

SIN BIBLIOGRAFÍA

Una oportunidad Inesperada

Colchero Calderón M^aC

*Médico de Familia. CS Amante Laffón.
Distrito de Atención Primaria Sevilla*

CORRESPONDENCIA

M^a Constanza Colchero Calderón

Correo-e: mconstanzacc@andaluciajunta.es

Recibido el 24-11-2022;

aceptado para publicación el 14-12-2022

Med fam Andal. 2022; 2:141-144

Compartimos con Iona Heath la conciencia de que los recientes años han infringido graves daños a la ciencia médica más allá de los estragos sociales causados por la pandemia de Covid-19, de las incertidumbres en las prácticas clínicas en servicios críticos u hospitalarios, o de la ingente inversión financiera en salud pública o investigación detráida de los servicios asistenciales.

Los relatos mayormente han sido cubiertos con la pátina de las políticas más o menos globales y forzosas en términos de cierres de fronteras, confinamientos, aislamientos, desuniones familiares, claudicaciones en las responsabilidades sociales hacia los demás, reclusiones en instituciones de ancianos o de personas con discapacidades en unas condiciones nunca antes vividas, etc. Y podríamos seguir enumerando vivencias anómalas que han dejado su impronta en los ciudadanos, las familias y por supuesto en los profesionales sanitarios.

Si extrajéramos algo de la experiencia en atención primaria que pueda aportar de modo cualitativo al relato de todo este periodo, debería recoger sin duda, los episodios y

periodos vividos como una anomalía en la asistencia sanitaria, vivencias comunes a tantos profesionales en los ámbitos rurales o urbanos.

Los médicos de familia hemos aportado la experiencia de la longitudinalidad en un modo incuestionable dentro de los equipos de Atención Primaria que asombrosamente tuvieron una similitud maravillosa en las primeras fases de la Pandemia en todo el territorio estatal. Fuimos testigos activistas de un cambio radical y precipitado en el modo de pasar consulta debido a la necesidad de asegurar que se evitaran los contagios en sitios confinados como son los centros de salud o consultorios, mal acondicionados por lo general tras muchos años de recortes y baja inversión. A los médicos de familia, lo desconocido nos hacía menos seguros y más comprometidos con la atención a través del teléfono. Reconocíamos las voces de nuestros pacientes y de sus familiares: esposo, sobrina, yerno, etc. También nos aprendimos las voces de pacientes de otros compañeros y nos esforzábamos en hacer un seguimiento en sus necesidades. Nuestro conocimiento del medio y de la comunidad nos facilitaba detectar agravamientos de patologías preexistentes -aumento de peso

por insuficiencia cardíaca refractaria-, síntomas raros -debut de DM en varón de 21 años-, daño por fármacos -parkinsonismo-. Nuestros hábitos de trabajo en equipo potenciaron a otros profesionales que participaban con más derecho y colaboración en la atención a familias y pacientes, como es el caso de los administrativos de la salud, cuyo papel ha salido reforzado a mi juicio de estos años. Especialmente nos volcamos hacia nuestros pacientes más vulnerables: enfermos con trastorno mental grave, personas que vivían en instituciones, pacientes con problemas de cronicidad mezclados con sus roles de cuidadores y con necesidades de apoyo social, tan precario entonces.

Hemos encontrado la mayor calidad humana en nuestros pacientes con discapacidad sensorial que alegres aceptaban los test de Antígenos o las vacunas contra el Sars-Cov-2. Aquellos que querían morir en su casa sabían que hasta el final los acompañaríamos y les evitaríamos el mal trago del hospital, de ese hospital que se convirtió en un medio muy hostil donde podías morir sin acompañamiento familiar. Hasta un ¡gracias! nos hemos encontrado en esas conversaciones telefónicas, sinceramente dadas por familiares lejanos de nuestros pacientes, cuando causalmente hemos tenido que atenderles. Nada de esto está referenciado en el relato oficial si bien los ciudadanos han dado buena cuenta de su satisfacción con la atención primaria, como se refleja en las encuestas nacionales de salud del CIS de los últimos años.

Y simultáneamente, sabemos que hemos sufrido desgaste en nuestra práctica médica, que hay problemas aún no bien valorados que nos toca identificar. De nuevo Iona Health nos sitúa ante la realidad con perspicaz intuición: “la ciencia médica tiene poca alegría”. Y su causa, “la realizamos sin amor”. Esta constatación sola tiene la suficiente potencia como para explicar gran parte de las inéditas anomalías vividas en nuestro ejercicio profesional en estos meses.

Factores de desgaste emocional a través de meses y meses de afrontamiento de la Pandemia, cambios en la organización hacia un claro hospitalocentrismo focalizado por los enfermos graves y los fallecidos por Covid-19, novedosas formas de relacionarnos con los médicos hospitalarios donde no siempre hemos conservado la adecuada coordinación ni aún nuestro habitual compañerismo profesional y muchas otras circunstancias sin duda, tienen una aún no estimada repercusión en la salud de nuestros pacientes o en los excesos de mortalidad. Y en nuestra salud.

