

SOGAMIUC

Actualidad



En este boletín conversamos con Salvador Fojón, médico intensivista en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario A Coruña

Salvador Fojón

Después de toda una vida dedicada a la Medicina Intensiva, Salvador Fojón afronta la recta final de su carrera como médico y los últimos meses antes de su jubilación.

Además de médico, es biólogo, y por si no fuera suficiente labor extrahospitalaria su actividad docente en la Universidad, ha participado en campañas de cooperación en Nicaragua, Perú y Senegal con la ONG Solidaridade Galega.

Hemos mantenido una interesante conversación con él, en la que nos habla del pasado, del presente y del futuro.

Después de más de 40 años ejerciendo, encaras la recta final de tu carrera como médico... ¿qué sentimiento predomina ante tu inminente jubilación?

Todos pasamos por ello (con suerte) y no creo que se me ocurra nada original. Lo esencial creo que es pararte a pensar en la cantidad de cosas que te quedan por hacer y las que aparcaste en su día por falta de tiempo. Qué mejor ocasión para leer, escribir, aprender y enseñar. También es cierto que nunca dejamos de ser médicos, y esa impronta quizá pueda ser de utilidad en otras circunstancias. Si dividimos la vida en tres tercios, el último es una rampa descendente para surfear la existencia.

¿Cómo llegaste a la Medicina Intensiva? ¿qué te hizo decantarte por esta especialidad?

La Medicina es una profesión extraordinaria, científica y humana, especulativa y técnica. Me decidí inicialmente por la Medicina Interna para no perderme nada, pero pronto me decanté hacia los pacientes críticos con la certeza de que ese era mi sitio. De la mano de la tecnología y con un ritmo febril, la fisiología se hacía evidente y los resultados medibles.

Proporcionaba opciones a un nuevo grupo de pacientes y se trataba además de una especialidad en gestación, lo que le prestaba un indudable carácter vanguardista. Interpreté que la Medicina Intensiva es la Medicina Interna del paciente más grave.

¿Qué balance haces de tu carrera?

He sido muy afortunado. Tuve la oportunidad de vivir una medicina comprometida y vanguardista y me ha permitido conocer personas extraordinarias. Me tocó protagonizar la apertura del hospital comarcal de la Mariña, asistí a la incorporación de la cirugía cardíaca a nuestro hospital y al nacimiento del programa de trasplante cardíaco. Son experiencias memorables que además se han visto respaldadas por los resultados.

¿Qué es lo que recuerdas con más cariño?

Las personas, sin duda. Recuerdo con especial ternura el ambiente de la sección en la que me formé, las amistades fraguadas durante la residencia y la emoción de los primeros trasplantes. De manera especial, tengo presentes a todos los residentes que pasaron por el servicio, a los que quedas unido de por vida.

¿Qué es lo que seguro que no echarás de menos?

Nada en particular. La vida hospitalaria no es fácil pero he aprendido con el tiempo a relativizar la adversidad ante la evidencia del paciente grave, el dolor de la enfermedad y la angustia de las familias. Es natural en nuestro trabajo el desasosiego, la tensión y el cansancio. Cada uno lo gestiona como puede y sabe, porque no hemos sido preparados para ocupar situaciones de semejante tensión.

Eres de los pocos intensivistas que ha conseguido super-especializarse y dedicarse en exclusiva a un grupo de pacientes, en tu caso los postoperados cardíacos... ¿cómo lo has conseguido? ¿crees que la super-especialización es necesaria o debemos ser médicos “generalistas” del paciente crítico?

No es ningún mérito personal. Vino dado por las circunstancias y con ellas me hice un traje a medida. A favor tenía la ilusión de un proyecto nuevo y de enorme trascendencia, una situación que era una especie de bisagra entre la cardiopatía y su cirugía, de sólida base fisiopatológica y poco definida en la literatura, con lo que se prestaba a abrir el camino de una forma que me resultaba muy atractiva.

Respecto a la super-especialización, la combinación ideal, incluso imprescindible, es una base extensa, cuanto más sólida mejor, para incidir en una cuestión puntual. El que se suele llamar el “mecanismo de la chincheta” es el más potente y certero.

Después de una larga carrera, en la que has vivido en primera línea la evolución de nuestra especialidad ¿qué cambios destacarías como los más relevantes en la Medicina Intensiva?

Hemos demostrado la solidez del paradigma que sustenta la Medicina Intensiva. El paciente crítico, independientemente de su origen, converge en un síndrome, el shock, que lo absorbe como un remolino y lo precipita al fallo multiorgánico arrastrándolo al exitus. El soporte multiorgánico es capaz de interrumpir ese proceso, de forma sindrómica, incluso con un diagnóstico de presunción, para bloquear su retroalimentación y revertir un mecanismo que de otro modo es inexorablemente fatal. En los últimos años hemos rebajado mortalidades próximas al 100% a menos de la mitad. Es un logro extraordinario que ha venido de la mano de la tecnología y la especialización. Nos ha llenado de sentido.

