las once o doce de la noche, cuando empieza a bajar el ritmo y tu cuerpo te dice que es la hora de irse a la cama; y las cinco o seis de la mañana, cuando ya notas que te queda poco pero arrastras todo el cansancio de la noche y te cuesta tener los ojos abiertos.

Además del aparato digestivo, el circulatorio es otro de los que más se resiente a consecuencia de las guardias. Muchos residentes no tardarán en descubrir las medias de compresión que ayudan a aliviar el dolor de pies y la hinchazón de piernas que provoca estar tantas horas de pie.

Si nos pusiesen un cuentakilómetros, estoy seguro de que cada día hacemos casi un maratón caminando (o corriendo) por los pasillos del hospital. La residencia exige mucho físicamente, te obliga a pasar muchas horas despierto o, al contrario, bajar a atender una urgencia en mitad de la noche cuando aún estás medio traspuesto.

Yo acabo las guardias con las piernas hechas papilla, y aunque tengas la suerte de

poder dormir del tirón seis o siete horas, no tienes la sensación de haber descansado bien, porque caes rendido en la cama, hasta con los calcetines puestos y sin vaciar los bolsillos, pero sabes que el busca está en la mesilla y que puede sonar en cualquier momento.

Cuando menos te lo esperas tienes que salir corriendo y bajar las escaleras. ¡No sé yo cómo no nos caemos con los zuecos más a menudo! Yo ya he dejado de llevar el móvil en el bolsillo del pijama porque una de esas veces que tuve que bajar a la UCI corriendo el teléfono salió disparado y se rompió.

No me extraña que cuando llega el fin de semana lo único que me apetezca es quedarme en casa todo el día. Ni siquiera el cine es buena idea, porque corro el riesgo de quedarme dormido.

El primer año de MIR acabé agotado. Entre el calor de Madrid (al cual no estaba acostumbrado), las guardias, la falta de sueño, la mala alimentación (ya no estaba en mi casa para disfrutar de los guisos de mi madre) y que quieres aprovechar para salir con todo el mundo del hospital y no perderte ni una fiesta... Imagínate.

Luego te vas acostumbrando, y no te apetece ir por ahí a pegar botes en una discoteca. Aprovechas al máximo para descansar y salir tranquilamente con los amigos, en plan de cañas, y tu cuerpo se va habituando al ritmo del hospital.

Un estudio de la Fundación Galatea ([www.fgalatea.org](http://www.fgalatea.org)) alertaba en 2008 de que hasta el 18 por ciento de los residentes había tomado alguna vez un fármaco para normalizar su ritmo circadiano (el reloj biológico que regula los ciclos de sueño y vigilia), alterado por las noches en vela, el descontrol de horarios y la falta de sueño. Esta misma organización advierte que un 30 por ciento de residentes se encuentra en situación de riesgo psicológico, frente al 18 por ciento de media que se calcula para la población general.

La primera vez que oí estas cifras pensé que eran una barbaridad. Entonces me puse a indagar entre mis conocidos, preguntando a algunos compañeros del hospital, y descubrí que era verdad, que había mucha más gente de lo que puede parecer a primera vista tomando sustancias.

Todo el mundo conocía a alguien que en épocas de mucho estrés había tomado algo, gente que toma pastillas desde su época de estudiante, o que recurre a ellas para dormir o para hacer un viaje largo en avión más tranquilo... Algunos incluso les consultan a los compañeros de Psiquiatría, que controlan muy bien toda esta medicación, y algunos incluso acaban yendo a una consulta privada por algún problema grave de ansiedad. Pero supongo que no es algo de lo que se hable abiertamente y por eso da la sensación de que es un problema minoritario; hasta que te pones a preguntar.

Los trastornos del sueño acaban afectando a la higiene personal, los hábitos de vida, el ocio, la alimentación... Pueden aumentar la frecuencia y la intensidad de vicios como el alcohol y el tabaco («El cuarto de residentes es un fumadero»), y hasta pueden acabar teniendo consecuencias peligrosas.

Un estudio reciente de la Asociación Española de Médicos Residentes ([www.aemir.es](http://www.aemir.es)) alertaba de que hasta el 34 por ciento de los salientes de guardia había sufrido un accidente, y hasta el 60 por ciento decía que había cometido algún error grave en su trabajo a causa de la fatiga y la falta de sueño. No sólo el número de guardias que se hagan, sino la calidad con que se hagan, puede llevar a algunos MIR a somatizar su estrés posguardia y sufrir algún problema de salud, sobre todo en los primeros años de residencia.

Después de un año en que lo único que has hecho ha sido estudiar y pensar mir-mir-mir-mir-mir-mir, un año en el que tu mejor plan era salir a comprar el pan para hacer un descanso, empiezas a trabajar por primera vez. Empiezas a hacer guardias sin estar acostumbrado. Y empiezas con la idea de que aún no estás preparado para enfrentarte a pacientes reales que no vengan tipo test.

La respuesta es sí: es muy estresante psicológicamente. Poco a poco te vas acostumbrando y vas aprendiendo trucos útiles para sobrevivir. Como qué ascensores puedes coger para llegar más rápido abajo, qué días merece la pena quedarse a comer en la cafetería o qué enfermera te va a solucionar la vida si llega el caso.

Aunque el problema no es exclusivo de España. Un estudio brasileño publicado en

2008 en la revista BMC Medical Education ([www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com)) alertaba de que la depresión era una compañera habitual de los estudiantes de Medicina en su periodo de prácticas en el hospital (lo más parecido al MIR en el sistema formativo de aquel país). Según la encuesta, realizada en este caso por Sergio Baldassin a 481 futuros médicos, el 38 por ciento de ellos mostraba al menos 10 síntomas de una lista con 63 indicadores de depresión. Entre los más habituales: tristeza, insatisfacción, irritabilidad, llanto, sensación de inutilidad, pesimismo, insomnio, fatiga, pérdida de peso, falta de deseo sexual y, en el peor de los casos, ideas suicidas. El problema era más acentuado en las mujeres y en aquellos cuyos padres no se dedicaban a la Medicina.

Al indagar en las causas, los investigadores brasileños se encontraron con una lista de factores que les resultarán familiares a los lectores de este libro que hayan aguantado hasta esta página: sentimientos de miedo, de inseguridad ante un entorno nuevo como el hospital, la sensación de no saber nada y el temor a examinar a los pacientes. Esos síntomas depresivos repercuten en la salud de los residentes, «y éste es probablemente el periodo en el que los tutores y educadores deberían estar más atentos, para poder detectarlos a tiempo». A pesar de todo, reconocen que a veces puede ser difícil distinguir los signos de depresión de lo que es el estrés inherente a la vida de cualquier estudiante.

De hecho, como explica un veterano preparador del MIR, con dieciocho años de experiencia a sus espaldas, no hay que olvidar que los residentes llegan al hospital después de varios meses de ansiedad intensa para preparar el examen.

Es gente con un elevado nivel de autoexigencia, que arrastran incluso desde los catorce o quince años, cuando deciden que quieren entrar en Medicina. Se han pasado toda la carrera pensando en el número, en la plaza que quieren elegir, y después de sexto (que ya es duro de por sí) aún les quedan siete meses por delante pensando sólo en preparar el MIR.

Cada paso que dan es un examen para ver si valen o no. Se mueven en un entorno de gran competitividad que es perjudicial para ellos y para su trabajo; es decir, para el paciente.

No hay recetas mágicas, pero la guía sobre la salud del MIR editada por la Fundación Galatea da algunas pistas. Primero, porque ayuda a detectar factores de riesgo, como el

estrés, el sedentarismo, el consumo de diversas sustancias, y el propio nivel de autoexigencia que se imponen los residentes para estar a la altura («Se asume como normal que la vida del residente ha de ser dura y sacrificada»)...

Las largas jornadas, la juventud, la falta de experiencia, el ambiente laboral y la personalidad de cada uno son un cóctel ideal para que los MIR sientan estrés, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, problemas para conciliar la vida familiar y laboral, falta de ocio y tiempo libre.

