

EMERGENCIAS MÉDICAS

Situaciones Críticas, Acciones Decisivas

TOMO II



FECIM-ECUADOR

EMERGENCIAS MÉDICAS

Situaciones Críticas, Acciones Decisivas

TOMO II

"Emergencias Médicas: Situaciones Críticas, Acciones Decisivas" – Tomo II, retoma el pulso vertiginoso de la medicina de emergencias, donde cada segundo importa y cada decisión puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

En esta nueva entrega, profesionales de la salud comparten experiencias reales que van desde los primeros pasos como estudiantes hasta los desafíos enfrentados en su ejercicio clínico. Son relatos intensos, humanos y conmovedores, que revelan la crudeza de lo imprevisto, la presión del momento y la entrega silenciosa detrás de cada acto médico.

Esta segunda entrega profundiza en situaciones límite, mostrando cómo la pericia técnica, el trabajo en equipo y la empatía se entrelazan en escenarios donde el tiempo se desvanece y la acción inmediata es vital. Desde zonas rurales hasta servicios hospitalarios de alta complejidad, estas páginas nos recuerdan el valor del compromiso y la vocación de quienes dedican su vida a cuidar la de otros.

Más que una colección de anécdotas, esta obra es un homenaje a la resiliencia y al profesionalismo de quienes se enfrentan a lo incierto con entereza. Un libro que inspira, enseña y deja huella en todo aquel que vive o admira el arte de sanar.

Sumérgete en estas historias verdaderas y sé testigo de cómo, incluso en medio del caos, la medicina sigue siendo un acto profundamente humano.

ISBN: 978-9942-7224-4-7



9 789942 722447



EMERGENCIAS MÉDICAS

Situaciones Críticas, Acciones Decisivas

TOMO II

**FUNDACIÓN PARA LA EDUCACIÓN,
CALIDAD E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Coordinación y Producción

Soluciones de Capacitación en Salud Cía. Ltda.

FACMED ECUADOR

www.hts.com.ec

Editores

Diana Guevara Aguilera.

Keneth Guevara Aguilera.

Marivel Figueroa Ríos.

Dirección Ejecutiva

Freddy Guevara Aguilera.

Coordinadora Editorial

Marivel Figueroa Ríos.

Comercialización y Marketing

Lilibeth Castro Ramones.

Editorial

FECIM ECUADOR

ISBN

978-9942-7224-4-7

DOI

Quito- Ecuador

Mayo 2025

Se prohíbe la reproducción total o parcial de la obra sin autorización de la editorial.



COAUTORES



Abel Ricardo Aillón Almeida

María De Los Ángeles Almeida Céspedes

Francisco Vicente Balcázar Ordóñez

María José Batallas Paz

Diego Andrés Cabezas López

César David Camacho Molina

Dayse Priscilla Cango Rodríguez

María Sol Cisneros Zambrano

Dominique Carolina Dávila Carrillo

Giovanni Joel Estrada Segura

Karina Del Carmen Faicán Narváez

Gabriela Estefanía Flores Chávez

Anileisy García Calzadilla

Gabriela Andrea García Solórzano

Nicole Alexandra Guadalupe Fabara

Narciza Manuela Guamán Guzmán

Karolina Madeline Guamaní Espinoza

Karina Del Cisne Guayanay Ríos

Pedro Antonio Guerrero Guevara
Miguel Elías Herrera Guzmán
Esthela Carolina Hidalgo Tapia
Marjorie Alexandra Jaime Mendoza
Marcos Exequiel Jiménez Asang
Bryan Steeven Lapo Torres
Susana Del Rocío Latorre Segovia
Édgar Sebastián López Zambrano
Ricardo David Mantilla Cadena
Darwin Eloy Mero Salazar
Alejandra Priscila Moreno Nasevilla
Michael David Naranjo Venegas
Carlos Andrés Parrales Cevallos
Jeanina Lisseth Pazuña Salazar
Delia Normita Quille Manobanda
Mario Geovanny Rayo Villarreal
Nancy Maribel Riera Romero
José Leonardo Ríos Castillo
Estefanía Irene Rivadeneira Aguirre
Carla Geannella Rocafuerte Estrella
Olga Yohanna Salazar Pita

Diana Aracely Sánchez Alquina

Mario Andrés Sánchez Sacoto

Carmen Liliana Sinchi Valladarez

Óscar Iván Tipanta Villacrés

Luis Medardo Ulcuango Guzmán

Rosa Lizbeth Vásquez Campaña

Andrea Mishell Velastegui Guerrero

Cristhian David Vélez Alcívar

Pablo Stalin Veloz Recalde

Odalys Brigitte Villares Santillán

Angel Daniel Villegas Rassa



ÍNDICE

Prólogo

HUMANIZACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO	17
Med. Darwin Mero Salazar, Mgs.	
EL APRENDIZAJE DE LA EMERGENCIA	21
Med. Michael Naranjo Venegas	
HUMANIDAD FRENTE A LA EMERGENCIA	26
Med. Odalys Villares Santillán	
EN MEDIO DE DOS BATALLAS	31
Med. Olga Yohanna Salazar Pita	
ECOS DE UN TERREMOTO: UN TESTIMONIO DE CORAJE Y ESPERANZA.....	36
Dra. Diana Sánchez Alquina PhD.	
AL LÍMITE DE LA VIDA	42
Med. Ricardo David Mantilla Cadena	
EL PRIMER ADIÓS	49
Med. Jeanina Pazuña Salazar	
OJOS FUEGO, CORAZÓN DE HIERRO	54
Med. María De Los Ángeles Almeida Céspedes	
LA LUCHA POR LA VIDA.....	59
Med. Dayse Cango	
EL DOLOR QUE NO LLORA	63
Med. Nicole Guadalupe Fabara	
LA PUERTA A LA VIDA.....	67
Med. Mario Geovanny Rayo Villarreal	
INTUBACIÓN EXITOSA	71
Med. Marcos Jiménez Asang	
SIEMPRE ESTAR PREPARADOS	75
Med. Andrés Sánchez Sacoto	
UNA NOCHE EN LA EMERGENCIA.....	80
Med. Nancy Riera Romero	

CUANDO EL CLIMA SE IMPONE	85
Med. José Leonardo Ríos Castillo	
LA MEDICINA DESDE EL CORAZÓN	89
Med. Carla Rocafuerte Estrella	
EL DON DE AYUDAR	94
Med. Cristhian Vélez Alcívar	
LA DOCTORA QUE LE CURA.....	98
Med. Liliana Sinchi Valladarez	
LAZOS TERAPÉUTICOS	103
Med. Luis M. Ulcuango Guzmán	
SABIDURÍA COMPARTIDA CONTRA ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.....	106
Med. Estefanía Rivadeneira Aguirre	
CONEXIÓN EN EL DOLOR.....	112
Med. Alejandra Moreno Nasevilla	
IMPROVISAR, ADAPTARSE Y VENCER: DEVENGACIÓN EN EMERGENCIAS.....	117
Med. Abel Ricardo Aillón Almeida	
RESPLANDOR MÁGICO: EL VIAJE HACIA LA SANACIÓN	121
Med. David Camacho Molina	
TODO UN PARTO	125
Med. Rosa Vásquez	
EL ÚLTIMO LATIDO.....	129
Med. Ángel Daniel Villegas Rassa	
LA FUERZA DE LA VIDA	133
Med. María José Batallas Paz	
DE CONSULTORIO A CÓDIGO ROJO	136
Med. Pablo Veloz Recalde	
ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	141
Lcda. Delia Quille Manobanda	
UNA NOCHE EN LA EMERGENCIA.....	145
Med. Édgar Sebastián López	

ENTRE HOSPITALES Y EMOCIONES	149
Med. Dominique Carolina Dávila Carrillo	
CONFÍA EN TI MISMO	153
Med. Bryan Lapo Torres	
PEQUEÑAS BATALLAS, GRANDES VICTORIAS	160
Med. Mishell Velastegui Guerrero	
CUANDO LA SANGRE TRAICIONA	165
Dr. Francisco Balcázar Ordóñez	
MÁS ALLÁ DE LAS HERIDAS.....	171
Med. Óscar Tipanta V., Especialista en Traumatología y Ortopedia	
COLAPSO SILENCIOSO EN EMERGENCIA	175
Med. Carlos Parrales Cevallos	
ÉTICA, VOCACIÓN Y RIESGO.....	180
Med. Gabriela Flores Chávez	
PICADURA AGRESIVA.....	186
Med. Antonio Guerrero Guevara	
NO TE RINDAS.....	190
Med. Karina Guayanay Ríos	
ENFERMERÍA Y DOCENCIA: SUBLIME VOCACIÓN..	195
Lcda. Carolina Hidalgo Tapia Mgt.	
MI LARGO Y CAÓTICO TURNO.....	201
Lcda. Gabriela García Solórzano	
LUZ EN LA OSCURIDAD MÉDICA.....	205
Med. Joel Estrada	
PROMESA: TE LLEVARÉ A CASA.	210
Med. Marjorie Jaime M.	
IMPOSIBLE CAMBIAR SIN VOLUNTAD PROPIA.....	216
Dra. Anileisy García Calzadilla	
MI PRIMERA BATALLA PERDIDA	221
Med. Diego Cabezas	
“CUANDO DAR TAMBIÉN ES SANAR”	226
Med. María Sol Cisneros Zambrano	

CRECIENDO AL RITMO DEL CORAZÓN	231
Med. Karina Faicán Narváez	
LA DECISIÓN VIENE DEL CORAZÓN	235
Med. Karolina Madeline Guamaní Espinoza	
LA LUZ EN MEDIO DE LA OSCURIDAD	240
Med. Narciza Guamán Guzmán	
EL ÚLTIMO LATIDO: CÓDIGO AZUL	245
Med. Miguel Elías Herrera Guzmán	
PEQUEÑAS EMERGENCIAS	252
Med. Susana del Rocío Latorre Segovia	



PRÓLOGO

La medicina, especialmente en el ámbito de las emergencias, trasciende el conocimiento teórico. No se aprende únicamente en los libros ni en las aulas. Se forja en los pasillos silenciosos de los hospitales durante la madrugada, en la presión de decisiones que deben tomarse en segundos, y en los ojos de quienes, con temor y esperanza, confían su vida, o la de un ser querido, a nuestras manos.

"Emergencias Médicas, Situaciones Críticas, Acciones Decisivas" - Tomo II es un tributo vivo a esas historias que rara vez se narran, pero que dejan una huella imborrable en quienes están en la primera línea de atención. En estas páginas se recogen experiencias reales, marcadas por la urgencia, la incertidumbre y, sobre todo, por la profunda humanidad que impregna cada acto clínico.

Son relatos que hablan de primeros auxilios improvisados en lugares inhóspitos, diagnósticos construidos bajo presión, intervenciones realizadas con escasos recursos pero con abundante vocación. Pero más allá de la destreza técnica, aquí se revela el lado más íntimo de la práctica médica: el miedo, la duda, la alegría, el cansancio, la resiliencia.

Cada vivencia narrada es, al mismo tiempo, una lección y un espejo. Para el personal de la salud en formación, representa una guía emocional sobre los desafíos que deberán enfrentar. Para los profesionales de la salud experimentados, un recordatorio de sus propios caminos recorridos. Para todos los lectores, una invitación a entender que en cada emergencia late una historia de coraje, entrega y compromiso.

Este libro no solo expone situaciones críticas: celebra el espíritu humano que emerge en cada acción decisiva. Porque en la medicina de emergencias, más allá del conocimiento y la técnica, el verdadero motor es el corazón de quien está dispuesto a actuar, incluso cuando el tiempo es escaso y las certezas son pocas.

Que cada página sea una inspiración para seguir adelante, para aprender de cada experiencia, para fortalecer el temple y para recordar, siempre, por qué elegimos este camino.



HUMANIZACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Med. Darwin Mero Salazar, Mgs.



La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área hospitalaria esencial para la atención de pacientes en estado crítico. Requiere vigilancia constante y un tratamiento especializado según la patología que presenta el paciente al momento de su ingreso. Los profesionales de salud que laboran en esta unidad trabajan en equipo, apoyados por tecnología avanzada como ventiladores mecánicos, bombas de infusión y monitores invasivos, además de sistemas de soporte como grúas para movilización. Su labor busca no solo estabilizar al paciente, sino también prevenir complicaciones y favorecer su recuperación.

El ingreso a la UCI puede ser una experiencia abrumadora tanto física como emocionalmente. Procedimientos invasivos, como la intubación traqueal o la colocación de una vía venosa central, generan incomodidad, mientras que el aislamiento y la incertidumbre pueden desencadenar ansiedad, delirio o depresión. En muchos casos, el miedo a la muerte pesa más que el dolor físico, agravado por la restricción de visitas, que limita el contacto con la familia, a diferencia de una sala de hospitalización general, donde la cercanía con los seres queridos es mayor.

Los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debido a cuadros clínicos complejos se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad. Un error frecuente de los profesionales de salud es conversar frente a

un paciente sedado, realizando comentarios sobre su estado de salud sin considerar que, aunque esté dormido, sus funciones cerebrales siguen activas. De este modo, el paciente puede escuchar parte de la conversación, lo que, junto con el miedo y la angustia, puede generar delirium.

Como experiencia personal, recuerdo que, durante un procedimiento invasivo de videoendoscopia digestiva alta, un error en el cálculo anestésico provocó un laringoespasma refractario al tratamiento convencional, lo que resultó en hipoxia. Además, la aspiración bronquial de contenido gástrico empeoró el cuadro clínico, desencadenando un status epiléptico, seguido de paro respiratorio, hasta llegar a un paro cardiorrespiratorio. Gracias a las maniobras básicas y avanzadas de reanimación cardiopulmonar, se logró recuperar el pulso en cinco minutos, con soporte de epinefrina (1 mg) y dos desfibrilaciones (120 y 150 julios), posteriormente fui trasladado al área de shock room de un hospital especializado, donde se utilizó sedoanalgesia para la conexión a la ventilación mecánica.

Es en ese preciso momento cuando comienza la experiencia. A pesar de la sedación, la sensación de pesadez en los párpados y la incapacidad de abrir los ojos, el cerebro sigue funcionando correctamente y el sentido de la audición permanece intacto. Recuerdo claramente la frase de un miembro del personal de salud en la sala de emergencias: *"Pobrecito el doctor, tan joven y se va a morir, sus signos vitales están bajos"*. El miedo inunda al paciente, que, sin poder comunicarse debido al tubo traqueal, solo desea poder hacer una señal para expresar lo que siente, mientras es trasladado del shock room a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Durante el proceso de destete de la sedación y el *weaning* ventilatorio, es crucial que el paciente esté despierto y colabore para evitar el fracaso de la extubación. Sin embargo,

al miedo se suma la angustia de no poder comunicarse de forma efectiva, así como la incertidumbre de no comprender el tratamiento que se le está administrando. Además, la desorientación al despertar días después del evento que causó su ingreso en la unidad intensiva agrava aún más la situación.

Pese a la intensidad de las emociones vividas, algunos pacientes logran sentir una profunda gratitud hacia el equipo de trabajo que se encarga de velar por su bienestar físico y emocional. El hecho de recibir atención especializada en un centro de salud, con la posibilidad de ser atendido por un equipo multidisciplinario, marca la diferencia en su proceso de recuperación, ayudando a disminuir el número de defunciones y proporcionando una atención integral que va más allá del tratamiento médico.

La humanización en el cuidado del paciente crítico juega un papel esencial en su recuperación, no solo desde la perspectiva médica, sino también en el plano emocional y psicológico. La empatía, el respeto y la compasión son componentes clave para mejorar la experiencia del paciente y contribuir a su bienestar. Esta humanización busca reconocer al paciente como un ser único, con emociones, temores y necesidades que van más allá de los síntomas clínicos visibles. La comunicación no debe ser meramente una técnica, sino una práctica que se aplique en los momentos adecuados, brindando apoyo psicológico, explicaciones claras sobre el estado de salud y un trato digno que mitigue la ansiedad y el miedo.

Este enfoque no solo beneficia al paciente, sino también a los profesionales de la salud, quienes experimentan una mayor satisfacción en su labor cuando logran establecer una conexión emocional con quienes atienden. Los pacientes que sienten que su dignidad es respetada y que se les escucha de manera integral, se sienten más tranquilos y mejor preparados para enfrentar los retos de su estado crítico.

En resumen, la humanización del cuidado hacia los pacientes críticos no es un aspecto secundario, sino un principio fundamental que distingue la calidad de los servicios de salud. La atención médica debe considerarse un acto de respeto y consideración, donde la ciencia y el arte de la medicina se combinan para ofrecer lo mejor de uno mismo, no solo en el ámbito físico, sino también en el emocional, satisfaciendo las necesidades humanas durante los momentos de vulnerabilidad.

EL APRENDIZAJE DE LA EMERGENCIA

Med. Michael Naranjo Venegas



El personal de salud enfrenta numerosos retos durante su formación, retos que se amplifican cuando comienzan su ejercicio profesional. La emergencia médica es un aspecto clave en el aprendizaje académico, ya que, para el médico, representa uno de los entornos más exigentes en su práctica clínica. Este escenario permite desarrollar competencias esenciales como la toma de decisiones rápidas y eficaces bajo presión, la aplicación de los conocimientos adquiridos y, además, la oportunidad de fortalecer la empatía y el vínculo comunicacional con los pacientes.

A partir de mi experiencia personal, recuerdo que mi primera vivencia en el área de emergencias ocurrió durante mi etapa universitaria, en el semestre en el que inicié el aprendizaje teórico y práctico. Fue entonces cuando sentí una emoción única al entrar por primera vez a un hospital, pero ya no como paciente. Este cambio generó en mí una fuerte sensación de responsabilidad y un compromiso profundo por contribuir al bienestar de los demás. Junto a mis compañeros de curso, nos dirigimos a la unidad de salud, y como parte de nuestra primera actividad, nos encargamos de llenar las historias clínicas. Al principio, debo admitir que experimenté una cierta timidez al realizar las preguntas de la anamnesis. Si bien hubo pacientes que respondieron amablemente, también encontré a otros que se mostraron reacios, algo

completamente comprensible dado su dolor o el contexto delicado en el que se encontraban.

Con el propósito de aplicar lo aprendido en clase, junto a un colega, asistíamos de manera voluntaria a las guardias en el hospital. Fue allí donde comprendí que la educación no solo se limita a las aulas, donde los docentes imparten conocimiento, sino que también se extiende a los médicos especialistas, posgradistas, residentes, internos rotativos de medicina e incluso a los estudiantes de semestres superiores. Estas experiencias trajeron consigo recuerdos valiosos. Un ejemplo claro de ello fue cuando, gracias a la enseñanza de un interno rotativo de medicina, aprendí a colocar una sonda vesical por primera vez. En esa ocasión, después de tomar cierta distancia del paciente, el colega, con amabilidad, me preguntó si sabía cómo realizar el procedimiento. Al responder que no, me explicó los materiales necesarios y luego me guió detalladamente, paso a paso, en el proceso. Para ilustrar la técnica, lo demostró de forma discreta en el paciente.

Para ese entonces, ya tenía conocimientos sobre el electrocardiograma, aunque nunca lo había realizado en un paciente. Durante una de aquellas guardias, un paciente ingresó con dolor precordial, y la doctora encargada me pidió que realizara el procedimiento. Aunque un poco nervioso, pero confiado en lo que había aprendido, me dispuse a hacerlo. Afortunadamente, el procedimiento se llevó a cabo con éxito, y la profesional de la salud me brindó algunas recomendaciones valiosas que me servirán en mi desarrollo profesional.

Con el paso de los años, completé mi formación de pregrado y comencé mi internado rotativo de medicina. Esa etapa de mi vida y mi formación comenzó llena de expectativas y metas por alcanzar. Día tras día, llegaron nuevos desafíos, decisiones clínicas, lecciones valiosas y momentos

inolvidables. Inicié esta etapa en un centro de salud donde los internos rotativos de medicina realizaban guardias de 24 horas en emergencias cada cuatro días. Nos encargábamos del triaje de pacientes, de llevar a cabo procedimientos médicos y de ofrecer consultas, que en ocasiones eran supervisadas por el médico de turno. En algunas de estas guardias, nos acompañaban estudiantes de pregrado de diversas universidades, y fue entonces cuando comprendí lo que realmente significa la expresión "las vueltas que da la vida", ya que, no mucho tiempo antes, yo era el estudiante que recibía enseñanza y, en ese momento, me encontraba del otro lado, brindando conocimientos a quienes comenzaban su recorrido. Esta transición fue muy significativa, ya que entendí que el aprendizaje no solo consiste en recibir, sino también en compartir, enseñar y ser testigo del crecimiento de quienes instruimos. Fue una gran responsabilidad, y al querer contribuir al desarrollo de esas personas, me comprometí aún más con mi formación diaria.

Casi cuatro meses después, me trasladé a un entorno hospitalario. Este se organizaba en rotaciones de pediatría, medicina interna, cirugía y ginecología. Sin embargo, la emergencia de la casa de salud en la que trabajaba estaba dividida en triaje, toma de muestras y administración de medicamentos, shock trauma, corta estancia, cuidados críticos, aislamiento, emergencias gineco-obstétricas y emergencias pediátricas.

Recuerdo mi primera guardia en el área pediátrica a finales de año. Durante esa época invernal, las emergencias respiratorias eran frecuentes, pero el malestar de los niños se manejaba con mucha empatía. Ya fuera con una sonrisa o un juego, se lograba crear un vínculo que ayudaba a tranquilizarlos. En esa rotación, no solo comprendí el aspecto humano de la medicina, sino también el sacrificio constante de los profesionales de la salud. Menciono esto porque aquella

Navidad fue muy distinta a las demás: no pude pasarla con mi familia debido a que tenía guardia. Sin embargo, esa celebración adquirió un significado especial, pues comprendí que el compromiso con la salud trasciende las festividades. Cada jornada laboral representa una oportunidad para hacer la diferencia, por más pequeña que sea.

No fue hasta que inicié mi rotación en el área quirúrgica de emergencias que realmente sentí una emoción profunda por lo que estaba a punto de vivir. Sabía que el trabajo sería desafiante, pero con gran entusiasmo y un interés genuino, afrontaba cada actividad que el servicio requería. En cirugía general, sin importar la hora ni las posibilidades de descanso, se hacía todo lo necesario para asegurar que el proceso rutinario se llevara a cabo, permitiendo que el paciente pudiera ser operado y, en mi caso, formar parte del equipo quirúrgico. Continué mi rotación en traumatología, donde las emergencias incluían una variedad de casos. El equipo de trabajo de cada guardia se dividía en emergencias y hospitalización, y personalmente prefería estar en emergencias, pues el trabajo era más práctico y en cada oportunidad los médicos posgradistas compartían sus valiosos conocimientos.

Al finalizar el año de internado rotativo, comenzaba el año de medicatura rural, y con ello llegaba el reconocimiento oficial como profesional certificado, lo que traía consigo un incremento significativo en las responsabilidades. A pesar de ello, cada una de las experiencias vividas se volvió invaluable. Los momentos de tensión, las noches sin dormir y los desafíos resultaron ser determinantes en mi formación. Y no puedo dejar de señalar que la sala de emergencias no solo moldea a un profesional, sino también al ser humano. El arte de la medicina no se limita al diagnóstico y tratamiento de enfermedades; también implica saber escuchar, ofrecer apoyo

y, en ocasiones, brindar consuelo. En esos momentos, uno puede convertirse en la esperanza que los pacientes tanto necesitan, y es precisamente en esos instantes cuando la medicina revela su verdadero sentido: no solo como ciencia, sino como un acto profundo de humanidad.

HUMANIDAD FRENTE A LA EMERGENCIA

Med. Odalys Villares Santillán



Durante nuestra formación médica, los instructores nos preparan para enfrentar una amplia gama de situaciones clínicas, aunque no todas. Cada profesional pasa por experiencias que, aunque pueden compartir ciertos aspectos comunes, algunas dejan una huella indeleble en el ejercicio de la medicina, tanto positivas como negativas.

Al comenzar nuestras prácticas en un hospital o centro de salud, muchos de nosotros llegamos con la motivación de contribuir al bienestar de los pacientes, con la esperanza de que estos se recuperen y regresen a sus hogares junto a sus seres queridos. Sin embargo, rara vez reflexionamos sobre el otro lado de la moneda, esa dimensión "negativa" que también resulta fundamental conocer y aprender a manejar para desarrollar una práctica profesional completa y equilibrada.

Era mi primera guardia en emergencias, en la que, como es habitual, sentía nervios ante lo que podría suceder, tanto lo esperado como lo inesperado. Al principio, la jornada fue tranquila: algunas suturas y la revisión de pacientes en observación. Sin embargo, todo cambió en cuestión de minutos. Un paciente adulto mayor había sido ingresado después de ser encontrado desmayado en su casa. A mi alrededor, todos actuaban con rapidez, ya que el paciente estaba entrando en paro cardiorrespiratorio. Se activó el carro de paro y comenzó la reanimación cardiopulmonar (RCP). Tras varios minutos de intervención, logramos estabilizarlo.

A pesar de ello, su estado seguía siendo crítico, ya que dependía de oxígeno y permanecía conectado a ventilación mecánica.

Se realizaron exámenes complementarios y la radiografía torácica mostró un edema pulmonar bilateral, con solo la parte apical del pulmón derecho funcional. El paciente fue mantenido varias horas en observación, pero no mostró mejoría. Ante la gravedad de su condición, se informó a los familiares sobre el diagnóstico y el pronóstico. Tras un periodo de deliberación y con la presencia de todos los hijos, tomaron la difícil decisión de suspender el soporte vital.

Acompañé al paciente hasta su último instante, cuando sus signos vitales se alteraron y esa línea recta, acompañada del sonido característico, resonó en la habitación, un sonido que, antes de ese día, solo había escuchado en series médicas o películas: el que marca el final de una vida. Aunque comprendía lo que implicaba ese hecho, una sensación de incertidumbre respecto al antes y al después me invadió. Lo que antes era una persona, un ser vivo con autonomía, se convertía en un cuerpo inerte y frío. Desde detrás de la puerta, escuché el llanto desconsolado de los familiares y sentí que no existían palabras suficientes para aliviar su dolor. Sin embargo, como médico, la responsabilidad es ser empático y, al mismo tiempo, transmitir fortaleza. Frases como "lamento profundamente su pérdida" o "reciba mis más sinceras condolencias" tienen un poder inmenso en esos momentos tan difíciles.

Con frecuencia, se hace mayor énfasis en el bienestar psicoemocional de los pacientes y sus familias, a menudo pasando por alto el impacto emocional que experimenta el propio personal médico y de salud. Era la primera vez que enfrentaba una situación de tal magnitud y, aunque había recibido formación teórica y consejos sobre cómo manejar eventos similares, estar frente a esa realidad fue una

experiencia completamente distinta a lo que se describe en los libros. La velocidad con la que los acontecimientos cambiaron en cuestión de horas fue asombrosa. Contener las lágrimas se volvió casi imposible, por lo que me tomé un momento para procesar lo sucedido. Sin embargo, a pesar de la conmoción, sabía que debía continuar, pues había más pacientes que dependían de mi atención y apoyo.

Ese momento me hizo reflexionar sobre lo que nos distingue de otras especies: nuestra humanidad, esa capacidad única de comprender y empatizar con el sufrimiento ajeno. Una característica que debe perdurar a lo largo del tiempo, ya que resulta esencial tratar a los pacientes y sus familias con respeto y amabilidad, reconociendo y validando su dolor.

Relacionado con lo que se mencionó, me viene a la mente la penúltima guardia en este fascinante servicio. Una paciente hipertensa de 70 años había sido ingresada por una crisis hipertensiva. Vivía sola, ya que su único hijo residía en el extranjero, aunque contaba con la ayuda de una persona encargada de su cuidado y administración de medicación. Al comenzar mi turno, como era habitual, escuchamos el historial de cada paciente. Al pasar junto a su camilla, noté una atmósfera triste a su alrededor. Había sido ingresada en la madrugada y se encontraba en observación debido a la variabilidad de su presión arterial. Mi compañero, que estaba por terminar su guardia, me mencionó que se trataba de una paciente con carácter irritable que no permitía que nadie se le acercara.

