

Una visión subjetiva de la Historia reciente de la Medicina Interna

Pedro Conthe

Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón.

Vicepresidente de la SEMI.

Es bien conocido y citado a menudo, que el término Medicina Interna se acuñó al final del siglo XIX en Alemania, aludiendo básicamente al concepto de médico clínico, no quirúrgico por excelencia, y con una visión integradora de la enfermedad y por tanto de los sentimientos e inquietudes del paciente. El año 2002 celebramos el 50 aniversario de la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna). Fue un motivo de satisfacción celebrado por un buen número de internistas españoles. Sirvió entre otros fines, para valorar y reconocer la trayectoria de la especialidad, con sus luces y sombras, desde la fundación de la Sociedad por Carlos Jiménez Díaz y Agustín Pedro Pons, a través de muchas personas que invirtieron su tiempo e ilusión en diversas labores. Pero no soy yo el encargado de realizar una Historia prolija de la especialidad, ni de los internistas célebres, ni de la SEMI, pues esta es una labor emprendida ya por el Profesor Blas Gil Extremera (por encargo de la SEMI), y que sin duda será un aportación de valor histórico, que culminará en breve plazo y que deberá ser revisada con detenimiento.

En esta modesta contribución solicitada por la SOGAMI (Sociedad Gallega de Medicina Interna, a la cual admiro desde hace años por su gran empuje), sólo aludiré de forma breve y por supuesto, cargada de subjetividad, a la evolución de la Medicina Interna y de la Sociedad Científica que me ha correspondido vivir en mi trayectoria profesional, que se extiende ya a un cuarto de siglo. En cuanto a la SEMI tengo el gran honor de haber estado involucrado en ella, de una u otra forma a lo largo de los últimos 10 años (en la Comisión asesora, como Secretario

general y como Vicepresidente en la actualidad), lo que considero un honor inmerecido y en cierta medida una responsabilidad que espero seguir cumpliendo voluntariosamente, con gratitud hacia los compañeros internistas que me eligieron y a todos los que componen este colectivo tan importante para la sanidad del país.

Querría primero dejar constancia que lo que creo que me impulsó a elegir esta especialidad, tras presentarme a uno de los primeros exámenes MIR (1980), pudiendo elegir cualquier especialidad, fue probablemente el conocimiento directo como alumno de diversos clínicos y profesores que desde la Universidad Autónoma de Madrid, además de clases teóricas y prácticas, me transmitían una imagen vocacional, docente, estudiosa y gratificante de su ejercicio médico. Vivíamos aún la época del internista clásico. El trato diario con los pacientes que presentaban patologías muy diversas; cardiovasculares, hepáticas, autoinmunes, vasculares, etc. me parecía realmente atractivo y variado. Las posibilidades de abordar con cierta maestría todo el conocimiento requerido para ello, me fascinaba, aún sabiendo que requeriría un estudio, una dedicación y un sacrificio enorme. La imagen del internista “diagnosticador de casos difíciles” primaba para mí, aquel que aportaba siempre una voz autorizada en el trabajo diario, usualmente en equipo, me parecía, y aún lo vivo así, un reto muy atractivo. Ahora creo que esta visión un tanto clásica del internista autosuficiente perduró en mi entorno más allá de los años 80 (¡ojalá se hubiera mantenido hasta nuestros días!). Pero sin embargo, muchos factores han llevado a otra imagen menos idealizada del internista en su labor en la práctica diaria, si bien no menos eficiente y útil para el sistema. Para mí, la esencia sigue viva, pero la adaptación a los tiempos que nos ha tocado vivir es mandatoria y no podemos vivir anclados al pasado. Hoy pienso que el papel del internista se centra más en llegar a ser el clínico, fundamentalmente hospitalario, que la sociedad demanda, y probablemente la eficiencia en el manejo de las enfermedades más prevalentes, el mantenimiento de una visión global y humanizada del paciente, la capacidad de coordinar equipos de trabajo multidisciplinarios y la polivalencia del internista, son las virtudes más valoradas en la actualidad.

Ilustraré con algunas anécdotas (o sucedidos) esta visión subjetiva del internista diagnosticador de enfermedades raras que viví en mi juventud, y que al menos servirá además para amenizar este escrito.

