



# Revista Clínica Española

[www.elsevier.es/rce](http://www.elsevier.es/rce)



## HUMANIDADES EN MEDICINA

### Ser médico. . . «en Nueva York, al finalizar la residencia»

### Being a physician. . . in New York, when finishing the residency



*«He adored New York City. He idolized it all out of proportion... no, make that: he - he romanticized it all out of proportion. Yes. To him, no matter what the season was, this was still a town that existed in black and white and pulsated to the great tunes of George Gershwin.*

*Er, tsch, no, missed out something.»*  
Woody Allen, *Manhattan* (1979)

### Mi devenir profesional. . . ¿cómo se me ocurrió acudir a esta propuesta?

Si tuviera que elegir un recuerdo de mi estancia en Nueva York, elegiría la imagen que me transporta al césped de *Central Park*, la noche de verano en que la orquesta filarmónica de Nueva York interpretaba la mal traducida Rapsodia en Azul (*Rhapsody in Blue*)<sup>1</sup> (debería decirse Rapsodia Triste) de George Gershwin<sup>2</sup>. No solamente porque me parece que esa melodía representa la banda sonora de la ciudad (no en vano Woody Allen la utilizó en su película *Manhattan*)<sup>3</sup>,

sino por la capacidad de esta composición conmovedora para evocarme todos los momentos que pasé en esa ciudad universal que es Nueva York. Merece la pena quizá que haga una pequeña presentación de mi vida profesional, a modo de introducción y ofrecer los motivos que me impulsaron a realizar esta estancia en el extranjero. Les adelanto que muchos de los sucesos solo pueden explicarse por azar.

Mi formación especializada en cardiología la realicé en la Clínica Puerta de Hierro<sup>4</sup>, actualmente Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (HUPHM), desde 2004 hasta 2009. Cinco fantásticos años en los que pude disfrutar de un exquisito entrenamiento en cardiología y donde procuraron ofrecerme (en lo científico y en lo humano) las herramientas fundamentales para poder lidiar con gran parte de las enfermedades a las que ahora me dedico. Ya había tenido un primer contacto con la medicina clínica previamente de la mano del Prof. Juan García Puig, en mis años de estudiante de medicina, en el Hospital Universitario La Paz. Recuerdo con especial cariño mis primeras jornadas de prácticas (los jueves), en los que a una edad tan temprana como tercero de carrera, nos permitían contactar con pacientes. No puedo imaginarme mejor bautismo profesional.

Retomo la historia en mi cuarto año de residencia. En aquel momento surge, al menos en cardiología (asumo que es equivalente en otros campos), la reflexión sobre la subespecialización. No creo en las vocaciones ultraespecializadas de forma romántica e irreflexiva. No concibo que alguien crea que su carrera se ha frustrado por no llegar a la subespecialidad que deseaba. Creo, más bien, que cada campo, con una mirada suficientemente amplia y carente de sesgos, puede aportar infinitas satisfacciones si es dirigido por alguien que enseña con pasión.

Tuve la suerte de que en esos momentos estaba iniciándose en España el campo de las técnicas de imagen cardiovascular avanzadas. Y a través de alguna conversación influyente y el apoyo de miembros del departamento (Dr. Miguel Ángel Caverio, entre otros), me pareció que esta no era una mala opción. Me puse a trabajar y opté por realizar una estancia en un hospital de Alemania (*German Heart*

*Hospital*, Berlín) donde disponen de una unidad muy activa en resonancia magnética (RM) cardíaca, específicamente dedicada a la técnica de estrés con dobutamina<sup>5</sup>. Fue sin duda la experiencia profesional que marcaría mi devenir curricular y que me abriría las puertas a los acontecimientos posteriores.

Al finalizar mi período de residencia en la Clínica Puerta de Hierro, solicité multitud de becas para cubrir una ausencia eventual de posición laboral en un centro hospitalario. Finalmente logré un humilde contrato (un mes de duración) en mi centro de residencia, y gracias a este contrato tuve la estabilidad laboral necesaria para que cumpliera los requisitos que exigía la beca «Cardioimagen», que el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC)<sup>6</sup> dirigido por el Dr. Valentín Fuster ofertaba, y a la que concurrí y tuve la enorme suerte de obtener.