Y, además, porque ofrece algunos consejos útiles para lidiar con todo lo anterior. El primero, conciliar la vida familiar y laboral: «Que las horas que debiéramos dedicar al descanso, al ocio y a la familia sean ocupadas en su mayor parte en estudiar, elaborar trabajos, revisar historias clínicas... Es la norma», reconoce en este documento Manuel Carmona, representante nacional de médicos en formación de la Organización Médica Colegial. Por otra parte, conviene buscar tiempo libre para uno mismo:

De momento sólo he tenido que renunciar a la siesta y a algunas horas de sueño, que recupero en cuanto puedo. Como la mayoría de la gente con la que te mueves está en la misma tesitura, nos vemos con menos frecuencia, pero con más ganas. Se trata de exprimir al máximo los fines de semana que no tienes guardia y buscar un hueco para quedar con los amigos no médicos (¡que suelen tener más tiempo libre que tú!).

Así que a veces parece que hemos vuelto a una especie de posadolescencia, como cuando estábamos en la universidad, en el piso de estudiantes. Con horarios trastocados, comidas a deshoras, toda la fiesta que el cuerpo te permita y tratando de apuntarte a alguna actividad para los huecos libres: el gimnasio, los idiomas... ¡Eso sí, no sé ni cuánto tiempo hace que no leo un buen libro (los de Medicina no cuentan) !

Un tercer consejo es, curiosamente, cuidar la salud: «¿Ir al médico? ¡Qué va! Creo que no lo he hecho ni una vez en los cuatro años de residencia. Si acaso alguna analítica que me he hecho en el propio hospital. Y si me noto algo... pues me automedico». Sólo un 49 por ciento de los médicos reconoce tener médico de cabecera. Sólo el 48 por ciento sigue las indicaciones del médico al que ha consultado, y un 82 por ciento se automedica de forma habitual, según una encuesta de 2001 publicada en la revista

## Medicina Clínica

Otro consejo es mantener la satisfacción en las relaciones sexuales. Según una encuesta realizada con residentes catalanes en abril de 2008 (disponible en catalán en [www.fgalatea.org](http://www.fgalatea.org)), sólo una cuarta parte de ellos se mostraba «muy satisfecho» con las relaciones sexuales, mientras que se elevaba hasta el 38,1 por ciento la cifra de los encuestados que no estaban del todo contentos.

También hay que aprovechar el MIR para establecer hábitos de vida saludables y recursos psicoemocionales para afrontar su vida adulta:

Hay guardias especialmente malas en las que te vas del hospital con ganas de llorar (si no lo has hecho ya durante la noche). Recuerdo una, siendo R1... Empecé a pasar consulta con otra coerre, pero era tal el agobio de pacientes que nos separamos. Las enfermeras estaban hasta arriba haciendo analíticas y a nosotros se nos acumulaban las historias encima de la mesa.

Uno de los pacientes que había empezado a ver con la otra chica estaba en observación. Había tenido un desvanecimiento en casa, con pérdida de control de esfínteres y todo... Además tenía una exploración neurológica un poco deficiente, típica de un accidente isquémico transitorio o un accidente cerebrovascular, pero con un electro muy raro.

A las dos de la mañana entró en la sala de parada pero fue inútil. El hombre murió de un embolismo masivo. Mi amiga, que se había implicado mucho con su familia, se derrumbó.

Mientras una adjunta se la llevó de allí para intentar calmarla, a mi mesa no dejaban de llegar historias y más historias. Cuando terminé con un paciente, saqué el móvil y le mandé un mensaje a otro compañero que también estaba de guardia. Sólo le puse: «Socorro».

Eran las dos de la mañana y vino a mi consulta extrañado. Le dije que necesitaba salir de allí cinco minutos y que alguien me diese un abrazo. Salimos a la puerta y consiguió que me calmase un poco. Estuve a punto de echarme a llorar, me faltó poquísimo, pero no me lo podía permitir porque tenía que seguir viendo pacientes. Esa noche aprendí que

lo más importante de la guardia es con quién la compartes. Ser médico no es una profesión de solistas, sino de grupos musicales. Porque si tú desafinas, el guitarrista toca más alto.

Pero por encima de todo es necesario acabar con cinco mitos muy arraigados en la profesión sanitaria:

- Los médicos deben saberlo siempre todo.
- Dudar es mostrar que uno no está suficientemente preparado.
- El paciente siempre es el primero.
- La excelencia técnica es la que da satisfacción.
- Los pacientes, no los médicos, necesitan apoyo.

Estas creencias son falsas, y conducen a muchos errores. El siguiente decálogo de catorce puntos, elaborado por la misma Fundación Galatea, puede ayudar a cumplir con todos los requisitos para que la salud mental y física de los MIR esté siempre en perfecto estado de revista:

no eres sólo un estudiante, ahora eres un profesional de la Medicina.

pacientes no son una pregunta de examen. La relación con ellos será intensa y emotiva.

sistema sanitario está considerado como uno de los mejores, pero es complejo y existe presión asistencial y tareas burocráticas que cumplir.

tu profesión es importante la actualización constante de conocimientos.

tus vínculos familiares y sociales, pueden ser un buen apoyo.

los dilemas éticos y morales que se te plantearán.

el MIR para adquirir buenas habilidades y recursos para una vida profesional

equilibrada.

formación y apoyos para saber afrontar los momentos de estrés.

tus habilidades sociales y comunicativas.

una buena acogida en tu centro de trabajo.

renuncies a pedir ayuda y consejo.

con los residentes mayores. Su experiencia te será útil.

tiempo libre para aquello que sea importante para ti, además de la Medicina. No te descuides, mantente activo física e intelectualmente. Haz deporte y sigue una alimentación equilibrada.

crezcas, piensa en los residentes que necesitan tu apoyo.

## 20

# «Cuando yo era residente estábamos peor»



# E

l sueldo base que cobran actualmente (2009) los residentes españoles ronda los 1.135 euros brutos al mes (sin olvidar las pagas extraordinarias de junio y diciembre). Es la misma cantidad para toda España, a la que hay que sumar los complementos de grado de formación, que van aumentando con los años: un 8 por ciento del sueldo base para los R2, un 18 por ciento para los R3, un 28 por ciento para los R4 y un 38 por ciento los R5.

Lo que sí varía entre comunidades autónomas es el precio que se les paga por cada hora de guardia, que puede oscilar entre 9 y 13 euros para un R1, y entre los 15 y los 19 euros en el caso de los residentes más mayores (algo más en días festivos que en los laborables). En Cataluña, por ejemplo, un R1 cobra alrededor de 11 euros por hora de guardia, 13 euros los R2, 16 euros siendo ya R3, y hasta 18 euros si se trata de un R4.

Con todo, y teniendo en cuenta que suelen hacer una media de cinco guardias mensuales, el sueldo neto al mes de un residente oscila entre los 2.100 de un R1 y los 2.900 de un R5, cifras que han mejorado mucho su situación económica con respecto al pasado más cercano, cuando se pagaban las guardias a poco más de 5 euros la hora.

Para alcanzar esas cifras los residentes de Medicina han tenido que negociar con uñas

y huelgas con las diferentes administraciones autonómicas. En Andalucía, por ejemplo, no hace mucho que los MIR cobraban un módulo fijo de 92 horas de guardias (cuatro días de 17 horas cada uno, más una guardia en un día festivo de 24 horas completas). Sin embargo, este sistema no contemplaba la posibilidad de que alguien trabajase tres festivos y dos días normales en lugar de cuatro días laborables y un festivo.

Ahora, en todas las comunidades se cobra por hora de guardia, y aunque desde agosto de 2008 está establecido por decreto un máximo de tres guardias mensuales, hay quien reconoce haber trabajado hasta nueve en un solo mes. Sobre todo en los primeros años de residencia, cuando están más sobrecargados; o en verano, cuando muchos hospitales no sustituyen a los adjuntos que se van de vacaciones.