Dentro de mis responsabilidades como interna, una de mis tareas consistía en tomar la presión arterial manualmente a intervalos regulares. Al ingresar a la habitación, saludé a la paciente y noté una profunda tristeza en su rostro, aunque decidí no mencionarlo en ese momento. Le expliqué el procedimiento que iba a realizar y procedí a medir su presión, la cual resultó elevada. Al mirarla a los ojos, le pregunté cómo

se sentía, y fue entonces cuando comenzó a llorar. La tomé de la mano para brindarle consuelo, y tras unos minutos, se disculpó por su reacción.

Le respondí que no debía preocuparse, y que, si lo deseaba, estaba dispuesta a escuchar lo que la inquietaba y le causaba tanto pesar. Fue entonces cuando me compartió que su único hijo había emigrado al extranjero hacía cuatro meses con la esperanza de mejorar su situación económica y poder ofrecerle una mejor calidad de vida. Durante los tres primeros meses, no recibió ninguna noticia sobre su bienestar, lo que aumentó su angustia y ansiedad. Aunque en las últimas dos semanas lograron comunicarse diariamente a través de videollamadas, la preocupación de madre seguía presente, ya que no sabía cómo podría ayudarlo.

Tras escucharla con atención, procedí a medir nuevamente su presión arterial, la cual había disminuido. Esta se mantuvo estable durante los controles sucesivos. En el pase de visita nocturno, el equipo médico evaluó a la paciente y decidió darle el alta, ya que su presión se encontraba bajo control. Además, había mostrado una notable mejora en su actitud y había recuperado el apetito.

Antes de abandonar el hospital, la paciente solicitó verme. La licenciada de turno me lo comunicó, y me dirigí a despedirme. Al llegar, me dio un cálido abrazo y, en voz baja, me dijo: "Gracias por escucharme, lamento si le robé tiempo. Al llegar a casa, hablaré con mi hijo y le contaré sobre usted, y cómo ya me siento mucho mejor". Ese gesto y esas palabras se convirtieron en uno de los momentos más gratificantes que he experimentado en mi carrera médica. Un sincero "gracias" y un abrazo genuino fueron la recompensa más valiosa. Cualquier cansancio que pudiera haber sentido desapareció por completo, y en su lugar, me sentí llena de energía para continuar con mi guardia y seguir atendiendo a los demás pacientes.

Como mencioné antes, la medicina es un arte que va más allá del tratamiento, la prevención y la cura. Es una disciplina que engloba el aspecto humano y empático, recordándonos que el paciente no es solo un caso clínico, sino una persona con su propia historia, contexto y sufrimiento. La verdadera esencia de la medicina reside en la relación que se establece entre el profesional y el paciente, una relación basada en el respeto, la escucha activa y la comprensión. Es este componente humano el que convierte la medicina en algo más que ciencia, transformándola en un acto de compasión y dedicación.

EN MEDIO DE DOS BATALLAS

Med. Olga Yohanna Salazar Pita



A mediados de año, presencié dos grandes batallas. La primera fue el desafío de examinar a un infante con autismo, una tarea compleja debido a las dificultades de comunicación. La segunda, aún más difícil, consistió en llegar a un diagnóstico preciso. A emergencias ingresó una niña junto a su madre. Su diagnóstico inicial era trastorno del espectro autista (TEA), lo que dificultaba tanto para la madre como para nosotros comprender su malestar. Solo podíamos guiarnos por su llanto y por signos clínicos poco específicos al momento de la valoración de ingreso.

La niña presentaba urticaria de gran magnitud en todo el cuerpo, especialmente en extremidades, tórax y abdomen, con habones eritematosos evidentes que claramente le causaban intenso dolor y prurito. A simple vista, parecía una urticaria común, pero la madre insistía en que no se trataba de una reacción alérgica común, debido a la particularidad de la condición de la niña.

Se realizó una interconsulta con dermatología, y los especialistas coincidieron en que era urticaria. La mayoría de los colegas estuvo de acuerdo con este diagnóstico; sin embargo, la madre insistió en que ciertos habones mostraban un color algo más oscuro y que las articulaciones de su hija estaban inflamadas, lo que le dificultaba caminar.

Una de las pediatras que participaba en la interconsulta se detuvo especialmente en los habones de tonalidad violeta, así como en la inflamación de las articulaciones que mencionaba la madre. A pesar del diagnóstico previo de TEA, la niña presentaba dificultades adicionales que complicaban aún más su atención. La toma de peso resultaba difícil, el proceso de canalización fue complejo, y el prurito tan intenso que experimentaba solo provocaba un llanto constante, lo que hacía complicado realizar un examen físico adecuado. Ante esto, la pediatra decidió ingresar a la niña al área de observación para poder realizar más exámenes y administrar medicación que ayudara a controlar los signos y síntomas que presentaba en ese momento.

Cuando se comenzó a administrar corticoides, se observó una leve mejoría, aunque de corta duración. En ese momento, el diagnóstico de la niña seguía siendo presuntivo, principalmente de urticaria. Sin embargo, hubo una situación particular que se destacó durante el proceso: nos dimos cuenta de lo complicado que resulta para un niño sin diagnóstico estar en un área de salud, pero aún más para un niño con TEA. Este tipo de pacientes no toleran la presencia de tantas personas juntas, como ocurría en el área de observación, donde había otros niños llorando y, además, el personal de salud debía realizar procedimientos invasivos como la colocación de vías.

Ante la solicitud de la madre por un entorno más adecuado para su hija, se decidió trasladarla a una zona más tranquila, lo que resultó ser beneficioso para que la niña estuviera algo más cómoda. A pesar de ello, el diagnóstico seguía sin ser claro, ya que los signos de edemas en las articulaciones y los habones violáceos persistían.

Cuando llegaron los resultados de los exámenes, se encontraron alteraciones significativas, como niveles elevados de leucocitos, neutrófilos, PCR y una disminución

en las plaquetas. Además, previamente se había enviado un examen y cultivo de orina. Al día siguiente, un equipo de tres pediatras acudió debido a que la niña comenzó a presentar un mayor número de habones de tono violeta. Fue una de ellas quien notó la peculiaridad de los edemas en las articulaciones, acompañados de los habones violáceos, lo que no es común en una urticaria clásica. Esta pediatra, a partir de los hallazgos clínicos, llegó a un diagnóstico poco común: la púrpura de Schönlein-Henoch. Aunque el diagnóstico debía ser confirmado mediante exámenes adicionales, la pediatra se basó en las características clínicas observadas para proponer esta condición rara.

Lo que nos enseñó este caso fue la importancia de observar y considerar los signos y síntomas en su totalidad, especialmente cuando el paciente no puede expresarlos verbalmente. La clínica, junto con la atención a los detalles durante el examen físico, resultaron fundamentales para llegar a la correcta identificación de la enfermedad.

Tras la explicación, la pediatra nos indicó cuáles son los agentes causales de esta enfermedad y destacó la importancia de identificar el detonante que había provocado la aparición de esta condición autoinmune en la niña.

Aunque los resultados del urinocultivo aún no estaban disponibles, ya teníamos indicios de una infección en curso. También se había realizado una prueba de COVID-19 para detectar un posible virus causante.

Con un diagnóstico presuntivo más claro, pero aún necesitando una confirmación, decidimos solicitar una interconsulta con una reumatóloga pediátrica, la cual se concretó al día siguiente.

Cuando finalmente tuvimos la interconsulta con la especialista, ella nos explicó que, además de los signos previos, era crucial revisar la parte posterior de las orejas, ya

que uno de los síntomas característicos de esta enfermedad es la aparición de habones violáceos en esa zona. Afortunadamente, la madre había documentado el progreso de la enfermedad con fotografías diarias, lo que permitió observar una lesión en la parte posterior de la oreja derecha de la niña. Este hallazgo proporcionó una confirmación adicional tanto para la reumatóloga como para la pediatra que había realizado el diagnóstico inicial. Mientras tanto, continuábamos con un tratamiento específico que combinaba corticoides y antibióticos, con el fin de controlar la infección y reducir la inflamación.

Además de los distintos tipos y marcas comerciales de corticoides y antihistamínicos disponibles, aprendimos que no todos estos medicamentos son igualmente efectivos en este tipo de enfermedad. Aunque algunos medicamentos con el mismo principio activo pueden parecer similares, no todos tienen la misma respuesta o adherencia en el tratamiento, lo que exige un enfoque más cuidadoso en la selección de la medicación adecuada.

El objetivo principal del tratamiento era proteger tanto los riñones como el estómago de la niña, ya que la enfermedad podría inducir sangrados. Asimismo, se debía administrar el antibiótico adecuado para combatir la infección, sin comprometer la función de otros órganos vitales.

Curiosamente, uno de los aspectos más críticos para la recuperación de la niña fue que debía guardar reposo absoluto en cama, sin moverse ni realizar esfuerzos, con el fin de reducir la inflamación. Sin embargo, esto presentó una dificultad considerable tanto para la familia como para el equipo médico, especialmente teniendo en cuenta que la niña, como es común en su edad, intentaba levantarse y deshacerse de las vías intravenosas, lo que ocurría en varias ocasiones. Para mitigar esto, se optó por ubicarla en una habitación

privada, acompañada únicamente por su madre, lo que facilitó el cumplimiento del reposo absoluto.

Al día siguiente de ajustar el tratamiento, la urticaria y los habones comenzaron a disminuir en intensidad. Los resultados del examen de orina no revelaron ninguna anomalía significativa que pudiera haber provocado la infección. Basándonos en los análisis realizados, se concluyó que la causa principal de la enfermedad era un virus. Después de diez días de hospitalización, la niña fue dada de alta, aunque debía continuar con reposo absoluto en casa. A pesar de las dificultades que esto representaba, sorprendentemente, la niña se mostró más tranquila en los últimos días de su estancia, comprendiendo la necesidad del reposo tras las explicaciones de su madre.

Tres meses después, debía regresar para un control y exámenes de rutina que permitieran evaluar la salud de sus riñones y su sistema intestinal. Este caso subrayó la importancia de realizar un examen clínico detallado como base fundamental para un diagnóstico correcto.

ECOS DE UN TERREMOTO: UN TESTIMONIO DE CORAJE Y ESPERANZA

Dra. Diana Sánchez Alquinga PhD.



El 16 de abril, a las 18:58, un terremoto sacudió Ecuador con epicentro en la provincia de Manabí, entre las parroquias Pedernales y Cojimíes. En ese momento, descansaba en casa durante mi día libre antes del turno en el hospital. Tras el sismo, el pánico se apoderó de las calles de Quito: personas corriendo, réplicas constantes y noticias que revelaban la magnitud del desastre en distintas regiones del país.

A la mañana siguiente, acudí al hospital como en cada jornada, aún con la incertidumbre de lo que vendría. En los vestidores, me coloqué el uniforme blanco y la cofia, lista para empezar. Al presentarme, las autoridades mostraban preocupación por las fisuras en las columnas del edificio. Sin previo aviso, nuestra jefa nos informó con determinación: “Ustedes deben apoyar la emergencia en la costa. Nadie más puede ir. En media hora llegará la ambulancia para llevarlos al aeropuerto. No se preocupen por ropa, cada uno llevará un cartón con insumos y trajes desechables”. En ese instante, sentí que el corazón se me partía, pero sabía que para esto me había formado. Era el momento de aplicar lo aprendido en el posgrado.

Llamé de inmediato a mi esposo para pedirle ropa y despedirme, pero el tráfico le impidió llegar a tiempo. La ambulancia partió con nosotros tal como estábamos: con el uniforme blanco y el cartón de insumos. Con cada kilómetro recorrido, la incertidumbre aumentaba.

Al llegar al aeropuerto internacional Mariscal Sucre, nos embarcaron en un avión de la Fuerza Aérea Ecuatoriana. El rugido de las turbinas retumbaba en los oídos. Cincuenta minutos después aterrizamos en Manta, donde el miedo se percibía en el ambiente. Entre el viento y el sol abrasador, la incertidumbre, la tristeza y el dolor eran palpables.

Nos trasladaron en un bus escolar por caminos devastados por el desastre. El vehículo saltaba sobre el asfalto irregular, moldeado por la fuerza de la tierra. Al llegar a la emergencia del hospital, encontramos carpas improvisadas para la atención médica. Así transcurrió el primer día.

Al anochecer, el hambre se mezclaba con la incertidumbre. Nos asignaron un espacio en el auditorio del hospital para descansar, bajo las mesas, aún con el mismo uniforme con el que partimos de Quito y soportando un calor sofocante. No había luz, agua ni señal telefónica. Las réplicas del terremoto sacudían el suelo con fuerza. Nos turnábamos para atender a los heridos: personas con fracturas, hemorragias y lesiones, pero también muchas en crisis de ansiedad, desesperadas por encontrar familiares desaparecidos o en busca de comida. Es imposible traducir en palabras lo que sentí en ese momento.

Al día siguiente, organizamos brigadas con colegas de todo el país y salimos en ambulancias hacia los barrios más afectados, equipados con insumos de primeros auxilios para llevar atención a quienes no podían llegar hasta nosotros.

El desastre dejó un panorama desolador: escombros por todas partes, viviendas destruidas, animales muertos y personas desesperadas en las calles. Algunas buscaban a sus familiares, mientras otras caminaban en pequeñas procesiones, cargando ataúdes sobre los hombros o en vehículos. Recuerdo con claridad a un grupo que escuchaba a todo volumen *Nube viajera* de Alejandro Fernández. La tristeza era tan profunda que las lágrimas resbalaban sin poder contenerlas.

Al volver la mirada, se veían carpas improvisadas en zonas consideradas seguras. La atención médica se brindaba caminando, con la mochila de primeros auxilios a cuestas, respondiendo a los llamados de quienes necesitaban ayuda. Mientras avanzábamos, observamos cómo una gallineta removía escombros en busca de cuerpos en una casa donde la noche anterior celebraban una fiesta. Nadie sabía cuántas personas estaban ahí. Un grupo de bomberos nos comentó con voz sombría: *“Sabemos que hay muertos porque sobrevolaban las aves carroñeras”*. Y efectivamente, en el cielo giraban en círculos.

La noche llegó sin que hubiéramos probado alimento. El agua de la cisterna del hospital se agotaba y la angustia aumentaba. Los trajes desechables, en lugar de brindar comodidad, intensificaban el calor, sofocando a quienes no estaban acostumbrados a ese clima. En medio de la fatiga, un trabajador del hospital nos reveló con pesar: *“En la UCI había seis pacientes y no lograron sacar a uno. Anoche se escuchaban gritos”*. Pronto, los rumores sobre la presencia de fantasmas comenzaron a extenderse.

Seguíamos bajo las mesas del auditorio, soportando el vaivén de la tierra, que parecía negarse a darnos descanso.

Durante esos días, sobrevivimos con fundas y botellas de agua que nos proporcionaban, pero sin probar alimento. Al amanecer, salimos en busca de comida. En la orilla de la playa, un vendedor ambulante nos ofreció un plato de encebollado. Sus ojos, hundidos y llenos de tristeza, reflejaban el dolor compartido. Aquel fue *el mejor encebollado de mi vida*. Después de dos días sin comer, agradecí a Dios por haber encontrado a esa persona que, en medio del caos, pudo vendernos un poco de alimento.

En la playa, comenzaron a acumular escombros de las casas derrumbadas. Entre los restos, revoloteaban aves carroñeras y

personas que escarbaban en busca de pertenencias, aferrándose a los últimos vestigios de lo que un día fue su hogar. Nadie imaginó que un 16 de abril de 2016 marcaría un antes y un después en sus vidas. El aire se impregnó con un olor difícil de describir, mezcla de destrucción y muerte.

Las historias eran tantas como el dolor en los rostros. Se hablaba de una mujer en puerperio mediano que quedó atrapada en casa con su recién nacido mientras su esposo salió a comprar pañales. Cuando lograron extraer los cuerpos, encontraron a la madre sobre el bebé, como si en un último acto de amor hubiese intentado protegerlo del peso del techo derrumbado. Su esposo, con lágrimas en los ojos, repetía: *"Me quedé sin familia. Me quedé solo"*.

Más tarde, en Jama, las personas hacían fila para recibir atención. En la ambulancia ingresó una joven de unos 20 años con una herida abierta en la frente. En sus brazos sostenía a un lactante de tres meses. Al preguntarle cuál era su emergencia, respondió entre lágrimas: *"No tengo emergencia. Solo necesito agua para hacerle la teta a mi hijo. Él toma leche en polvo, está desnutrido y no ha comido en dos días"*. Sus palabras me atravesaron el alma. Sin dudar, pedí a la doctora que donáramos nuestras botellas de agua.

Me pregunté entonces: *¿Hasta dónde puede llegar el amor de una madre, que pone la vida de su hijo por encima de la suya?*

Esa noche, alrededor de las 20:00, recibimos una llamada a través del intercomunicador. Una niña de unos siete años se había comunicado diciendo que su mamá estaba dormida y necesitaban que fueran a verla. Ella había estado haciendo compras en el centro comercial Tarqui.

Inmediatamente, se activaron los equipos de rescate y se notificó a los grupos de búsqueda, incluidos los topes de México, que llegaron con perros entrenados. La esperanza era encontrarla con vida. Sin embargo, la señal del GPS se perdió

y la búsqueda continuó entre miles de metros cuadrados de escombros. Cuando finalmente las hallaron, la niña y su madre yacían sin vida. La escena era desgarradora. Quizá la cantidad de escombros retrasó el rescate, tal vez la falta de servicios básicos dificultó una respuesta más rápida, o el estrés de quienes observaban influyó. Muchos factores pudieron haber contribuido, pero lo cierto es que no fue un caso aislado.

El terror se respiraba en las calles. La incertidumbre aumentaba con cada réplica. Durante una atención en una escuela, un poste de luz cayó a apenas dos centímetros de la ambulancia en la que nos encontrábamos.

Cada día transcurría con la angustia de no poder comunicarme con mi familia, sin saber cómo estaban ni que ellos supieran de mí. El calor sofocante, la falta de agua para asearnos y la impotencia de no poder hacer más por quienes estaban allí aumentaban la desesperación. Sin embargo, muchos no necesitaban atención médica, sino psicológica. La pérdida de bienes y, sobre todo, de seres queridos generaba una profunda angustia. El dolor se transformaba en ansiedad y depresión, afectando aún más la salud de las personas.

Después de cinco días en aquella tierra devastada, nos informaron que debíamos regresar a Quito. Una ambulancia nos llevó al aeropuerto y, por fin, pude avisar a mi familia que estaba de vuelta. Al ver desde el avión los terrenos de Tababela, solo pude decir: “Gracias, Dios, porque volvemos vivos”.

Regresé con la mente llena de recuerdos, emociones y experiencias imposibles de plasmar en unas pocas páginas. Cada caso atendido, cada rescate, cada historia compartida con los pacientes quedó grabada en mi corazón. Este es mi testimonio como parte del equipo de emergencia, una vivencia de coraje y esperanza en medio de la devastación.

Allí, donde otros no pudieron estar, estuvimos nosotros: médicos, enfermeros, paramédicos y tantos otros profesionales que brindaron apoyo físico y emocional a quienes lo necesitaban.

Hoy, recordar es revivir el dolor de quienes lo perdieron todo, pero también es valorar la vida. Como enfermera, sé que mi misión es cuidar, con disciplina y entrega, atendiendo a cada persona de manera integral y holística. No importa cuán grande sea la emergencia: hay que servir con arte, conocimiento y vocación.

AL LÍMITE DE LA VIDA

Med. Ricardo David Mantilla Cadena



Las luces del hospital parpadeaban con un ritmo constante, mientras el sonido del monitor cardíaco marcaba el paso del tiempo en una sala de urgencias que nunca descansa. La adrenalina se percibía en el aire, presente en cada rincón, en cada enfermero y médico, en cada paciente. La rutina de las emergencias médicas es un ciclo interminable, un flujo constante de vidas que se cruzan en momentos de extrema vulnerabilidad.

Era una mañana como cualquier otra en la sala de urgencias. El ambiente frenético ya no sorprendía, pero algo en el aire me mantenía alerta. Tal vez el cansancio acumulado o la certeza de que cualquier cosa podría suceder en cualquier momento. En medio del caos habitual, el sonido del teléfono de emergencias interrumpió las conversaciones y el ruido de los equipos.

—"Unidad de emergencias, ¿en qué podemos ayudar?"— respondí con la voz firme que surge en estos escenarios. Al otro lado, la persona encargada de coordinar las ambulancias transmitía una urgencia palpable.

—"Accidente vehicular en la carretera. Múltiples víctimas, varias en estado crítico. Necesitamos que estén listos."

Al escuchar el mensaje, mi corazón latió con más fuerza. Sabíamos que este tipo de situaciones exigían respuestas

rápidas y bien coordinadas, y mi equipo no iba a titubear. Estábamos listos para enfrentar lo peor.

Minutos después, el equipo de paramédicos llegó con las primeras víctimas. Como era de esperarse, se trataba de un accidente múltiple. Las personas heridas estaban en estado crítico: algunas conscientes, otras no. En medio del caos de ambulancias y los gritos de los afectados, mi rol era claro: estabilizar a los pacientes y hacer todo lo posible para garantizar su traslado.

Recuerdo particularmente a un joven de unos 25 años, que llegó en una de las ambulancias. Presentaba un traumatismo craneoencefálico grave. Su rostro estaba cubierto de sangre, y aunque respiraba, su pulso era débil. Lo que más me impactó fue la mirada en sus ojos: vacía y aterrada, decía todo sin necesidad de palabras. En ese instante, me preguntaba qué podría estar pasando por su mente. ¿Estaría pensando que todo había llegado a su fin? ¿Qué sucedería si no logramos salvarlo?

En situaciones como estas, cada segundo es crucial. El joven fue colocado en la camilla, y en cuestión de minutos el equipo médico se dispuso a intubarlo, estabilizar sus signos vitales y prepararlo para la cirugía. Mientras tanto, yo observaba en silencio, respirando con él, deseando que todo saliera bien. Estos momentos nos enfrentan a la realidad de que la vida está en juego, y la responsabilidad de nuestras decisiones puede cambiarlo todo.

Lo que más me impacta de las emergencias es que, aunque los casos se repitan, cada paciente es una historia distinta. Las emociones varían, pero el desafío es siempre el mismo: salvar vidas. Tras años de experiencia en este campo, he aprendido que cada situación es única y que, aunque cada día trae nuevas circunstancias, lo que nunca cambia es el compromiso necesario para enfrentar este trabajo.

Al final de esa extensa jornada, cuando la sala de urgencias ya se encontraba más tranquila y las luces del hospital seguían iluminando los pasillos, me tomé un momento para reflexionar. El joven que había llegado en estado crítico había logrado sobrevivir. La cirugía fue un éxito, y aunque su recuperación sería prolongada y llena de incertidumbre, estaba vivo.

Mi compañero, el cirujano, me miró mientras me dirigía a la sala de descanso. —"Lo conseguimos,"— me dijo con una sonrisa cansada pero satisfecha. Era un gesto que solo aquellos que han estado en la trinchera juntos pueden entender. Un alivio fugaz tras la tormenta, pero siempre con la conciencia de que esta es solo una de las muchas historias que se tejen cada día en los pasillos de los hospitales.

Cuando finalmente me recosté en la silla de descanso, con la adrenalina aún recorriendo mis venas, entendí algo profundo: en las emergencias médicas, el tiempo no es solo un número. Es tanto un aliado como un enemigo. Cada minuto importa, y en cada uno de ellos, está en juego la vida de una persona. La rutina en emergencias puede parecer monótona, pero lo que realmente sucede tras las puertas de la sala de urgencias es que vivimos constantemente al límite, desafiando la fragilidad de la vida humana.

Cada paciente, cada caso, es una batalla. Y en esa carrera de segundos y decisiones, las vidas que salvamos le dan propósito a nuestra lucha diaria.

Tras ese incidente, la sala de urgencias retomó su ritmo habitual. Sin embargo, algo permanecía en el aire: una sensación de alerta persistente, difícil de disipar. Los profesionales en emergencias médicas aprenden a convivir con esa sensación constante, una ansiedad contenida que mantiene los sentidos alerta, atentos a cada sonido y

movimiento. Pero lo que nunca te enseñan es lo que ocurre después de que el caos parece calmarse.

El Viento de la Incerteza

Esa misma noche, mientras revisaba los informes médicos de los pacientes que ya habían sido estabilizados, mi teléfono sonó nuevamente. Era un número desconocido, pero en este entorno, nunca se sabe si se trata de un error o de una nueva llamada de auxilio. Respondí rápidamente, aunque aún no sabía si debía prepararme para otro desafío.

—"¿Unidad de emergencias?"— contesté con un tono que ya se había vuelto automático, pero mi mente estaba completamente alerta.

La persona al otro lado de la línea era el jefe de urgencias de un hospital cercano. Me informó sobre un niño en estado crítico, víctima de una intoxicación por monóxido de carbono. El pequeño había sido trasladado de inmediato en ambulancia, pero la situación era grave. El niño tenía solo 4 años.

La simple mención de un niño en esa situación hizo que el aire en la sala se volviera más denso. Los niños siempre presentan un desafío emocional añadido. Son frágiles, vulnerables, y sus familias, sumidas en la desesperación, se sienten completamente perdidas. Sin embargo, como profesionales de emergencias, debemos mantener la calma, separar lo emocional de lo técnico. Sabíamos que la vida del pequeño dependía de nuestra capacidad para actuar con rapidez y precisión.

Cuando la ambulancia llegó, un equipo completo de profesionales estaba listo para recibir al niño. Al abrirse las puertas, la imagen del pequeño inconsciente, pálido como una hoja marchita, se reveló ante nosotros. Su madre,

visiblemente desbordada, había llegado en el vehículo de rescate. Su rostro mostraba una mezcla de miedo, impotencia y lágrimas contenidas.

—"Por favor, ayúdenlo, es mi único hijo"—dijo entre sollozos al acercarnos al niño. Su voz temblaba, y en ese momento comprendí lo que realmente estaba en juego. No solo la vida de un niño, sino la de una madre que probablemente jamás olvidaría esa angustia.

El niño presentaba niveles elevados de monóxido de carbono en su sangre, lo que había comprometido gravemente su respiración y circulación. La estrategia era clara: administrar oxígeno rápidamente para revertir la intoxicación, estabilizar sus signos vitales y mantenerlo lo suficientemente fuerte para una intervención inmediata.

Mientras colocábamos la máscara de oxígeno, no pude evitar observar los ojos de la madre. En ellos se reflejaban la esperanza, pero también el miedo más profundo: el temor de perder a su hijo. Esa mirada caló hondo en mí y me recordó la razón por la que elegí esta profesión. No es solo el conocimiento, sino ese impulso de salvar vidas, de hacer todo lo posible por mantener la esperanza.

El Dolor Silente de la Espera

El niño fue ingresado rápidamente a la sala de observación, y la atmósfera en la emergencia volvió a la rutina habitual: monitores, equipos, voces rápidas, órdenes ejecutadas sin vacilación. Todo sucedía en tiempo real, y el equipo y yo poníamos en práctica lo aprendido en situaciones extremas.

La madre, aún alterada, permaneció en la sala de espera, con el rostro pálido y lleno de incertidumbre. Sabíamos que no podíamos darle respuestas claras en ese momento. Solo podíamos estabilizar al niño y esperar lo mejor. En esos

instantes, las palabras son vacías; el silencio y la espera lo dicen todo.

Pasaron dos largas horas. Finalmente, el niño mostró signos de mejora. Su respiración se normalizó, los monitores indicaban niveles de oxígeno estables, y su color comenzó a recuperar algo de tono. El alivio fue palpable, aunque sabíamos que la batalla no había terminado. A pesar de la mejora, seguía en riesgo, y debíamos seguir observando.

La madre fue llamada a la sala donde se encontraba su hijo. Al entrar, sus ojos se encontraron con los de él, y fue en ese momento cuando se derrumbó, no por tristeza, sino por alivio. No había nada más hermoso que ver la sonrisa surgir de su rostro mientras acariciaba la frente de su pequeño.

Al día siguiente, cuando el niño fue trasladado a cuidados intensivos pediátricos para su monitoreo, me tomé un momento para reflexionar. La sala de urgencias nunca se detiene, y las historias se desvanecen rápidamente con cada nuevo caso. Sin embargo, hay momentos, como el de esa madre, que se quedan grabados en la mente y el corazón.