El Profesor Julio Ortiz Vázquez en el Hospital La Paz, del que era Director, prácticamente fundador y jefe de Medicina, tenía por costumbre pasar visita muy temprano, sábados incluidos, antes de las 8 a.m. con el internista (o residente de la especialidad) que por allí estuviera. Este médico, además de llevarse la bronca por los ausentes, improvisaba un resumen breve de lo que tenía cada paciente (¡de toda la planta! Al menos 35 ó 50 enfermos). Muy ocasionalmente el pase de visita era tan rápido que D. Julio recorría el pasillo en un sentido y tras unos comentarios, volvía por el mismo pasillo para despedirse en los ascensores. Una vez el doctor García Puig le comentó:

- Don Julio, hoy ...no ha visto a ningún paciente de la planta y el respondió:

“bueno lo importante es ..¡que ellos me han visto a mí!”

Me costó entender que los pacientes verdaderamente se encontraban mejor y más tranquilos aquel sábado, sabiendo que el jefe supremo había pasado por allí y sin duda, estaba al tanto de todo lo importante. Pero normalmente el pase de visita era mucho más formal, acompañado de alumnos, residentes, y lógicamente más detenido cuando se trataba de un enfermo complejo o sin diagnóstico. En algún caso así, D. Julio se sentaba (decía que las posaderas era una de las mejores herramientas para el diagnóstico), examinaba al paciente y leía la historia clínica (como actualmente, realizada por un alumno o residente novato), provisto de un rotulador rojo que surcaba las páginas con enormes tachaduras, correcciones y frecuentemente, algunas notas añadidas de la exploración, habitualmente impecables. Frecuentemente concluía con: el doctor de turno ¡Esta historia habría que repetirla!

Pero siempre tenía una palabra amable para el médico novato y por supuesto para el paciente que miraba reservón todo el séquito de batas. ¡A mejorarse!

Aún hoy, cada vez que salgo de una habitación en la sala, me salen sin querer esas mismas palabras y recuerdo un microsegundo a D. Julio, dando una palmadita en los pies de la cama.

Un día, no se si por abreviar o por cansancio de varias guardias acumuladas (era común estar varios días seguidos de guardia, aunque hoy nadie lo crea) le dije al llegar D Julio.

- “Profesor, creo que hoy no hay ninguna patología interesante en la sala (neumonías, insuficiencia cardiaca, pacientes respiratorios crónicos con moco en sus bronquios, enfermos escarados...)”.

D. Julio puso una mirada de autosuficiencia y me dijo:

- “Dr Conthe, **todos los enfermos** son interesantes, ¡depende de cómo los miremos!, ¡A buscar!, ¡a buscar!”

- “Bueno...”, D. Julio, lo decía más bien porque estábamos aquí en la pizarracon el “case record” del New England, con los estudiantes...(típica tabla de diagnóstico diferencial interminable...) “y además vienen hoy a Madrid, Simon and Garfunkel..”.

- “Ah¡ ¿sí?, ¿y de que hablan?. ”

- “No hablar, hablar, no hablan, cantan, son muy conocidos..”.

- “Nada, nada, ¡a pasar visita!,.. ¿Por donde empezamos?”

Creo que aquello me marcó bastante porque nunca más he vuelto a decir (y ni siquiera pensar), que un paciente no sea interesante. Para mi lo que ilustra esta y otras muchas anécdotas es la percepción que teníamos (al menos yo), de que los enfermos tenían que tener algo interesante. Lo mejor posiblemente, un lupus, una conectivopatía mixta o una esclerodermia (aquel servicio era pionero en las enfermedades autoinmunes y lo siguen siendo algunos compañeros como Antonio Gil, Munther Kamastha, Paz Lavilla...) Bastante bien diagnosticar una brucelosis, sobre todo con espondilitis brucelar, una tuberculosis, si era extrapulmonar. No estaba mal otra enfermedad infecciosa no común (lepra, endocarditis, triquinosis..) o en definitiva, alguna infección publicable o bien, alguna otra enfermedad sistémica (hemocromatosis, amiloidosis, sarcoidosis histiocitosis...). Algunas enfermedades como el