El dinero puede ser una de las causas que lleva a muchos residentes a buscar otro trabajo adicional fuera del hospital, sobre todo en clínicas privadas, residencias de ancianos, academias para preparar el MIR... Una práctica cuando menos ilegal, teniendo en cuenta que el decreto MIR establece que su programa de formación en el hospital debe llevarse a cabo «con dedicación a tiempo completo, sin compatibilizarlo con cualquier otra actividad profesional o formativa». La única excepción a esa norma son los cursos de doctorado.

Así que los que intentan completar su sueldo con otro trabajo (para pagar la hipoteca, por ejemplo) suelen cobrar en concepto de «otras cosas», algo que no implique ejercer como médico. Tampoco pueden desgravar ante Hacienda los seguros privados de responsabilidad civil que tienen que suscribir para guardarse las espaldas, además del que ya tienen en el hospital. En el mejor de los casos, estas pólizas rondan los 300 euros al año para una cobertura de hasta 1,2 millones de euros.

Otra práctica que muchos residentes reconocen de tapadillo es la venta de guardias. Dejar de hacer guardias no está permitido porque se supone que forma parte del proceso de formación de un residente, pero siempre hay quien tiene una boda, o prefiere descansar un sábado, o lleva demasiadas guardias acumuladas en un solo mes... O al contrario, quien necesita el dinero y no le importa hacer las de otros compañeros. La persona que vende su guardia recibe el importe correspondiente en su nómina mensual (con la retención correspondiente del IRPF), y quien acepta hacerla en su lugar suele cobrar por el cambio algo más de dinero (libre de impuestos), lo que genera algo de

beneficio en dinero negro para quien finalmente la trabaja. En este mercado persa, el negocio más rentable ha sido durante muchos años suplir a un compañero un sábado, ya que oficialmente estas guardias (una al mes es obligatoria) se pagaban en muchos hospitales como un día laborable (algo que ha cambiado en la mayoría). Sin embargo, en el trueque se pagaban como si de un domingo se tratase. Es decir, casi el doble.

Esta práctica suele ser más frecuente en los servicios con peor ambiente, o en los que las guardias están mal repartidas. Lo más habitual es que si toca trabajar un día que no se puede, se hagan cambios con los compañeros de servicio y se apañe la planilla para que todo el mundo quede satisfecho con el reparto.

Con estos trueques no es extraño que, cada mes, la planilla original (un complicado sudoku de iniciales, fechas y horas que sólo son capaces de descifrar los miembros pertenecientes a esta secta) acabe llena de tachones y borraduras que sólo los implicados pueden comprender.

A mediados del mes de mayo, automáticamente (siempre que hayan aprobado el curso anterior), los MIR pasan a su siguiente año de residencia, y sin mucha burocracia ni tiempo para celebraciones ascienden un peldaño en el escalafón. Enseguida conocerán las rotaciones que les esperan para el nuevo año y, en teoría, deberían firmar su nuevo contrato anual, con la correspondiente subida de sueldo. No obstante, muchos R3 y R4 reconocen que el único papel oficial que tienen en su poder es el que firmaron el primer día al llegar al hospital, con los 800 euros mensuales que ganaban siendo R1 y que se va renovando: «El paso es automático. Nadie te dice nada. Sólo lo notas en la nómina».

El único requisito necesario para pasar de una R a la siguiente es que la comisión apruebe la evaluación de ese residente (trato con los compañeros, habilidades, capacidades, comportamiento). Un trámite que la gran mayoría supera sin problemas. Más habitual es que algún servicio suspenda el paso de un MIR por sus pasillos, por lo que el residente estará obligado a repetir esa rotación (y esmerarse más que en el primer intento) si quiere pasar de año.

La evaluación anual tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo, en los siguientes términos:

Positiva, cuando el residente ha alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.

Negativa, cuando el residente no ha alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.

Eso es todo, ni más, ni menos.

El Comité de evaluación anual revisa sobre todo el Libro del residente, que es como un diario de a bordo del MIR, una memoria en la que deben apuntar durante todo el año todas sus rotaciones, cursos, sesiones, congresos, el número de pacientes que ha atendido (tanto ingresados como en la consulta), su estado y gravedad, las intervenciones quirúrgicas o las pruebas que ha realizado...

Para los MIR que suspendan la evaluación anual, porque la comisión considera que no ha cubierto los objetivos, está previsto un plan de recuperación específico. Esta segunda oportunidad se llevará a cabo en los tres primeros meses del siguiente año lectivo, «quedando supeditada la prórroga por los restantes nueve meses al resultado de la evaluación de la recuperación».

En otros casos, por embarazo (cada vez más frecuente entre las numerosas mujeres MIR) o por culpa de una enfermedad muy prolongada (o simplemente por ausencia injustificada), el tutor de residencia puede pactar con el residente la repetición de un año si éste ha faltado más del 25 por ciento del cómputo total.

Aunque el Estatuto del residente, aprobado en octubre de 2006, establecía por primera vez un marco jurídico para regular la especial situación de los MIR, muchos hospitales siguen cometiendo algunos abusos. Y no es extraño que una residente que haya tenido un hijo durante la residencia pueda reengancharse después de la baja maternal sin mayores consecuencias, mientras que otra compañera en las mismas circunstancias se vea obligada a repetir el año porque su embarazo le ha impedido superar la evaluación.

Así que todo el mundo conoce a algún tutor o jefe de servicio («de mentalidad cerrada») que al conocer el estado de buena esperanza de una de sus residentes comienza a plantear problemas: «Puede que no apruebes el año»; «Si te coges la baja completa es

probable que no alcances los objetivos necesarios para aprobar»; «Enhorabuena, pero...». Son excepciones y no representan a la mayoría de adjuntos, tutores y jefes de servicio que acuden puntualmente, ramo de flores en mano, a felicitar a la nueva madre, que se reincorpora sin problema al terminar la baja, tratando de recuperar al máximo el tiempo perdido.

La libranza de la guardia es otro asunto que sigue siendo motivo de controversia en algunos servicios, donde los propios residentes prefieren no entrar en discordia porque saben que su evaluación y sus salidas profesionales dependen en buena medida de su relación con los adjuntos y con el jefe de servicio. De hecho, una encuesta realizada por la Asociación Española de Médicos Residentes mostraba que más de la mitad de los MIR consultados no libraba al día siguiente y llevaba a cabo, como norma general, jornadas laborales de treinta y dos horas. ¿Quién no recuerda el famoso lema, «Llevo treinta y dos horas sin dormir, ¿te opero?», que sacó a los MIR a la calle en 2007? Porque si bien el famoso Real Decreto («que regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud») reconoce que «entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar como mínimo un periodo de descanso continuo de doce horas», añade una graciosa coletilla: «Salvo en casos de especial interés formativo, según criterio de su tutor o en casos de problemas organizativos insuperables». Y ¿qué servicio no tiene esos problemas insuperables cuando basa toda su capacidad de respuesta asistencial en los residentes?

La frasecita de marras fue uno de los motivos que sacó a los MIR a la calle en marzo de 2007 para protestar, porque consideraban que se prestaba a cualquier tipo de interpretación por parte de los jefes de servicio. De hecho, la coletilla del «especial interés formativo» fue sustituida en el nuevo decreto de febrero de 2008 por el siguiente texto, más claro y menos interpretable: «Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un periodo de descanso continuo de doce horas».

Aunque, ojo: en muchos casos son los propios residentes los que voluntariamente renuncian a su derecho a librar la guardia.

En mi hospital nadie te mira mal si decides librar, pero a veces no merece la pena. Entre la guardia y la libranza ya son dos días que pierdes el contacto con tus

pacientes, que dejas de pasar por la planta, y eso es demasiado tiempo desconectado.

Muchos de nosotros hacemos una pseudolibranza. Es decir, nos quedamos por la mañana, echamos un vistazo a los pacientes, te pones al día y te vas a casa a las doce o la una del mediodía. Aunque, claro, hay veces que aunque quieras no te puedes ir, y te tienes que quedar en el hospital por narices. Por necesidades del servicio.