La vida en la emergencia médica es un constante desafío emocional, un enfrentamiento con el sufrimiento y la desesperación, pero también con la esperanza y las pequeñas victorias. En esos momentos, la verdadera esencia de nuestro trabajo no radica solo en las habilidades técnicas, sino en la capacidad de conectar con los demás, de ofrecer algo que va más allá de la medicina: la promesa de que, mientras haya una oportunidad, no dejaremos de luchar por sus vidas.

Al final de mi jornada, como al principio, la sala de urgencias continuaba su marcha incesante. Nuevas víctimas llegaban, nuevas tragedias ocurrían, pero algo dentro de mí había cambiado. Al igual que la madre del niño, fui testigo de cómo una vida, aunque frágil, puede resistir, luchar y sobrevivir. Esa es la batalla que libramos todos los días: no solo con

equipos, medicamentos y tecnología, sino con la esperanza que reside en el corazón humano.

El teléfono volvió a sonar, anunciando una nueva emergencia. La lucha seguía. Y nosotros, quienes estamos al frente de estas situaciones, nunca dejamos de luchar.

EL PRIMER ADIÓS

Med. Jeanina Pazuña Salazar



El día transcurría cálido a finales de año. La luz del sol se filtraba suavemente por las ventanas del hospital, proyectando sombras en los pasillos. El sonido de pasos apresurados y las voces de médicos y enfermeras rompían el murmullo constante de las máquinas, creando una atmósfera de incesante actividad. Estaba de turno en el servicio de cardiología, iniciando una jornada que se extendería hasta el amanecer. Todo parecía seguir su curso habitual, pero nada me preparó para lo que sucedería aquella noche: un evento que transformaría mi visión de la medicina y la vida de una forma irreversible.

Entre los pacientes, una mujer destacó por su energía y su manera de afrontar la enfermedad. Tenía 58 años, una voz serena y un sentido del humor que generaba cercanía con quienes la rodeaban. Desde su infancia vivía con una cardiopatía y, con el tiempo, la hipertensión crónica y la diabetes tipo 2 complicaron aún más su estado. A pesar de ello, su ánimo nunca flaqueó. No era su primera hospitalización; había enfrentado recaídas antes, pero siempre con determinación. Su salud era frágil, pero su espíritu inquebrantable. Aprendió a convivir con las limitaciones de su cuerpo sin dejar que definieran su esencia, manteniendo una sonrisa que reflejaba su resiliencia.

Aquella tarde, cuando entré en su habitación, la encontré sola. Su hijo trabajaba en otra ciudad y no podía acompañarla. Su

rostro reflejaba cansancio, pero en su mirada había una serenidad que, de algún modo, me transmitió esperanza. Mientras tomaba sus signos vitales, iniciamos una charla amena, algo poco común en un entorno cargado de tensión. Me habló de su familia, compartimos risas con algunas anécdotas y conversamos sobre su recuperación, sobre los planes que tenía cuando mejorara. Antes de salir, le prometí volver más tarde. No imaginé entonces que aquella sería nuestra última conversación, la última vez que la vería así, llena de vida.

La tarde transcurrió sin incidentes y su estado permanecía estable. La medicación hacía efecto, su ritmo cardíaco se mantenía controlado. Por un instante, parecía haber recuperado el equilibrio entre su enfermedad y su fortaleza.

Más tarde, junto al médico residente, acudimos a atender un caso urgente. La intensidad de la emergencia nos absorbió por completo y, por un momento, su imagen se desvaneció de mi mente. Así eran las guardias: un torbellino de responsabilidades que nos empujaba de un paciente a otro sin darnos tregua. Sin pensarlo, me sumergí en la nueva batalla que teníamos delante.

Entonces llegó la llamada. Una de las enfermeras, con ese tono que ya había aprendido a reconocer, nos informó que la paciente se había desvanecido mientras caminaba. Al principio, no dimensioné la gravedad del asunto. Pensé en un episodio de hipotensión, pero algo en el ambiente indicaba que era más serio. Sin perder tiempo, nos dirigimos a su habitación con la urgencia que la situación exigía.

Al llegar, el panorama era completamente distinto al de minutos antes. Yacía en la cama, con el rostro pálido, los ojos cerrados y una respiración agónica. Los monitores emitían alarmas mientras el equipo médico y el personal de enfermería se movilizaban para iniciar la reanimación. La

realidad me golpeó de lleno. No estaba preparada para un cambio tan abrupto: de verla sonreír y conversar a encontrarla en ese estado, sola, lejos de su familia y aferrándose a la vida.

El desconcierto y la impotencia me invadieron. ¿Cómo era posible? Apenas hacía un momento hablabamos riendo y mirando al futuro, con renovada esperanza y ahora su cuerpo luchaba por mantenerse en pie. La transición había sido demasiado brusca, casi imposible de asimilar. Todo ocurría con una rapidez que desafiaba cualquier lógica.

Lo que ocurrió después tuvo un aire de déjà vu profesional. El protocolo se activó de inmediato y las maniobras de resucitación comenzaron con la precisión de un equipo entrenado. Sin embargo, yo me quedé inmóvil, atrapada en el desconcierto. Observé las manos expertas trabajar con rapidez, ajustar cada técnica, responder a la urgencia del momento. Pero algo en mí se resistía a reaccionar. Verla allí, apenas unos minutos después de nuestra conversación, desvaneciéndose sobre la camilla, me dejó sin aliento.

A pesar de la adrenalina, me sentí distante, como si todo ocurriera detrás de un cristal. Pero los segundos avanzaban y tuve que sobreponerme. Me sumé al esfuerzo colectivo, administré medicamentos, realicé compresiones torácicas, seguí el ritmo del equipo.

Aun así, no fue suficiente. No logró superar la parada cardiorrespiratoria y, pese a cada intento, falleció. La sala, llena de actividad frenética instantes antes, quedó en un silencio pesado, casi irreal. Nadie dijo nada. No hacía falta. El peso de la pérdida estaba en cada mirada, en cada respiración contenida.

En ese instante, en medio del silencio denso que inundó la habitación, el dolor me golpeó con más fuerza. El equipo continuaba con los procedimientos postmortem de manera automática, mientras yo permanecía inmóvil, atrapada en la

incredulidad. Las preguntas volvían una y otra vez, sin respuestas claras: ¿Cómo? ¿Por qué?

Al poco tiempo, llegaron sus familiares. Aunque intentamos aliviar su sufrimiento, el vacío de la pérdida era innegable. Nos retiramos para dejarles un momento a solas con ella, quien había sido el centro de su mundo.

Más tarde, intenté concentrarme en mis responsabilidades, pero algo dentro de mí se había quebrado. No lograba apartar de mi mente la secuencia de lo ocurrido: su risa, nuestra conversación, la aparente calma... y, de repente, el final abrupto.

Cuando mi turno terminó y salí del hospital esa mañana, su rostro seguía conmigo. La impotencia de no haber podido cambiar el desenlace me acompañó por mucho tiempo. Con los días, aprendí a seguir adelante, entendiendo que la carga emocional de esta profesión es inevitable, pero también parte de nuestro compromiso con la vida.

Esa noche, el peso de la muerte dejó en mí una enseñanza que me acompañará siempre. El primer adiós es el más difícil, una lección que muchos no comprendemos hasta que la vida nos la impone con crudeza. Es un punto de inflexión, un recordatorio de nuestra fragilidad y de lo efímero de aquello que damos por sentado.

La medicina nos prepara para luchar, intervenir y salvar vidas, pero también nos confronta con nuestros límites. Nos enseña que, por más esfuerzos que hagamos, hay batallas que no podemos ganar. Aceptar que la muerte es parte del ciclo natural es una de las lecciones más duras y, al mismo tiempo, más profundas de nuestra profesión. En ella no hay culpa, solo la necesidad de aceptar lo inevitable.

En esos momentos, lo más valioso no es una intervención, sino la presencia. No se trata de ofrecer soluciones, sino

compañía. La verdadera esencia de la medicina está en reconocer cuándo brindar consuelo en lugar de promesas, cuándo sostener una mano en lugar de buscar una cura. La muerte, aunque dolorosa, no es un fracaso, sino una expresión de la complejidad de la vida. Al asumirlo, encontramos paz, tanto para nuestros pacientes como para nosotros mismos.

OJOS FUEGO, CORAZÓN DE HIERRO

Med. María De Los Ángeles Almeida
Céspedes



Cada tarde, el taller de Don Pedro se impregnaba del olor metálico de las chispas incandescentes, un aroma que parecía fundirse con su piel curtida por años de trabajo incansable. Sus ojos, reflejo de una vida dedicada a la soldadura, oficio heredado por su padre, mostraban un carácter apasionado y un temple sereno. A sus 59 años, sus manos firmes y experimentadas dominaban el metal al rojo vivo con precisión asombrosa. Sin embargo, la costumbre había erosionado su prudencia. “Es solo un momento, no pasa nada”, pensaba, mientras su casco, antes indispensable, yacía olvidado entre polvo y telarañas.

Con un movimiento seguro, encendió la soldadora. Sumido en su labor, el mundo exterior dejó de existir. Solo él y la varilla que unía los metales importaban. De pronto, una chispa traicionera saltó directo a su rostro. Sin más protección que sus párpados, entrecerró los ojos por el fulgor repentino. Cuando apagó el equipo, una sensación extraña lo inquietó. Su ojo derecho latía con un dolor sordo que al principio atribuyó al cansancio. Pero, a medida que los minutos avanzaban, la molestia se intensificó y su visión se tornó borrosa.

El pánico se apoderó de él. Un escalofrío recorrió sus venas y el aire se hizo pesado en su garganta. Desesperado, buscó un espejo, pero solo encontró un trozo de latón opaco en el suelo del taller. La vista se le nublaba más con cada segundo,

dificultándole enfocar. Salió tambaleante y, al fin, logró mirarse en el espejo retrovisor de un auto estacionado. Entrecerró los ojos y quedó paralizado: su ojo derecho, antes blanco, era ahora un laberinto de venas rojas, la sangre esparciéndose en un rojo carmesí que teñía su pupila.

Empapado en sudor y con el corazón taquicárdico, Don Pedro corrió a casa. Sin perder tiempo, su yerno lo llevó al hospital. Basados en experiencias previas, decidieron buscar atención en la ciudad, aunque el trayecto les pareció eterno. La carretera se extendía implacable durante una hora, y cada semáforo en rojo, cada bocinazo, cada rostro desconocido aumentaban su angustia. Al llegar a emergencias, suplicó ser atendido de inmediato.

Esa tarde, me encontraba de turno. La recuerdo bien, pues era mi primera experiencia como residente en emergencias. Aunque la mañana había sido tranquila, a esa hora la sala estaba abarrotada. Tras el triaje, Don Pedro fue asignado a una camilla. Caminaba lento, con la ropa empapada y una franela sobre el ojo derecho. De repente, las lágrimas brotaron y, entre sollozos, dejó ver la desesperación que lo consumía.

—¿Qué le pasó? —pregunté con suavidad, intentando calmarlo.

—Estaba soldando y una chispa me saltó en el ojo. Al principio no le di importancia, pero ahora el dolor es insoportable, lo tengo muy rojo —respondió con voz temblorosa—. Dígame la verdad, doctorcita, ¿voy a quedarme sin visión?

Lo examiné de inmediato y llamé al médico tratante, quien, tras evaluar la situación, solicitó la presencia del especialista de turno. Siguiendo sus indicaciones y prescripciones, hice un esfuerzo por recopilar cada detalle en la historia clínica, asegurándome de describir con precisión los hallazgos.

Mientras finalizaba la anamnesis con Don Pedro, alguien corrió la cortina. Era la especialista en oftalmología. Sentí alivio al poder presentarle la historia clínica tras el relato del paciente. Con firmeza, indicó que debíamos trasladarlo a una sala especial e, invitándome a acompañarla, me dio la oportunidad de presenciar todo el procedimiento. Agradecí profundamente ese momento de aprendizaje.

La doctora comenzó con un examen visual básico y luego colocó a Don Pedro frente a la lámpara de hendidura. Observó con detenimiento y, con voz clara, anunció:

—Tiene un hifema.

Con un lenguaje sencillo, le explicó que la sangre se había acumulado en la cámara anterior del ojo, entre la córnea y el iris. Al medir la presión intraocular, confirmó que estaba peligrosamente elevada, poniendo en riesgo el nervio óptico. Entonces, le dijo con seriedad:

—Debemos actuar rápido. Realizaremos una paracentesis de la cámara anterior para drenar la sangre y reducir la presión.

Don Pedro asintió, pero sus ojos se fijaron en los míos, buscando respuestas, un atisbo de esperanza. Tras explicarle nuevamente el procedimiento con detalle, paso a paso, y calmar su miedo, él y su yerno firmaron el consentimiento informado.

—Voy a insertar una aguja muy fina en la parte blanca de su ojo para extraer un poco de líquido —explicó la especialista—. Esto reducirá la presión y mejorará su visión.

Con precisión, me pidió reunir los insumos necesarios. Junto con el equipo de enfermería, seguimos sus indicaciones. Una vez listo el material, organizó los instrumentos sobre la mesa y preparó el campo estéril. Mientras Don Pedro permanecía en la camilla, le aplicó unas gotas de anestesia.

—Sentirá una leve molestia, pero pasará rápido —le aseguró.

Cuando la anestesia hizo efecto, introdujo con delicadeza la aguja en la esclerótica, justo en el borde de la córnea. Con pulso firme, aspiró unos mililitros de humor acuoso, el líquido transparente que llena la cámara anterior del ojo. Poco a poco, la sangre se deslizó por el tubo de ensayo, tiñéndolo de rojo oscuro.

—La presión está bajando —anunció con alivio—. Ya casi terminamos.

Tras extraer la cantidad necesaria, retiró la aguja con cuidado y cubrió el ojo con un parche estéril. Luego, le recetó medicamentos para el dolor y la inflamación, dándole instrucciones precisas para su recuperación.

—Necesitará reposo absoluto —le indicó— y deberá usar el parche durante algunos días. También es fundamental que asista a control en Consulta Externa.

Mientras Don Pedro se preparaba para irse, lo miré con firmeza y le dije:

—La próxima vez que suelde, use siempre el casco protector. La visión es un tesoro que debemos cuidar.

Él asintió en silencio, con una expresión donde se mezclaban el alivio y la gratitud.

Con el tiempo, los detalles de aquel encuentro se desvanecieron, pero su esencia permaneció. Entre el ajetreo diario, su imagen se había diluido, dejando apenas el eco de su agradecimiento y la calidez de su sonrisa. Su nombre, como una burbuja efímera, se había perdido en el laberinto de tantas historias clínicas y rostros anónimos. Sin embargo, la semilla de su historia había germinado en lo más profundo de mi corazón, recordando la importancia de la conexión

humana y el impacto trascendente de cada encuentro, más allá de los nombres y las circunstancias.

Cada vez que su recuerdo regresa, aunque sus ojos ya no los evoco con claridad, los siento como un símbolo de mi propia fragilidad y un recordatorio del compromiso con mis pacientes.

Esa tarde despertó en mí nuevas pasiones: la prevención, la comunicación efectiva, el trabajo en equipo y el papel del médico como educador. Es nuestra responsabilidad, como sociedad, construir un mundo donde los “ojos fuego” no se apaguen por un descuido y donde el “corazón de hierro” los impulse a perseguir sus sueños.

LA LUCHA POR LA VIDA

Med. Dayse Cango



Recuerdo un caso que me impactó profundamente durante una guardia de 24 horas en la sala de emergencias del hospital, rodeada de pacientes que luchaban por su vida junto a sus familias. Era mi primera semana como residente y aún estaba aprendiendo los roles de la profesión. La adrenalina recorría mi cuerpo mientras me movía de una camilla a otra, intentando seguir el ritmo del equipo médico. Me sentía abrumada por la cantidad de casos cuando, de repente, la emergencia se activó con intensidad: un paciente en estado crítico requería atención inmediata.

El equipo trabajó con rapidez para estabilizarlo y prepararlo para su traslado a un hospital de mayor complejidad, donde sería ingresado en cirugía de urgencia. Fue en ese momento cuando, al observar su rostro, lo reconocí: era el mismo hombre a quien, horas antes, le había explicado la condición crítica de su familiar y la posibilidad de un desenlace fatal. Me sorprendió profundamente. Era un joven atleta, parecía saludable, lleno de vida, y ahora luchaba por sobrevivir.

Durante una hora, el equipo médico hizo todo lo posible por salvarlo. Sin embargo, a las dos de la madrugada, falleció, rodeado de quienes intentamos hasta el final darle una oportunidad más. Ahora nos correspondía enfrentar la dura tarea de comunicar la noticia a su familia.

Al recibir la noticia y presenciar la escena, me sentí abrumada por la crudeza de la muerte y la fragilidad de la vida. Comprendí que, como médicos, no siempre podemos salvar a todos nuestros pacientes y que, pese a nuestros mejores esfuerzos, la realidad puede ser cruel e injusta. Pensé en ese padre que acababa de perder a su hijo mientras su esposa seguía debatiéndose entre la vida y la muerte.

Recordé al joven, sus palabras llenas de esperanza cuando me preguntó cuánto tiempo le quedaba a su madre o si existía la posibilidad de iniciar un nuevo tratamiento para su cáncer de mama en etapa terminal. Me pidió que hiciera todo lo posible por salvarla. Le expliqué en dos ocasiones la gravedad de su estado y el alto riesgo de mortalidad. Él me escuchó con atención y, con profunda emoción, me habló de su madre como su mayor inspiración, la mujer que le enseñó a enfrentar la adversidad sin rendirse.

Su muerte me dejó una lección invaluable sobre la empatía y la compasión en la medicina. Entendí que no solo atendemos a los pacientes, sino también a quienes los aman. Con el tiempo, su familia me expresó su gratitud por mi dedicación y el trato humano que les brindé en esos momentos difíciles, aun cuando no pudimos salvar su vida.

Una semana después, su madre falleció y perdimos contacto. Meses más tarde, atendí al padre en consulta. Al verme, me reconoció de inmediato y expresó su gratitud por la atención que recibió su familia en aquellos días difíciles. Mientras hablábamos, evité tocar el tema de su pérdida para no ser imprudente, pero él, sin que yo preguntara, compartió sus pensamientos.

—Todos me preguntan cómo he aprendido a sobrellevar el dolor —me dijo—, y siempre respondo lo mismo: aprendí de mi esposa que la vida es un regalo precioso y frágil. A veces nos enfrentamos a pruebas que desafían nuestra fortaleza y

determinación. Ella nunca se rindió, luchó hasta el final contra una enfermedad terminal.

A pesar de la gravedad de su estado, mantuvo siempre una actitud positiva, y esa lucha constante fue su mayor enseñanza. Fue mi inspiración, me mostró que la determinación y la forma en que enfrentamos las adversidades pueden marcar una gran diferencia. Jamás supo que su hijo había fallecido antes que ella.

Sus palabras me impactaron profundamente. Aquel hombre, que lo había perdido todo, me estaba dando una lección de vida. En ese instante, comprendí que la conexión humana es indispensable en la medicina y que la relación no solo existe entre médico y paciente, sino también con sus familias.

También entendí que mi labor no se limitaba a curar enfermedades, sino a acompañar, sostener y brindar consuelo en los momentos más oscuros. Me sentí orgullosa de pertenecer a esta profesión, de estar al servicio de los demás, de luchar hasta el último recurso por la vida de cada paciente. Aquel día reafirmé mi compromiso de seguir ejerciendo la medicina con dedicación y compasión, dejando una huella en cada persona que atendiera.

Desde aquel día, me esfuerzo por ser una médica más compasiva y empática, incluso en medio de largas jornadas de trabajo. He aprendido que la medicina no solo implica curar enfermedades, sino también acompañar a los pacientes y sus familias en sus momentos más difíciles. Esta profesión requiere más que conocimientos y habilidades; demanda humanidad y compasión.

La comunicación es un pilar fundamental en la medicina. La interacción efectiva entre médicos, enfermeras y pacientes es esencial para brindar una atención de calidad. En la sala de emergencias, donde cada segundo cuenta, se vuelve aún más crucial.

La noche en que el paciente falleció, comprendí la importancia de hablar con la familia con honestidad y sensibilidad. Explicar la situación con claridad y empatía no solo les permitió entender lo que sucedía, sino que también les brindó apoyo en su dolor.

La reflexión es una herramienta indispensable en la práctica médica. Nos ayuda a analizar nuestras decisiones, aprender de los errores y mejorar continuamente. Aquella noche me di cuenta de que la introspección es clave para crecer profesionalmente. Tomarme el tiempo para procesar lo ocurrido me permitió identificar áreas en las que debo mejorar y trabajar en ellas para ser mejor médica; también me permitió procesar mis emociones y encontrar soluciones.

EL DOLOR QUE NO LLORA

Med. Nicole Guadalupe Fabara



En la práctica médica, a diario enfrentamos situaciones que nos llevan a cuestionar el verdadero significado de estar frente a un paciente, atenderlo y brindarle la mejor atención posible. Surge entonces una interrogante: ¿en qué momento la relación médico-paciente trasciende lo profesional y se convierte en una historia que conmueve?

De ahí nace la paradoja de nuestra profesión: ¿hasta dónde llegan los límites para ayudar a un paciente? ¿Cuándo es necesario detenerse? ¿Cómo ofrecer una atención satisfactoria sin comprometer el profesionalismo? Estas dudas nos acompañan en cada consulta y con cada historia, impulsándonos a prepararnos constantemente para responder con claridad y empatía. Pero, más allá del conocimiento técnico, nos motiva la necesidad de establecer una conexión genuina con quienes confían en nosotros y la satisfacción de cumplir con nuestra misión: servir. Servir con entrega, esfuerzo y la certeza de haber hecho todo lo posible por el bienestar del paciente.

¿Por qué surgen estas preguntas? Mientras trabajaba como médico rural en un centro de salud tipo B, con guardias de 24 horas en el área de emergencia, la incertidumbre de cada nuevo caso formaba parte de la rutina. Hasta que, un día cualquiera, una llamada de urgencia trajo consigo una historia que marcaría mi vida.

Se trataba de una paciente de 25 años, en su segundo embarazo. Aunque estaba estable y sin dolor, solicitaba una valoración, ya que no podía trasladarse al centro de salud y se encontraba sola en casa con su hijo de seis años. El personal que realizó la llamada informó que la paciente estaba bajo seguimiento en el centro de salud, cursando la semana 42 de gestación, y requería traslado para valoración e inducción de parto en un centro de segundo nivel.

Al llegar, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de parámetros normales y sin molestias. No obstante, durante la monitorización fetal, comenzaron a presentarse signos de bradicardia. El corazón del bebé ya no latía con normalidad, y era el momento de intervenir.

El equipo médico realizó la evaluación correspondiente, recordando que la paciente había sido monitoreada en el centro de salud durante las últimas dos semanas. Su atención había sido domiciliaria, pues residía a solo cinco cuadras del centro. Además, cabe destacar que pertenecía a una comunidad indígena amazónica, donde los partos en casa son comunes.

Al seguir el monitoreo y observar irregularidades, se activó la referencia a un hospital de segundo nivel. El área de ginecología aceptó la recepción de la paciente, y todo marchaba conforme al protocolo establecido.

Se le indicó a la paciente que preparara sus pertenencias para su estadía en el hospital, alertara a un familiar para el cuidado de su hijo y notificara a su esposo. Sin embargo, lo inesperado ocurrió: "No puedo ir al hospital".

Esas palabras congelaron el ambiente. Nadie quiere escucharlas cuando están en juego las vidas de dos personas. Se movilizó al personal, se solicitó una ambulancia, pero todo parecía indicar que la situación estaba por cambiar. Con

incertidumbre, le pregunté por qué no podía trasladarse. Con la mirada triste y lágrimas en los ojos, respondió: "Vivo en esta casa con la familia de mi esposo. No soy bien recibida. Mis costumbres dictan que debo quedarme aquí, donde mi suegra, la partera, atenderá mi parto. No tengo familiares cerca, no hay quien cuide a mi hijo, y mi esposo está jugando un partido de fútbol en el campeonato del barrio. Estoy sola y no sé qué hacer."

Esa respuesta me hizo cuestionar el verdadero motivo de mi presencia allí. En ese instante, lo entendí: "Porque sé que mi hijo se está muriendo y no sé qué hacer".

Se le explicaron los riesgos, las consecuencias y las complicaciones de no ser trasladada. Mientras hablábamos, su esposo entró en la casa, preguntó por sus zapatos, que necesitaba "urgentemente" para su partido, y mencionó que debía irse enseguida. Nos presentamos, expusimos la situación y reiteramos la necesidad del traslado, enfatizando que la vida de su hijo estaba en peligro. Su respuesta fue firme: no era necesario, su esposa daría a luz en casa, y si decidía irse, no contaría con el apoyo de la familia. Insistimos una última vez, pero la paciente tomó su decisión: solicitó el alta voluntaria y agradeció por la atención brindada.

La verdadera cuestión ahora es hasta dónde se extiende la paradoja del médico, que va más allá de lo clínico. La medicina nos enseña a pensar de manera lógica, a aplicar la ciencia para resolver las incertidumbres del cuerpo humano. Sin embargo, tal vez la clave sea comenzar a integrar también la parte humana de la ciencia: investigar más allá de la enfermedad, entender el contexto del paciente, adaptarnos a las realidades que enfrenta y, dentro de nuestras capacidades, ofrecer algo más.

Situaciones como esta presentan retos continuos en la formación de un médico. Saber cuándo es suficiente,

reconocer las limitaciones, ajustarse a distintos entornos y costumbres, y equilibrar el profesionalismo con la empatía son habilidades esenciales. La consulta no debe limitarse a un acto clínico; debe ser un espacio donde el paciente se sienta cómodo para expresar, además de sus síntomas, sus emociones. La sutil línea entre profesionalismo y humanidad debe manejarse con decisiones bien fundamentadas, respeto mutuo y respeto por la autonomía del paciente, logrando así una experiencia enriquecedora tanto para el paciente como para el profesional de la salud.

La medicina está en constante cambio y evolución. Los avances en el conocimiento del cuerpo humano, la tecnología y la investigación científica fortalecen la relación médico-paciente. En este proceso, el dolor expresado por los pacientes debe ser comprendido en todas sus facetas para alcanzar un desenlace favorable para todos los involucrados.

Al final, la salud del paciente es la prioridad. Cada persona manifiesta su dolor de una forma única, y lo más importante en cada consulta es establecer una relación basada en confianza, comunicación y respeto. Solo así se podrá ofrecer la mejor atención posible a quien acude buscando ayuda.

LA PUERTA A LA VIDA

Med. Mario Geovanny Rayo Villarreal



"El nacimiento de un niño es el mayor milagro y la más hermosa responsabilidad." - George Bernard Shaw.

Con gran alegría, en octubre de 2023, recibí un correo electrónico notificándome que había sido seleccionada para formar parte del equipo médico en un hospital de segundo nivel en la Amazonía. Lo que no sabía en ese momento era que mi inicio en este hospital marcaría un proceso de crecimiento y aprendizaje constante.

Ya había transcurrido un año y cuatro meses desde que comencé mi labor como médico general en el área de ginecología en un hospital amazónico. Durante ese tiempo, acumulé un sinfín de experiencias que, junto con mi formación académica, fueron moldeando mis conocimientos y mejorando mi capacidad para tomar decisiones acertadas en situaciones complejas.

Como residentes de este servicio, rotamos en diversas áreas, cada una con funciones específicas: en el centro obstétrico atendemos los partos fisiológicos, en hospitalización nos ocupamos de las pacientes internadas y en emergencias ginecoobstétricas, atendemos a quienes llegan con situaciones críticas.

Y así fue como, en lo que parecía un día común, me encontraba en el área de emergencias durante la madrugada, atendiendo a una paciente con dolor abdominal similar a

contracciones uterinas. En ese momento, sonó el teléfono del servicio de emergencias, al que tienen acceso el ECU 911 y los centros de salud de primer nivel. Era una médica rural de un centro de salud ubicado a tres horas de distancia del hospital. Con voz nerviosa y apresurada, me presentó el siguiente caso:

Paciente femenina de 15 años, procedente de una comunidad, primigesta, con 36 semanas de gestación. Presenta ruptura prematura de membranas de 2 horas de evolución y una presentación fetal podálica. Al tacto vaginal, se observa dilatación de 4 cm y un borramiento del 50%. En ese momento, la adrenalina comenzó a invadir mis pensamientos, ya que debíamos tomar decisiones rápidas para evitar complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido. Era claro que la paciente estaba en trabajo de parto, y dadas las circunstancias, si el parto ocurría en la ambulancia, las complicaciones serían graves.