Tras un período de burocracias no desdeñable para poner de acuerdo ambos centros (la Clínica Puerta de Hierro y el CNIC), que se resolvió con un excelente entendimiento entre ambas partes y un buen monto de papeles para oficializar mi estancia en el laboratorio de Imagen Avanzada del *Mount Sinai Hospital* de Nueva York<sup>7</sup>, todo parecía dispuesto para poder desplazarme a realizar esa inigualable oportunidad que el destino me reservaba.

Habría, sin duda, personas para quienes desplazarse a un nuevo lugar suponga una enorme carga física (y psicológica). Nada más lejos de lo que a mí me sucedía. Buscar un alojamiento, los primeros paseos por la ciudad, conocer el nuevo centro de trabajo, hacer nuevas amistades supuso para mí una fuente de ilusión como pocas otras en mi vida. No digo que sea sencillo. Ya solo acarrear el equipaje para un año puede ser una tarea hercúlea. Máxime si la realizas en pleno mes de enero. Pero ni las bajas temperaturas ni las 7 plantas que tuve que subir con las maletas a cuestas fueron capaces de socavar ni un ápice la ilusión inicial de mi llegada.

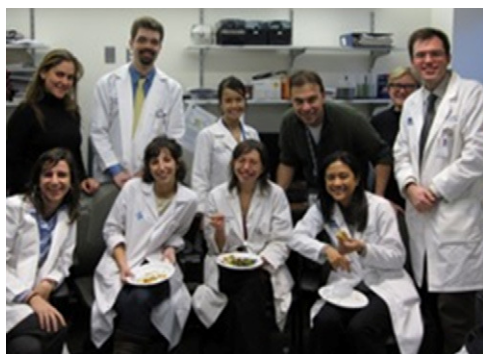
Una vez instalado y conocidos los recursos básicos de subsistencia, me esperaba una primera ronda de entrevistas con los que iban a ser mis mentores: Dr. Valentín Fuster, Dr. Mario García, Dr. Javier Sanz. Fueron ellos los que me acogieron y los que me mostraron el camino. Y por supuesto ellos merecen una mención subrayada. Aunque hubo muchos otros con los que compartí el fragor de las batallas diarias...

## Un día de actividad profesional habitual

Un día habitual en Nueva York es largo en duración, aunque no se hace largo. Una unidad de imagen cardiovascular avanzada de un centro prestigioso como es el *Mount Sinai* de Nueva York deriva de la evolución de años de construcción de unidades originalmente instaladas en los servicios de radiología del hospitales que dedicaban parte de sus instalaciones a laboriosos estudios cardíacos. El tiempo de utilización de la máquina, la necesidad de formación específica de técnicos en radiodiagnóstico y la forma combinada (radiólogos-cardiólogos) de dirigir e informar los estudios llevó a la transformación progresiva de estas unidades virtuales en unidades físicas con disponibilidad de máquinas; RM y tomografía axial computarizada (TAC) con dedicación exclusiva a estudios cardíacos, y una ubicación espacial separada del resto de las unidades de radiología. Con esta