En los servicios en los que unos residentes libramos y otros no, enseguida notas que los adjuntos no te tratan con tanto cariño como a tus compañeros. Algunos especialistas suelen contar más con los residentes que no libran la guardia; recurren a ellos si hay que publicar algún trabajo; notas que comentan más con ellos los casos que contigo...

Es una situación sutil, pero que va haciendo mella y enrarece el ambiente. Sobre todo porque al colectivo MIR le ha costado mucho que ese derecho se reconozca en un documento oficial, en un Real Decreto al que ahora nos podemos agarrar, para que luego haya compañeros que renuncien a disfrutarlo.

Además, entre los adjuntos ya mayores existe una tendencia generalizada que podría denominarse el síndrome «cuando yo era residente». Si se ponen a contarte batallitas, lo más habitual es que siempre digan que cuando ellos hicieron el MIR las cosas estaban mucho peor, que tenían que hacer diez o doce guardias al mes, que trabajaban (y sufrían) mucho más que ahora y que consideran, por tanto, que librar la guardia es un lujo que no nos merecemos hoy en día.

Lo mejor del MIR es que culminados tus estudios tienes la ocasión de verte haciendo algo para lo que te has preparado durante seis largos años. Lo peor es que tiene un tufillo cuartelario impresentable. Al igual que en la instrucción, parece que algunos piensan que la humillación y el machaque hacen hombres a los reclutas; en el sistema MIR ha existido una tendencia a la explotación del residente. Como si fuera necesario ser puteado para convertirse en un especialista de provecho.

Casi más problemáticas que las libranzas son las propias guardias. El famoso Real Decreto establecía que «ningún residente podrá hacer más de 37,5 horas de jornada ordinaria semanal ni más de 48 horas sumando la jornada ordinaria y la complementaria,

todo ello en cómputo semestral y con un máximo de siete guardias al mes». Aunque Sanidad añadía a continuación: «Además, a partir de la plena entrada en vigor del decreto (1 de julio de 2008), el máximo de horas de guardia a realizar en seis meses será de 273, es decir, una media de tres al mes». Sin embargo, en la práctica esto es muy difícil de cumplir si las planillas y los organigramas de los hospitales están hechos pensando que los MIR van a hacer entre cuatro y siete guardias mensuales.

«Existirá algún residente que sólo haga tres guardias al mes, pero te va a costar encontrarlo», advierte con sorna un portavoz de una organización médica a quien quiera encontrar un ejemplar de esa rara avis.

Hay leyes que no son aplicables en la realidad. Nosotros somos sólo seis residentes. Si cada uno hiciese únicamente tres guardias, se quedaría el servicio sin gente suficiente durante medio mes. Así que en algunos centros los MIR logran negociar algo a cambio. Como una especie de compensación por superar esos límites legales.

A veces también es puro egoísmo, porque nuestro sueldo depende en gran parte de las guardias, y si un mes haces muy pocas eso repercute en tu nómina. Hay gente que paga hipotecas, letras del coche, tiene hijos... y no puede permitirse dejar de ganar trescientos o cuatrocientos euros al mes.

Pasa lo mismo con la venta de guardias. Si vendes muchas de tus guardias lo acabas notando en el sueldo. Además, si estás en Urgencias con otros sesenta residentes le puedes vender tu guardia a alguien y no se nota. Pero si somos sólo seis en el servicio, nadie quiere hacer más de las que le tocan, así que intentamos arreglarlo para que todo el mundo esté contento. Y si no, siempre podemos hacer cambios de días entre compañeros.

Cuando hay buen ambiente se hacen las planillas para que todo el mundo haga el mismo número de guardias y le toque trabajar los mismos sábados y domingos al mes.

A pesar de todos los problemas que aún quedan por resolver, y de todas las pegas que se les pueden poner, los Reales Decretos de octubre de 2006 y de febrero de 2008 han servido al menos para regular tanto los aspectos laborales (el primero) como formativos

(el segundo) de la figura del residente en la Sanidad española, que carecía de cualquier marco jurídico para ampararles prácticamente desde 1971.

Así que en octubre de 2006 se puso por escrito por primera vez que la formación teórico-práctica del MIR consistía en ir alcanzando conocimientos y asumiendo responsabilidades de forma progresiva; y que esto se gratificaría con un complemento de grado de formación en su sueldo que iría aumentando cada año. Y establecía además que las mujeres embarazadas o los residentes con menores o un familiar a su cargo tenían derecho a realizar jornadas diarias no superiores a las doce horas.

Por otro lado, en febrero de 2008 se aclara con nitidez el papel de las unidades de docencia, las labores de los tutores (que deben estar acreditados para su tarea por el Ministerio de Sanidad), y el derecho de los residentes a reclamar ante una comisión en caso de que estén en desacuerdo con su evaluación negativa.

Los tutores, que siguen reclamando una remuneración por su tarea, o bien que les descarguen de algo de tiempo asistencial para ocuparse de su labor docente, siguen siendo los grandes desconocidos de esta película.

Es una labor altruista en la mayoría de los casos. No cobran por ello, ni tienen menos horas de consulta. Aunque a veces, oficiosamente, en algún servicio les descargan, por ejemplo, de pasar planta un día a la semana, o unos días al mes...

Para nosotros no debería haber nada más básico que un tutor. Alguien que, por ejemplo, te sepa decir cuál es el mejor hospital del país para hacer una rotación externa si te quieres especializar en una técnica concreta y te facilite las cosas para que puedas ir allí.

El Real Decreto dice que ellos son los primeros responsables del proceso de enseñanza y aprendizaje de un residente, con el que mantendrá un contacto continuo; pero no dice cómo lograr ese punto medio entre estar encima del residente y darle suficiente distancia para que pueda ir adquiriendo responsabilidades.

El tutor tiene que ser algo así como un compañero veterano al que recurrir, más un hermano mayor que un padre. Estaría bien que, además, tuviera un contenido y un

programa explícito. Pero a mí no me lo han contado. Tampoco es de extrañar, si el Real Decreto formativo que se supone que clarificaría estas cuestiones se publicó en febrero de 2008, treinta añitos después de la creación de la vía MIR.

Teniendo en cuenta que sus líneas generales tendrán que ser desarrolladas por los distintos servicios autonómicos, es posible que nos lleve algún tiempo acabar de determinar cuál ha de ser su postura frente al MIR.

Y, desde luego, que a nadie que desempeña la función de tutor se le ocurra trasladarse de Murcia (es un decir) a Extremadura (otro decir), porque igual tiene que adaptarse a normativas diferentes. Si además se traslada de Galicia (otro suponer) a Cataluña (por decir algo), también tendrá que aprender la lengua vernácula. Pero ésa es otra historia que demuestra la variada riqueza de los hombres y las tierras de España.

En este texto se dice claramente que la supervisión de un residente de primer año será «de presencia física», y que sus responsables visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a la actividad asistencial en las que intervengan los residentes de primer año. Mientras que, ya en el segundo año, «la supervisión decreciente tendrá carácter progresivo», aunque siempre podrán «recurrir y consultar a los profesionales presentes cuando lo consideren necesario». El Real Decreto no aclara, eso sí, qué hacer en el caso de que los adjuntos estén ausentes o ilocalizables cuando se les necesita.

Así, superando año tras año, hasta la evaluación final que es la que les dará derecho al título oficial de especialista.

Los residentes tenemos una carga asistencial tan grande, que a menudo se olvida la parte formativa del programa MIR, la que dice que estamos ahí para aprender.

Muchos adjuntos (y a veces nosotros mismos) no tienen conciencia de que el residente está aprendiendo. Pero claro, si tú eres R2 y ya eres el responsable de una guardia, y ni siquiera logras localizar a tu adjunto para que te resuelva una duda sobre un paciente al que estás viendo, cómo va a estar ahí para enseñarte Medicina.

Sabemos que para aprobar el MIR hay que cumplir el programa formativo, el que

fija la Comisión Nacional de cada especialidad, pero luego cada comunidad e incluso cada hospital lo interpreta a su manera. Hay centros, incluso, que pasan la mano con los residentes extranjeros, algunos de los cuales no tienen ni idea de español (lo justo para pasar el examen MIR y la prueba de idioma que hacen ahora), porque les necesitan como mano de obra.