Con esta información en mente, le pedí a la médica rural que trasladara a la paciente al hospital lo antes posible; no había tiempo que perder.

Minutos después, informé a la médica tratante de turno sobre el caso, quien me dio instrucciones claras: "Si la paciente llega en período expulsivo, trasládala al centro obstétrico para un parto vaginal. Si aún tiene dilatación incompleta, llévala a quirófano para una cesárea de emergencia".

Mientras preparábamos todo para recibir a la paciente, el tiempo parecía avanzar lentamente, con la incertidumbre sobre las condiciones en las que llegaría. De repente, vimos a lo lejos las luces rojas y azules de la ambulancia. La adrenalina volvió a invadirnos, y el equipo médico se alistó para cualquier eventualidad. Sin embargo, al bajar el paramédico, nos informó que se trataba de un paciente

víctima de un accidente de tránsito. Para ese momento, ya habíamos colocado guantes y batas estériles.

Los minutos transcurrían mientras otras pacientes gestantes recibían atención, que se brindaba oportunamente mediante un triaje para valorar los niveles de urgencia o emergencia. De repente, las luces de una ambulancia se acercaron al hospital, y esta vez era la que esperábamos. La médica rural bajó apresurada, con una expresión que lo decía todo. Presentó a la paciente, informando que el cordón umbilical sobresalía de la cavidad vaginal. Al realizar personalmente el tacto vaginal, confirmé la dilatación cervical completa y palpé los dedos de los pies del feto, acompañados por el prolapso del cordón umbilical.

Si el parto se producía en esas condiciones, el riesgo de asfixia fetal y muerte por falta de circulación fetoplacentaria sería extremadamente alto. No podíamos permitir que eso ocurriera. El personal de enfermería abrió paso hacia quirófano, mientras yo intentaba evitar que el feto siguiera descendiendo por la vía vaginal. También solicité avisar a quirófano para realizar una cesárea de emergencia mientras corríamos con la paciente en la camilla de la ambulancia.

Al llegar a quirófano, necesitábamos obtener más información sobre su embarazo, en especial si se había activado el Código Púrpura, protocolo obligatorio al primer contacto con la paciente gestante. Sin embargo, su pareja, un joven de 17 años, no tenía esta información. Situaciones como esta son comunes en las comunidades amazónicas, donde es frecuente que parejas jóvenes convivan sin experiencia en afrontar tales responsabilidades. Posteriormente, logramos obtener la información pertinente del centro de salud donde la paciente había sido atendida durante sus controles prenatales.

Una hora después, solicité información sobre el estado de la madre y el recién nacido. Me informaron que todo había salido bien y que la madre había llegado a tiempo. Si hubieran pasado unos minutos más, el parto vaginal habría ocurrido, con graves consecuencias. Para ese momento, eran las cinco de la mañana. Con la satisfacción de haber actuado correctamente, el equipo continuó atendiendo a otros pacientes, habiendo aprendido valiosas lecciones sobre cómo abordar casos similares en el futuro.

Cita bibliográfica: Shaw, George Bernard. (1931). "Too True to Be Good." Constable and Company Ltd.

INTUBACIÓN EXITOSA

Med. Marcos Jiménez Asang



Somos seres que por naturaleza, anhelamos la eternidad, somos viajeros en el tiempo; basta con capturar un instante con una cámara y revisarlo después para transportarnos a ese momento, revivirlo y sentirlo nuevamente. "Dejar una huella", me decía siempre mi padre en respuesta a la icónica pregunta: "¿Para qué estoy aquí?". Aunque podría extenderme explorando esa respuesta que busca satisfacer nuestra sed de infinito, prefiero enfocarme en compartir mi experiencia en la sala de emergencias.

Los libros son el punto de partida en el aprendizaje de la medicina, pero como dice el refrán: "La práctica hace al maestro". A esto añadiría que compartir nuestras experiencias nos hace mejores. En medicina, no podemos permitirnos errores, aunque somos seres falibles y pueden ocurrir. Lo que no debe suceder es tomar a la ligera las responsabilidades diarias. Nunca debemos olvidar la premisa fundamental: *Primum non nocere*, "Primero, no hacer daño". Nadie ejerce la medicina con la intención de perjudicar, pero la falta de experiencia puede ser un factor determinante. Los libros no siempre detallan cada escenario posible, y es ahí donde la práctica se vuelve indispensable.

Las generaciones anteriores recuerdan con orgullo cómo la enseñanza médica se enriquecía con la transmisión de conocimientos entre médicos experimentados y quienes recién iniciaban. No se trataba de que los jóvenes no supieran

medicina, sino de que la práctica complementa y perfecciona la teoría. Por ello, en las siguientes líneas compartiré parte de lo que he aprendido sobre la intubación en este primer año como residente en el área de emergencias.

En medicina, la mayoría de los procedimientos, si no todos, cuentan con un protocolo establecido. Sin embargo, estos no contemplan las variaciones que pueden surgir ni las decisiones que deben tomarse durante su ejecución, ya que cada paciente presenta particularidades que requieren adaptación.

En emergencias, la intubación orotraqueal es un procedimiento esencial, probablemente el segundo más frecuente después de la sutura. Aunque no cuento con datos estadísticos precisos para confirmarlo, la realidad es que con regularidad atendemos pacientes con alteración del estado de conciencia y un Glasgow menor de 7, en condiciones inestables. También llegan casos de traumatismo craneoencefálico moderado o severo, o de insuficiencia respiratoria grave, donde garantizar la vía aérea se vuelve una prioridad.

Realizar estos procedimientos recuerda la importancia de ciertos detalles que determinan su éxito y seguridad. Curiosamente, estos mismos principios son aplicables a la vida diaria para alcanzar bienestar y felicidad: orden, limpieza, comunicación, confianza, trabajo en equipo y diligencia.

La cantidad de información que debemos retener en medicina es enorme. Por eso, la intubación sigue un esquema estructurado basado en la mnemotecnica de las 7 P para la secuencia rápida de intubación. Cada paso tiene indicaciones precisas que deben cumplirse para asegurar el éxito del procedimiento. Un entorno limpio y una comunicación

efectiva con el equipo son fundamentales para su correcta ejecución.

Cuando se tiene poca experiencia, es común sentir inseguridad o temor al error. Pensamientos como “quedaré mal si no lo intubo bien” o “debo lograrlo a la primera” pueden surgir, pero es importante recordar que nadie es experto desde el inicio. Si se logra a la primera, lo mejor es agradecer que los nervios no interfirieron, pero sin caer en el exceso de confianza. Como se dice en el argot popular, puede tratarse de un “golpe de suerte de principiante”.

¿Cómo reducir errores? ¿Cómo evitar fallar? Lo primero es seguir la secuencia de manera ordenada. Luego, lo más importante: no perder de vista la vía aérea. Para lograrlo, es esencial repasar la anatomía. La punta de la espátula del laringoscopio debe ubicarse en la vallécula epiglótica, el espacio entre la base de la lengua y el cartílago epiglótico. Posicionarla correctamente permite visualizar la vía aérea con claridad.

Un amigo intensivista me compartió un consejo que siempre recuerdo: “Primero dirige tu mano hacia adelante y luego hacia arriba; así, verás la glotis sí o sí”. Un detalle importante es que el laringoscopio siempre se sostiene con la mano izquierda. Una vez visualizada la glotis, no se debe perder de vista. Debe resonar en la mente la frase: “Donde pongo el ojo, pongo la bala”.

Luego, se toma el tubo endotraqueal sin apartar la mirada, se introduce con precisión, se infla el balón y se verifica la correcta colocación observando el movimiento torácico con cada insuflación. Además, se ausculta con el estetoscopio para confirmar la ventilación.

El resto, como dicen, ya es cuento.

En algún momento, podríamos encontrarnos con un paciente cuyo consumo de sustancias ilícitas altere la respuesta a la premedicación y la inducción, retrasando o disminuyendo su efecto. En estos casos, al colocar la punta de la espátula, podría desencadenarse un reflejo vagal que dificulte la visualización de la vía aérea. O, por el contrario, después de haberla identificado, el paciente podría moverse justo al insertar el tubo. Mi recomendación es no avanzarlo hasta recuperar una visión clara, ya que perder la referencia puede llevar a una intubación esofágica.

La práctica es clave para una intubación exitosa, pero también lo es escuchar y compartir consejos. En lo personal, la técnica del movimiento de la mano al posicionar el laringoscopio ha sido de gran utilidad, aunque no la he encontrado descrita en los libros. Como mencioné antes, el conocimiento transmitido nos perfecciona en el arte de la medicina. Compartir técnicas y razonamientos con otros ayuda a minimizar errores y refuerza el principio de "primero, no hacer daño". De este modo, dejamos nuestra huella en quienes vienen detrás, pasando de aprendices a maestros. No pretendo ser un experto en este procedimiento, solo comparto mi experiencia y los ajustes que han mejorado mis resultados.

La medicina es un arte, y todo arte tiene su técnica. Buscamos perfeccionarla porque trabajamos con vidas humanas. Sin amor por la humanidad, no hay progreso ni innovación, por lo tanto, lo que hace posible buscar perfeccionarse en el tiempo es el amor por la humanidad. Nosotros ponemos casi nada y el Creador de la vida, su casi todo. Así, seguimos salvando vidas.

SIEMPRE ESTAR

PREPARADOS

Med. Andrés Sánchez Sacoto



En la práctica diaria, los profesionales de la salud confiamos en los conocimientos y habilidades adquiridos durante la formación académica, las prácticas de pregrado y el año de servicio rural. Ejercemos la medicina con el propósito de procurar el bienestar de nuestros pacientes, quienes nos ven como la esperanza para aliviar su malestar o enfermedad. Por ello, buscamos ofrecer una atención cordial, cálida y humanizada.

Sin embargo, hay situaciones para las que los libros y las largas madrugadas de estudio no nos preparan. La verdadera enseñanza surge con la práctica y el contacto con los pacientes. La medicina dista mucho de lo que se aprende en el alma mater; está hecha de historias y experiencias que dejan huella.

Ninguna lección nos enseña cómo dar una noticia devastadora a un familiar, cómo encontrar las palabras adecuadas para informar que la salud de su ser querido se ha deteriorado. La dificultad se intensifica cuando el diagnóstico es crítico y, en la sala de espera, quienes aguardan mantienen la esperanza de volver a abrazar y compartir momentos con esa persona que aman.

Enfermedad, muerte y recuperación forman parte de nuestra cotidianidad. Estos eventos moldean nuestro carácter, ayudándonos a gestionar las emociones con las que

convivimos a diario y a diferenciar lo subjetivo de lo objetivo. Esta distinción es crucial al tomar decisiones frente a un paciente crítico y para evitar que el estrés laboral afecte nuestra vida personal.

Aunque la medicina se basa en la objetividad, hay experiencias que despiertan nuestra sensibilidad y refuerzan el lado más humano de la profesión. Nos permiten empatizar con los pacientes, sus familias y amigos, impulsándonos a establecer una comunicación más cercana y comprensiva.

El ejercicio profesional me ha llevado a recorrer distintas áreas, adquiriendo experiencia en entornos completamente opuestos. En la Unidad de Cuidados Intensivos, donde el hermetismo predomina, aprendí la importancia de tomarse el tiempo necesario para definir una terapéutica adecuada. Luego, en el servicio de emergencia, enfrenté la incesante afluencia de pacientes, donde el tiempo es un recurso crítico. Allí comprendí que un triaje eficiente es clave para priorizar a los más graves, lograr diagnósticos oportunos y garantizar tratamientos efectivos.

Hace pocos meses, fui asignado al servicio de atención móvil de salud (ECU-911). Confiado en la experiencia adquirida, asumí el cargo convencido de estar preparado. Durante numerosas guardias, atendí casos de alta complejidad: pacientes críticos, politraumatismos por accidentes de tránsito y agresiones con arma blanca o de fuego. Cada emergencia exigía aplicar con precisión los conocimientos y habilidades desarrollados hasta entonces.

Una mañana, recibí una alerta sobre un siniestro vial que involucraba un vehículo pesado y un ciclista. La comunicación inicial, como suele ocurrir en situaciones de alta tensión, no detalló edad ni el sexo de la víctima, pero la gravedad del incidente me llevó a acudir de inmediato.

Al llegar, el escenario fue desgarrador. El ciclista era un niño de 14 años que, camino a su entrenamiento de fútbol, había sido arrollado por un camión de transporte de cemento debido a la imprudencia del conductor. Aún consciente, yacía atrapado bajo la plataforma, con el miedo, el dolor y la confusión reflejados en su rostro. La impotencia me invadió al no poder intervenir de inmediato, esperando la llegada del equipo de rescate de bomberos.

El tiempo jugaba en contra. Las heridas eran devastadoras y la falta de equipo adecuado obligó a rodar la plataforma para liberarlo. Al hacerlo, observé con pesar una amputación traumática total de la extremidad inferior derecha y una fractura expuesta de fémur en la pierna izquierda.

Sin margen para la duda, repasé mentalmente los pasos a seguir: controlar la hemorragia con un torniquete, inmovilizar las extremidades con férulas de extricación, asegurar el paciente en un lecho rígido con collarín y trasladarlo de inmediato al centro de salud más cercano para su valoración y estabilización.

En la unidad móvil, los signos de shock hipovolémico eran evidentes: taquicardia, hipotensión, palidez y diaforesis, a pesar de que el niño seguía alerta. Tras canalizar una vía para reponer fluidos y administrar un analgésico, no pude evitar preguntarme cómo cambiaría su vida a partir de ese momento. ¿Qué futuro le esperaba? ¿Cómo afectaría esto su desarrollo físico, emocional, académico y social?

Durante el traslado, el paciente insistía con inocencia y determinación: “Cúrenme pronto, quiero seguir jugando los campeonatos”. Sus palabras, llenas de esperanza, hicieron aún más difícil asimilar la realidad de su condición.

El trayecto, aunque duró solo 15 minutos, se sintió interminable. Sabía que el hospital de destino carecía de UCI pediátrica y especialistas de turno en traumatología o cirugía vascular. Por ello, se gestionó de inmediato su traslado prioritario a un hospital de mayor complejidad.

Tras realizar las placas de trauma y administrar dos paquetes globulares para estabilizarlo, me notificaron su traslado a un centro de tercer nivel, ubicado a 30 minutos de distancia.

No era la primera vez que trasladaba a un paciente en estado crítico, pero la frustración volvió a hacerse presente. Durante todo el trayecto, la madre del niño preguntaba sin cesar si su pequeño volvería a caminar. Aunque conocía la desgarradora verdad, la incertidumbre y el deterioro inminente limitaban mis respuestas. El monitor mostraba una presión de 60/40, a pesar del vasoactivo. Tras ajustar la dosis, solo pude prometerle que haría todo lo posible para que su hijo llegara en las mejores condiciones al hospital receptor.

Al ingresar a urgencias pediátricas, quedaba la esperanza de salvar la otra extremidad, aunque los pulsos pedios eran débiles. Lamentablemente, la valoración del cirujano vascular confirmó lo peor: no había pulso ni flujo sanguíneo distal. La única opción fue una amputación bilateral en una cirugía de emergencia.

La medicina nos prepara para enfrentar cualquier escenario. Estudiamos, nos actualizamos y perfeccionamos nuestras habilidades para curar, aliviar o, en el peor de los casos, acompañar y brindar comodidad en los momentos finales. Sin embargo, detrás de cada médico hay un ser humano con emociones y conflictos. Cada experiencia, ya sea un triunfo o una pérdida, nos marca y nos recuerda que la preparación no debe ser solo académica o técnica, sino también emocional.

Este caso deja en evidencia la fragilidad de la vida y el impacto irreversible de una tragedia repentina. El niño no solo

perdió sus extremidades, sino que su mundo y el de su familia quedaron trastocados por el miedo, la angustia y la incertidumbre. Más allá del tratamiento médico, es fundamental brindar un apoyo integral que abarque el acompañamiento emocional y psicosocial necesario para enfrentar una transformación tan abrupta e inesperada.

UNA NOCHE EN LA EMERGENCIA

Med. Nancy Riera Romero



Las noches de guardia en emergencia están marcadas por la incertidumbre. Cada turno es una moneda lanzada al aire: a veces transcurre con calma, otras se convierte en un torbellino de caos. Aquella noche, la tragedia irrumpió con fuerza arrolladora.

Al caer la tarde, la puerta de la sala se abrió lentamente. Un hombre de unos 60 años ingresó solo, tambaleante, con el rostro desencajado. Sus labios amoratados y su piel pálida narraban un sufrimiento inminente. Dio unos pasos y, de repente, se desplomó en la entrada. Lo colocamos de inmediato en la camilla y tomamos sus signos vitales. Nada. Estaba en paro cardiorrespiratorio.

Comenzamos la reanimación sin perder un segundo, siguiendo el protocolo al pie de la letra. Treinta minutos de lucha incansable contra la muerte. Sin embargo, el electrocardiograma marcaba una línea recta. No había más que hacer. Con el corazón encogido, pronunciamos la temida frase: "Hora de muerte...".

Lo más desconcertante fue que nunca pudo decirnos quién era. Llegó solo, sin documentos, sin poder darnos su nombre ni su edad exacta. Apenas balbuceó unas palabras antes de desplomarse. Fue un recordatorio brutal de lo frágil e impredecible que es la vida, de cómo un instante puede

cambiarlo todo y de cómo, a veces, la muerte llega sin previo aviso, arrebatándonos incluso la oportunidad de pedir ayuda.

El silencio en la sala se volvió pesado. Algunas lágrimas rodaron por los rostros del personal de salud. Minutos después, los familiares irrumpieron corriendo, desesperados por respuestas. La esposa se desplomó en el suelo tras una crisis hipertensiva, mientras la hija, con mayor entereza, preguntaba qué había sucedido. Entre la conmoción, se escuchaban gritos: "¡No puede estar muerto, doctora, hágale algo más!". Pero la medicina tiene límites crueles.

La tensión creció rápidamente. Algunos familiares reaccionaron con agresividad, consumidos por la ira del duelo. Mientras intentaba explicarles que la muerte fue consecuencia de un infarto agudo de miocardio, posiblemente fulminante, su esposa, entre lágrimas, nos contó que era un hombre sano, sin antecedentes médicos, amante del deporte y con una vida activa. Aquella tarde había salido a ejercitarse, sin que nadie imaginara el trágico desenlace.

El protocolo exigía notificar al fiscal de turno para el levantamiento del cuerpo. La espera se hizo interminable. Entre lágrimas, impotencia y trámites burocráticos, el amanecer nos encontró exhaustos. Finalmente, la funeraria retiró el cuerpo, cerrando una noche que quedó grabada en mi memoria.

La atención en la emergencia no podía detenerse. Los pacientes seguían llegando, cada uno con su urgencia, su historia y su sufrimiento. El agotamiento pesaba, pero la rutina no daba tregua. Mientras atendía a un niño con fiebre alta y a una anciana con insuficiencia respiratoria, comprendí que, pese al desgaste, mi labor seguía siendo indispensable. La medicina no es solo ciencia, sino también humanidad y resistencia.

Horas después, al intentar descansar, los pensamientos sobre lo ocurrido no me dieron tregua. Me pregunté si podría haber hecho algo distinto, si hubo un signo que pasé por alto, pero la realidad era inmutable. La muerte deja una huella profunda, no solo en la familia, sino también en quienes intentamos evitarla.

El amanecer marcó el final de la guardia, pero también el inicio de una reflexión. La medicina no solo trata cuerpos enfermos, sino también almas que sufren, familias destrozadas y vidas que cambian en un instante. Aquella noche en emergencia fue caótica, dolorosa y desgarradora. Pero reafirmó mi vocación: seguir adelante, a pesar del peso emocional, porque cada día trae una nueva oportunidad de salvar una vida.

Mientras conducía hacia mi casa, reflexioné sobre lo efímera que es la vida. A menudo creemos que el deporte y una buena salud nos hacen invulnerables, pero el destino, con su crueldad, puede cambiarlo todo. Aquella persona, que horas antes se sentía fuerte y lleno de energía, terminó sucumbiendo a una enfermedad silenciosa.

La prevención de enfermedades cardiovasculares es crucial, sobre todo en personas jóvenes que parecen estar en perfecto estado de salud. La educación sobre factores de riesgo como la hipertensión, el colesterol elevado y el estrés crónico debe ser una prioridad en la atención primaria. Es indispensable promover chequeos médicos regulares, incluso entre aquellos que se sienten bien, para detectar posibles problemas antes de que sea demasiado tarde.

Estas afecciones ya no son exclusivas de los adultos mayores. El estrés, los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo están adelantando el fin de vidas. Me pregunté si el paciente había experimentado dolor en el pecho días antes, o si había

ignorado síntomas previos. Quise pensar que su muerte podría servir como una advertencia para los demás.

Además, es esencial sensibilizar sobre la importancia de reconocer los síntomas de un infarto. Un dolor en el pecho, por leve que sea, nunca debe ser ignorado, especialmente si ocurre después de hacer ejercicio o incluso en reposo. Enseñar a la gente a buscar ayuda médica inmediata puede ser la diferencia entre la vida y la muerte. Quizás, si este paciente hubiera acudido a emergencias ante el primer síntoma, el desenlace habría sido distinto.

Me comprometí a reforzar la importancia de la prevención y la educación sobre enfermedades cardiovasculares entre mis pacientes. Porque tal vez, solo tal vez, con mayor conciencia, podríamos evitar tragedias como la de esa noche.

Por otro lado, no puedo dejar de mencionar el impacto psicológico que situaciones como estas tienen en el personal de salud. Afrontar la muerte de un paciente, especialmente cuando parece estar saludable, deja una huella profunda. La impotencia, la frustración y la carga emocional se acumulan, afectando no solo el desempeño profesional, sino también la salud mental de médicos y enfermeros.

Es fundamental contar con espacios de apoyo y estrategias para procesar estas experiencias. Aunque nos formamos para salvar vidas, la realidad es que no siempre lo logramos. Aprender a sobrellevar esas pérdidas es parte del arduo camino de la medicina.

En conclusión, la historia de aquella noche no solo dejó una cicatriz en quienes la vivimos, sino que también nos recordó la importancia de la prevención y el cuidado de nuestra salud cardiovascular. La muerte súbita en personas jóvenes y activas es una realidad que debe generar conciencia en la población y en los sistemas de salud. La detección temprana, la educación sobre los síntomas y la pronta intervención

pueden marcar la diferencia. Como profesionales de la salud, debemos seguir trabajando para evitar que más historias terminen de la misma manera, porque cada vida cuenta y cada segundo es vital.

CUANDO EL CLIMA SE IMPONE

Med. José Leonardo Ríos Castillo



Como profesionales de la salud, uno de los mayores retos que enfrentamos en nuestra práctica diaria en un país en desarrollo es lidiar con las múltiples limitaciones, tanto diagnósticas como terapéuticas, más allá del talento humano. Un factor fundamental en nuestra labor es el tiempo, que puede marcar la diferencia en situaciones críticas. Día tras día, nos encontramos ante decisiones de vida o muerte, en condiciones adversas, donde no solo se pone a prueba nuestro conocimiento médico, sino también nuestra empatía y ética profesional.

Esta reflexión se centra en una experiencia particularmente dolorosa: el caso de una paciente que, debido a una hemorragia digestiva, falleció a pesar de los esfuerzos por trasladarla a un centro de mayor capacidad. Esta situación resalta cómo la falta de recursos, las condiciones climáticas y la enorme carga de responsabilidad médica se entrelazan, recordándonos los límites de nuestro sistema de salud.

El día comenzó como cualquiera en un hospital básico de una región rural. La rutina habitual de consultas comunes se alteró cuando recibimos a una paciente adulto mayor en estado crítico: shock hipovolémico, piel pálida, pulso débil y una presión arterial casi indetectable de 40/30. La gravedad del cuadro era evidente y el tiempo, crucial.

Inmediatamente comenzamos con las maniobras de estabilización. Gracias a una detallada anamnesis, identifiqué que se trataba de una hemorragia digestiva, lo cual se confirmó minutos después cuando la paciente comenzó a vomitar abundantes coágulos de sangre. A pesar de la administración de líquidos, plasma y omeprazol por bomba, la hemorragia no cedió. Pronto nos dimos cuenta de que los recursos a nuestra disposición eran extremadamente limitados. Las unidades de sangre disponibles eran insuficientes, y la posibilidad de realizar una endoscopia urgente o cualquier tipo de intervención quirúrgica avanzada estaba fuera de nuestro alcance.

Cada segundo que pasaba, sentíamos cómo la vida de nuestra paciente se desvanecía, mientras los protocolos de emergencia se cumplían con la esperanza de que una intervención en otro hospital pudiera marcar la diferencia. Sin embargo, nuestra ubicación remota y los escasos medios de transporte en la región complicaban cualquier intento de traslado.

La decisión de trasladarla a un hospital más grande, con mejores recursos y personal especializado, se tomó con la esperanza de que allí habría algo más que pudiéramos hacer por ella. No obstante, la falta de espacio en ese centro de mayores prestaciones dificultaba su aceptación. Además, el clima en la región complicaba aún más la situación. La lluvia torrencial había afectado las carreteras, dejándolas intransitables. El tiempo seguía corriendo y las condiciones empeoraban rápidamente. A medida que avanzaba el reloj, la tensión crecía entre nosotros al ver cómo nuestra paciente se desvanecía lentamente. Las dudas comenzaban a surgir: ¿habíamos hecho todo lo posible? ¿Era este un caso en el que, realmente, los recursos no podían cambiar el resultado?

A pesar de las dificultades, logramos conseguir una ambulancia equipada con lo necesario para iniciar el traslado.

Fue un alivio momentáneo, pero la angustia de la espera continuaba. En esos minutos, no pude evitar reflexionar sobre cuánto dependemos de factores externos: la infraestructura, la simple accesibilidad de una carretera, para salvar una vida.

Tras varias horas de lucha contra obstáculos externos, al amanecer logramos trasladar a la paciente a un hospital de mayor complejidad. Sin embargo, su situación era crítica. Un equipo médico partió con la esperanza de llegar a un centro a 200 km de distancia para salvarla, pero, a pesar de los esfuerzos realizados, su condición no pudo ser revertida y falleció durante el trayecto. En ese instante, la sensación de impotencia fue abrumadora. Habíamos hecho todo lo posible, pero las circunstancias nos superaron.

El rostro de aquella paciente y la imagen de su hija, quien estuvo a su lado durante toda la noche y madrugada, pidiendo que hiciéramos todo lo posible por su madre, quedaron grabados en mi memoria. Ese momento me recordó que, aunque la medicina ha logrado avances significativos y ha salvado innumerables vidas, existen factores fuera del control humano. Las deficiencias del sistema de salud, la falta de recursos adecuados, la infraestructura limitada y, a veces, el simple azar juegan un papel decisivo en el destino de muchas personas.

Este suceso me llevó a una profunda reflexión sobre la humanidad de la medicina. Como médicos, no somos infalibles y, muchas veces, nos enfrentamos a la dura realidad de que, por más que lo intentemos, no siempre podemos salvar a nuestros pacientes. La empatía se convierte en un pilar fundamental en situaciones como esta, pues, aunque nuestra formación es científica, son las relaciones humanas las que realmente marcan la diferencia. En la práctica médica, solemos tomar decisiones difíciles, a menudo en circunstancias sumamente adversas. Sin embargo, es nuestra capacidad para comprender el dolor ajeno, acompañar a los

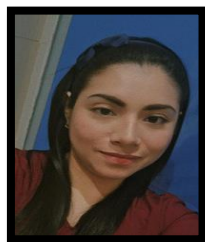
pacientes y mantenernos firmes en nuestra responsabilidad ética lo que nos define como profesionales.