configuración (probablemente todavía por exportar a las unidades de imagen cardíaca avanzada de nuestro país) me encontré yo a mi llegada. Contábamos con una unidad de RM y TAC cardíacos dedicada a pacientes ambulatorios, así como una utilización parcial de las RM cardíacas en la unidad de radiología para RM de pacientes ingresados o en urgencias<sup>8</sup> y una TAC en el departamento de urgencias donde se podían realizar estudios a pacientes agudos con dolor torácico<sup>9</sup>. Tanta tecnología requería de una exquisita coordinación a través del personal de secretaría y administración que de acuerdo con las pautas de prioridad que establecían los directores de la unidad. Y en eso consistían las primeras horas del día. Una lectura y coordinación de los pacientes programados: en qué consistían los estudios, qué buscamos y que técnica era mejor para contestar la pregunta clínica de la forma más adecuada<sup>10,11</sup>. En términos de cantidad, se programaban para estudio con TAC entorno a 10 pacientes y en torno a 5 para RM cardíaca. Esto se completaba con 2 o 3 pacientes extras diarios ingresados para RM y/o TAC que acudían a urgencias para estudio de dolor torácico<sup>9</sup> u otras situaciones. Como ven, la tarea de coordinación de máquinas y pacientes en las primeras horas del día no era baladí. Una vez superada esta etapa, estábamos encargados de la recepción del paciente (independientemente de la técnica) y en una pequeña entrevista le explicábamos la relación de riesgos y beneficios de cara a la firma del consentimiento informado. Me llamó la atención en este punto, la muy diferente relación de los pacientes norteamericanos en su aproximación a la firma de un documento de consentimiento informado<sup>12</sup>. Las preguntas (casi siempre pertinentes) son la norma; esta tendencia, creciente en nuestro país, es algo que los profesionales españoles deberemos abordar en un futuro inmediato. Tarea nuestra era, también, dirigir el estudio en todos sus aspectos, así como programar la máquina (en combinación con los técnicos), y en ocasiones era necesaria la administración de medicación para lo que contábamos con una enfermera. La tarea de una correcta adquisición de imágenes es laboriosa y suponía una gran parte de la jornada; nos repartíamos el trabajo entre varias personas para optimizar el tiempo. Generábamos un informe preliminar tras realizar cada estudio (posteriormente revisado) pero que tenía el objetivo de evitar que se «escaparan» diagnósticos relevantes desde el punto de vista pronóstico (tromboembolismo pulmonar, disección de aorta, etc.)<sup>13</sup> antes de que abandonara la unidad.

Aproximadamente a las 6 de la tarde y una vez realizados todos los estudios del día, llegaba la que a mi modo de ver era la parte más formativa de la jornada. Nos reuníamos en una amplia sala que disponía de un monitor de gran tamaño y se exponían los casos del día, bajo la supervisión de los jefes de la unidad que corregían el informe propuesto y se generaba un informe definitivo enriquecido con los comentarios de la audiencia. Es destacable el interés en el perfeccionamiento que en cada estudio se ponía tanto en su adquisición como en la elaboración de un completo informe. La exigencia era tal que un paciente no se iba de la unidad hasta que no se había obtenido el mejor estudio posible y, un informe no era emitido hasta no pasar por una completa supervisión. Este era desde el punto de vista de la unidad de imagen cardiovascular avanzada, lo que merecían sus pacientes, y quizá eso también nos mueva a la reflexión



**Figura 1** Miembros del equipo de la Unidad de Imagen Cardíaca Avanzada. *Mount Sinai Hospital*, Nueva York (2010). Fila superior de izquierda a derecha: Michelle Gómez (secretaria), Javier Sanz (director de unidad de imagen cardiovascular avanzada), Aileen Lin (enfermera), Frank Macaluso (técnico de imagen), Desconozco nombre (técnico de imagen), Jesús González Mirelis (autor del artículo). Fila inferior: Leticia Fernández Fiera (*fellow* de imagen cardiovascular), Elena Sufrate Sorzano (residente de cardiología), Ana García Álvarez (*fellow* de imagen cardiovascular), Simonette Sawit (*fellow* de imagen cardiovascular).

de cuál es el nivel de autoexigencia que nos imponemos en nuestro país.