Lamentablemente hoy en día hay diecisiete formas distintas de ser residente. Y eso que todos llegamos al MIR a través de un examen común. Pero, en la práctica, las transferencias lo desordenan todo.

Es verdad que después de las manifestaciones que hubo a principios del año 2007, protestando contra el decreto de octubre de 2006, en las que conseguimos una importante subida salarial, nuestras reivindicaciones se han hecho más suaves y la voz del colectivo se ha apagado un poco. Aunque sigue habiendo problemas que resolver.

Las preocupaciones de un MIR no se acaban una vez que tiene el título de especialista en el bolsillo. Es entonces cuando empieza su nueva vida como adjunto en busca de trabajo. Porque, no hay que olvidarlo, el MIR no es una oposición que dé derecho a un puesto de trabajo, sino que da acceso a una plaza de formación, con una duración determinada y una fecha de expiración. Y las posibilidades de encontrar una plaza a la que agarrarse terminada esa formación dependen de factores tan diversos como la comunidad autónoma de residencia, la especialidad elegida o la edad media de los adjuntos de su servicio. Nadie elige plaza MIR en un hospital pensando que cuando acabe la residencia va a poder seguir trabajando allí, porque las posibilidades suelen ser muy remotas.

Si la edad media del servicio es muy elevada y hay varios especialistas a las puertas de la jubilación, entonces las probabilidades aumentan. Si es un hospital en crecimiento, nuevo, o que atiende cada vez a mayor población de pacientes, entonces existe otra baza a favor del residente. Si es un momento en el que dicho servicio está ganando poder y el jefe aspira a tener más peso dentro de la organización del hospital... ¡Bingo!

Si no, lo más probable es que acabada la residencia el nuevo adjunto comience su peregrinaje en busca de trabajo, lo que le obligará a aceptar y encadenar varios malos

contratos antes de tener una plaza en propiedad. Contratos de un día, de noches, sólo de guardias, de veinticuatro horas, para reforzar los festivos, en alguna institución privada...

Así hasta que el día menos pensado suena la flauta y comienza su nueva vida como adjunto con contrato. En un hospital nuevo, con compañeros nuevos, nuevos pacientes y, ahora también, residentes a su cargo.

# 21

## Basado en hechos reales



# D

oce de la noche, guardia de Interna en Urgencias, empieza a quedar despejada a esas horas. Llega a la sala de clasificación un chico de unos veinticinco años vestido de punk. Aparte de su indumentaria, se ve que es de familia adinerada y le acompaña su padre, un señor con traje y corbata. Además, uno de los residentes que está de guardia le conoce porque ha ido con él al colegio (de curas).

El chico empieza a explicarles lo que le pasa a los dos residentes que le atienden, entre balbuceos, como si no le saliesen las palabras. Finalmente se arranca del tirón:

-Veréis, es que llevo unos días que me pican mucho mis partes y me he encontrado unos bichillos. Mi duda viene porque, por un lado, acostumbro a dormir con mi perro y, por otro, me he echado una novia okupa. Así que quería saber si son garrapatas o es que he cogido ladillas.

Ante el cachondeo general y el asombro de todos, el joven punk saca del bolsillo una cajita de azafrán llena de bichitos muertos.

-Pero ¿qué haces? ¡Guarda eso! -le dice el erre mayor con sorpresa.

-¿Por qué? Si están muertos -se defiende el chaval.

-Ya te dije que no era buena idea -añade el padre.

-Tío, yo tengo una perra que ha tenido garrapatas... y eso no son garrapatas -comenta el erre pequeño que le conocía del colegio.

-¡¡¡Putá punk!!! -exclama el afectado.

Luego, cuando se va, añade muy digno:

-Buenas noches.

-¡No te olvides del champú de Permetrina\*! -le gritan los residentes cuando está ya casi en la puerta.



Suena el busca de un residente de Oftalmología: «Te pasamos una llamada de la calle».

-Buenos días, soy Carlos Fernández.

-Buenos días, yo soy la doctora...

-Doctora, me veo el ojo hundido.

-¿Cómo que hundido? ¿Qué quiere decir? Así por teléfono no le puedo ayudar. ¿Por qué no viene a que le miremos?

-Porque vivo en Segovia.

-¿Y por qué no va entonces al hospital de Segovia?

-Porque les he denunciado.

Entonces, ¿qué podemos hacer por usted?

-Es que tengo entendido que una doctora de su servicio vive por aquí cerca y he

pensado que a lo mejor podía venir a mi casa a echarme un vistazo...



Una residente de Familia atiende a un presunto periodista que acude por la noche a Urgencias, con unas grandes gafas de sol cubriéndole la cara, por una insuficiencia respiratoria y una buena borrachera... Mientras le trata, el paciente comienza a hablarle de todas las novias que ha tenido en la vida, la última de quince años, otra que era médica (y que resultó ser en realidad su psiquiatra), y termina contándole todos los viajes que ha hecho en los últimos años.

Coincidiendo con las Navidades el paciente regresa para invitar a turrón a su doctora y a todo el servicio, y para agradecerles el trato recibido.

En su tercera visita el hombre acude al médico que está clasificando en Urgencias y pregunta por su residente. Como ella está ausente, le deja un paquete que contiene un libro de poesías, una carta invitándola a «cruzar con él el charco para que le pueda presentar a su señora madre» y, junto a eso, un disco compacto titulado El canto del jilguero campero.

Aún volvió una cuarta vez intentando localizar a su doctora, mientras ésta se escondía en la cafetería del hospital.



Un día llegó un señor al hospital que aseguraba que un indio le había disparado una flecha. El residente que le atiende le responde que no le ve nada raro, y tampoco tenía ninguna señal en el hombro, donde presuntamente había recibido el impacto de la flecha.

El paciente insistió y le respondió que otros indios buenos le habían curado la herida

con unas hierbas mágicas y no le había quedado cicatriz. El residente de neuro acaba por consultar a su adjunto, quien le explica que ésta es una alucinación muy frecuente entre la gente que tiene el cerebro agujereado por el consumo de alcohol.

¡Ay el cerebro! Ese órgano misterioso y fascinante.



Los pacientes ancianos suelen dar mucho juego. Bien porque confunden palabras muy parecidas fonéticamente (bazo con brazo, por ejemplo) o porque se suelen tomar al pie de la letra las indicaciones del médico. Como aquel que se esforzaba, con poco éxito, en «coger mucho aire» con sus brazos.

Los bailes de letras pueden convertir el ácido úrico en ácido único, la intubación en incubación, el by-pass corona rio en un pa) ,-pa),, la amputación de un miembro en una imputación, el ganglio centinela en ganglio policía, la diabetes en diabitis, el antidepresivo Seroxat en sexoral, el enema en una diadema y a las heparinas en harinas.

Y si alguien quiere ver más gazapos de este tipo, que lea Lapsus médicos, de También se encuentran muchos en la página [www.uxiliar-enfermeria.com/traductor.htm](http://www.uxiliar-enfermeria.com/traductor.htm).



El paciente sólo tenía cinco años y la madre mostraba su preocupación al dermatólogo porque le había salido una mancha negra con mal aspecto en la punta del pene. Ni el adjunto ni el residente tenían muy claro qué podía ser a primera vista, así que programaron una biopsia para tomar una muestra de la misteriosa lesión y analizarla bajo el microscopio.

Ya en el quirófano, las enfermeras empiezan a limpiar la mancha con un antiséptico para prevenir cualquier infección, cuando observan sorprendidas cómo un trocito negro se desprende del pene y cae al suelo. Una de ellas coge agua y jabón y ante la expectación de todo el personal comienza a limpiarle el miembro al niño hasta ver cómo la mancha desaparece por completo.

Ese día el residente aprendió qué es la llamada «dermatosis neglecta», que los libros de medicina describen como un «acúmulo de detritus celulares e inorgánicos, sumados a una higiene deficiente». Algo así como una suciedad íntimamente adherida a la piel, que había formado ya costra, pero que nadie había sospechado inicialmente en un niño aparentemente limpio y bien aseado.