Paget, endocrinopatías (¡eterna sospecha de feocromocitoma y cushing¡) o un síndrome paraneoplásico tenían algún valor académico reconocido. Pero desde luego, tener solo una simple neumonía (que ya se había visto en la placa de entrada), un ictus o una insuficiencia cardiaca o un EPOC desestabilizado, (lo diagnosticaba el R1) era algo bastante nimio, como... ¡impropio del saber del internista!. Ni que decir del paciente social y escarado (aunque no tanto como ahora, siempre los ha habido en las plantas de Medicina Interna), una infección urinaria, una gastroenteritis..., eran simplemente poco considerados (en cuanto a interés científico, que primaba). Por supuesto que los sentimientos humanos de sanar, cuidar y casi siempre consolar, estaban antes y ahora, siempre primando en la relación personal y profesional con los pacientes. Cuando el paciente estaba bien (D. Julio decía que cuando miraban libidinosamente a las enfermeras), o sobre todo si se necesitaba la cama, se daban de alta. No recuerdo haber sabido si los pacientes estaban hospitalizados entonces, mucho o poco tiempo. Estaban lo que precisaban (se suponía). Nunca vi en aquellos años ningún jefe preocupado por esto. Antes y ahora siempre hubo casos especiales por la dificultad de su diagnóstico o por su compleja problemática. Recuerdo algún paciente en el que su DNI indicaba como domicilio el Hospital.

En estos 25 años muchas cosas han cambiado desde mi punto de vista, para bien y para mal. Empezaré comentando lo que considero que ha cambiado en un sentido más lógico y favorable.

Actualmente los internistas también se han interesado a fondo por las enfermedades más prevalentes. En primer lugar porque es la asistencia requerida diariamente y en segundo lugar porque algunas unidades específicas y otras especialidades han ido cubriendo aquella faceta para los enfermos con patologías poco frecuentes. No se puede negar que el médico clínico cobra su mayor sentido, cuando es útil para los ciudadanos. Por supuesto que nadie puede dudar de la utilidad de reconocer patologías no comunes o de mayor interés académico, que requieren expertos en su manejo, pero el grueso de los internistas creo que están hoy en día más familiarizados con el manejo eficiente de los pacientes con patologías que solicitan ser tratadas diariamente desde la urgencia.

Creo que aquella función clásica diagnosticadora de lo complejo fue y sigue siendo parte de la labor del internista, pero actualmente no es la principal labor. Parece una realidad incuestionable en la Medicina Interna actual, el mayor interés por las enfermedades prevalentes. De hecho la SEMI, con sus nutridos y activos grupos de trabajo (en Enfermedad tromboembólica, Insuficiencia Cardíaca, Diabetes, EPOC..) es un claro ejemplo de ello. Nos formamos hace años más para la enfermedad aguda y de difícil diagnóstico, pero en gran medida debemos tratar hoy patologías crónicas desestabilizadas.

También pienso que ha cambiado el trato común con los pacientes y sus familiares. Hoy se necesita ser no sólo un buen clínico, sino un excelente comunicador. Los cambios sociales, nivel cultural y sobretodo de disponibilidad de información (¡quién iba a atisbar que existiría internet!). Había vida ¡sin teléfono móvil! Incluso ¡sin ordenadores! Algunos jóvenes no se imaginan una vida sin ordenador (yo presenté la tesis el año 1984 con una Olivetti, peor que la de Paco Umbral. Cada error,... ¡a escribir otra vez toda la página!. Y las diapositivas (por supuesto en blanco y negro con la Olivetti). Desde luego hoy es mejor conocer Google que el Index Medicus con sus pesadísimos tomos y su letra indescifrable. Se dirá que estos cambios son igual para todos, pero para el internista han sido mayores, porque la información científica era una referencia clave en su actuación. El que no se ha incorporado a las nuevas herramientas de la información (internet, correo electrónico, presentaciones...), tiene hoy una limitación muy importante.

Pues bien en este escenario actual hay una necesidad de un nuevo profesional de la Medicina Interna, capaz de informar y hacer corresponsable al paciente y sus cuidadores en la toma de decisiones. Pienso que hemos pasado de un cierto paternalismo en el manejo del paciente, a requerir de palabra y por escrito, autorización para cualquier maniobra que realizamos a diario. Esto probablemente es bueno y acorde con el siglo XXI, pero también hay que decir, que requiere mucho más tiempo y desde luego habilidades comunicativas. Es algo que no se viene enseñando en las Facultades y que la SEMI ha empezado a abordar en Congresos, Seminarios y otras actividades con cierto éxito y buena receptividad.