Arrastrábamos ya un latente distrés o malestar moral abonado por cambios que habían ido impactando en nuestro quehacer y contrastando nuestra experiencia: -aumento de la oferta sanitaria en prestaciones o servicios que sentíamos alejarse de los fines de la medicina, -demandas de productos o resultados más propios de campañas publicitarias que sustentados en evidencias científicas sólidas, -sentirnos tratados como instrumentos y no como personas profesionales, -la nunca atendida necesidad de conocer nuestros propios resultados en salud para construir nuestra asistencia útil, -las derivas en la organización sobre todo, en los conceptos de agenda profesional y la accesibilidad sin un filtro sensato que gestionara las demandas,... y cada una y cada uno podría seguir, y añadir sus propias listas de prácticas dudosas que nos hacían perder frescura y atención a lo que importa: los pacientes. Y muchos compañeros ya presentaban síntomas de desmoralización.

Puede ser que la vivencia de la Pandemia pueda dejarnos elementos que, usados con otros fines, nos devuelvan la alegría y el amor. Pueden ser detalles pequeños y sencillos, y pueden ser despreciados desde otros ámbitos más hiperespecializados, pero podrían construir una revolución. Puede ser que estemos ante una oportunidad inesperada.

Las medidas de seguridad para evitar contagios: distancia, mascarilla, teléfono, etc, pueden paradójicamente ser transformadas desde Atención Primaria para perseguir la Medicina amable y parsimoniosa propugnada por autores muy lejanos en geografía y modelo sanitario como Víctor Montori.

El uso de mascarillas nos ha facilitado centrarnos en las miradas. Esas miradas que tantas veces echaban en falta los pacientes cuando los ordenadores absorbían la atención de profesionales obsesionados con no desaprovechar tiempo.

Las miradas enmarcadas en el rostro, son para algunos filósofos el umbral de las personas, la posibilidad de entrar al mundo interior de los demás, la puerta verdadera para el encuentro interpersonal. Y ¿no es ese uno de los atributos de la medicina? Los pacientes tradicionalmente nos buscan a los médicos para manifestarnos sus dolencias interiores, cómo perciben su mala salud o enfermedad, sus necesidades de cuidados o de acompañamiento. El solo oído y por supuesto, la sola historia clínica registrada en el ordenador, son incapaces de entender y atender a los pacientes. Y los que intentan atender sólo con “lo que está escrito, la radiografía o los protocolos fríos” fracasan en sus encuentros clínicos. Y eso hace mella.

La necesidad de centrarnos en las miradas ha modificado nuestra actitud (modulación neurolingüística). Tenemos que posicionarnos frente al paciente, prestar atención a oír bien sus palabras pues carecemos del apoyo de la lectura de labios, tenemos que dialogar con la mirada y transmitir empatía.

Hay un gesto sencillo que podía malinterpretarse en la época anterior y es la sonrisa. Puede haber cierto prejuicio social a aceptar a un profesional que nos sonríe por considerar que nos tiene poco en cuenta o que ma-

nifiesta desdén hacia nuestro problema: que se ríe de nosotros.

Pero, ¿no es la sonrisa manifestación clara de alegría? Y quien ama, ¿no está alegre?

El uso de la mascarilla oculta la parte inferior de nuestra cara, donde se inicia la sonrisa. Pero la sonrisa modifica toda la estructura facial y particularmente la musculatura periocular. Y puede ser mejor aceptada una sonrisa en la mirada. Habitarnos a sonreír a cada una o cada uno de los que nos encontramos ofrece un potente elemento de distensión y de atención.

Esto lo podemos potenciar con un cambio en la actitud ante las diversas contrariedades que surgen en consulta; sin ir más lejos con el uso de la historia digital. Si cada pausa de breves momentos que hace Diraya cuando genera un documento PDF para imprimirlo (receta XXI, parte de incapacidad, etc.) la utilizamos para redirigir nuestra mirada al paciente e interesarnos por sus cosas, por sus preocupaciones, su familia, etc., ganaremos muchos momentos de convivencia, nos sorprenderemos con la confianza que nos muestran nuestros pacientes, aun desde la primera consulta. Nuestros pacientes no nos piden sólo que seamos excelentes técnicos, sino que les tratemos bien. No nos piden sólo toda la información para su consentimiento, sino que puedan confiar en nosotros.

En nuestros encuentros clínicos podríamos disminuir las incertidumbres, discriminar las intuiciones más certeras, acoger las decisiones de los pacientes integrándolas en la asistencia, potenciar la prudencia terapéutica y avanzar en esos encuentros deliberativos más cercanos al trasfondo amable que al escueto algoritmo.

Podremos aspirar a lo que quizá, ya nos ilusionó en nuestras primeras lecturas de Prin-

cipios de Medicina interna de Harrison, en la facultad:

“Del médico se espera tacto, simpatía y comprensión, porque el paciente no es solo un conjunto de síntomas, signos, funciones alteradas, órganos dañados y emociones alteradas. Es un ser humano temeroso y esperanzado, que busca alivio, ayuda y confianza. Para el médico, como para el

antropólogo, nada humano le es extraño o repulsivo. El misántropo puede llegar a ser hábil en el diagnóstico de la enfermedad orgánica, pero hay pocas posibilidades de que tenga éxito como médico. El verdadero médico posee, como señaló Shakespeare, un inmenso interés por el sabio, el tonto, el orgulloso y el humilde, el ser estoico y el pordiosero quejumbroso, se preocupa por la gente”