La madre salió del hospital convencida de que le habían realizado la biopsia a su hijo y con algunas recomendaciones de higiene para el pequeño, que empezaba ya a ducharse solo.

Aunque no es la única mancha sospechosa que pueden encontrarse los residentes a lo largo del MIR.

Un pediatra se devanaba los sesos en la consulta para saber qué podía ser la lesión que tenía en el entrecejo una niña de apenas un mes de vida.

Con la posibilidad de que se tratase de un nevus verrucoso (un tumor cutáneo benigno) y a punto de rellenar el parte para remitirla a Dermatología, a este pediatra humanista le dio por rascar un poco con el dedo la frente de la pequeña. Para su sorpresa (y la de los primerizos padres), empezaron a desprenderse del entrecejo pequeñas pelotillas de una sustancia blanquecina, que dejó ver la típica mancha de fresa en la piel que sufren muchos recién nacidos (y que se denomina técnicamente «hemangioma»). No era más que crema, para alivio de todos y bochorno de unos y otro.

Los padres aprendieron que no se debe echar crema en los hemangiomas, y el pediatra que las lesiones de la piel «deben palparse con decisión».

«¡Manolo, que casi me pisa usted!»

Dicho sea después de que la pierna que le estaban amputando a un paciente saliese

disparada dentro del quirófano por el último tirón del cirujano vascular, al que se le escapó el miembro de entre las manos.



La muerte da también lugar a situaciones de auténtico humor negro y que muchas veces nadie sabe si ocurrieron realmente o no pasan de la categoría de leyenda urbana.

Como la de aquel residente que estaba de ayudante en una operación que se había complicado y acabó con el paciente muerto en el quirófano. Le dijeron que avisase a la familia para salir a hablar con ellos y el muchacho no tuvo otra ocurrencia que decir por megafonía: «Que pase por información la viuda del paciente».

En esto de los exitus circula una leyenda urbana, la típica que todo el mundo ha oído contar pero que nadie ha vivido en primera persona, sobre una residente de primer año. La chica vio en la historia la palabra exitus y cuando se encontró a la familia de la fallecida en el pasillo no se le ocurrió otra cosa que darles la enhorabuena por el éxito de su familiar.

Y también hay algunos familiares realmente radicales: «¡Un cura, necesitamos un cura!», gritaba la familia de una anciana de ciento ocho años mientras entraban en Urgencias con la mujer gravemente enferma.

Había una vez un tipo que acudía con cierta frecuencia a las Urgencias de un hospital provincial. Su visita siempre coincidía con el turno en el que había varias residentes femeninas y su patología siempre estaba relacionada con algún problema urinario (que si no puedo orinar, que si me molesta al ir al baño, que si tengo un poco de inflamación).

Hasta que un día, mientras le estaba atendiendo una residente nueva que aún no le conocía, la muchacha notó que todas las enfermeras la llamaban con gestos y aspavientos desde el control, al tiempo que entraba en el box un adjunto ya veterano en estas lides, barbudo y con cara de pocos amigos. La chica salió de allí medio empujada por el adjunto, sin acabar de enterarse muy bien de por qué no le dejaban a ella

explorarle, al tiempo que el adjunto ordenaba al exhibicionista que se desnudase y le preguntaba qué le pasaba:

-Hummm, nada, bueno, esto, yo... Lo que pasa es que yo quiero que me atienda la señorita.. .

-Pues la doctora ya ha acabado su turno y ahora me toca a mí verle -le contestó uraño el adjunto.

-Nada, si ya me encuentro mucho mejor.

-Lo mejor será que se quede usted aquí hasta que logremos que orine.

-Que no, de verdad. Yo creo que lo mejor es que me vaya ya.

Dicen que hace tiempo que no ha vuelto por allí.

Un señor había llegado a Urgencias con molestias abdominales, cara de circunstancias y estreñimiento desde hacía varios días (sin especificar cuántos). La residente que le hizo el tacto rectal no salía de su asombro cuando tocó algo duro allí dentro.

La gente se mete cosas muy raras por el culo, pero aquello sonaba a... ¿cristal? Llamó a su adjunta y ésta repitió la operación. Volvió a sonar ese mismo sonido, como cuando se golpea una ventana o una superficie dura. El hombre seguía los cuchicheos de las dos mujeres en silencio, con una cara muy digna, sin decir ni mu.

Al final, la radiografía desveló que el objeto extraño no identificado era ni más ni menos que un vaso de tubo. Un vaso que, por cierto, hubo que sacar en el quirófano después de varios intentos infructuosos de que saliese mediante un enema.

Por los orificios naturales del organismo han visto los residentes españoles desde pétalos de flores (la sorpresa erótica acabó en Urgencias), uvas, una pera (que hubo que ir recortando a base de mordiscos con el instrumental antes de extraerla con un fórceps), bolas de droga, frascos de desodorante, bombillas, pistolas de silicona, mangos de escoba, billetes, botellas de coca-cola... Y hasta una muñeca rusa que hubo que extraer en el quirófano porque al entrar en la vagina había hecho ventosa y no había manera de sacarla.

«¡Es chino?! ¡Es chino?!», preguntaba a gritos la ciudadana china en el paritorio, en pleno parto, mientras cerraba las piernas y pedía a los residentes que no dejaran entrar a su marido hasta asegurarse de la raza del bebé.

Otra pareja, de aspecto misterioso, no se separaba de un oso de peluche mugriento mientras la mujer daba a luz. Ningún residente consiguió quitárselo al marido de las manos para ponerle al niño recién nacido. Hasta que dos policías vestidos de paisano irrumpieron en el paritorio para detenerles por tráfico de peluches rellenos de cocaína. Sólo entonces aceptó el hombre entregar su osito mugriento.



Y aquí van algunas más, cortesía de Jordi Martí, webmaster de <http://cartffleros.blogia.com>:

Un paciente llama por teléfono a una empresa de ambulancias para solicitar un servicio para el día siguiente. Destino: el Hospital Induráin. El operador que le atendió tardó unos segundos en comprender, hasta que se dio cuenta de que se refería al Hospital Francesc Duran i Reynals, centro oncológico de referencia en Cataluña que toma su nombre de un prestigioso microbiólogo.

Una familia con aspecto adinerado acude a Urgencias de madrugada sujetando entre todos a un anciano pro fundamente dormido. Cuando el médico les pregunta cuál es el problema, ellos comienzan a explicarle:

-Es que teníamos una cena familiar, y como el abuelo está un poco palló, pues le hemos dado una pastillita para que no molest... Quiero decir, para que descansara.

¿Y?

fue como no se dormía, a los diez minutos le hemos dado otra.Y luego otra.Y luego otra.Y otra... Al final, bueno, pues hemos dicho, da igual, que se siente a la mesa con nosotros.Y entonces se le ha caído la cabeza encima del plato.

-¿Y cuál es el problema? -les pregunta el residente atónito.

-Que no se despierta.

Doctor: No hay más remedio que amputar esa pierna.

Paciente: ¡Oh, Dios mío! ¿Y no existe alguna otra alternativa?

Doctor: No. Es lo que debemos hacer para que no se extienda la infección.

Paciente: De acuerdo, pero... Cuando acabe la operación, ¿podría quedarme mi pierna de recuerdo?

Doctor (aguantándose la risa, por aquello del protocolo): Sí, de acuerdo. Bueno, ya veremos.

# Glosario

**ABSTRACT.** Breve resumen de un artículo de contenido científico que debe convencer al lector de que merece la pena seguir leyendo lo que viene a continuación. Se trata de varios párrafos en los que está contenida toda la información que posteriormente se desarrolla en varias páginas (antecedentes de la investigación, objetivo, material y métodos, resultados y conclusión o discusión). En los meses previos a la celebración de un congreso importante se multiplica la actividad alrededor de este material, ya que deben enviarse para que los valore el comité científico que decide si tienen calidad suficiente para ser presentados en dicho foro médico (sea nacional o internacional). No es extraño que las instrucciones o la herramienta informática preparada para remitirlos al congreso sean más complejas que el abstract en sí. En ese caso se recomienda al residente-congresista paciencia y consultar con compañeros más experimentados en estas lides.