Este caso me recordó que el ejercicio de la medicina no solo se basa en el conocimiento técnico, sino también en la humanidad. A diario, enfrentamos la incertidumbre, y es en esos momentos donde debemos buscar soluciones, sin perder de vista la necesidad de brindar consuelo a los pacientes y sus familias.

La práctica médica es una mezcla de ciencia, empatía y toma de decisiones en contextos extremos. A pesar de los avances y la formación continua, las limitaciones de recursos y factores ajenos a nuestra voluntad pueden desafiar nuestra capacidad de salvar vidas. No obstante, cada encuentro con un paciente, especialmente uno tan doloroso como este, nos enseña que la medicina, en su esencia, es un acto de compasión. Y a pesar de los obstáculos, cada experiencia se convierte en una lección sobre la fragilidad de la vida y la importancia de hacer todo lo posible dentro de nuestras capacidades, sin perder nunca de vista la humanidad que debe guiarnos.

LA MEDICINA DESDE EL CORAZÓN

Med. Carla Rocafuerte Estrella



Desde pequeña, siempre soñé con ser médica. Al llegar a la adultez, logré cumplir ese sueño. Mis experiencias más memorables las viví durante mi internado, un periodo que marcó mi vida profesional. Después de finalizar mis estudios en la universidad, llegó el momento de poner en práctica todo lo aprendido.

Una de las rotaciones que más me impactó durante el internado fue la de pediatría, un campo que dejó huellas profundas en mí y me brindó valiosas lecciones de vida. Antes de continuar con mi relato, quiero destacar que siempre fui muy sensible, especialmente en situaciones que involucraban a niños.

Una tarde de guardia en un hospital pediátrico, las horas parecían interminables. Recibíamos emergencias de todo tipo: traumatismos, síndromes febriles, casos quirúrgicos, entre otros. Durante el día, estuve en el área de consultorios, colaborando con los médicos especialistas.

Al llegar la noche, mi turno cambió y pasé a la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Al ingresar a la sala, donde los niños estaban graves y entubados, sentí un frío recorrer mi piel y una tristeza profunda se apoderó de mi corazón al ver a esos pequeños luchando por su vida. En ese momento, me pregunté, ¿qué hago aquí?

Uno de los niños en la unidad de cuidados intensivos sufrió una parada cardíaca. En ese momento, mis nervios estaban al límite, pero era necesario actuar para intentar salvar su vida. Con el equipo médico de guardia, comenzamos las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y administramos la medicación indicada, sin embargo, no obtuvimos respuesta. A pesar de los esfuerzos y varios intentos para revertir el paro, el pequeño falleció.

La parte más difícil fue, sin duda, comunicarle a la madre lo sucedido. Ella había estado pendiente en todo momento, mostrando una profunda preocupación por su bebé. Al informarle de la muerte de su hijo, el grito desgarrador de esa madre rompió mi corazón en mil pedazos. Con tristeza y desconcierto, no podía creer que ese niño de solo 2 años ya no estaba, que había partido al descanso eterno.

En estado de shock, salí del área de UCI y me dirigí al pasillo. Caminé lentamente hasta llegar al baño más cercano. Cerré la puerta, me dejé caer y lloré desconsoladamente, preguntándome por qué un bebé tan pequeño tenía que atravesar tanto sufrimiento para llegar a lo inesperado: la muerte.

Esa experiencia marcó un antes y un después en mi vida hospitalaria. A medida que avanzaba hacia el final de mi internado, tomé una decisión firme: no quería ser pediatra. No porque no me gustaran los niños, sino porque no es lo mismo enfrentar la muerte de un adulto que la de un niño que apenas comenzaba a vivir. No quería volver a enfrentarme a una situación tan desgarradora.

Llegó mi año rural, y fui asignada a un centro de salud donde mi responsabilidad era ser la médica rural encargada de los niños del pueblo. La vida, con su imprevisibilidad, me llevó a un panorama distinto al que esperaba: en lugar de atender casos críticos, mi labor se centró en una atención más básica.

Llegué a convertirme en la pediatra del centro, y esa experiencia resultó ser increíblemente gratificante. No solo me encargaba de tratar a los niños, sino que también trabajaba en la prevención de enfermedades, realizando campañas y desarrollando diversos proyectos que, con la bendición de Dios, logramos sacar adelante.

Es importante destacar que todo lo aprendido durante mi medicatura rural no fue un proceso solitario. Hubo una doctora, que en tres meses terminaría su año rural y debía capacitarme, ya que yo tomaría su lugar cuando ella se fuera. Siempre cordial y dispuesta a compartir sus conocimientos, me guió en programas de nutrición y desparasitación para los niños del pueblo. Recuerdo a esa doctora, a quien llamaré Elena, con mucho cariño. Ella dejó una huella profunda en mí, y aunque lamentablemente ya no está entre nosotros, su legado permanece.

Una noche, mientras veía las noticias en la televisión, me enteré, con profunda tristeza, de que Elena había fallecido en un accidente aéreo. La avioneta en la que viajaba, transportando a un paciente a otro hospital, se había estrellado, y todos los tripulantes habían perdido la vida. En shock, lo único que pude pensar fue en sus dos pequeños hijos. La tristeza me invadió y exclamé: “¡Qué injusta es la vida!” Pero, a pesar del dolor, comprendí que son los designios de Dios. Elena dejó una marca importante en mi vida y formación profesional. Le estaré eternamente agradecida, sabiendo que desde el cielo sigue cuidando de sus pacientes y velando por sus hijos.

Con los años y la experiencia adquirida en mi labor como médico, he aprendido a gestionar mis emociones y sentimientos. He comprendido que la empatía en la práctica médica no implica compartir las emociones del paciente o su familia de manera que afecte mi juicio profesional. Más bien, se trata de establecer una conexión emocional, ponerse en el

lugar del otro sin perder la objetividad, lo que permite ofrecer una atención más humana y adecuada.

En un día habitual de trabajo, atendí a un paciente joven de 18 años, huérfano desde los 6, que había sido cuidado por su abuela. Este joven se encontraba hospitalizado con un diagnóstico en estudio de Lupus eritematoso sistémico. Durante el pase de visita, noté la preocupación y tristeza reflejada en el rostro de la abuela. Después de la ronda médica, volví a la habitación para hablar con el paciente y su familiar, buscando comprender mejor el historial clínico.

Al concluir mis preguntas y aclarar mis dudas, la abuela me pidió hablar a solas. Con mucha angustia, me expresó: "Doctora, quisiera saber qué sucede con mi nieto, lo veo cada vez más deteriorado y nadie me explica nada." Le expliqué la situación y las condiciones clínicas de su nieto de la manera más clara y compasiva posible, sembrando en ella una semilla de fe y esperanza.

El joven mejoró considerablemente y recibió el tratamiento adecuado. Para mi suerte, el día en que se le dio el alta, yo me encontraba de guardia. Cuando todo estuvo listo, me acerqué al paciente y a su abuela para entregarles las indicaciones de alta médica. Se confirmó el diagnóstico de LES, pero con el tratamiento y cuidado adecuado, él podría llevar una vida larga.

Al despedirme de ellos y prepararme para salir de la habitación, la señora tomó mi mano, me agradeció y me dijo: "Doctora, usted fue la única que supo escucharme y fue tan amable. Nunca cambie." Esas palabras llegaron profundamente a mi corazón, y sentí como si me las dijera mi propia abuela. Esta experiencia me enseñó que no solo el paciente sufre, sino también sus familiares. No sabemos qué problemas o cargas llevan sobre sus hombros. Por eso, es fundamental saber escuchar, tratar de comprender las

situaciones y ofrecer un rayo de esperanza. Hacerles sentir que no están solos, que hay alguien dispuesto a ayudar, alivia sus preocupaciones y dudas, y fortalece la confianza en el médico que los atiende.

La inteligencia emocional y la empatía nos permiten establecer mejores relaciones con los pacientes y sus familiares, lo que también contribuye a mejores resultados médicos. Los médicos que demuestran empatía y ponen corazón en su trabajo, porque realmente aman lo que hacen, suelen ser más valorados por sus pacientes, quienes se sienten cómodos al compartir sus inquietudes y seguir los tratamientos indicados.

EL DON DE AYUDAR

Med. Cristhian Vélez Alcívar



Hubo un momento en mi vida profesional que marcó un antes y un después. Desde entonces, nada volvió a ser igual.

En los últimos semestres de la carrera de medicina, anhelaba ejercer como médico. Sabía que el internado y el servicio rural serían mis primeras experiencias en el campo, y no me equivocaba: superaron todas mis expectativas.

Fue una transición inesperada: dejar de asistir a las aulas, abandonar las largas horas de estudio y preparación para los exámenes que me acercaban al sueño de ser médico. De pronto, debía enfrentarme a la vida profesional, ya fuera como médico de consultorio, en zonas rurales que jamás imaginé visitar—algunas inhóspitas—o en un servicio de emergencias. Al final, para eso nos preparamos, ¿no? Para contribuir desde cualquier lugar a la recuperación de los enfermos y promover la salud a través de la prevención.

Entonces llegó la pandemia. En medio de la crisis y con el deseo de ayudar, surgió la oportunidad de integrarme a una unidad hospitalaria. Muchos médicos enfermaban debido a la situación sanitaria; otros, comprensiblemente, renunciaban por miedo a perder la vida o por priorizar a sus familias. Fue en ese momento cuando comprendí que mi hora había llegado. Hablé con mis seres queridos y tomé la decisión de servir a la sociedad, de sumarme a la emergencia, donde cada

paciente, cada historia y cada enfermedad representaban un nuevo desafío.

El inicio no fue sencillo. La incertidumbre y la necesidad de adaptarme al ritmo hospitalario marcaron mis primeros días. Pasé de estudiar patologías en los libros a verlas frente a mí, en pacientes reales. Mis compañeros de guardia y los jefes de servicio fueron guías fundamentales en mi formación. Gracias a su apoyo y ejemplo, descubrí que el área de emergencia era un mundo completamente distinto, que exigía un alto nivel de responsabilidad. Por eso, cada día me esforzaba más, profundizando mis conocimientos a través de lecturas y talleres, preparándome para enfrentar cualquier desafío.

Recuerdo perfectamente mis inicios: era el principiante, el que redactaba historias clínicas, encendía los equipos, organizaba los insumos antes de cada procedimiento o simplemente sostenía la lámpara de iluminación. Lo hacía con entusiasmo, asegurándome de dejar todo listo para no perder la oportunidad de observar y aprender. Fue un proceso necesario para avanzar.

Con el tiempo y la experiencia, fui escalando. Ya no solo sostenía la luz; ahora formaba parte activa de los procedimientos. Mis compañeros me hacían sentir valorado, y llegó el momento en que consideraron que debía asumir un nuevo rol: jefe de guardia. Acepté el reto con responsabilidad.

Nunca olvidaré mi primera guardia como jefe. La noche transcurría tranquila, con pocos pacientes. De repente, el sonido de una ambulancia rompió el silencio. A lo lejos, vi las luces encendidas y al personal de salud acompañando al paciente. No conocía el cuadro, pero sus rostros reflejaban urgencia. Cuando abrieron las puertas traseras del vehículo, vi a una gestante en labor de parto prolongado. La situación se complicaba aún más: no contábamos con sala de partos ni servicio de gineco-obstetricia.

Mantuve la calma y trasladamos a la paciente al consultorio de ginecología. Todo el equipo estaba preparado. Conducimos el parto, realizamos las maniobras necesarias y logramos el nacimiento de una niña en óptimas condiciones. Al finalizar el procedimiento, salí a respirar el aire fresco de la madrugada.

A través de la oscuridad, un hombre joven se acercó. Alto, con una mirada que reflejaba gratitud, extendió su mano sin decir una palabra. Instintivamente, hice lo mismo. Su apretón fue firme, pero no solo transmitía fuerza, sino un agradecimiento profundo. Luego de unos segundos, me dijo: "Gracias, doctor. Gracias a usted, mi hija está viva". Sus palabras me conmovieron. Asentí y respondí con sinceridad: "No fui yo, fue Dios y todo mi equipo. Ellos son los verdaderos héroes".

Otra experiencia que marcó mi camino ocurrió una madrugada en la sala de emergencias. Ingresó una paciente joven, acompañada de su esposo. Padecía una enfermedad crónica y había desarrollado insuficiencia respiratoria. Inmediatamente, ordené su traslado al área de reanimación. En cuestión de minutos, su estado se deterioró y su nivel de conciencia comenzó a descender.

Como era habitual, el residente joven a cargo verificó todo lo necesario para asegurar la vía aérea. Sabíamos que sería un procedimiento complicado, pues la anatomía de la paciente estaba alterada por su condición. A pesar de haber practicado la intubación en simulaciones, mi compañero nunca había realizado el procedimiento en una situación real. Confié en él y le dije: "Es tu momento". Sin dudar, tomó la decisión y ejecutó las maniobras descritas en la literatura para casos de vía aérea difícil.

Finalmente, logró asegurar la intubación. Al terminar, me acerqué para felicitarlo, pero antes de que pudiera decir algo,

comenzó a aplaudir al equipo. Con humildad y emoción, expresó su gratitud por el compromiso y la entrega de cada uno. Ese día quedó claro, una vez más, que en la medicina nadie salva vidas solo. Es el trabajo en equipo lo que marca la diferencia.

Su sonrisa y su mirada reflejaban emoción, satisfacción y la certeza del deber cumplido. En ese instante, me vi reflejado en él: un joven médico con ansias de aprender, ayudar y mejorar. Recordé a mis propios mentores, quienes me guiaron en el camino, y comprendí que la medicina no es una competencia, sino una cadena de enseñanzas, experiencias y admiración por la vocación.

A lo lejos, en la sala de espera casi vacía, noté al esposo de la paciente. Sentado en la última fila, su expresión era de agotamiento y preocupación. En ese momento, mi compañero se acercó para darle el parte médico. Con profesionalismo y empatía, le explicó la situación y le brindó tranquilidad. Fue ahí donde entendí, una vez más, el verdadero propósito de nuestra labor: no solo cuidar la salud de los pacientes, sino también llevar alivio a quienes los aman.

LA DOCTORA QUE LE CURA

Med. Liliana Sinchi Valladarez



Creer en un entorno generoso no es algo común, pero que Dios nos dé la oportunidad de crecer en una familia que practique la generosidad, es una verdadera bendición. A lo largo de mi vida, y rodeada de muchas personas, he llegado a la conclusión de que no todos somos generosos ni estamos dispuestos a ayudar sin esperar algo a cambio. En las situaciones que nos plantea la vida, resulta doloroso no contar con los recursos necesarios para enfrentar cualquier enfermedad, y más aún cuando se trata de mujeres y niños que carecen de medios para acceder a atención médica o financiar sus tratamientos.

Creo que ser médico no debería limitarse a cobrar tarifas elevadas por un servicio; también debería implicar empatía hacia el enfermo y su familia. Sin embargo, este tema puede verse desde diversas perspectivas. Una de ellas podría ser positiva, considerando que ayudar a una mujer enferma, de recursos limitados y pocos ingresos, constituye un acto de generosidad. Por otro lado, desde una visión negativa, algunas personas creen que cobrar tarifas bajas o acudir a consultas domiciliarias sin cobrar es regalar el trabajo o pensar que uno tiene tiempo de sobra, entre otras cosas negativas. No obstante, para alguien de bajos recursos, estos comentarios carecen de relevancia.

Un día, a mediados de año, tras terminar un turno de 24 horas, y aún con mi uniforme, me dirigí a casa de mi madre. Mientras desayunábamos, llegó un hombre a quien llamaré "Juan", quien trabajaba en la construcción. Durante nuestra conversación, le hablé sobre los pacientes que había atendido y las experiencias del día. Fue entonces cuando me preguntó sobre mi profesión y lo que hacía, a lo que respondí que soy médico y que trabajo en un hospital público, donde atendemos a personas de todas las edades, condiciones y clases sociales. Juan vive en una zona rural, es soltero, tiene estudios básicos y recursos limitados. Iniciamos nuestra charla sobre la pandemia del COVID-19, de la cual él mencionó que le había costado familiares y conocidos. Me preguntó si tenía miedo al virus o a la muerte, y le comenté que no temía ni al virus ni a morir, pero que mi verdadero temor era contagiar a mi familia y ver cómo se destruían las vidas de los demás.

Seguimos conversando, y Juan me preguntó si alguna vez había atendido a algún paciente con osteomielitis. Le expliqué que no, ya que es una condición poco frecuente en el país y las estadísticas indican que no se ve con regularidad. Terminamos nuestra charla y me dirigí a mi casa.

La semana siguiente, al hacer otra visita, encontré a Juan conversando animadamente con mi madre. Sin embargo, se despidió rápidamente y se fue. Más tarde, mi madre me contó sobre su charla, en la que Juan le había hablado de la salud de su madre. Ella tiene alrededor de 52 años, es soltera, sin educación formal y madre de dos hijos. Le comentó que padecía de osteomielitis desde hace varios años, habiendo recibido múltiples tratamientos sin éxito, lo que la había llevado a pensar que tal vez su enfermedad era producto de algún tipo de hechicería, debido a la alta cantidad de dinero que había gastado en los tratamientos. La situación había obligado a Juan a quedarse soltero y destinar todos sus ingresos a cuidar de ella y financiar su tratamiento.

El mismo día, mi madre, con lágrimas en los ojos, me pidió que fuera a visitar a esa mujer. No pude negarme, así que fuimos juntas. Al llegar, encontramos una casa pequeña y muy modesta. Llamamos, pero nadie respondió, por lo que decidimos entrar al ver que la puerta principal no estaba cerrada con seguro.

Al ingresar, escuchamos su voz débil y dolorida pidiéndonos que pasáramos. Tristemente, la encontramos acostada en una cama sencilla. Su rostro, marcado por la enfermedad, quedó grabado en mi memoria: tenía una expresión caquética, los ojos amarillentos, ojeras profundas y una esperanza palpable de que yo pudiera aliviar su sufrimiento. Dado que fue una visita inesperada, no llevaba conmigo mi equipo médico, por lo que solo pude hacerle un examen físico limitado a la zona afectada, ya que ella me mencionó que su dolor se centraba en la pelvis.

Me explicó que le estaban administrando sueros vitamínicos, que según ella, le ayudaban a recuperar algo de fuerza, y me pidió que le pusiera uno nuevamente. Me comentó que no contaba con mucho dinero, pero que podría pagármelo después. Acepté ayudarla, le recomendé algunos analgésicos y procedí con el tratamiento. Tras terminar, me preguntó cuánto debía pagarme, sorprendida al saber que solo cobraría por los insumos. Me dijo que era muy barato en comparación con lo que usualmente pagaba, pero, viendo su situación, algo en mí no me permitió cobrarle más de lo que realmente podía pagar.

Una semana después volví a visitarla y la encontré mucho más animada y con más fuerza. Estaba feliz y agradecida, lo que me llenó de satisfacción. Realicé alrededor de cinco visitas más, siempre encontrándola más recuperada y en mejor ánimo.

Habían transcurrido varios días y semanas sin que me pidieran que la visitara, hasta que, a finales de año, me solicitaron que acudiera a hacerle una valoración médica. Al llegar, para mi sorpresa, encontré que su estado había empeorado; estaba muy débil, con una expresión facial dolorosa, signos claros de deshidratación y un estado caquético. Aunque su situación era similar a la primera vez que la vi, esta vez había perdido tejido en la zona pélvica, con un absceso drenando una cantidad considerable de contenido. Ella me comentó que solía padecer estos episodios agudos y que ya se había acostumbrado a ellos.

Consideré que no podía hacer mucho en ese momento, así que le sugerí acudir a una clínica, ya que su problema parecía grave. Sin embargo, se negó sin ofrecerme una razón clara y solo me pidió que le aliviara el dolor. Intenté buscar ayuda a través de una fundación debido a las dificultades económicas que enfrentaba, pero no obtuve respuesta positiva, ya que en la clínica me informaron que no podían atender pacientes con esa clase de problemas debido a la carga bacteriana que implicaba.

Lo único que pude hacer fue proporcionarle drenajes y limpiarla con insumos que logré conseguir del hospital donde trabajo. Ese mismo día le recomendé antibióticos intravenosos, analgésicos y una limpieza exhaustiva de todo lo que estuviera en contacto con ella. Regresé dos días después, sin que ella me hubiera solicitado la visita, y luego acudí a diario para administrar su medicación. Con el paso del tiempo, y tras muchos cuidados, drenajes, limpiezas y antibióticos, y con el apoyo de sus familiares, su salud fue mejorando poco a poco.

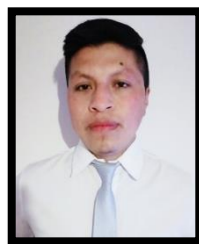
Las largas conversaciones que teníamos mientras realizaba las curaciones ayudaron a estrechar el vínculo entre médico y paciente, algo que tal vez nunca había experimentado de esa forma. Su frase: "No puedo pagarle, pero Diosito le pagará"

me tocó profundamente. Para mí, el rol de médico no se limita a curar y cobrar, sino que también debe implicar empatía frente al dolor y la necesidad. Acompañar al paciente y su familia, entender su sufrimiento, es algo que nos recuerda que algún día podríamos encontrarnos en una situación similar.

Acudir todos los días y ver la evolución favorable, el agradecimiento y la alegría que demostraba ella y sus hijos todos los días son motivadores, a mi parecer talvez no llenan el bolsillo, pero si llenan el corazón. Ahora no solo somos conocidas ahora soy para ella su “Doctora que le cura” a la que espera siempre con su mirada brillante y en la que ha depositado una esperanza, después de Dios quien es el dueño de la vida de todos. Los seres humanos estamos de paso en esta vida y mientras sea posible debemos dejar una huellita positiva en las personas que tiene esperanza en nosotros.

LAZOS TERAPÉUTICOS

Med. Luis M. Ulcuango Guzmán



La medicina es una profesión en la que se viven momentos tanto gratificantes como difíciles. Presenciar la recuperación de un paciente es una satisfacción indescriptible, pero también hay situaciones complejas que requieren intervención en áreas críticas. La mayoría de los profesionales de la salud han enfrentado este tipo de circunstancias, pero ¿cómo reaccionar cuando quien ocupa una cama en cuidados intensivos es alguien cercano?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”¹. Sin embargo, alcanzar este equilibrio es un desafío, ya que la vida cotidiana está llena de obstáculos que afectan el bienestar.

A diario, el personal médico atiende diversas patologías en pacientes con quienes, en la mayoría de los casos, no tiene un vínculo previo. No obstante, a lo largo del tratamiento, especialmente en enfermedades crónicas o incurables, se generan lazos de confianza fundamentales para el manejo clínico. Esta conexión puede marcar la diferencia en la evolución del paciente y en la calidad de la atención brindada.

La relación entre los pacientes y el personal de salud crea vínculos basados en la aceptación mutua. Se afirma que “el

¹ OMS. (2025). Obtenido de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

vínculo es una estructura relacional en constante intercambio emocional, comunicacional y concreto, que trasciende el psiquismo individual y exige un trabajo psíquico continuo”. Cuando se establece un lazo emocional, la adhesión a los tratamientos propuestos resulta más efectiva.

En la actualidad, existen centros de atención especializados en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y en fase terminal. En ambos casos, el apoyo del equipo médico es esencial para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente.

El personal sanitario, especialmente el médico, debe promover una relación fluida entre el paciente, su familia y el equipo de salud. Es crucial mantener un diálogo constante, brindar información clara y estructurada sobre la evolución del cuadro clínico y abrir espacios para que tanto el paciente como sus familiares expresen preguntas o preocupaciones. Todo esto debe hacerse respetando la cultura, las creencias y tradiciones de cada persona, asegurando siempre su autonomía y confidencialidad.

Existen también centros de salud especializados en cuidados paliativos, cuyo objetivo es proporcionar una atención integral que abarque los aspectos físicos, emocionales y espirituales, tanto del paciente como de su familia. Estos servicios buscan ofrecer una atención de calidad que respete la dignidad de las personas.

Las terapias propuestas deben ser comunicadas de manera comprensible a los pacientes y sus familiares, quienes deben involucrarse activamente en la toma de decisiones junto con el equipo médico.

Es esencial el acompañamiento de los seres queridos a aquellos pacientes cuya enfermedad no tiene cura. En este contexto, tanto la medicina como la familia trabajan en conjunto para brindar el mejor cuidado posible, reconociendo

la carga emocional de vivir con una enfermedad terminal. Se debe asegurar que el paciente reciba una vida de calidad, minimizando las dolencias físicas y emocionales derivadas de la enfermedad.

La interacción constante entre los profesionales de salud, los pacientes y sus familiares genera vínculos emocionales que fortalecen la confianza mutua. Este lazo es crucial, ya que facilita la implementación de medidas terapéuticas que ayuden a aliviar el sufrimiento del paciente.

Los profesionales de la salud deben establecer límites claros, reconociendo la importancia de proporcionar las medidas de confort y terapias necesarias para aliviar las dolencias derivadas de la enfermedad. Sin embargo, es crucial evitar caer en el encarnizamiento terapéutico o causar daños emocionales a la familia, e incluso al propio personal médico, cuando se siente que no se pueden hacer más esfuerzos para ayudar al paciente.

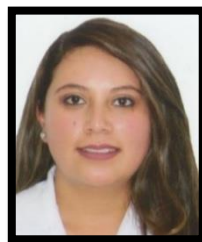
Es igualmente importante el acompañamiento psicológico a los familiares, para prevenir que el sufrimiento del paciente afecte su bienestar emocional. Los seres queridos deben entender que, aunque la enfermedad no pueda ser curada, es posible hacer que el día a día sea más soportable.

En el ejercicio de la profesión, los profesionales de la salud se preparan para atender tanto al paciente como a su familia. Durante este proceso, se desarrollan vínculos emocionales con los pacientes y sus seres queridos, lo que puede llevar a buscar medidas que prolonguen la vida. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que tales medidas no curan la enfermedad. Además, es esencial cuidar de la salud de los familiares y del bienestar emocional del propio personal sanitario.

"No podemos cambiar el destino, pero sí podemos hacer que el camino sea más llevadero."

SABIDURÍA COMPARTIDA CONTRA ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

Med. Estefanía Rivadeneira Aguirre



La epidemiología se ha consolidado como una ciencia esencial, actuando como un faro que ilumina el vasto océano de la salud. Desempeña un papel crucial en la humanidad, proporcionando una visión amplia desde una perspectiva integral de la medicina. No solo se enfoca en las enfermedades, sino que también explora las complejas interacciones entre los factores biológicos y sociales. A través de la investigación y el monitoreo constante, su propósito es describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, permitiendo intervenciones precisas basadas en estos estudios.

Numerosos eventos con potencial epidémico y pandémico son objeto de vigilancia epidemiológica a nivel global y nacional. Un claro ejemplo de ello fue la pandemia de COVID-19, que causó una alarma mundial y un colapso en los sistemas de salud, desbordando los hospitales y afectando gravemente la salud mental de la población en general y del personal de primera línea.

En este contexto, la aparición y rápida propagación de una nueva enfermedad contagiosa, hasta entonces no detectada en diversas regiones, como la viruela símica, generó una alerta tanto en la población como en los sistemas de salud, dada la posibilidad de su llegada a nuestro país. La notificación de los primeros casos sospechosos en otros países, seguida de los

primeros registros en Ecuador, incrementó aún más la preocupación y la incertidumbre.

A pesar de que el personal de salud está preparado para abordar enfermedades de este tipo y cuenta con experiencia en diversas especialidades, la aparición de una nueva enfermedad desconocida, como el COVID-19, presentó un reto significativo tanto para la población como para los profesionales sanitarios. Este desafío me trae a la memoria dos casos específicos: uno relacionado con una sospecha de enfermedad y otro con un caso confirmado.

El primer caso ocurrió un día laboral como cualquier otro, cuando recibimos una llamada de una autoridad informándonos que, debido a la georreferencia, nuestro hospital debía atender a un paciente con sospecha de viruela símica. En ese momento, se activó el protocolo de preparación que habíamos estado desarrollando durante varios meses con el personal de salud y las autoridades competentes.