El segundo pilar de la Medicina Intensiva es la especialización de la Enfermería. No olvidemos que fue una enfermera la que reunió los pacientes más graves para poderles prestar atención inmediata y constante. Debemos aspirar al reconocimiento de su especialización como parte esencial de nuestras unidades, a la promoción de su protagonismo y a la concepción de una imprescindible labor de equipo.

Y en lo que respecta a tus pacientes... ¿qué hitos recuerdas como los más importantes? ¿qué diferencia hay entre un paciente que se operaba en tus inicios y un paciente que se somete a una cirugía cardíaca hoy en día?

Igual que la ventilación artificial supuso la gestación de nuestras unidades, en su día fue crucial el ser capaces de dializar al paciente crítico y actualmente podemos apoyar con éxito cuatro o cinco aparatos y sistemas fisiológicos en un solo paciente, con razonable posibilidad de salvar su vida. Por supuesto, el

trasplante y la asistencia mecánica han sido hitos cruciales pero me satisface mucho más dar de alta a los pacientes más graves, los que rompen las estadísticas.

Me atrevería a generalizar afirmando que el paciente quirúrgico al que aludes se expone también a una mortalidad inferior a la mitad de hace 25 años. Tanto el programado como el urgente, tanto la rutina cotidiana como la urgencia excepcional.

¿En qué ha cambiado tu hospital y tu servicio desde tus inicios hasta ahora ?

El CHUAC cumplió 50 años en 2022. Ha pasado de ser un centro puramente asistencial y que adolecía de carencias tan relevantes como la Cirugía Cardíaca, a situarse entre los mejores hospitales del estado y codearse en todos los terrenos con centros del mayor prestigio internacional. Lo relevante es que la infraestructura difiere poco de cuando yo lo conocí, el cambio lo generaron los profesionales que han pasado por nuestro centro. Aún más, no sería preciso citar a nadie en particular, ha sido una cultura de calidad y compromiso la que ha transformado un hospital público en un centro de referencia.

La inminente reforma en profundidad que actualmente se inicia en nuestro centro promete inaugurar un nuevo capítulo de su venturosa historia.

Desde tu perspectiva ¿qué impide que la Medicina Intensiva ocupe un lugar más relevante en los hospitales?

Cambiaría tu pregunta en positivo: cuáles son las razones por las que la Medicina Intensiva debe ocupar un lugar más relevante en los hospitales?

La primera es que todo el hospital sabe que siempre estamos ahí, para prestar apoyo a todos los clínicos y a su enfermo crítico. La segunda, que somos un servicio central, nexo crucial entre todas las especialidades, estamentos y estructuras. No olvidemos que los grandes hospitales están entre las maquinarias más complejas de una sociedad contemporánea. Un órgano vital de su peculiar fisiología es su UCI. Hagámonos conscientes de esta responsabilidad.

Somos víctimas de lo que yo llamo nuestras tres paradojas:

-la paradoja clínica es que todas las especialidades son “dueñas” de su patología hasta que nos necesitan, y en ese momento surge un virtual conflicto de competencia que se ha de resolver de inmediato. La especialización y los protocolos acuden en ese momento en beneficio del paciente.

-la segunda es la paradoja de gestión, pues siendo sólo un 5-10 % de las camas de un buen hospital, suponemos el 10-20 % de su presupuesto. Hemos de hacer valer nuestro sobre coste en términos de calidad y resultados. Esta segunda paradoja es más fácil de afrontar desde la sanidad pública y eso nos presta nuestro importantísimo encaje social. La pandemia puso este aspecto de manifiesto de forma palmaria.

-la tercera es la vida del profesional. Nuestra especialidad es apasionante hasta que la edad, la presión psíquica y la carga de trabajo se hacen excesivas. Para prever esta situación hemos de ser sensibles a la detección de ese umbral y disponer de herramientas de adecuación. La gestión, la docencia y la investigación son válvulas adecuadas para resolver esta tercera paradoja.

A lo largo de estos años ¿en qué crees que nos hemos equivocado como especialidad?

Las tres paradojas expuestas están sin resolver, o lo están a medias. Hay que conseguir que el clínico nos vea como ese seguro permanente que protege a su paciente, con la mejor cualificación, ante una complicación. Que el gestor compruebe en su control de calidad que la inversión está plenamente justificada y que la biografía del intensivista sea previsible, apoyada y compensada.

¿Consideras que hay o ha habido durante estos años una falta de liderazgo?

No lo creo. No es una cuestión personal. Una especialidad tan joven y comprometida, tiene aún problemas de identidad por resolver. A partir de ahí y a través de una dinámica de relación solvente intra e inter-especialidades es posible articular equipos bien cohesionados y que en el hospital sean vistos como ejes de la estructura. No hay soluciones universales ni permanentes. Exige una atención continua pero es evidente que la atención centralizada al paciente crítico es la solución más sensata a la inviable explosión de subunidades fragmentarias

¿Hacia dónde crees que debe evolucionar nuestra especialidad para sobrevivir en el futuro ?