**ADJUNTO.** Es a lo que aspira a ser cualquier MIR. Después de completar los cuatro o cinco años de residencia tendrán el título de especialista (cardiólogo, cirujano, otorrino) y podrán buscar trabajo en cualquier hospital público español. Cuanto más jóvenes son los adjuntos, más fresco tienen su paso por el MIR y más complicidad suelen tener con los residentes que están a su cargo. Aunque esta regla puede tener sus excepciones.

**BURN OUT.** Literalmente, estar quemado. Es un síndrome bien definido que acecha a los profesionales sanitarios desde sus primeros años de residencia como consecuencia del estrés psicológico y del cansancio físico que sufren. Varias investigaciones advierten de las consecuencias para la salud (física y mental) del residente que pueden tener la ansiedad y el estrés que provocan su «falta de habilidades»: incapacidad para comunicar malas noticias al paciente, tomar decisiones rápidas en poco tiempo, enfrentarse a la muerte o carecer, en muchas ocasiones, del apoyo de un tutor.

**CANTAR.** Informar a los entrantes de guardia del estado de los pacientes. Los residentes salientes de guardia informan a sus compañeros a primera hora de la mañana sobre cómo ha ido la noche, y la operación suele repetirse de nuevo a mediodía.

CARTILLERO. Paciente que acude a Urgencias, con su cartilla de la Seguridad Social en la mano, exigiendo, protestando y gritando al personal sanitario si fuese necesario, porque está en su derecho, que para eso paga. Para cumplir el Manual del buen cartillero (puede encontrarse el texto original completo en <http://cartilleros.blogia.com/>) se exigen una serie de pautas de comportamiento que circulan por el correo electrónico de cualquier residente y cuyo origen, anónimo, data de hace más de treinta años, según cuentan algunos veteranos. Éstas son algunas de las normas del cartillero:

1. Utilice, a ser posible, una ambulancia para ir al hospital.
2. Presente su historia clínica y su cartilla sanitaria a todo el personal con el que se cruce desde que entre en el hospital (celadores, administrativos, personal de seguridad).
3. Dé sus datos personales de la manera más imprecisa posible.
4. Ya en la sala de espera, envíe a un familiar a protestar porque otros que llegaron después que usted ya han pasado a la consulta.
5. Una vez en el box, no empiece a desnudarse hasta que entre el médico. Si fuese mujer, pídale una cuña.
6. Indíquele a su médico qué pruebas o analíticas debe hacerle.
7. No se lave ni use ropa limpia para acudir al hospital: podría enmascarar el cuadro clínico.
8. Pase al box acompañado de seis o siete familiares y no deje que salgan de allí por mucho que el médico insista. Si éste les necesita, podrá localizarles en la cafetería.
9. No lleve nunca consigo la medicación que toma habitualmente y explíquesela al doctor según la forma y el color de las pastillas (una grande y roja, dos pequeñas azules por la mañana, una cápsula amarilla por la noche).
10. Cuénteles síntomas diferentes al segundo médico de rango superior que pase a verle, y si ve que están preparando su informe de alta, mencione signos diferentes al problema que le trajo a Urgencias.

11. Cuando le estén auscultando, no deje de hablar.
12. Vuelva a la consulta dos o tres veces antes de abandonar el hospital para que le expliquen bien la pauta de tratamiento.
13. Y al marcharse, sea cual sea su estado, exija una ambulancia para volver a casa.

CARTIS. Véase Cartillero.

CAZOLETA. Mascarilla de plástico para administrar oxígeno.

CIBERCONDRIACO. Individuo que lee los síntomas de una enfermedad en páginas de Internet e inmediatamente empieza a sugestionarse pensando que padece esa misma patología. Sus síntomas son similares a los de un estudiante de Medicina de primer año, que suele identificar en sí mismo los signos de las enfermedades que está estudiando en ese momento.

COERRE. Residente del mismo año.

CUÑA. Instrumento hospitalario para orinar (o defecar) sin levantarse de la cama y que mortifica diariamente a las médicas residentes que se hacen pasar por enfermeras para confundir a los pacientes.

ELECTRO. Abreviatura de electrocardiograma. Gráfico que registra la actividad del corazón, clave para diagnosticar enfermedades cardiovasculares.

EPISIOTOMÍA. Incisión quirúrgica que se realiza justo en el momento del parto para agrandar la apertura vaginal y facilitar la salida del bebé. Una de las especialidades del primer año de residencia en Ginecología.

ERRE. Residente, MIR.

FECALOMA. Acumulación de heces endurecidas a causa de un estreñimiento prolongado y que el paciente no puede expulsar por sí solo. Su extracción requiere ayuda manual.

GUEDEL. Cánula de plástico que se introduce por la boca para evitar que la lengua

obstruya el paso del aire y cause la asfixia del paciente.

**KELLY FAMILY.** Mítica banda musical de pop-folk de la década de 1980 compuesta por nueve hermanos. La imagen de felicidad y buen rollo que transmitían en sus conciertos recuerda mucho a los sentimientos de unidad y de grupo que siempre permanecerá unido, pase lo que pase, que transmiten los residentes de primer año. La desaparición de este sentimiento de unión fraterna es directamente proporcional al ambiente en el servicio, al número de guardias acumuladas en el último mes y a la proporción de marrones acumulados desde que empezaron la residencia.

**LARGAR.** Técnica intrahospitalaria para tratar de deshacerse de los marrones. Un servicio, pongamos como ejemplo Cirugía, decide trasladar a Medicina Interna a un paciente que tiene complicaciones derivadas de una intervención porque considera que allí pueden hacerse cargo de él con más pericia. Como dice en La casa de Dios Samuel Shem (pseudónimo de Stephen Bergman, director de la Sección Clínica en la Facultad de Medicina de Harvard), «una largada es librarte de alguien. Quitártelo de encima y endosárselo a otro departamento, o incluso largarlo fuera de la casa [el hospital]. Es un concepto clave». Este libro está considerado algo así como la Biblia para los estudiantes de Medicina estadounidenses.

**LEGRADO.** Técnica quirúrgica que consiste en raspar mediante una cureta o legra la capa más interna del útero, el endometrio, bien para extraer una muestra de tejido para analizar, bien para retirar tejido residual de la matriz después de un aborto o un parto.

**LEXATIN.** Ansiolítico de acción intermedia, con actividad hipnótica, anticonvulsionante, sedante, relajante muscular y amnésica.

**LIMPIAR (LA URGENCIA).** Ver rápido a los pacientes que llegan sin mucha complicación para tratar de despejar el servicio.

**MECONIO.** Término médico para referirse a las primeras heces de los recién nacidos. Se trata en realidad de una sustancia viscosa y pegajosa de color verdusco, compuesta por líquido amniótico, bilis y células muertas de la piel y el aparato digestivo. En algunos casos, los recién nacidos expulsan el meconio estando aún dentro del útero, una situación peligrosa, porque éste puede llegar a aspirarse por los pulmones y causar una inflamación pulmonar en el feto.

NUMEROLOGÍA. Los números pueden significar muchas cosas en el hospital. «Nos vemos en el 1243», puede significar «Quedamos en el despacho médico cuya extensión de teléfono es 1243». El «box 15», no se refiere precisamente al box número 15, sino más bien al paciente que lo ocupa. Sin embargo, «Estoy operando en el 34» se refiere al quirófano del mismo número. En este sentido se puede utilizar también para referirse a los pacientes que lo van a ocupar: «¡Sale el 2!», gritado a pleno pulmón es un aviso para los celadores que tienen que hacerse cargo del paciente que abandona el quirófano número 2. (léase «cuarenta y uno barra»): así comienzan todos los números de la tarjeta de la Seguridad Social. Por lo tanto es una expresión recurrente para hablar de los pacientes del sistema público, y puede utilizarse en varias situaciones.

PENDI. Apendicitis.