El proceso comenzó con la notificación inmediata a las autoridades pertinentes, al punto focal de riesgos, al personal de emergencia y a otros equipos clave, con el objetivo de asegurar una preparación adecuada para la llegada del paciente. Este protocolo fue esencial para garantizar que todos los aspectos de la atención se cubrieran de manera eficiente y efectiva. Se activaron los planes de contingencia para manejar una posible emergencia, y cada miembro del equipo conocía su rol y las acciones a tomar. Gracias a la coordinación precisa y la logística entre los diferentes servicios, logramos garantizar el traslado del paciente desde el aeropuerto hasta el hospital de manera rápida y segura.

Fue entonces cuando la vigilancia epidemiológica, en colaboración con infectología y otros profesionales de diversas disciplinas, asumió la responsabilidad de liderar la

atención del paciente. Sabíamos que, al tratarse de una enfermedad altamente contagiosa, era crucial recibir al paciente en un lugar que contara con las medidas necesarias para asegurar tanto su atención médica adecuada como un aislamiento efectivo, previniendo la transmisión mediante la implementación rigurosa de los protocolos de bioseguridad, tanto para el paciente como para el personal de salud.

Se organizó que el equipo encargado de la atención del paciente estuviera completamente equipado con los elementos de protección requeridos. Estos equipos fueron esenciales para garantizar la seguridad del personal y evitar posibles contagios. Asimismo, los responsables de la toma de muestras siguieron meticulosamente los procedimientos establecidos para minimizar cualquier riesgo. El equipo de investigación epidemiológica, cuya participación fue clave, comenzó a recopilar la información necesaria para llevar a cabo un cerco epidemiológico adecuado.

Cuando el paciente finalmente arribó, el miedo y la incertidumbre se apoderaron de todos los presentes. La falta de conocimiento sobre la magnitud de la enfermedad y el temor al contagio crearon una atmósfera de nerviosismo generalizado. Sin embargo, comprendíamos la importancia de actuar con la profesionalidad y seriedad que la situación requería. La atención comenzó de inmediato, aplicando todos los protocolos establecidos con el mayor cuidado posible. A pesar de los esfuerzos, nos encontramos con una gran dificultad: la barrera del idioma, ya que el paciente era extranjero y su lengua materna difería significativamente de la nuestra. Para superar este obstáculo, recurrimos a un intérprete, lo que facilitó una comunicación más precisa y fluida para obtener la información clínica necesaria.

Pese a las limitaciones, se consiguió recopilar todos los datos relevantes sobre su historial médico y los síntomas presentados. Se tomaron las muestras necesarias para

confirmar o descartar el diagnóstico. Tras evaluar su estado de salud, se determinó que el paciente se encontraba en condiciones aptas para un manejo ambulatorio, por lo que no requería hospitalización. Se le proporcionaron las indicaciones pertinentes y fue dado de alta, siendo trasladado a un lugar adecuado para garantizar su aislamiento hasta obtener los resultados.

Todo esto fue posible gracias a la colaboración entre las diversas áreas del sistema de salud, lo que permitió ejecutar el proceso de manera organizada, reduciendo al mínimo el riesgo tanto para el paciente como para el personal de salud. Esta coordinación anticipada resultó crucial para asegurar una respuesta eficiente ante la situación.

Días después, recibí una nueva llamada de las autoridades, informándonos que los resultados de las pruebas fueron negativos y que el paciente no padecía la enfermedad sospechada. Esta noticia brindó alivio a todos, ya que se descartó la posibilidad de una nueva amenaza sanitaria. Asimismo, se notificó de inmediato a las autoridades hospitalarias correspondientes, quienes estaban al tanto del seguimiento y las medidas implementadas para prevenir cualquier posible contagio.

Este aprendizaje nos preparó para lo que vino a continuación, ya que poco tiempo después surgió otro caso que requería nuestra atención inmediata. El paciente, que ya estaba bajo vigilancia epidemiológica debido a la confirmación de otros dos eventos notificados, fue identificado como sospechoso de viruela símica. Ante esta situación, los equipos de salud se pusieron nuevamente en marcha, con el objetivo de aplicar todas las medidas de prevención, diagnóstico y atención necesarias para abordar el caso de manera adecuada.

Una vez más, el equipo de vigilancia epidemiológica, infectología y el resto del personal de salud se encontró ante una situación similar. Sin embargo, gracias a la experiencia adquirida con el caso anterior, pudimos abordar la situación con mayor seguridad. Nos dirigimos al lugar de atención del paciente, realizamos la investigación pertinente, recopilamos posibles factores de riesgo y procedimos con el cerco epidemiológico.

El equipo de laboratorio, con mayor experiencia ante esta situación, procedió a tomar las muestras necesarias, que fueron enviadas para su análisis. Sin embargo, el estado de salud del paciente era crítico, y la posibilidad de un resultado positivo representaba un desafío tanto para sus médicos de cabecera como para el equipo de infectología.

Tras recibir los resultados, se confirmó el diagnóstico positivo. Nos encontrábamos ante nuestro primer caso confirmado, lo que supuso un reto tanto para el paciente como para el personal sanitario. Al tratarse de un caso confirmado, surgió el temor a un posible contagio. Se reforzaron las indicaciones sobre el manejo adecuado, y se proporcionó una atención integral. Durante su hospitalización, el paciente recibió atención de máxima calidad y logró recuperarse satisfactoriamente después de varias semanas.

Estas experiencias nos dejaron valiosas lecciones. Nos enfrentamos a una situación inédita que puso a prueba nuestra capacidad profesional. Durante el proceso, lidiamos con el estrés de manejar una nueva enfermedad contagiosa, pero también adquirimos habilidades esenciales para gestionar la incertidumbre. Este aprendizaje fue clave para estar mejor preparados ante futuros casos. Nos enseñó a actuar con rapidez, pero también a mantener la calma en momentos de alta presión, una habilidad crucial al tratar con emergencias sanitarias.

Además, esta experiencia reforzó la importancia del trabajo en equipo. Desde la notificación inicial hasta la resolución del caso, quedó claro que la coordinación entre las diversas áreas del sistema de salud fue fundamental para una gestión efectiva. La colaboración entre los equipos de vigilancia epidemiológica, infectología, laboratorio y el personal encargado de la atención directa fue clave para garantizar una atención eficaz y minimizar riesgos. Asimismo, la cooperación interinstitucional resultó indispensable, ya que las autoridades competentes y el hospital trabajaron de forma sincronizada, cumpliendo rigurosamente los protocolos establecidos.

CONEXIÓN EN EL DOLOR

Med. Alejandra Moreno Nasevilla



A lo largo de mis años de formación en medicina, muchos de nosotros nos centramos en aprender a identificar síntomas, realizar diagnósticos y manejar las patologías más comunes que enfrentaremos a diario. Sin embargo, no todos los médicos desarrollan habilidades de comunicación efectiva para establecer una relación sólida con sus pacientes. Afortunadamente, tuve la oportunidad de estudiar en una universidad que no solo se enfocaba en la enfermedad, sino que también me enseñó a comprender al paciente como un ser humano. Además, la educación que recibí en mi hogar me permitió cultivar una buena comunicación y conexión con mis pacientes.

Este tipo de conexiones me ha permitido ir más allá del curso natural de la enfermedad. He aprendido a entender cómo las circunstancias de la vida de una persona pueden influir en el desarrollo de una enfermedad, provocando que el cuerpo reaccione a través de ella. Esto puede ser complicado de manejar, ya que el vínculo creado con el paciente o su familia puede impactar nuestra labor diaria, tanto de manera positiva como negativa, especialmente cuando debemos enfrentar la pérdida de un ser querido. Esto explica, en parte, por qué algunos profesionales de la salud prefieren no establecer vínculos estrechos con los pacientes, y con el tiempo, muchos aprenden a desarrollar lo que comúnmente se denomina un “corazón de piedra”.

Al recordar mis días como interna rotativa de medicina, me viene a la mente el entusiasmo y temor con los que rotaba por cada servicio a lo largo del año. En cada uno de ellos, aprendí sobre diversas patologías, reforcé mis conocimientos, me ocupé de la burocracia, me relacioné con profesionales dispuestos a compartir sus experiencias y con otros más reservados. Conocí compañeros sedientos de aprendizaje, y con algunos de ellos, además de adquirir conocimientos, compartimos nuestra empatía hacia los pacientes. Lo que más me impactó, sin embargo, fue cómo, en cada rincón del mundo, la vida y la muerte se presentaban día tras día.

Roté por uno de los servicios más exigentes del hospital, donde el flujo de pacientes era constante. Entre los procedimientos que realizaba a diario se incluían la toma de muestras sanguíneas, la colocación de sondas nasogástricas y la realización de gasometrías, entre otros. Aunque algunos compañeros consideraban la gasometría un procedimiento tedioso y complicado, para otros era una tarea que podíamos ejecutar con cierta facilidad, aunque debo admitir que siempre me generaba una dosis de angustia, debido al dolor que ocasionaba al paciente. El verdadero desafío surgía cuando, tras varios intentos, no lográbamos obtener la muestra necesaria.

Recuerdo el primer día que conocí a quien conmovería profundamente mi corazón. La llamaremos Sra. Luisa. Aquella jornada, los residentes a cargo solicitaron una gasometría, así que me dirigí a realizarla como de costumbre. Al llegar, encontré a una dulce señora mayor, acostada y acompañada por su hijo, quien me observó, y su mirada transmitió algo diferente: una mezcla de esperanza, suavidad y temor. Me presenté y le expliqué el procedimiento. Le pregunté si lo había recibido antes, y me respondió que sí, que le dolía mucho y que a veces no lograban realizarlo. Le aseguré que haría todo lo posible por hacerlo de la manera

más rápida y menos dolorosa. Su respuesta fue: “Claro, doctorita, haga lo que tenga que hacer.” Le sonreí y comencé con el procedimiento.

Mientras lo realizaba, su hijo me comentó que llevaban casi una semana en el hospital y que aún no sabían el diagnóstico de su madre. Conversamos un poco más mientras yo luchaba por obtener la muestra, lo cual no fue fácil. Finalmente, logré tomarla y me retiré, esperando los resultados.

Con el paso de los días, me acercaba a la Sra. Luisa cada vez que podía. Conversábamos brevemente, y ella me hablaba de su familia, de cómo había quedado sola. Aunque su deterioro era evidente, ya que comenzaba a edematizarse, sus familiares estaban cada vez más preocupados.

Durante mi guardia nocturna, los residentes solicitaron la realización de una gasometría y un hemocultivo. Me acerqué con mi compañera, y al llegar, encontramos a la Sra. Luisa dormida y sujeta a la camilla. Su hijo nos informó que su condición había empeorado y que había comenzado a presentar episodios de delirio. Intentamos despertarla y le explicamos lo que íbamos a hacer; ella respondió con una leve sonrisa y asintió.

Mientras mi compañera realizaba el hemocultivo, me quedé conversando con su hijo. Me comentó que, aunque preocupado por el estado de su madre, sentía alivio por haber podido compartir varios momentos con ella antes de que enfermara. A pesar de lo difícil de la situación, se sentía en paz al estar a su lado en esos momentos.

Mi compañera tardó unos minutos debido a lo complicado que resultaba el edema. Luego me miró con cara de preocupación y dijo: "Sale agua". Le pregunté sorprendida: "¿Agua?". Supuse que tal vez no estuviera en la vena, pero al intentarlo varias veces, obteníamos lo mismo. Finalmente, con dificultad, conseguimos extraer una pequeña cantidad de

sangre de la arteria braquial para las muestras. Con frustración y tristeza por el estado de la Sra. Luisa, nos retiramos para continuar con nuestra guardia.

Al cabo de tres días, los resultados confirmaron lo que temíamos: septicemia. La paciente recibió un tratamiento antibiótico específico para la bacteria encontrada, pero no hubo una buena respuesta, por lo que se cambió el antibiótico. Día a día, los familiares se acercaban a visitarla, algunos con tristeza, otros con preocupación. Cuando iba a verla, ya casi no se movía, y solo podía sostener su mano, esperando una respuesta, aunque fuera con un ligero apretón. Su hijo, con el tiempo, fue aceptando lo inevitable, y su rostro reflejaba tranquilidad y espera.

Un día, mientras realizaba procedimientos en el piso, observé que los auxiliares sacaban una camilla tapada al final del pasillo. Lo peor había sucedido: la Sra. Luisa había fallecido. Detrás de la camilla, su hijo caminaba lentamente. No pude acercarme en ese momento. Minutos después, entré a su habitación solo para confirmar lo que no quería creer. Mi compañera me preguntó si ya sabía lo ocurrido, y al asentir, nuestros ojos se llenaron de lágrimas. No tuvimos tiempo para procesarlo, ya que debíamos continuar con nuestras tareas y nuestras vidas.

Como médico, me he enfrentado a situaciones similares que aún generan un fuerte impacto en mí. Sin embargo, con el tiempo, me siento más capacitado para ofrecer el apoyo necesario, brindando una comunicación más efectiva. He aprendido a no dejar que cada caso difícil me afecte de la misma manera que el primero.

A muchos de nosotros, los profesionales de la salud, nos ha tocado lidiar con momentos de profunda tristeza. Sin embargo, es fundamental recordar que nuestra relación con los pacientes es clave. La enfermedad ya les pesa lo

suficiente, por lo que no debemos convertirnos en una carga adicional. Al mismo tiempo, nuestra labor está llena de alegrías: el nacimiento de una nueva vida, las sonrisas de los niños, el agradecimiento sincero de los pacientes cuando sienten alivio. Estos momentos son los que nos dan fuerzas y nos motivan a seguir adelante, comprometidos con nuestra misión de ayudar a quienes más lo necesitan.

IMPROVISAR, ADAPTARSE Y VENCER: DEVENGACIÓN EN EMERGENCIAS

Med. Abel Ricardo Aillón Almeida



Con la pandemia aún en su segundo año, iniciamos nuestra devengación con una mezcla de incertidumbre y emoción. Asumimos el rol de primera línea en la atención de pacientes afectados por una crisis sanitaria implacable, pero nos aferramos al autocuidado para protegernos y evitar la propagación del virus. Día tras día, enfrentamos casos de diversas complejidades, manteniéndonos firmes en nuestra labor.

Este primer año nos transforma tanto en lo personal como en lo profesional. Moldea nuestro carácter y nos permite conocer a quienes luchan a nuestro lado, unidos por el servicio a los demás y enfrentando una enfermedad aún sin tratamiento definitivo.

Las jornadas transcurren entre días intensos y noches en vela. A pesar de los esfuerzos del equipo de salud, la pérdida de pacientes graves se vuelve una constante, dejándonos un profundo sentimiento de tristeza e impotencia. En cada despedida, guardamos un instante de silencio y respeto, siendo muchas veces su única compañía antes de partir. Una pandemia no distingue género, edad ni condición social, pero también nos deja momentos de esperanza cuando algunos logran recuperarse y recibir el alta.

Esta experiencia transforma nuestra percepción sobre la vida y la muerte. Nos recuerda lo efímera que puede ser la

existencia y nos enseña a valorar cada día en el que seguimos aquí.

Las fechas importantes de este año se viven de manera distinta debido al aislamiento. El miedo al contagio transforma las reuniones en videollamadas y plataformas como Zoom sustituyen los encuentros presenciales. Los abrazos físicos se convierten en gestos virtuales, y la educación se traslada por completo al ámbito digital. Las calles reflejan un ambiente desolado, pero, a cambio, el cielo azul, libre de smog, se hace visible y el aire limpio devuelve la esperanza en un mundo que valora más la vida.

El segundo año de la pandemia trae consigo un respiro para el personal de salud, aunque los brotes y rebrotes persisten. La atención comienza a cambiar: los casos críticos de la pandemia ceden espacio a pacientes con enfermedades crónicas descompensadas por la falta de controles médicos durante el confinamiento. Muchas patologías requieren seguimiento continuo y medicación constante, y la interrupción de estos tratamientos tiene serias consecuencias.

La cultura del autocuidado se fortalece con la proximidad de una enfermedad que aún presenta incertidumbre. Sin embargo, para el personal de salud, tras años de enfrentamiento diario, ya no es un enemigo desconocido. La llegada de las vacunas brinda un respaldo esencial, ayudando a reducir complicaciones y ofreciendo una nueva herramienta en esta lucha.

La cultura del autocuidado y la vacunación han sido claves para reducir la morbimortalidad en pacientes que continúan llegando día tras día, en este tercer año de una pandemia arraigada en nuestra memoria y rutina.

En nuestro tercer año, a diferencia de los años anteriores, esta etapa estuvo marcada por la disminución de casos de COVID-19 y el aumento de urgencias relacionadas con patologías

generales, como traumas, intoxicaciones y descompensaciones graves de enfermedades crónicas. Cada jornada fue un esfuerzo constante por salvar vidas, muchas de ellas afectadas por la falta de controles médicos durante el confinamiento. Esta realidad nos recuerda la importancia del autocuidado en todas sus dimensiones: física, emocional y espiritual.

El desgaste mental fue una constante, no solo por enfrentar una enfermedad desconocida y sus complicaciones, sino también por retomar la atención de patologías habituales que se habían acumulado en los servicios de emergencia. Pasamos de vivir inmersos en la pandemia, donde cada comida estaba acompañada por conversaciones sobre el virus, a reacomodarnos en una rutina médica más familiar. Adaptarnos nuevamente a la dinámica de una emergencia "normal" requirió un cambio de mentalidad.

Esta experiencia dejó lecciones valiosas. La adopción de hábitos saludables, como el lavado de manos, la desinfección adecuada de la ropa y la correcta gestión de desechos, se volvió parte de la vida cotidiana. Además, la ausencia de quienes perdimos refuerza la necesidad de la prevención y el fortalecimiento ante futuros desafíos. La pandemia transformó nuestra forma de pensar, impulsándonos a dejar el individualismo para asumir la responsabilidad del cuidado mutuo.

Este cuarto año estuvo marcado por experiencias transformadoras, tanto en lo personal como en lo profesional. Descubrí un amor sano, que irrumpió en mi vida como un vendaval, derribando creencias arraigadas por vivencias pasadas. Aprendí a ver el amor como un pilar fundamental, capaz de impulsar el crecimiento personal sin perder la esencia propia.

En el ámbito profesional, emprendí un viaje lleno de incertidumbre, enfrentándome a una cultura distinta, donde el compromiso y la empatía con los pacientes fortalecen la resiliencia y favorecen la recuperación. Este año también trajo consigo el regreso a las festividades tal como solíamos vivirlas, rodeados de familia, amigos y colegas, disfrutando de una normalidad tan anhelada en tiempos de pandemia. Sin embargo, esa normalidad llegó con un matiz diferente: un profundo respeto por lo vivido y una renovada gratitud por el presente.

Cierro este ciclo con la certeza de haber dado lo mejor de mí en una etapa donde la productividad y el individualismo suelen imponerse. Me llevo el amor sano, la honestidad de quienes me rodearon, las lecciones aprendidas y un crecimiento integral que ha dejado una huella imborrable.

Comprendí que el verdadero camino comienza con la elección de quién queremos ser y cómo queremos vivir. Cultivar nuestro jardín interior, mantener la autenticidad y atraer la mejor energía es esencial para nuestro desarrollo emocional, familiar y espiritual. Cada persona que entra en nuestra vida nos deja algo valioso: algunas enseñan virtudes, otras lecciones, pero todas contribuyen a nuestro crecimiento. Lo importante es conservar la esencia sin ceder a la necesidad de encajar.

Hoy agradezco cada experiencia y a cada persona que ha formado parte de este viaje. Solo me queda decir: *GRACIAS POR EXISTIR.*

Finalmente, comprendí que el trabajo no lo es todo; el descanso y la recuperación física, mental y espiritual son esenciales para recargar energías y seguir sirviendo a los demás. Todo esto forma parte del verdadero *AUTOCAUIDADO.*

Gracias, gracias, gracias.

RESPLANDOR MÁGICO: EL VIAJE HACIA LA SANACIÓN

Med. David Camacho Molina



El sol, tímido y perezoso, despuntaba en el horizonte, bañando el pueblo con una luz dorada y etérea. Con el corazón inquieto y una maleta repleta de sueños, un médico recién graduado llegó a aquel rincón remoto para cumplir su año de salud rural. Las calles de tierra y las casas coloridas, desgastadas por el tiempo, parecían atesorar historias de antaño, mientras la selva envolvía el lugar en un abrazo místico y silencioso.

Desde el primer día, se entregó a su labor con pasión. Cada paciente que cruzaba la puerta de su consulta traía consigo un enigma, una vida que él intentaba descifrar con la precisión de un detective. Aunque lo motivaba el deseo de ayudar, también anhelaba forjar lazos y encontrar su lugar en el mundo.

Fue en una de esas tardes de rutina agotadora cuando sus ojos se cruzaron con los de ella, quien había llegado al pueblo con el mismo propósito noble. Desde el primer instante, surgió entre ambos una conexión inexplicable, un vínculo que trascendía las palabras y los gestos. Juntos recorrieron senderos cubiertos de verde, se dejaron llevar por el murmullo de los ríos cristalinos y contemplaron cascadas como si presenciaran un milagro. Bajo el cielo estrellado de la Amazonia, compartieron risas y confidencias, hasta que la camaradería se transformó en un amor profundo y secreto.

Las primeras semanas transcurrieron como un sueño donde todo fluía con naturalidad. Caminaban por la selva, descubrían rincones ocultos para conversar durante horas y se quedaban despiertos hasta el amanecer, fascinados por la inmensidad del cielo estrellado. Cada instante juntos era un nuevo capítulo en la historia que escribían con entusiasmo y esperanza.

El joven médico experimentaba la satisfacción de ayudar a la comunidad y la felicidad de su creciente relación. Sin embargo, pronto comprendió que equilibrar su vida profesional y personal sería un desafío mayor de lo esperado.

La rutina comenzó a infiltrarse lentamente entre ellos. Las extensas jornadas en el centro de salud, las emergencias nocturnas y la presión constante de velar por otros desgastaron los cimientos de su relación. Las conversaciones antes interminables se redujeron a palabras sueltas, y los paseos por la selva fueron reemplazados por el cansancio y la repetición de los días. La chispa inicial se apagaba, dando paso a una monotonía pesada que ambos evitaban enfrentar.

El agotamiento físico y emocional se tradujo en roces y desacuerdos. Las risas compartidas dieron paso a silencios incómodos, y las miradas cómplices se convirtieron en miradas ausentes. En un intento desesperado por recuperar lo que se desvanecía, él planeaba pequeñas escapadas y sorpresas, pero el desgaste de ambos hacía que esos gestos parecieran insuficientes.

La vida, con su cruel ironía, fue tejiendo una red de mentiras y desconfianza. Promesas incumplidas y secretos ocultos sembraron dudas en sus corazones. Lo que antes era un vínculo sólido y lleno de vida se convirtió en un campo minado de resentimientos silenciosos. Agobiada por las exigencias del trabajo y de la relación, ella comenzó a distanciarse, buscando consuelo en otros brazos a escondidas.

La depresión lo atrapó con una fuerza devastadora. Cada día amanecía envuelto en una nube oscura que entorpecía sus pensamientos y movimientos. Sus responsabilidades se tornaron insostenibles, y lo que antes le daba alegría se convirtió en una fuente de angustia. Se aisló de su familia y amigos, sumergiéndose aún más en su sufrimiento. La fatiga se volvió su compañera constante, y los pequeños placeres de la vida perdieron todo sentido.

El miedo a mostrar su vulnerabilidad lo llevó a encerrarse en sí mismo. La presión social de aparentar fortaleza pesaba sobre sus hombros. Creía que debía seguir adelante sin importar el costo, sofocando cualquier intento de pedir ayuda por vergüenza y temor al juicio. La soledad se hizo más profunda y sus pensamientos cayeron en un abismo de desesperanza.

Finalmente, en un acto de valentía, decidió buscar ayuda. Pero en ese instante, un temblor recorrió su cuerpo y un pánico incontrolable lo invadió. Su respiración se tornó rápida y entrecortada, su corazón latía con furia, y una sensación de asfixia lo paralizó. Estaba atravesando una crisis de ansiedad.

Lo trasladaron de urgencia al centro médico. Al llegar, lo atendí junto con el equipo de turno, actuando con rapidez según el protocolo establecido. Primero, le proporcionamos un ambiente seguro y libre de estímulos que pudieran agravar la crisis. Luego, administramos oxígeno suplementario para aliviar la sensación de asfixia y monitoreamos sus signos vitales: ritmo cardíaco, presión arterial y saturación de oxígeno.

Dado que presentaba pensamientos autolíticos, activamos el protocolo de prevención de suicidio, asegurando una evaluación psiquiátrica inmediata. Para controlar la crisis, le administramos un ansiolítico con el fin de reducir su ansiedad y estabilizar su estado emocional. Durante todo el proceso,

mantuvimos una comunicación empática, validando sus emociones y garantizando su seguridad.

Tras su estabilización, organizamos un seguimiento riguroso con especialistas en salud mental para brindarle apoyo continuo. Aunque el camino fue difícil, logró reconstruir su vida, comprendiendo que cuidar de sí mismo era esencial para poder ayudar a los demás. Cuidar de su salud física y mental, se convirtió en un pilar fundamental en su proceso de recuperación.

El año de servicio rural llegó a su fin, marcando el cierre de una etapa llena de luces y sombras. Con el alma forjada por cicatrices y recuerdos, se despidió del pueblo que, por un tiempo, fue su hogar. Al mirar atrás, comprendió una verdad esencial: en la entrega a los demás, no debía descuidarse a sí mismo. La vida, con su incesante vaivén, le enseñó que su bienestar mental y emocional era tan vital como el de sus pacientes. Con una nueva perspectiva y un propósito renovado, avanzó hacia el futuro, recordando que, incluso en la oscuridad, siempre existe una luz al final del camino.

Esta experiencia deja una lección invaluable: la ansiedad y la depresión pueden aparecer sin previo aviso, debilitando la fortaleza y apagando la alegría. Sin embargo, al igual que en la selva amazónica, donde la luz se abre paso entre el follaje denso, siempre hay esperanza. Reconocer la necesidad de ayuda y buscarla no es signo de fragilidad, sino de valentía. En un mundo que aún estigmatiza la vulnerabilidad, aprender a sanar y priorizarse es un acto de amor propio y resistencia.

TODO UN PARTO

Med. Rosa Vásquez



Todas las personas dedicadas al área de la salud sabemos que cada día puede dejarnos una nueva anécdota, ya sea para compartir con colegas, familiares o amigos, y esta ocasión no fue la excepción. Aquella vez, llegué a mi turno en el hospital sin expectativas, sabiendo que debía cumplir con lo habitual: asistir al pase de visita, recibir a los pacientes y realizar todo lo necesario para su bienestar. Ese turno en particular parecía tranquilo, con pocos pacientes hospitalizados y pocos pendientes, lo que generaba una sensación de calma. Pero, como dice el dicho, "no cantes victoria antes de tiempo".

Al no haber muchas tareas pendientes en hospitalización, decidí salir a la emergencia para apoyar a mi colega. Sin embargo, para nuestra sorpresa, había pocos pacientes. Mi compañera se retiró al consultorio para conseguir un insumo médico que nos faltaba en la emergencia. Los médicos de ginecología y cirugía también estaban teniendo un día tranquilo, por lo que optaron por acompañarme en la sala de emergencia. Mientras estábamos allí, aprovechamos para intercambiar historias de nuestras experiencias en diferentes hospitales a lo largo de los años.

En ese momento, una paciente que se dirigía a ginecología pasó por el pasillo. Se le indicó que se preparara para su consulta. Los médicos tratantes decidieron irse al consultorio, pero todos los planes de continuar con sus labores quedaron sin concretarse.

De repente, la puerta de emergencia se abrió y una niña de aproximadamente 15 años ingresó nerviosa. Con voz entrecortada, nos informó que una mujer había llegado en taxi, ya había dado a luz.

En ese momento no comprendimos de inmediato, ya que pensamos que se trataba de una señora embarazada en trabajo de parto, con contracciones, que podría bajarse del taxi para que pudiéramos realizar la evaluación correspondiente, incluyendo un monitoreo fetal para controlar la frecuencia cardíaca y la intensidad de las contracciones. Sin embargo, la realidad estaba muy lejos de nuestra suposición.

Como suele decirse, muchas veces nuestros destinos están escritos, porque usualmente no hay ginecólogos en la emergencia; generalmente estamos los médicos generales o rurales. Pero ese día, en ese preciso momento, el especialista estaba allí.