De forma rotatoria, una vez a la semana disponíamos de un día entero para investigación. Cada uno tenía un proyecto ilusionante del que debíamos diseñar la estrategia de elaboración y desarrollar en el tiempo de estancia. El tiempo asignado oficialmente no era, en general suficiente, así que muchas veces debíamos prolongar nuestra jornada tras la actividad asistencial para sacar adelante el proyecto. En mi caso, el estudio de la pericarditis constrictiva a través de RM cardíaca, supuso una extensa actualización bibliográfica, un interesante reto de coordinación entre unidades (hemodinámica, laboratorio de ecocardiografía), una intensa búsqueda de candidatos a través de bases de datos y una laboriosa obtención de medidas posprocesado de imagen. También intenté ser útil cuando las compañeras de mi unidad necesitaban una mano. Las fechas tope de entrega para congresos (en EE.UU. existe una implícita obligación a enviar tus avances a los grandes congresos de cardiología) a veces obligaban a cambiar el guión de los tiempos establecidos y surgían nuevas necesidades para las que había que tener la flexibilidad de ayudar con el consiguiente beneficio mutuo para todos los miembros del equipo. Finalmente, la ardua tarea de la escritura del manuscrito y el esfuerzo en el envío del mismo, hasta que finalmente los revisores aceptan su publicación culminan el itinerario de un proyecto de investigación (en esta última fase se encuentra mi proyecto) (figs. 1 y 2).

También era francamente formativo acudir a las sesiones que diariamente ofrecían tanto el servicio como el hospital. El sistema organizativo docente de los hospitales norteamericanos es muy rico en este tipo de actividades que es la forma esencial de cómo los miembros de un departamento se mantienen actualizados en los temas de la especialidad. Así mismo, tuve la suerte de ser invitado para una ponencia en una pequeña reunión local de cardiorresonancia en Nueva York.

## Reflexiones sobre el año transcurrido. Hechos positivos y negativos

No estoy en disposición de realizar una lista pormenorizada de los hechos positivos o negativos. Me gustaría más bien transmitir algunas ideas básicas que nacen de la reflexión tras el año vivido en EE.UU.

Alguien podría pensar que no existen hechos negativos en una experiencia como esta. Maticemos. En la carrera profesional de cada individuo existen encrucijadas vitales muy diferentes y que hacen en ocasiones, poco recomendable una estancia fuera. Una situación profesional y personal acomodada, con riesgo de perderla, debería hacer pensar en la idoneidad del viaje. Sin embargo, si uno no se encuentra en esta situación, un viaje puede ser un hecho diferencial en tu formación. En estas condiciones puede ser una inversión de futuro, con posibles ventajas interesantes frente a otros. Desafortunadamente no siempre el mejor formado tiene un hueco en el sistema público sanitario español, pero lo contrario sigue siendo cierto, procura tener la mejor formación para encarar con más probabilidades tus opciones laborales.

Respecto a los aspectos positivos. Merecen especial atención los detalles extra-académicos. Qué duda cabe que una estancia fuera aporta conocimientos o pericia técnica en cierta área del conocimiento. Pero a mí me resultó al menos igual de interesante aquello no relacionado directamente con lo técnico. Ver cómo funcionan otros departamentos o unidades. Observar las diferencias de trato entre profesionales con los pacientes de otros países. Aprender las diferencias respecto al modelo organizativo sanitario a ambos lados del Atlántico. Y por supuesto, las distintas características socioeconómicas entre estados. Todo esto no cae en saco roto y proporciona una ingente cantidad de datos y pensamientos que el viajero va a poder importar a nuestro país y enriquecerlo.



**Figura 2** Miembros del equipo de la Unidad de Imagen Cardíaca Avanzada. *Mount Sinai Hospital*, Nueva York (2010). De izquierda a derecha: Ana García Martín (residente de cardiología), Ana García Álvarez (*fellow* de imagen cardiovascular), Leticia Fernández Fiera (*fellow* de imagen cardiovascular), María García (antiguo director de departamento de imagen cardiovascular en *Mount Sinai Hospital*), Simonette Sawit (*fellow* de imagen cardiovascular), Jesús González Mirelis (autor del artículo), Javier Sanz (director de unidad de imagen cardiovascular avanzada).

## Recomendaciones para los más jóvenes. . .

Quizá la recomendación número uno para los que no estén ya convencidos a estas alturas de mi exposición de la conveniencia de una estancia en el extranjero, es que no pierdan la oportunidad de viajar y tener una experiencia formativa en otro país. Quizá en un futuro llegue a ser incluso requisito obligatorio para el acceso a ciertos puestos.