PERMETRINA. Tratamiento indicado contra las pediculosis humanas en sus tres fases: adulto, larva y liendre. Vale tanto para los piojos de la cabeza, como para los de la zona genital (ladillas comunes).

PICHIGÜILI. Término empleado para denominar cualquier objeto de poco valor que se regala a los médicos en el contexto de un congreso médico. En su defecto, puede utilizarse el vocablo (acuñado por la Txori Herri Medical Association) para las baratijas con que los representantes de un laboratorio les agasajan en su propia consulta. El objeto en cuestión debe tener ciertas características para ser considerado un pichigüili en toda regla: que esté fabricado en China, que incluya en algún lugar el logotipo del laboratorio o el producto que promociona, y que su valor real sea inferior al valor percibido por el galeno que ha conseguido pillarlo en el mostrador de un expositor promocional. En el fondo, se parecen bastante a los regalos que hacen las marcas de bebidas alcohólicas en las discotecas, por la noche.

POYAQUE. Apócope de la expresión «Pues ya que...». Se utiliza para denominar a los pacientes que aprovechan su visita al hospital con cualquier motivo (una revisión, acompañar a un familiar, visitar a un recién nacido) para pasar por Urgencias y consultar sobre cualquier dolencia sin importancia.

PUERRO. Dícese de los pacientes más ancianos y enfermos, «muy malitos», abuelitos entrañables que no mejoran de ninguna manera. Muchos llegan a los hospitales

remitidos por sus médicos de cabecera o desde alguna residencia geriátrica. En estos casos el informe puede decir algo así: «Paciente de noventa y tres años que respira mal. Le hemos puesto antibiótico y no mejora».

**PUERTA.** De todas las puertas que hay en un hospital, la que se menciona así, por su nombre propio y con letras mayúsculas, es la Puerta de Urgencias.

**RCP.** Reanimación cardiopulmonar. Consiste en utilizar las palas de parada, los masajes en el pecho y la medicación correspondiente como se ha visto hacer en las películas. Los MIR más afortunados habrán pasado por un curso de RCP antes de que les toque afrontar solos su primera parada cardiaca. Equivale a una situación de pánico.

**REA.** Reanimación. Se usa para convocar con discreción a los compañeros para comer cuando hay pacientes delante. También pueden utilizarse las expresiones «Vamos a digestivo» o «Nos vemos en rehabilitación».

**ROTACIONES.** Turismo de hospital. Es el sistema en el que se organiza la residencia para que los MIR puedan conocer varios servicios del hospital y pasar allí varios meses aprendiendo cómo trabajan otras especialidades que no son la suya.

**SÍNDROME DEL RECOMENDADO.** Es una norma no escrita que siempre que alguien conocido acude al hospital las cosas se compliquen. O la prueba que están esperando se pierde, o la cirugía se complica o el sistema informático se cae. No falla.

**SÍNDROME DEL RESIDENTE SALIENTE DE GUARDIA (SRSG).** Conjunto de síntomas que denotan que el MIR se ha pasado la noche trabajando en el hospital. La variedad y grado de los mismos depende del servicio en el que se haya realizado la guardia, el número y el tipo de pacientes atendidos durante la misma, y la cantidad (y calidad) de las cabezadas dadas. En general se puede reconocer este trastorno por la sequedad de boca y ojos, bostezos repetidos, cansancio generalizado, malestar en brazos y piernas, cabello despeinado, pijama arrugado y un leve despiste general (parecido al de las mañanas de resaca).

**TIRAR DE VALVA.** Acción de separar el vientre del paciente durante una cirugía abdominal para que el cirujano que está operando tenga un buen campo de acción. Normalmente es lo único que hacen en las intervenciones más complicadas los

residentes de Cirugía de primer año. Por eso se les llama «valveros».

TRANXILIUM. Tranquilizante de la familia de las benzodiazepinas. Se utiliza para calmar estados depresivos y de ansiedad, así como para el tratamiento de trastornos del comportamiento causados por ansiedad, como irritabilidad, conflictos afectivos o hiperemotividad.

TUTOR. Si la moneda cae del lado bueno, adjunto encargado de ayudar a los residentes en cuestiones tan diversas como sesiones clínicas, recomendarles a qué congresos deben asistir y organizar sus guardias y rotaciones. Si cae del lado muy bueno, una especie de hermano mayor al que llorarle las penas, quejarse del maltrato de otros adjuntos y con quien salir de copas después de unajornada muy dura. Si cae del lado malo... ¡que tengas mucha suerte!

# Más (y mejor) en la blogosfera

T

irando del tópico sólo puedo decir que no son todos lo que están, ni están todos los que son. Sólo están los que más he leído, con los que más he aprendido, los que más me han ayudado para este libro, y los que se actualizan con más frecuencia.

Como debe de haber miles de blogs en Internet dedicados a la Medicina, escritos por médicos, también he procurado seleccionar únicamente los que pertenecen a residentes, los que dedican la mayoría de sus entradas a contar en primera persona las andanzas y desventuras del MIR, de sus guardias, de sus rotaciones, de sus pacientes... o de la vida del médico en general.

Un blog no es como un libro, inamovible, quieto en la estantería de una librería a la espera del lector. No: estas bitácoras están vivas, cambian, crecen, hibernan... y hasta es posible que desaparezcan con el tiempo; o que cambien de dirección; o que sus autores dejen de ser residentes y se olviden de contar anécdotas del MIR; o que no estén tan actualizados como a ellos les gustaría (la mayoría de las veces por culpa de las guardias, todo hay que decirlo).

Pero ahí están, y seguro que los lectores disfrutarán tanto como yo. Además, para los interesados en ampliar la lista, en elaborar su propia carpeta de favoritos, podrán hacerlo a través de los enlaces de estos blogs, que les llevarán por otros derroteros hasta descubrir los entresijos de la blogosfera médica en español.

Caminito del Mir:

<http://Isaare.blogspot.com>

Cartilleros:

Cocido madrileño con gofio:

<http://gofiococido.blogspot.com>

Diario de una MIR despistada:

<http://miraldia.blogspot.com>

El bálsamo de Fierabrás:

<http://aplamancha.blogspot.com>

El mundo de Sofi:

<http://elmundodesofi.blogspot.com>

El supositorio:

<http://vicentebaos.blogspot.com>

Journal Club Residentes de Familia:

Las mil y una noches de Pediatría:

<http://chiopedia.blogspot.com>

Medicine Wars:

<http://mediclnewars.wordpress.com>

MIR entrelazados:

Mirando de cerca:

<http://mirandodecerca.blogspot.com>

Mire usted...:

<http://treguna-mekoides.blogspot.com>

Mirmorandum:

Mi rti rizado:

<http://mirtirizado.blogspot.com>

Mondo Médico:

<http://mondomedico.wordpress.com>

Pediatra humanista:

Primum non nocere:

<http://rafabravo.wordpress.com>

Los asteriscos que aparecen a lo largo del texto hacen referencia a los términos que están definidos en el glosario (pp. 321-331).

# Índice

Prólogo, del Dr. José María Segovia de Arana	9
Introducción	11
1. Esto no es un simulacro	14
2. Pulse enter	27
3. Bienvenidos, resistentes	36
4. Más vale un R1 que ninguno	50
5. Estoy salido de guardia	58
6. Esto es el Bronx	72
7. El Power Point es nuestro amigo	87
8. Congresistas y pichigüilis	93
9. Más tonto que un R1 con pareja	104
10. Por su pijama les conoceréis	114
11. La progesterona te toca la neurona	121
12. Dos pendis para hoy	130
13. Mocosos medianoche	138
14. Soy todo ojos	146
15. Todo el día viendo fotos	153
16. Freudianos, kleinianos y lacanianos	159
17. Con las enfermeras no conviene llevarse mal	166
18. Sentido y sensibilidad	170
19. Trastornos del sueño y otros daños colaterales	182
20. «Cuando yo era residente estábamos peor»	193
21. Basado en hechos reales	204
Glosario	213
Más (y mejor) en la blogosfera	220
Así que ahí están, con su título de Medicina en el bolsillo y un sueño en la cabeza (ser oncólogo, c	223