Tras escuchar lo que la niña nos había dicho, comprendimos que la situación era tal cual nos había informado. Rápidamente entramos en acción. El especialista en cirugía, al no ser su especialidad, llamó a las enfermeras, mientras el ginecólogo se dirigía al taxi para evaluar el panorama. Yo, por mi parte, solo pude pensar en proporcionarle guantes al especialista y ponerme los míos para poder ayudar en lo que fuera necesario.

En medio de la adrenalina, las acciones suceden de forma casi automática, sin mucho tiempo para pensar. Cuando la enfermera llegó, sacó el equipo de parto que el ginecólogo necesitaba para clipear el cordón umbilical y retirar la placenta. Mientras todo eso ocurría, el cirujano, nervioso por no estar familiarizado con la situación, intentó encender la sirena para alertar a más personal. Sin embargo, no sabía cómo activarla y solo presionaba los interruptores, creyendo que alguno encendería la sirena. Olvidó que, en realidad, esta

se activa al conectarla al toma corriente cerca de la computadora.

Mientras el ginecólogo terminaba de retirar la placenta, trasladamos al recién nacido dentro del mismo taxi. El padre, aunque no tenía conocimientos sobre cómo recibir a un bebé, envolvió al pequeño con su chompa para mantenerlo caliente, lo cual fue una medida acertada para evitar que el bebé se enfriara.

Una vez que se retiró la placenta, llevamos al recién nacido a la sala de partos para secarlo y asegurarnos de que se mantuviera a una temperatura adecuada. Posteriormente, indicamos a la madre que bajara del taxi para realizarle una revisión completa y prevenir posibles complicaciones. Ella se encontraba en estado de shock, nerviosa y asustada, ya que había notado algo de sangrado, lo cual era dentro de lo normal. Sin embargo, muchas pacientes no logran percatarse de la cantidad real de sangre, lo que aumentó su angustia. Logramos calmarla y la trasladamos a la sala de partos para finalizar el procedimiento.

Una vez estabilizados tanto la madre como el bebé, pudimos conversar con ellos para entender mejor lo sucedido. Nos contaron que la madre comenzó a sentir dolores de parto, que fueron intensificándose con el paso de las horas. Al notar el aumento en la frecuencia y la intensidad del dolor, decidieron dirigirse al hospital para confirmar si ya estaba en trabajo de parto. Llamaron a un chofer de taxi, conocido de la familia, y le pidieron que los llevara al hospital, que estaba a unos 25 minutos de distancia. Sin embargo, a tan solo tres minutos de llegar, la madre sintió que el bebé venía y comenzó a pujar. Con poco esfuerzo, su bebé nació en el taxi y fue recibido por su padre, a pocos minutos de llegar al hospital.

Afortunadamente, no hubo complicaciones ni para la madre ni para el recién nacido. Después de vivir esa experiencia tan

intensa, tanto los pacientes como el personal médico sentimos una conexión especial. La madre nos comentó que en su anterior parto había sido igualmente rápido, por lo que intuía que esta vez ocurriría lo mismo. A pesar de no tener tantas contracciones, decidió ir al hospital más temprano, pero no pudo llegar a tiempo.

El padre, muy asustado y nervioso, nos confesó que, por un largo tiempo, no quería tener otro hijo. No sabía qué hacer cuando el parto ocurrió, pero reconoció que hizo lo mejor que pudo. A pesar de todo, consideró que lo manejó de manera excelente. No todos tenemos el privilegio de decir que fuimos recibidos por nuestros propios padres.

Como muchos dicen hoy en día, es probable que nacemos con la ayuda de un médico y que también fallezcamos en su compañía. Sin embargo, en esta ocasión, un padre podrá decir con orgullo que recibió el milagro de la vida con sus propias manos, al ser quien recibió a su hijo.

EL ÚLTIMO LATIDO

Med. Ángel Daniel Villegas Rassa



Ejercer la medicina en una zona rural implica un compromiso profundo con la comunidad, muchas veces aislada y con acceso limitado a recursos de salud. Quienes trabajamos en estos entornos no solo brindamos atención médica, sino que también asumimos el rol de educadores y consejeros, ofreciendo apoyo en múltiples aspectos de la vida cotidiana.

Las limitaciones en infraestructura, equipamiento y medicamentos son desafíos constantes que exigen creatividad y adaptación. Sin embargo, la cercanía con los pacientes permite conocer de cerca sus condiciones de vida y necesidades específicas, lo que transforma el ejercicio profesional en una labor profundamente humana. A pesar de las dificultades, la satisfacción de marcar una diferencia en la vida de quienes más lo necesitan es incomparable.

Mi primer día como médico rural parecía transcurrir con normalidad. Estaba a cargo del centro de salud y sentía una mezcla de emoción y nerviosismo. No sabía si la sensación en el ambiente se debía al clima o a la incertidumbre de enfrentar lo desconocido, tal vez era una combinación de ambos. El sonido lejano de los animales y el bullicio del pueblo creaban una atmósfera peculiar, en total contraste con lo que estaba por suceder.

Esa mañana recibí las indicaciones del personal del centro de salud y comencé con la atención de los pacientes habituales.

Todo transcurría con aparente normalidad, hasta que, al mediodía, me informaron que una mujer necesitaba atención urgente.

Se trataba de una paciente de 40 años, embarazada de 39 semanas, que acudía a su control prenatal después de un mes de ausencia. Preocupada, mencionó que no sentía movimientos fetales. Como muchas mujeres de la zona, había dudado en buscar asistencia médica y, siguiendo consejos familiares, recurrió al chamán de la comunidad, quien le practicó maniobras para "acomodar" al bebé.

Cuando ingresó al consultorio, la enfermera me dirigió una mirada seria. La mujer permanecía en la camilla con el rostro marcado por la angustia. El corazón del bebé había dejado de latir. Un silencio denso y opresivo llenó la habitación. No había nada que hacer. La noticia debía darse con precisión y profesionalismo, aunque su impacto sería devastador.

Revisé los exámenes previos en busca de alguna pista que explicara lo ocurrido. Todo parecía normal, al menos con la información disponible. Nadie en la familia comprendía la causa de la tragedia, aunque comenzaron a especular. En medio del desconcierto, me enfrenté a una inquietante realidad: ¿cómo comunicar que, probablemente, la decisión de recurrir al chamán influyó en la muerte del bebé? ¿Cómo decirle a una madre que, sin saberlo, pudo haber causado la pérdida de su hijo?

La paciente, una madre optimista, apenas levantó la mirada cuando le informé que su bebé no tenía vida. La tristeza nubló sus ojos de inmediato, pero su reacción fue extrañamente serena, como si aceptara el golpe con una resignación silenciosa. El dolor era inmenso, pero lo vivía sin una sola palabra.

Confirmar el diagnóstico con los recursos limitados disponibles fue un reto. Sin acceso a tecnologías avanzadas

como ultrasonidos o análisis de sangre, no había forma de obtener respuestas rápidas sobre la causa de la muerte fetal. En un centro de salud rural como el nuestro, hasta la coordinación con el servicio de emergencia y la movilización de la paciente resultaban complicadas.

Una vez establecido el diagnóstico, actuamos con la mayor rapidez posible. Sin embargo, la familia no contaba con transporte, lo que retrasó aún más su traslado. A pesar de la pronta reacción del equipo médico, la ambulancia más cercana tardó aproximadamente cinco horas en llegar. Mientras esperábamos, dos horas después de haber iniciado la atención, llegó el esposo de la paciente. Confundido y sin comprender la gravedad del caso, insistió varias veces en llevarse a su esposa a casa, asegurando que al día siguiente la llevaría con una partera conocida.

Muchas veces, los pacientes y sus familiares no logran asimilar la complejidad de un diagnóstico. La falta de información clara, el miedo o la barrera del lenguaje técnico pueden generar confusión, ansiedad o resistencia al tratamiento. Factores culturales, educativos y sociales también influyen en la manera en que procesan la situación. Por eso, fue fundamental explicar con paciencia y claridad el diagnóstico y las opciones de tratamiento, asegurándonos de que la paciente pudiera tomar decisiones informadas sobre su salud.

Durante el traslado al hospital, permanecí a su lado. El trayecto era largo, casi dos horas de viaje, y en ese tiempo observé su dolor, su angustia y el coraje reflejado en su rostro. Era una escena difícil de presenciar, aún más siendo la primera vez que vivía algo así. Intenté distraerla con preguntas sobre su vida cotidiana, pero fue inútil. Su mirada perdida lo decía todo.

Al llegar, la ubicaron en una habitación pequeña, apartada de los demás pacientes. Se recostó en silencio, esperando al médico de turno. La atmósfera en la ambulancia ya había sido pesada, pero el silencio en esa sala era aún más profundo. En pocos minutos, el especialista confirmó la muerte del feto. Con una mirada sombría, la madre recibió la noticia por segunda vez, sin lágrimas ni palabras, solo con una aceptación que resultaba aún más dolorosa.

Después de acompañarla durante todo el proceso, llegó el momento de retirarme. Antes de irme, le ofrecí mis más sinceras condolencias. En ese instante comprendí lo frágiles que somos, lo cerca que están siempre la vida y la muerte, entrelazadas de una manera que nos recuerda lo vulnerables que somos en este mundo.

LA FUERZA DE LA VIDA

Med. María José Batallas Paz



Aquella mañana de septiembre transcurría como cualquier otra, con la rutina grabada en la memoria, ejecutada sin emociones. Mi jornada comenzaba con la limpieza de pasillos y consultorios, el encendido del computador, la revisión de la agenda y la preparación para recibir a los pacientes, que como siempre, ya formaban largas filas esperando atención. Sin embargo, sin imaginarlo, ese día traía consigo una lección que quedaría marcada en mi vida para siempre y ahora puedo compartirlo con los lectores.

Lista para iniciar con una sonrisa, me dirigí a la sala de espera en busca de mi primer paciente cuando, a lo lejos, un bus interprovincial apareció a toda velocidad. La expresión en mi rostro cambió de inmediato, invadida por el miedo y la incertidumbre. El vehículo se detuvo bruscamente frente a la unidad de salud, sin respetar señales de tránsito. En cuestión de segundos, un pasajero descendió con una mujer entre los brazos, pálida y visiblemente adolorida.

Entre gritos y preguntas apresuradas, la llevamos a la camilla del consultorio de emergencias. A simple vista, su abdomen abultado, aunque pequeño, revelaba su estado de embarazo. Me presenté y la interrogué; confirmó que tenía aproximadamente siete meses de gestación, era su tercer hijo y no tenía antecedentes médicos de relevancia. Al revisar su historial en el sistema, descubrí que era una joven de 21 años proveniente de otra provincia, con un control prenatal

insuficiente y sin registros físicos de exámenes o ecografías que ayudaran a esclarecer su estado.

La paciente relató que había viajado a visitar a familiares en una comunidad cercana y que, al abordar el bus para regresar a su hogar, sintió contracciones intensas y continuas. Poco después, un líquido transparente comenzó a fluir en abundancia desde su vagina, señal inequívoca de que el parto era inminente.

En esa situación, el trabajo en equipo era crucial. Tras una reunión improvisada, cada uno asumió un rol clave. Mientras uno tomaba los signos vitales de la paciente, otro transformaba el consultorio de emergencias en un espacio lo más estéril posible, adaptándolo con los instrumentos necesarios para un parto prematuro. Al mismo tiempo, alguien más reunía pañales, ropa y cobijas donadas por madres de la comunidad que, con generosidad, se sumaron a la causa. Mi tarea consistió en acompañar y tranquilizar a la mujer, responder sus dudas y ayudarla a sobrellevar el miedo. Estaba a punto de dar a luz en un lugar desconocido, lejos de su familia, enfrentando una situación inesperada.

Todo ocurrió en cuestión de minutos. Las contracciones se intensificaron hasta que sintió la necesidad incontrolable de pujar. Diez minutos después de su ingreso, dio a luz a un pequeño varón de piel amoratada, tono muscular flácido y respiración débil. Todos esperábamos el llanto característico del recién nacido, pero el silencio se impuso. Ante la angustia de la madre y la caída de la frecuencia cardíaca del bebé, iniciamos el protocolo de reanimación.

En ese instante, con la vida pendiendo de un hilo, sentí el peso de mi responsabilidad como médico. Vencí el miedo y la incertidumbre, aferrándome a mi vocación y al conocimiento como herramientas para salvarlo.

Tras una reanimación exitosa, un llanto débil pero firme rompió el silencio. Poco a poco, el pequeño fue adquiriendo un tono rosado y su llanto se hizo más fuerte, llenando la sala de alivio y emoción. La madre, con lágrimas en los ojos, lo recibió con gratitud, mientras el equipo compartía la satisfacción de haberle dado una oportunidad de vivir.

Una vez estabilizado el recién nacido y asegurada la condición de su madre, la prioridad era trasladarlo a un hospital con mayor nivel de complejidad para recibir la atención especializada que requería.

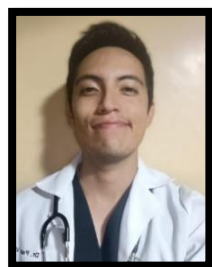
La comunidad rural donde ocurrió este inesperado acontecimiento se distinguía por su lejanía y difícil acceso. Esperar la llegada de la ambulancia implicaba un retraso considerable en la valoración pediátrica. Sin embargo, la lucha por sobrevivir de aquel pequeño conmovió a los habitantes, quienes, a pesar de sus limitados recursos, unieron esfuerzos para alquilar un vehículo que permitiera trasladar a la madre y a su hijo al hospital. Fue un acto de solidaridad genuina, un recordatorio de que la empatía y el trabajo en equipo pueden transformar una situación desesperada en un milagro lleno de esperanza.

Mi labor no terminó allí. Decidí acompañar a la madre y al niño durante el trayecto. Mientras avanzábamos, reflexioné sobre la inesperada lección que me dejó aquel día. Un parto prematuro no estaba en mis planes, pero la vida siempre encuentra la manera de sorprendernos. Ver la conexión inquebrantable entre aquella mujer y su hijo, ambos luchando con valentía, me hizo sentir una profunda gratitud por mi profesión.

Al finalizar la jornada, me invadió una sensación de felicidad y satisfacción. Había sido testigo de la vida venciendo a la muerte y, con ello, aprendí a mirar el mundo con más optimismo y agradecimiento.

DE CONSULTORIO A CÓDIGO ROJO

Med. Pablo Veloz Recalde



Para un médico, ingresar al mundo laboral y asumir sus responsabilidades es una experiencia llena de emociones intensas. La combinación de entusiasmo y temor es inevitable, una sensación que todos en la profesión hemos enfrentado. Con el tiempo, estos sentimientos se vuelven parte de la rutina, casi naturales. Sin embargo, la trayectoria de un médico es tan impredecible como un río caudaloso que, sin importar los obstáculos, siempre encuentra su curso. Así fue en mi caso.

A mediados de año, mientras disfrutaba un merecido descanso en la costa, mi teléfono sonó a las 9:30 de la mañana. Al otro lado de la línea, la administradora de un centro de salud tipo C, con evidente preocupación, me preguntó por qué no me había presentado a la guardia. La llamada me tomó por sorpresa, ya que hasta ese momento trabajaba en un centro tipo B y tenía entendido que la itinerancia correspondía a mi compañero rural. Para mi desconcierto, me informaron que él se había negado a asumirla, por lo que ahora la responsabilidad recaía sobre mí.

Sin margen para discutir, la doctora me pidió que acudiera lo antes posible, ya que el jefe de guardia era el único médico en emergencias y la situación podía complicarse en cualquier momento. Sin tiempo para asimilar la noticia, abordé el primer autobús rumbo al centro de salud. Durante el trayecto de una hora y veinte minutos, mi mente no dejaba de repasar

pensamientos y emociones que me recordaban aquella primera vez en que enfrenté la incertidumbre de este mundo de responsabilidades y decisiones urgentes.

Al ingresar al establecimiento, una sensación de asombro y preocupación me invadió de inmediato. Me recibió el jefe de guardia junto a la obstetra y dos licenciadas, todos con semblantes que reflejaban el desgaste de la jornada. Observé rápidamente el panorama: en la sala de espera, ocho pacientes aguardaban su turno, mientras que otros seis ya habían sido evaluados y esperaban indicaciones. Aunque en algunos rincones reinaba la calma, el agotamiento era evidente en el rostro del personal. El único médico en el servicio se desplazaba de un paciente a otro con la urgencia de quien sabe que cada minuto cuenta. En ese momento, supe que la jornada sería extensa e intensa.

En menos de cinco minutos recibí una inducción que, en condiciones normales, habría tomado al menos media hora. Una vez concluida, al menos en teoría, estaba listo para comenzar.

Mi primera paciente fue una niña de ocho años, acompañada por su madre. La mujer, visiblemente angustiada, explicó que su hija tenía fiebre alta, cuantificada en 40°C, con cinco días de evolución. Además, presentaba náuseas sin vómitos, cefalea pulsátil, dolor abdominal difuso y malestar general. Relató que había sido atendida previamente por un médico particular, quien solicitó anticuerpos IgM para dengue, con resultado negativo. Ante esto, le prescribió ibuprofeno en dosis pediátricas, lo que permitió una mejoría temporal. Sin embargo, esa mañana la niña presentó epistaxis, lo que alarmó a la madre y la llevó a buscar atención en el centro de salud.

Tras completar la anamnesis, realicé el examen físico. Observé mucosas secas, estigmas de sangrado en las narinas y dolor a la palpación profunda en epigastrio. Ante estos

hallazgos, solicité una biometría hemática y transaminasas. Mientras aguardábamos los resultados, pedí a la licenciada que canalizara una vía con microgotero y extrajera las muestras. Afortunadamente, la farmacia contaba con paracetamol intravenoso, así que administré la dosis correspondiente para controlar la fiebre.

Mientras tanto, seguí atendiendo otros casos frecuentes, como rinofaringitis aguda, gastroenteritis y cefaleas tensionales. Sin embargo, también enfrenté patologías más complejas, como crisis hipertensivas, diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones, heridas cortantes que requerían sutura, abscesos cutáneos que ameritaban drenaje o antibioticoterapia e incluso policías con detenidos que necesitaban certificados médicos. A pesar de la carga y la presión, logré desenvolverme con relativa calma.

Todo parecía transcurrir con normalidad hasta que recibí los resultados de la niña: leucopenia, trombocitopenia y transaminasas ligeramente elevadas. Clínicamente, el cuadro sugería dengue con signos de alarma, pero una duda persistía. El resultado negativo de la prueba serológica y el antecedente de consumo de ibuprofeno me hicieron cuestionar si mi diagnóstico era correcto.

Ante la incertidumbre, consulté con el responsable de guardia. Me explicó que el dengue era endémico en la región y que el diagnóstico no debía depender exclusivamente de los análisis, sino de la evolución clínica, la virulencia del cuadro y el uso previo de ibuprofeno. Sus palabras disiparon mis dudas y reforzaron mi sospecha. Con mayor seguridad, decidí hospitalizar a la niña para su manejo en el centro de salud.

Sin embargo, al tratarse de una paciente pediátrica, los protocolos de fluidoterapia eran diferentes a los de los adultos, dado que los niños tienden a acumular líquidos con mayor rapidez. Para asegurarme de seguir el manejo

adecuado, me comuniqué con el hospital más cercano que contaba con servicio de urgencias pediátricas. Me confirmaron que podía proceder con el protocolo, pero debíamos realizar una cuantificación estricta de los líquidos administrados.

Así lo hicimos. Comenzamos la reposición con una dosis de 10 mg/kg/hora durante dos horas, con reevaluaciones periódicas. También administramos paracetamol intravenoso a intervalos regulares, complementado con medios físicos para el control de la fiebre, y suspendimos el ibuprofeno. Mientras la niña descansaba, su evolución fue favorable, por lo que decidí reducir la fluidoterapia a 7 mg/kg/hora durante dos horas más. Durante ese tiempo, continué atendiendo a otros pacientes.

Todo transcurría con normalidad hasta que, de repente, recibimos una llamada informando que una ambulancia se acercaba con un paciente grave, víctima de un accidente en moto. Según el reporte, la persona estaba consciente y presentaba una aparente fractura cerrada. Ante la urgencia, decidimos recibirlo de inmediato para evaluar su condición y determinar si podíamos estabilizarlo o si debía ser trasladado a un centro de mayor complejidad.

Cuando la ambulancia llegó, me sorprendió ver que todo el equipo ya estaba perfectamente coordinado y listo para recibir a la paciente. Al abrir las puertas, la encontramos consciente, gritando de dolor y moviéndose con desesperación. Sin embargo, en cuestión de minutos, su estado se deterioró rápidamente y entró en shock. Iniciamos de inmediato las maniobras de reanimación, colocándole una cánula de Guedel para mantener la vía aérea despejada, ya que no disponíamos del material ni la medicación necesaria para intubarla. Se administraron oxígeno, fluidos y vasopresores, mientras organizábamos su traslado urgente a un hospital donde pudiera recibir atención quirúrgica. Afortunadamente,

aceptaron su recepción, y el jefe de guardia partió con ella en la ambulancia para el traslado.

Mientras él se encargaba de la paciente, quedé a cargo del centro de salud. Era un momento crítico, en el que debía asegurarme de mantener la eficiencia en la atención de los pacientes, sin que el flujo de emergencias se viera afectado. Fue una experiencia difícil, tensa y desafiante, pero logré afrontarla hasta el regreso del médico.

A pesar del caos, la niña que había ingresado inicialmente seguía evolucionando favorablemente. Reduje gradualmente la fluidoterapia y decidí mantenerla en observación hasta el día siguiente, cuando se le solicitarían nuevos exámenes para evaluar su condición.

Cuando la guardia estaba a punto de terminar, recordé algo que, entre tantas urgencias, había olvidado: debía completar el parte de atención diario y enviarlo antes de finalizar mi turno. Esto me llevó una hora más, y cuando finalmente terminé, ya eran las nueve de la noche. Para mi mala suerte, la zona es considerada peligrosa, los autobuses dejaban de circular temprano y, al haber sido convocado de imprevisto, no tenía plan para regresar.

Afortunadamente, el equipo del turno entrante me ofreció quedarme en la residencia del centro hasta la mañana siguiente, lo cual acepté con agradecimiento. A pesar de la fatiga, mientras descansaba, escuchaba cómo seguían llegando emergencias sin cesar. Fue en ese momento cuando comprendí la verdadera magnitud de la medicina de emergencias. Cada guardia es impredecible, cada decisión puede determinar la diferencia entre la vida y la muerte, y cada día es un nuevo desafío que exige lo mejor de nosotros. Ese día, más que nunca, sentí el peso y la grandeza de esta profesión.

ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Lcda. Delia Quille Manobanda



Todo el personal es testigo del sufrimiento que experimentan los pacientes de distintas edades al ser hospitalizados, debido a las enfermedades que los aquejan. Entre las más comunes se encuentran el pie diabético, sepsis, cáncer de estómago, y los cuidados postquirúrgicos de traumatología, que requieren hospitalización prolongada y, en algunos casos, cuidados paliativos. Los adultos mayores, en particular, sufren de ansiedad debido a los cambios en su vida, el abandono de los roles que desempeñaban en sus hogares, y la incertidumbre de pasar días en el hospital. Esto a menudo provoca frustración y cambios de humor, incluso llegando a la ira.

Se ha observado que los hospitales públicos carecen de estrategias para proporcionar acompañamiento familiar, especialmente para pacientes de grupos vulnerables, quienes requieren el apoyo de sus seres queridos para mantener un estado anímico positivo. El respaldo emocional, tanto de los profesionales de salud como de la familia, es crucial para mejorar el bienestar del paciente y ayudarlo a reunir fuerzas para luchar contra su enfermedad.

Una experiencia triste que viví en medicina interna me permitió ver cómo una vida se apaga sin la compañía de sus seres queridos, como sus hijos, que tanto lo querían. En cada turno que tuve la oportunidad de atender a este paciente, intenté acercarme más a él y aliviar el dolor que sentía al estar solo en sus últimos días. Con el tiempo, observé cómo iba

perdiendo sus recuerdos y su capacidad para hablar, hasta llegar a un estado en el que ya no podía moverse ni comunicarse. Aunque su cuerpo fallaba, su mente seguía enfocada en sus hijos, a quienes dedicó toda su vida para educarlos y guiarlos hacia un futuro mejor.

Al recorrer los pasillos del hospital, se escucha el lamento de pacientes abatidos, enfadados o arrepentidos, algunos cuestionándose qué habrían podido hacer para evitar las enfermedades que enfrentan a diario. Otros han aceptado su situación y muestran interés en los tratamientos indicados por los especialistas, confiando en los cuidados brindados por el personal de enfermería y auxiliares.

En el área de cirugía, aprendí una valiosa lección sobre la importancia de no rendirse mientras se tenga vida, sin importar los obstáculos. Estas palabras provienen de un paciente adulto mayor que luchaba por su vida cada día. A pesar de la difícil situación, tenía el apoyo incondicional de sus hijos. Fue sometido a una amputación de su pierna derecha debido a una sepsis, pero nunca mostró negatividad. Su actitud era clara: "Quiero vivir y disfrutar junto a mis hijos y nietos". La fortaleza que él mostró me sorprendió, ya que no había visto tal positivismo en pacientes que pasaban por situaciones similares. Esto ocurre cuando los pacientes están bien informados sobre los beneficios y riesgos de un procedimiento, discuten las opciones en familia y cuentan con el apoyo emocional necesario.

Las diferentes áreas, como cirugía y medicina interna, tienen enfoques variados al tratar a los pacientes y sus familias. Sin embargo, depende de cada profesional hacer que los pacientes se sientan acompañados y motivados para seguir adelante. El personal de limpieza, guardias y cualquier otro trabajador del hospital también debe mostrar empatía, ya que no conocen las dificultades personales, familiares o socioeconómicas que afligen a los usuarios.

Durante mi año de internado, he sido testigo de diversas realidades sobre la salud. En esta ocasión, quiero compartir una experiencia que me ha conmovido profundamente: la angustia de los familiares de pacientes en la UCI. He observado su desesperación por conocer el estado de salud de sus seres queridos, quienes se encuentran bajo el cuidado de los profesionales del hospital. Sin embargo, me gustaría centrarme en la situación de las personas provenientes del sector rural. Al ver a alguien con el uniforme blanco, se acercan, llenos de ansiedad, para hacer preguntas, mostrando impaciencia ante la falta de respuestas. En la UCI, debido a las restricciones, los familiares solo pueden esperar en una sala designada.

Algunos familiares no tienen acceso ni siquiera a la sala de espera, y permanecen fuera del hospital, apenados, llorando, tristes, o incluso enojados. Su frustración crece debido a la falta de información, ya que a veces el sistema de salud colapsa, y se cometen errores al no permitir que un acompañante esté presente para mantenerse informado sobre el estado del paciente.

La situación económica de las personas en las zonas rurales es un factor determinante. Muchos acompañantes pasan días sin alimentarse adecuadamente, comiendo una sola vez al día, o no tienen los recursos para comprar medicinas o ropa para el paciente. Esto se debe a la escasa economía que enfrentan, sumado a la falta de apoyo de otros familiares. A veces, el hospital ofrece apoyo a grupos vulnerables a través de su departamento de ayuda social, pero no siempre todos los solicitantes califican para recibir asistencia. En estas circunstancias, algunos familiares recurren a los médicos tratantes o a los jefes de servicio para pedir colaboración en la compra de medicinas o materiales para procedimientos quirúrgicos.

Es fundamental comprender que la salud debe preservarse desde una edad temprana. En la vida adulta, surgen muchas complicaciones derivadas de hábitos de vida poco saludables. Una alimentación balanceada y chequeos médicos frecuentes son esenciales para prevenir enfermedades. No debemos confundir la ausencia de síntomas con un estado de salud perfecto; muchas veces, las enfermedades están latentes en nuestro cuerpo, desarrollándose de forma silenciosa, hasta que, finalmente, se complican y pueden llegar a ser fatales.

UNA NOCHE EN LA EMERGENCIA

Med. Édgar Sebastián López



Era una noche aparentemente común en el hospital, o al menos así lo pensaba al comenzar mi turno en urgencias. El ambiente estaba impregnado de una quietud tensa, esa que suele preceder a lo inesperado. Las luces fluorescentes iluminaban los pasillos con su brillo frío, mientras el sonido de los monitores cardíacos y las conversaciones entre médicos y enfermeras creaban una sinfonía caótica. Yo me encontraba allí, listo para enfrentar lo que fuera, sin imaginar que esa noche cambiaría mi vida por completo.