Otro cambio importante acontecido en las últimas décadas es la proliferación de Unidades de todas las patologías posibles. A veces la Unidad se refiere al único médico que la compone. No siempre la proliferación de Unidades (si no transmiten su experiencia a todo un Servicio), se acompaña de un mejor trato médico de los pacientes. A veces es más el pretexto para ser Jefe de Unidad. Hoy sabemos que la gran mayoría de los pacientes que atendemos dentro y fuera del hospital con patologías graves tienen una amplia comorbilidad. Hablamos del enfermo pluripatológico, generalmente aludiendo a aquel que presenta varias enfermedades crónicas que condicionan alguna merma en su calidad de vida y que requieren un tratamiento (sostenible), que beneficie globalmente sus patologías asociadas. Este escenario es donde encuentra actualmente el internista mayor sentido, por no decir, una imperiosa necesidad de su presencia. Ver a diario a muchos pacientes atendidos por numerosos especialistas de órgano y sistema al mismo tiempo (el nefrólogo, el cardiólogo, el cirujano vascular, el neurólogo..) amén de la Unidad del dolor crónico y la de geriatría, creo que no debe ser la principal apuesta sensata del sistema sanitario. Además de no ser económicamente mantenible, genera una confusión, en duplicación de pruebas y terapéuticas, cuando no lleva al nihilismo del generalista de Atención Primaria, que ya ve excesivos los cuidados de un sinnfín de especialistas y tiende a inhibirse en sus cuidados. Cuando se habla de unidades de enfermedades prevalentes, (Insuficiencia Cardíaca, Ictus, Fibrilación Auricular, dolor crónico, riesgo quirúrgico..), a menudo nos olvidamos que el resto de los profesionales tienden a considerar ajena esa patología y el grueso de los enfermos (obviamente no atendidos por la unidad específica, que suele verse superada) resulta probablemente, peor tratado.

En este escenario de superespecialización, el médico internista puede jugar al menos, un papel coordinador realmente útil de equipos multidisciplinarios. Hoy muchos pacientes vienen a la consulta para que se les “ordene el tratamiento” y la polimedicación no siempre necesaria, es más la regla que la excepción en pacientes frágiles.

Un aspecto que creo sustancial en los cambios vividos en las últimas décadas alude a la medicina basada en la evidencia (término no tan

antiguo, aunque muy celebrado) que ha imperado a través de guías de buena práctica, consensos, ensayos clínicos y en ocasiones, con cierta carga teórica distante del paciente real. Considero globalmente bueno que la experiencia limitada que tuviera un buen profesional (“hemos tratado varios casos similares con..”) sea reforzada con amplios y rigurosos estudios y que se haya implantado una cierta cultura de valorar la evidencia demostrada. Es cierto que la medicina científica progresa de una forma diferente a la que aprendimos en los años 80. Los amplios y costosos ensayos clínicos son hoy la clave del conocimiento terapéutico y hemos tenido que incorporarnos a esta cultura. La Medicina Interna tiene un gran papel también en ello y debe estar presente en los documentos de consenso, guías de práctica clínica, pero sobre todo, debe aportar la valoración e integración de informaciones obtenidas a la cabecera del paciente, que hagan de cada acto médico una decisión individualizada.

Es también cierto que el acto médico trasciende de un mero acto científico aséptico y hoy vuelve nuevamente a hablarse de Medicina basada en la afectividad, y yo diría en la confianza paciente-médico (y no solo al revés), por encima de otros valores. El profesor Jaime Merino ex presidente SEMI y de la EFIM (federación Europea de Medicina Interna) ha destacado recientemente con brillantez como la práctica clínica reciente parece estar más cimentada en patologías, en técnicas que deslumbran a los jóvenes, por encima del trato personal del paciente y la individualización precisa que requiere cualquier medida diagnóstica o terapéutica. Los pacientes siempre precisan tener confianza en el profesional que les trata, incluso más allá que la confianza global que puedan tener en las modernas técnicas, o los avances más sofisticados de la ciencia que puedan ver en el telediario.