Si bien es cierto que el aprovechamiento es máximo cuando te encuentras en el inicio de una subespecialidad y tu viaje fuera de nuestras fronteras es el cimiento para construir una buena formación, sigo pensando que planes de estancias menos definidos también tienen su recompensa. Mensaje dirigido para estos últimos amigos dubitativos que no saben qué camino tomar: que no os importe el lugar, el idioma que hablen o el momento. Aunque es bueno considerar las opciones domésticas, irse allende los mares es una decisión de la que tened por seguro vais a obtener buenos resultados.

Recomiendo también, a pesar del sesgo cultural que suponen las idiosincrasias de nuestro país de origen, intentad desembarcar en vuestro nuevo hogar con la máxima apertura de mente. Ya sabemos que las costumbres foráneas son diferentes a las nuestras, y para unos amantes de las propias como somos los españoles, a veces puede resultar oneroso la adaptación a las ajenas. Que no sea así; acceded a los nuevos modos con ilusión, procurad aceptar las nuevas costumbres que facilitan la integración, son elementos indispensables para el enriquecimiento profesional. No es nuevo para los españoles visitar países lejanos, poder realizar nuevas amistades y disfrutar de la nueva vida. Quizá algo de esto esté en nuestros genes.

No perdáis de vista el aspecto social. Pasar una larga temporada en otro sitio debe ir de la mano de compañías locales apetecibles, que os hagan llevadero el tránsito.

Finalmente, no perdáis la oportunidad de llenar cada día con emociones ilusionantes y procuren corresponder con altruismo a toda la generosidad de las personas que comparten con el «emigrante» una estancia fuera.

## Bibliografía

1. Downes O. A Concert of Jazz. The New York Times; 1924, 16.
2. Hyland WG. George Gershwin: A New Biography. Praeger Publishers; 2003.
3. Fox J. Woody: Movies from Manhattan. Overlook Press; 1996.
4. Castillo-Olivares JL [disponible en 26 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.castillo-olivaresjl.com/lacph.htm>
5. Charoenpanichkit C, Hundley WG. The 20 year evolution of dobutamine stress cardiovascular magnetic resonance. J Cardiovasc Magn Reson. 2010;12:59.
6. CNIC [consultado en 26 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.cnic.es>
7. Aufses A, Hiss B. This House of Noble Deeds: The Mount Sinai Hospital, 1852-2002. New York: New York University Press; 2002.
8. Miller CD, Hwang W, Case D, Hoekstra JW, Lefebvre C, Blumstein H, et al. Stress CMR imaging observation unit in the emergency department reduces 1-year medical care costs in patients with acute chest pain: a randomized study for comparison with inpatient care. JACC Cardiovasc Imaging. 2011;4:862-70.
9. White CS, Kuo D. Chest pain in the emergency department: role of multidetector CT. Radiology. 2007;245:672-81.
10. Taylor AJ, Cerqueira M, Hodgson JM, Mark D, Min J, O'Gara P, et al. Accf/Scct/Acr/Aha/Ase/Asnc/Nasci/Scai/Scmr 2010 Appropriate Use Criteria For. J Cardiovasc Comput Tomogr. 2010;4:23.
11. Hendel RC, Patel MR, Kramer CM, Poon M, Carr JC, Gerstad NA, et al. Accf/Acr/Scct/Scmr/Asnc/Nasci/Scai/Sir 2006 Appropriateness Criteria for Cardiac. J Am Coll Cardiol. 2006;48:1475-97.
12. Miller FG, Emanuel EJ. Quality-improvement research and informed Consent. N Engl J Med. 2008;358:765-7.
13. Halpern EJ. Triple-rule-out CT angiography for evaluation of acute chest pain and possible. Radiology. 2009;252:332-45.

J.G. Mirelis

*Unidad Imagen Cardiaca, Departamento de Cardiología,  
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda,  
Majadahonda, Centro Nacional de Investigaciones  
Cardiovasculares (CNIC), Madrid, España  
Correo electrónico: [jesus.gmirelis@telefonica.net](mailto:jesus.gmirelis@telefonica.net)*