Es fundamental no perder el perfil clínico y la orientación fisiopatológica. Desarrollar nuestro propio control de calidad. Los apoyos esenciales vendrán de la mano del desarrollo tecnológico y la especialización de la enfermería. Considero también imprescindible planificar la biografía del intensivista mediante un algoritmo con opciones y válvulas que le permitan en su momento elegir caminos de crecimiento alternativos.

¿Has trabajado con muchas generaciones de residentes... ¿ha cambiado el perfil del médico en general? ¿y del médico que decide especializarse en Medicina Intensiva?

Tengo una opinión muy heterodoxa al respecto. La medicina como toda ciencia es muy lógica. Con inducciones y deducciones se construye todo nuestro proceder, pero necesariamente ha de estar acompañada por la empatía, con el paciente y su familia. Ambas vertientes son imprescindibles y a mi juicio tenemos la segunda algo abandonada a criterio del usuario. No es sólo una cuestión formal. El apoyo emocional forma parte de nuestras obligaciones. En nuestro caso es aún más importante puesto que la familia se convierte en interlocutor, en ocasiones único, del apoyo sanitario y esto representa un nuevo punto de vista que ni siquiera nos hemos planteado debidamente. Del mismo modo que no existe una orientación pregraduada hacia el paciente crítico, tampoco se exige un compromiso con la vertiente humanista que tan necesaria y peculiar es en nuestra especialidad.

¿Cómo te gustaría que te recordaran tus compañeros y los que nos hemos formado contigo?

Desearía que los compañeros fueran indulgentes con mis limitaciones.

La relación con los residentes es muy especial, va más allá de lo profesional y lo docente y se extiende indefinidamente. La contrapartida es que inconscientemente sigue teniendo ese tono docente, que se vuelve absurdo enseguida y que solo puede interpretarse con una cierta indulgencia.

Son conocidas muchas de tus aficiones, pero... ¿a qué vas a dedicar el tiempo libre extra del que vas a disponer una vez jubilado?

Se me ocurren muchas ideas a las que estoy deseando dar rienda suelta, pero en cualquier caso estaré siempre a vuestra disposición y con las antenas puestas a merced de las iniciativas que surjan a mi alrededor.

Más información sobre Salva

Salvador Fojón Polanco (León, 1958) es licenciado en Medicina y en Biología por la Universidad de Santiago de Compostela, es especialista en Medicina Interna y en Medicina Intensiva, doctor en Medicina por la Universidad de A Coruña y máster en Medicina Ambiental y Subacuática por la Universidad de Barcelona.

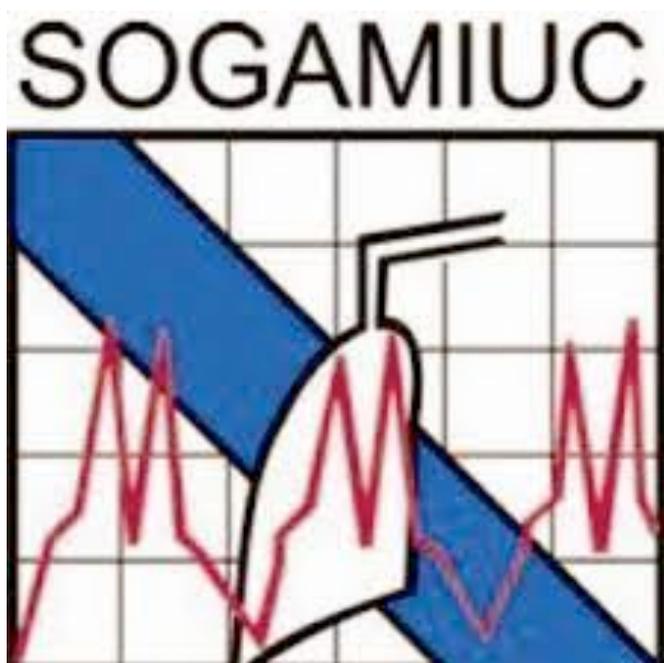
Es el responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del HU de A Coruña, con especial dedicación al postoperatorio de la cirugía cardíaca, participando, desde su inicio, en los programas de Trasplante Cardíaco y Asistencia Circulatoria Mecánica.

Como docente, además de la formación de residentes, es profesor de Biología Humana en el grado de Enfermería de la Universidad de A Coruña y profesor de la organización DTI-TPM (*Donation and Transplantation Institute-Transplant Procurement Management*) de la Universidad de Barcelona, con esta institución ha impartido cursos para la organización de programas de trasplantes y formación de coordinadores en diversos países contribuyendo a la difusión del denominado modelo español.

Es autor de libros, publicaciones, ponencias y comunicaciones en el ámbito de los cuidados críticos postoperatorios y trasplante cardíaco.



Desde la SOGAMIUC queremos agradecer al doctor Salvador Fojón el habernos dedicado su tiempo para contestar a esta entrevista y felicitarlo por su carrera como médico intensivista. Desde estas líneas, le dedicamos una muy feliz jubilación.



Síguenos en redes sociales:

X: @SOGAMIUC

Instagram: soga_miuc

Facebook: Sogamiuc Sogamiuc