Pero existe para mí una parte negativa de la historia reciente de la Medicina clínica, y se refleja en lo que yo llamo “el alejamiento progresivo del paciente”

Cada vez se hacen más pruebas de dudoso interés (gasometrías repetidas sin ver el color de los labios, ecocardiogramas sin saber muy bien qué interés práctico va a tener en un anciano discapacitado, pruebas

de imagen en pacientes terminales..). El caso es que alejarse del paciente es usualmente más cómodo y menos comprometido, y puede parecer a veces que ordenar muchas pruebas, es lo más correcto. Seguramente es más fácil aplicar el manual, que tomar decisiones que requieren con frecuencia una reflexión profunda, información a los familiares, conocimiento de las expectativas reales del paciente, y en definitiva, una individualización de las medidas. Muchos de los cambios aludidos por supuesto son comunes a otras ramas de la Medicina, pero en nuestra especialidad es más peligroso e insensato el alejamiento del paciente. El internista debe ser suficientemente integrador de información para no dejarse deslumbrar por una sofisticada técnica. Por el contrario, los profesionales que se dedican a una sola técnica suelen sobre-valorar el significado de sus hallazgos.

Los Congresos de Medicina Interna son un gran espejo de la Medicina Interna antes y ahora. Actualmente en los Congresos nacionales de Medicina Interna hay múltiples actividades científicas simultáneas, miles de inscritos y creo que su organización es bastante compleja. Nada que ver con los congresos anteriores al año 2000. Baste recordar que durante muchos años los congresos de Medicina Interna se centraban en uno o dos temas. Sólo desde el año 1966 se planteó la posible conveniencia de que el congreso no fuera todos los años en Madrid y fue necesaria una votación para aprobar la opción del Congreso itinerante. El nivel de participación y comunicaciones ha aumentado exponencialmente, aunque el congreso aporta además de una posibilidad de puesta al día, sobre todo, un punto de encuentro. En ello, también han jugado un papel importante los grupos de trabajo de la SEMI. Una de las cosas que más ha cambiado, es el esfuerzo preciso para asistir al congreso. Al menos para los más jóvenes. La financiación y las aportaciones de la Industria Farmacéutica, justo es reconocerlo, han permitido celebrar los congresos con menor precariedad de medios. Por supuesto que algunas influencias comerciales pueden parecer excesivas y la Sociedad “se bate el cobre” para abordar todos los temas de forma rigurosa. Hasta el año 2000 el congreso nacional se celebró cada 2 años. En el año impar una modesta reunión en la Facultad de Medicina de Madrid hacía las veces de un pequeño congreso con pocos cientos de

inscritos. Recuerdo mi primer congreso “grande”, impresionado por las comunicaciones orales que debía presentar en Lanzarote 1982 (magnífico congreso, por cierto). Desde luego, a ningún residente se le ocurría que un laboratorio farmacéutico fuera a subvencionar su asistencia o cualquier otro gasto. Solicitar ayuda al jefe podría ser objeto de una absoluta incomprensión. Algún compañero recuerdo que pidió algún crédito para afrontar los gastos del viaje. No era un caso único. En un congreso inmediatamente anterior, (según me ratifica el doctor FJ Barbado, entonces adjunto de La Paz), los adjuntos podían pagarse una pensioncilla, pero naturalmente los residentes ¡de camping!, ¡en pleno invierno! Sin duda las cosas han cambiado. En muchas ocasiones los residentes tienen varias ofertas para asistir en un fin de semana a varias reuniones científicas. En todo caso, uno de los retos que debe plantearse la SEMI actualmente, es tratar de conseguir una mayor implicación de los más jóvenes y facilitarles la asistencia a todos los participantes. Seguro que ahora no irían de camping o pedirían un crédito, pero podrían interesarse más por ver de cerca, la Medicina Interna actual, algunos líderes científicos e incluso, poder expresar sus inquietudes actuales. En estos momentos tengo la certeza que el próximo congreso SEMI en La Coruña será un nuevo paso adelante en la organización, nivel científico y escenario de los debates más actuales que plantea la Medicina Interna moderna, gracias a un amplio comité científico y organizador, dirigido por los doctores Fernando Diz-Lois y Emilio Casariego.

Debo decir con satisfacción que uno de los cambios más notables en este cuarto de siglo ha sido el papel que juega su sociedad científica. La SEMI ha progresado enormemente en la última década y esto es universalmente admitido en la Medicina Interna española. Las reuniones en grupos de trabajo activos y organización de actividades de formación continuada, el aparato administrativo estable, la sede propia, los órganos de expresión, y especialmente la integración de la “voz de la Medicina Interna española”, a través de todas las sociedades autonómicas, ha sido un giro copernicano en la última década. Se han tendido puentes a la Comisión Nacional, a otras sociedades científicas nacionales e internacionales, órganos de la administración sanitaria, y colectivos asistenciales. Ello ha sido posible gracias a la dedicación de muchos

internistas que han comprendido y han hecho propio el esfuerzo requerido para que la Medicina Interna y su visión integradora estén presentes en todos los ámbitos. Queda sin duda una labor ingente a desarrollar los próximos años, pero al menos tenemos una estructura estable y representativa para que los internistas con ilusión y capacidad puedan “arrimar el hombro”.

Para acabar con estas reflexiones informales, creo que hay algunos aspectos de la Medicina Interna que no han cambiado apenas, en este último cuarto de siglo. El principal es el hecho persistente del desconocimiento por parte de la mayoría de los ciudadanos del país, de “qué es un internista” y del importante papel que juega para el paciente (a excepción de algunos que han valorado en su persona o allegados, las ventajas que aporta un médico internista a un enfermo como guía o referente de su paso por la sanidad). Este desconocimiento doy fe que llega a muchos gestores y responsables de la sanidad. Yo mismo me he visto explicándole a una Ministra de Sanidad el papel que juega el internista, mientras me dirigía una cierta mirada de sorpresa. En los próximos años hay que seguir con esta tarea y la Fundación Española de Medicina Interna puede contribuir modestamente a este fin. El cambio de nombre por el del “médico clínico” (o tal vez “médico hospitalista”) debería ser meditado tranquilamente y probablemente mejor comprendido por la población.

Hay muchos aspectos que siguen siendo esenciales a mi juicio, en la Medicina Interna que no debo pasar por alto. La capacidad docente para formar médicos de otras especialidades, a menudo no es suficientemente valorada e incluso infrautilizada. La asistencia a los enfermos con enfermedades no fácilmente clasificables para un subespecialista y sobre todo la capacidad de adaptación para afrontar la patología que demanda atención en urgencias hospitalarias, campo irrenunciable de la Medicina Interna en el que juega un papel imprescindible, antes, ahora y siempre.

También creo que ha cambiado poco “un cierto gap o alejamiento” entre hospitales comarcales y grandes hospitales donde la realidad y los problemas de la Medicina Interna que se viven a diario son bien distintos. La SEMI está haciendo intentos por incorporar el peso

importante y la visión actual de la Medicina desde el hospital comarcal, sin duda con mayor futuro que los grandes hospitales del siglo pasado y en los que la Medicina Interna ha ido viendo mermada su capacidad y su campo de actuación en las últimas décadas. No debemos consentir que en la Medicina Interna recalén solo los pacientes que no quieren otras especialidades.

También existe un cierto distanciamiento generacional entre los internistas jóvenes y los más mayores. Los residentes tienden a pensar que los internistas mayores se acomodan a un ejercicio cómodo en planta, desentendiéndose de la urgencia. Tal vez tengan alguna razón. Los más veteranos, entre los que me incluyo, tendemos a pensar que los jóvenes no tienen la ilusión, el altruismo, ni la capacidad de sufrimiento de años atrás. Creo que un acercamiento y un debate inteligente, auto-crítico y constructivo puede ser bueno para todos. El grupo de formación de la SEMI tiene un reto en ello. No tenemos aún amplias encuestas entre los residentes de medicina, pero algunos datos preliminares muestran cierto escepticismo sobre la tutorización de su formación actual y sobre su futuro campo de actuación. Pero el futuro de la Medicina Interna pasa por los que ahora son alumnos y residentes y hay que invertir en ellos prioritariamente. De la capacidad de ilusionar, transmitir valores y asumir los problemas de los más jóvenes, depende que este gran colectivo asistencial que representa la Medicina Interna juegue en el futuro un gran papel en la asistencia hospitalaria del siglo XXI. Esta labor no es sólo labor de una Fundación o una Sociedad Científica (por potente que fuera). Debe ser obra de cada internista titulado y en ejercicio, asumiendo la responsabilidad de mantener viva la ilusión que le hizo algún día escoger esta gran especialidad.