Todo comenzó con una avalancha de pacientes que necesitaban atención urgente. Uno a uno, llegaban en ambulancias o eran traídos por familiares ansiosos. Desde niños con fiebre alta hasta ancianos con dificultad para respirar. El equipo de salud actuaba con rapidez, clasificando casos y tomando decisiones en minutos. En mis primeros meses como residente, intentaba mantener el paso, absorbiendo lecciones de cada situación y contribuyendo en lo que podía. Cada paciente era un nuevo desafío, una oportunidad de aprendizaje, pero también una gran responsabilidad.

Desde el inicio de mis estudios de medicina, los docentes me habían advertido que no todos los profesionales responden de igual manera al estrés laboral y que su impacto varía según el área de trabajo. Por ello, debía estar preparado para enfrentar

el agotamiento emocional, especialmente en cuanto a despersonalización y realización personal.

Los servicios de emergencia suelen ser entornos de alto estrés, con una carga constante de atención y una gran responsabilidad. Están sujetos a exigencias intensas por parte de los pacientes y sus familiares, jornadas laborales extendidas, poco tiempo para descansar, y condiciones de riesgo, lo que los convierte en espacios vulnerables al desgaste profesional. Sin embargo, esa noche superaba cualquier nivel de agotamiento o estrés previo.

Mientras reflexionaba sobre el servicio de urgencias, un grito me sacó de mis pensamientos: "¡Ayúdenos aquí! ¡Inmediatamente!" Corrí hacia el área de reanimación, donde una mujer de mediana edad yacía inmóvil sobre la camilla. Su rostro estaba pálido, casi gris, y su respiración errática. El médico a cargo me miró y dijo: "Prepárate, esto será difícil." Mi corazón latía con fuerza, pero no había tiempo para dudar. La vida de esa mujer estaba en nuestras manos, y no podía permitirme fallar.

La mujer había sufrido un paro cardíaco. Sin vacilar, comenzamos a realizar maniobras de RCP. Era la primera vez que enfrentaba una situación así. Aunque había practicado en maniqués durante mis estudios, nada me había preparado para tener una vida real entre las manos. Colocando mis manos sobre su pecho, inicié las compresiones, siguiendo el ritmo que me indicaban. "Uno, dos, tres, cuatro..." contaba mentalmente, mientras el sudor caía por mi frente. Cada compresión representaba un desafío físico y emocional, pero no podía rendirme. Sabía que dependía de nosotros para que esta mujer recuperara la respiración.

El equipo trabajaba de manera perfecta: uno pasaba los medicamentos, otro vigilaba el desfibrilador, mientras yo seguía con las compresiones. El ambiente estaba cargado,

pero existía una conexión silenciosa entre nosotros, como si cada miembro supiera exactamente qué hacer sin necesidad de palabras. Los minutos parecían eternos. Cada vez que verificábamos el pulso y no detectábamos respuesta, sentía una presión en el estómago, pero no podía rendirme. Sabía que debíamos seguir intentándolo.

Finalmente, después de lo que pareció una larga espera, escuchamos el sonido que todos esperábamos: el pulso de la paciente. Había vuelto. La emoción que me invadió en ese momento es difícil de describir. Fue una mezcla de alivio, alegría y gratitud. La mujer estaba estable. Aunque no estaba fuera de peligro, habíamos logrado un avance crucial. La observé, preguntándome quién era, qué historia traía consigo. Luego, el equipo continuó con el tratamiento post-resucitación, y yo me retiré para tomar un respiro.

Esa noche, mientras caminaba por el pasillo hacia la sala de descanso, no podía dejar de pensar en lo ocurrido. Era la primera vez que realizaba RCP en una situación real, y aunque fue físicamente agotador, también fue profundamente gratificante. Saber que habíamos salvado una vida me dio un sentido de propósito que jamás había experimentado. Parecía que cada hora de estudio, cada noche sin dormir, cada sacrificio, habían valido la pena en ese preciso momento.

La reanimación cardiopulmonar me mostró que es un procedimiento que genera un gran impacto emocional en los profesionales de la salud, provocando estrés y emociones como la tristeza, como mencionaron la mayoría de los encuestados. Sin embargo, también se presentan experiencias positivas que a menudo no se examinan, especialmente cuando se consigue que el paciente sobreviva. Estas incluyen la realización personal y el alivio. Para mí, la intervención también generó una profunda satisfacción por haber elegido esta carrera, así como un interés notable por el estado del paciente durante los días posteriores, lo cual probablemente

estuvo vinculado con la intensidad emocional del momento vivido.

Al día siguiente, supe que la paciente había sido trasladada a la unidad de cuidados críticos y que su pronóstico era alentador. No pude evitar sonreír al recibir la noticia. Esa noche en urgencias me recordó por qué elegí esta profesión: no solo para curar enfermedades, sino para tener un impacto positivo en la vida de las personas.

Sin embargo, la experiencia no terminó allí. En los días siguientes, me encontré reflexionando sobre lo vivido. Recordaba cada detalle: el sonido de las compresiones, el ritmo de la respiración de mis colegas, la determinación reflejada en sus rostros. Pensaba también en la familia de la paciente y el alivio que debieron haber sentido al saber que había superado la crisis. Estas reflexiones me hicieron comprender que, aunque el trabajo en el hospital es agotador y muchas veces estresante, está lleno de momentos que nos recuerdan por qué realmente es valioso.

Desde entonces, cada vez que regreso al hospital, los recuerdos de esa noche me acompañan. Fue un recordatorio de que, incluso en medio del caos y la incertidumbre, siempre hay espacio para la esperanza y la empatía. Aunque soy consciente de que me esperan muchas noches difíciles, también sé que estaré listo para afrontarlas con manos firmes y un corazón lleno de determinación.

Esa noche no solo logramos salvar una vida, sino que reafirmé mi propósito. Cada paciente, cada situación, es una oportunidad para aprender, crecer y, sobre todo, dejar una huella. Y al final del día, eso es lo que realmente otorga sentido a todo.

ENTRE HOSPITALES Y EMOCIONES

Med. Dominique Carolina Dávila Carrillo



Quienes eligen aventurarse en la retadora carrera de medicina deben saber que su percepción de la vida cambiará para siempre. La sociedad reconoce al médico como una persona dedicada, confiable y comprometida con mejorar la vida de los demás, pero rara vez se habla de lo exigente que resulta esa misión. ¿Quién se detiene a pensar en el desgaste que implica estar en constante preocupación por el prójimo? Es comprensible que el paciente, en su sufrimiento, espere lo mejor de su médico, pero ¿quién vela por el bienestar de quienes lo atienden?

Este escrito no busca victimizar al personal de salud, sino visibilizar una realidad que muchos han aceptado en silencio. Desde que ingresé a la facultad de medicina, noté que ciertos profesionales repetían patrones que infundían temor en los estudiantes. En un principio, pensé que se trataba de personas insatisfechas con su vida o consumidas por la amargura. Sin embargo, a medida que avanzaba en mi formación, me encontré con actitudes similares en hospitales públicos, privados y centros de salud. Era algo que llamaba la atención, pues un médico, por definición, debería ser sinónimo de empatía. Me preguntaba qué los llevaba a comportarse así.

Cuando tuve la oportunidad de ingresar al hospital como estudiante, comencé a comprender a aquellos que antes me parecían de carácter hostil. Sentí la urgencia de adquirir el conocimiento necesario para responder preguntas que podían

aliviar a un paciente o que simplemente debía conocer. Cada respuesta generaba nuevas dudas, lo que me obligaba a pasar horas leyendo e investigando temas que, al principio, me resultaban incomprensibles. El tiempo no era suficiente, por lo que empecé a sacrificar también las noches. La falta de sueño me volvía irritable, de mal humor. Sin embargo, había momentos en los que, al entender un concepto o ayudar a alguien, encontraba un respiro y volvía a ser yo.

Con el paso de los años, memorizar cada detalle dejó de ser una opción. Me conformaba con retener lo esencial para aprobar las materias, pero en los hospitales nada era suficiente. Nadie lo era. Las exigencias superaban siempre los recursos disponibles, y el sistema de salud, lejos de funcionar con fluidez, se ahogaba en su propia sobrecarga. Había tantas personas luchando por el mismo objetivo que, paradójicamente, este se volvía inalcanzable. La impotencia se manifestaba de muchas formas: por no poder brindar la atención que se deseaba, por la falta de insumos, por la fatiga de las guardias interminables, por ver a médicos posgradistas con síndrome de *Burn out*², sin recibir siquiera una retribución económica justa. La injusticia era evidente en un sistema fragmentado y desbordado.

A todo esto, se sumaba un hecho innegable: el personal de salud también es humano. Detrás de cada bata hay alguien con un hogar, responsabilidades, enfermedades, preocupaciones y cargas emocionales. Sin embargo, no hay espacio para quejas.

² El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional o "síndrome del trabajador quemado", es un estado de agotamiento mental, emocional y físico.

Con el tiempo, comprendí que esa dureza en muchos colegas no era indiferencia, sino una armadura construida en silencio.

Me gradué. El internado llegó, luego el año rural, y todo lo que antes veía, ahora lo vivía. Impotencia, agotamiento, abuso, acoso, desvalorización. No había tiempo para expresar malestar ni con quién hacerlo. Tampoco podía preocuparme por mi propio bienestar porque siempre había alguien en peor estado, alguien que necesitaba atención. Así aprendí a bloquear emociones, a enfermar en silencio, pero a seguir ayudando. Siempre ayudar.

Aun así, en medio del caos, también existen luces que iluminan el camino. La gratitud de un paciente, la recuperación inesperada de quien parecía perdido, el éxito de una cirugía, el nacimiento de un bebé. Momentos que llenan el alma y actúan como bálsamo para el agotamiento. En los hospitales también hay risas, amistades que con el tiempo se vuelven inquebrantables y la certeza de que, aunque sea por un instante, se logra mejorar la vida de alguien que ni siquiera conocíamos. Y eso, al final, hace que todo valga la pena.

Como médicos, también sentimos gratitud por esos pacientes que, aun en medio de la adversidad, nos brindan fortaleza. Aquellos que, pese al dolor, regalan una sonrisa y confían en los tratamientos que ofrecemos. Nunca olvidaré a un paciente que conocí durante mi año de medicatura rural. A pesar de su diagnóstico de leucemia mieloide crónica atípica, las dificultades económicas y la soledad que lo acompañaba, siempre encontraba las palabras justas para iluminar el día de quienes lo rodeaban. Algunos pacientes nos recuerdan que el esfuerzo vale la pena y que esta profesión, por demandante que sea, nos devuelve más de lo que nos quita.

A quienes sienten el peso de un sistema de salud desgastado, les diría que no olviden la grandeza de su vocación y el impacto que generan. Ningún profesional de la salud debería enfrentar el agotamiento en soledad. Como sociedad, debemos reconocer que médicos y enfermeras no solo sanan cuerpos, sino que también necesitan apoyo para mantenerse firmes en la lucha por el bienestar de todos.

CONFÍA EN TI MISMO

Med. Bryan Lapo Torres



Me llena de satisfacción recordar y compartir las experiencias vividas durante mi formación como médico, especialmente en el internado, una etapa que comenzó con dudas e inseguridades sobre mis capacidades.

Mi primera rotación fue en pediatría, dentro del servicio de neonatología, donde conocí a mis dos primeros residentes. Siempre he sido reservado, pero ellos lograron que me sintiera en confianza, permitiéndome expresarme libremente. Me transmitieron sus conocimientos y, poco a poco, fui aplicándolos con entusiasmo. Con el tiempo, me dieron la oportunidad de recibir a mi primer neonato. A pesar de mis temores y la sensación de no estar listo, sus palabras de aliento disiparon mis dudas.

Días después, se programaron tres cesáreas simultáneas. Cada residente estaba asignado a una, pero faltaba alguien para recibir a un recién nacido. Se acercaron a mí y dijeron: “Prepárate, esta vez te toca solo. Confiamos en ti”. Aunque la incertidumbre persistía, no podía fallarles. Al finalizar, el alivio y la gratitud fueron inmensos. Les agradecí mientras compartíamos una pizza, un gesto sencillo, pero cargado de significado.



En mi segunda rotación, ginecología, conocí a nuevos médicos residentes y tratantes. Sin embargo, la experiencia que más marcó esa etapa ocurrió en el quirófano obstétrico durante una guardia.

Aquella tarde, la ginecóloga cirujana solicitó la asistencia de un interno para una cesárea. Me ofrecí de inmediato y, antes de ingresar, le pregunté si también participaría el asistente quirúrgico, como era habitual. Para mi sorpresa, respondió que solo estaríamos ella y yo. Sentí una mezcla de emoción y responsabilidad al recibir esa confianza.

Durante la cirugía, me explicó cada paso del procedimiento y, al notar mi interés, me permitió manipular estructuras anatómicas e instrumental quirúrgico. Tras la extracción del neonato, lo acercamos a su madre para fortalecer el vínculo inmediato, antes de entregarlo a los neonatólogos para su evaluación.

Finalizamos la intervención cerrando cada capa anatómica con precisión. Al concluir, felicitamos a los padres, cerrando así un momento lleno de aprendizaje y gratitud.



Durante mi tercera rotación, en el área comunitaria, encontré un gran interés en el departamento de curaciones, donde podía interactuar directamente con los pacientes. Muchos eran casos de larga evolución, pero uno en particular llamó mi atención: un hombre noruego de 70 años que había sido sometido a una cirugía de abdomen abierto un mes atrás y acudía regularmente a sus curaciones.

Me contó que su herida se había infectado, retrasando la cicatrización, aunque era muy disciplinado con sus visitas médicas. En su tercera curación, le pedí que se recostara y descubriera la zona afectada. Al examinarla, observé una herida supurativa, por lo que inicié el procedimiento con asepsia y antisepsia, colocando un campo estéril alrededor.

Utilicé una gasa estéril empapada en solución salina y, con una pinza quirúrgica, la introduje en la herida para limpiar en profundidad. Para mi sorpresa, era mucho más extensa de lo esperado, permitiendo introducir toda la gasa. Repetí el procedimiento cuatro veces, pero la supuración persistía, por lo que informé al médico tratante.

Tras evaluar al paciente, el médico indicó dejar una mecha con gasa antibiótica. Siguiendo sus instrucciones, completé el procedimiento, cubrí la herida con una gasa estéril y le recomendé aumentar el consumo de huevos y vitamina C para favorecer la cicatrización. Además, le indiqué que no retirara la gasa hasta su próxima curación y que siguiera el tratamiento prescrito.

El paciente me agradeció por la atención brindada, pero, en realidad, fui yo quien más aprendió de su caso. Su experiencia me motivó a seguir capacitándome, por lo que me inscribí en un curso de “Curación de Heridas Básicas y Avanzadas” con el objetivo de mejorar la calidad de vida de mis pacientes.

En mi cuarta rotación, medicina interna, me advirtieron que sería la más exigente. Sin embargo, la afronté con entusiasmo, convencido de que la disfrutaría, me esforzaría y aprendería cada procedimiento. Mantener esa mentalidad me permitió iniciar con seguridad.

Roté por diversas áreas, desde hospitalización hasta emergencia, y cada experiencia fue enriquecedora. Disfruté cada momento y construí una excelente relación con el equipo de trabajo, ganándome la confianza de residentes, tratantes y enfermeras.

Dos situaciones me marcaron profundamente. La primera ocurrió en hospitalización. Durante el pase de visita con mi residente, un familiar de otro paciente, a quien llamaré Sakamoto, se acercó preocupado porque presentaba un intenso dolor abdominal y llevaba días sin poder miccionar. Mi residente me pidió que lo evaluara mientras terminaba la ronda.

Acompañé al familiar hasta la habitación y, al examinar al paciente, noté que tenía el abdomen distendido. A la palpación, manifestó un dolor significativo. Me relató que la molestia había iniciado dos días antes y que, aunque lograba orinar, lo hacía con dificultad y en pequeñas cantidades. Ante la sospecha de un globo vesical, le pregunté si le habían colocado una sonda, a lo que respondió que sí, pero que se había salido al cambiarse de ropa.

Le pregunté si en la poca orina que lograba expulsar había notado sangre. Al responder que no, descarté, en principio, un traumatismo de uretra. Sin embargo, solicité una uretrografía

retrógrada para confirmar. Los resultados fueron negativos, por lo que pedí a la licenciada en enfermería una sonda vesical y procedí a colocarla. De inmediato, el paciente evacuó la orina, reduciendo progresivamente la distensión abdominal. Para aliviar el dolor, indiqué la administración de paracetamol intravenoso.

Al finalizar, entregué mi informe al residente, quien, entre risas, me felicitó diciendo: “Ya puedo dejarte solo en piso”, lo que nos sacó una carcajada.

La segunda experiencia que me marcó en esta rotación ocurrió en la emergencia, durante una guardia a las 2 a.m. Mi médico posgradista me avisó que se ausentaría unos minutos para intentar cenar, ya que no había alcanzado a merendar. Le dije que no se preocupara.

Pocos minutos después, una paramédico del hospital llegó preguntando por él. Le informé que estaba fuera, pero que me dijera en qué podía ayudar. Me comentó que traía a un paciente de 75 años con dolor torácico desde las 6 p.m. Como la molestia no era intensa, había decidido esperar a que pasara.

Lo recostamos en una camilla para evaluar signos vitales y realizar un electrocardiograma. Al revisar los resultados, determiné que debía ingresarlo a la unidad de choques. Me comuniqué con el doctor para que regresara y, mientras tanto, hablé con su familiar para conocer antecedentes médicos. Me indicó que era cardiópata, pero que ese día había decidido no tomar la medicación. Dado que el paciente no contaba con seguro, solicité autorización a la jefa de emergencia para proceder con su atención.

Cuando llegó el médico posgradista, le informé sobre el caso. Tras valorar al paciente, me advirtió que, si no era ingresado a tiempo, podría sufrir un paro cardíaco. Decidió colocar una vía central eco-guiada y me preguntó si conocía la teoría del

procedimiento. Le respondí que sí, pero que nunca lo había realizado. Entonces, con firmeza, me dijo: "La harás tú, yo te asistiré".

Sentí una mezcla de emoción y nerviosismo ante la confianza que me estaba brindando. No podía desaprovechar la oportunidad. Inicié el procedimiento y, gracias a la guía ecográfica, logré ejecutarlo con mayor precisión mientras el doctor me asistía con la instrumentación.

Al finalizar, me felicitó por mi rápida reacción y por no haberme quedado esperando su llegada. Luego, indicó que el paciente probablemente necesitaría un marcapasos, por lo que se decidió su derivación a un centro de tercer nivel.



En mi quinta rotación, cirugía, viví experiencias que marcaron mi formación. Inicié en el piso de hospitalización, donde había numerosos casos interesantes. Consulté a mis compañeros que ya habían pasado por el área, y me recomendaron no hacer todas las curaciones, especialmente las avanzadas, ya que eran responsabilidad de los posgradistas.

Por la mañana, realizamos las curaciones básicas en equipo. Sin embargo, por la tarde, cuando llegó mi residente, me preguntó por qué no había atendido las heridas más complejas. Le expliqué lo que me habían indicado, pero se mostró molesto y, como castigo, me asignó todas las curaciones avanzadas en adelante. Afortunadamente, ese día solo eran tres. Le respondí con confianza que no tenía problema, que lo haría con gusto y que, además, tenía certificación en curaciones básicas y avanzadas. Su respuesta

fue directa: "Si tienes certificación, ¿por qué no las hiciste?" Esa pregunta me hizo dudar de mis propias habilidades.



Uno de mis pacientes, a quien llamaré Shepard, presentaba cuatro úlceras sacras extensas. Solicité el instrumental y el equipo de bioseguridad a la licenciada de enfermería. Inicié con la antisepsia y luego eliminé el tejido desvitalizado en cada lesión. Tras completar el debridamiento, apliqué solución de Protosan, esperé su efecto y coloqué un apósito de plata, seguido de un hidrocoloide y gasas estériles.

Cuatro días después, recibí con alegría la noticia de que Shepard había sido dado de alta.

PEQUEÑAS BATALLAS, GRANDES VICTORIAS

Med. Mishell Velastegui Guerrero



Recuerdo un día, a la mitad de mi internado rotativo en medicina, cuando me encontraba en el servicio de Pediatría, específicamente en neonatología. Ese día enfrenté un caso que pondría a prueba mi templanza y mi convicción de seguir una carrera cuyo propósito es salvaguardar vidas. No estaba preparada para los dilemas morales que enfrentaría en el hospital, especialmente aquellos que escapan del control de los profesionales de la salud. Situaciones que parecen injustas y te obligan a seguir adelante, incluso cuando la impotencia y la tristeza te invaden.

Era mi primer turno en Alojamiento, donde recibíamos a los recién nacidos en el momento del alumbramiento. Nuestra labor consistía en garantizar su bienestar y actuar de inmediato en caso de requerir reanimación. Sin embargo, no estaba preparada para presenciar a un pequeño debatiéndose entre la vida y la muerte. Se supone que el ciclo de la vida debería cerrarse cuando una persona ha envejecido, ha construido su historia y puede partir en paz tras cumplir su propósito. Pero la realidad es diferente, y ese día comprendí que la medicina era mucho más desafiante de lo que imaginaba.

Los turnos en el hospital eran de 24 horas. Yo era la única interna en Alojamiento, mientras mis compañeros estaban en el piso atendiendo a los pacientes hospitalizados. Sentía ansiedad y cierta inquietud, pues durante mi internado me

habían apodado "mala espalda", término usado para quienes suelen recibir demasiados pacientes o casos complicados en su turno. Mi primer día coincidió con un domingo, y la mitad transcurrió en una calma inusual. No había partos en curso y la sala estaba desierta. Llegué a pensar que, finalmente, mi "mala espalda" había desaparecido y que tendría un turno tranquilo.

De pronto, la sala se llenó. Mi suerte volvía a manifestarse, confirmando que la calma, muchas veces, solo es el preludio de la tormenta.

Nuestra primera paciente era una mujer de edad avanzada con diagnóstico de diabetes gestacional y preeclampsia. A pesar de ser su tercer embarazo, se veía angustiada, al borde de las lágrimas. Quienes ejercemos la medicina sabemos lo complejo que es atender un caso así, tanto por los riesgos que enfrenta la madre como por las complicaciones que puede sufrir el bebé. Se decidió realizar una cesárea de emergencia. Creí que, después de mi rotación en ginecología, el procedimiento sería más sencillo, pero estaba equivocada. Madre e hijo, aunque unidos por un lazo inquebrantable, son dos realidades distintas.

El residente de turno recibió al recién nacido y yo lo asistí. La imagen de aquel pequeño sigue grabada en mi memoria: su estado era crítico y su APGAR apenas alcanzaba 4. Iniciamos reanimación inmediata y aplicamos ventilación con presión positiva. Con calma, el residente me explicó que, debido a su condición, la única alternativa para salvar su vida era intubarlo e ingresarlo a Neonatología; si su estado no mejoraba, tendríamos que trasladarlo a un centro de mayor nivel.

Los segundos posteriores a esa indicación se sintieron eternos. ¿Por qué un ser tan pequeño e indefenso debía pasar por un procedimiento tan invasivo? ¿Por qué no podía estar

con su madre, en contacto piel con piel? Pero no había espacio para dudar; cada segundo contaba. Asistí y fui testigo del proceso. Finalmente, logramos estabilizarlo: su piel adquirió un tono rosado y su saturación, que al inicio no superaba el 80%, comenzó a mejorar.

Mientras mi residente preparaba los documentos de ingreso, me pidió que continuara con la ventilación. Sentía una presión en el pecho y la vista borrosa, pero debía mantener la compostura. Sabía que enfrentar casos difíciles era parte del camino, pero ver a un recién nacido luchar por su vida dejó en mí una marca imborrable.

Diez minutos después, se anunciaba otro parto en la sala contigua. El residente tomó el control del bebé en la termocuna, y yo corrí a recibir a mi primer neonato completamente sola. Mis manos temblaban y las lágrimas seguían contenidas, pero me obligué a mantenerme firme. En mi mente repetía cada paso aprendido; no había espacio para el temor. Era el momento de actuar.

El parto fue rápido y logré recibir a la bebé sin complicaciones. Le proporcioné calor y estímulos, y al comprobar que su saturación superaba el 90 %, suspiré aliviada y le susurré: "Me alegra que estés bien". La coloqué en el pecho de su madre, quien la abrazó y amamantó de inmediato. Esa imagen llenó mi corazón.

Regresé a la otra sala, donde el bebé seguía en la termocuna. Tras finalizar los trámites de ingreso, me quedé a su lado hasta que estuviera listo para ser trasladado a Neonatología. No sé cuánto tiempo pasó, pero pareció una eternidad. Lo observé en silencio, sostuve su diminuta mano y le aseguré que todo estaría bien, aunque en el fondo temí estar mintiendo. La medicina es incierta, y su pronóstico, reservado. Aun así, quise aferrarme a mis palabras. Cuando finalmente lo llevaron a piso, solté un suspiro y caminé hacia el baño. Solo entonces,

en la soledad de un cubículo, dejé salir todo lo que había contenido. Lloré por la injusticia de la vida, por la impotencia, por el estrés del momento, por la cruda realidad de la profesión que había elegido. Pero no había tiempo para lamentarse. Me sequé las lágrimas y volví al trabajo. El turno aún no terminaba.

La noche y la madrugada fueron largas. Perdí la cuenta de los partos atendidos, pero, afortunadamente, ninguno presentó complicaciones. Fui testigo del amor incondicional de una madre hacia su hijo, de la conexión profunda que se gesta en el vientre y se refuerza en el primer cruce de miradas de dos seres que durante nueve meses esperaron encontrarse y conocerse.

Al terminar mi turno, el agotamiento era absoluto, no solo físico, sino mental. Ya en casa, reflexioné sobre todo lo que había vivido. Aprendí a recibir recién nacidos y a actuar ante emergencias. Pero más allá de la técnica, comprendí el verdadero significado de mi profesión. La medicina es un arte lleno de desafíos y logros, una montaña rusa de emociones que quedó reflejada en cada momento de aquella guardia. Entendí el valor de la vida y la nobleza del oficio: cuidar con la misma dedicación a un recién nacido y a un anciano. Y confirmé que todos, desde el primer aliento hasta el último suspiro, libramos batallas. Nosotros, los médicos, estamos ahí para ayudar a enfrentarlas.

Quizás se pregunten qué pasó con el bebé. Dos meses después, finalmente recibió el alta. Fue un proceso largo, con días en los que su pronóstico era desalentador, pero logró superar cada obstáculo y, contra todo pronóstico, dejó el hospital en los brazos de su madre. Su recuperación fue posible gracias al esfuerzo incansable del equipo médico y de enfermería, que dedicó cada día a velar por su bienestar, pero,

sobre todo, gracias a su inmensa voluntad de vivir, evidente desde el primer instante en que lo tuve frente a mí.

Son estas emergencias las que nos recuerdan el valor de nuestra labor y la importancia de cada lucha. Aunque no siempre se gana, este caso me dejó una enseñanza invaluable: la fortaleza no tiene edad, y la victoria, muchas veces, depende de la determinación de quien enfrenta la batalla.

CUANDO LA SANGRE TRAICIONA

Dr. Francisco Balcázar Ordóñez



En una fría tarde de diciembre de 2020, Rosa, una joven kichwa de 15 años, fue llevada de emergencia al hospital provincial por agentes de la Policía Nacional, acompañada por su madre. Estudiante de primer año de bachillerato y habitante de una comunidad de Chonta Punta, Rosa destacaba por su conducta ejemplar y sus sólidos valores. Su figura esbelta le confería una apariencia más juvenil. Al llegar, el personal de triaje diagnosticó la gravedad de su situación: había sido víctima de un presunto abuso sexual, lo que demandaba atención médica y psicológica inmediata.

Al ingresar al centro médico, Rosa fue atendida en la sala de atención integral, un espacio diseñado para socorrer a víctimas de violencia con un enfoque multidisciplinario que incluía auxilio médico, psicológico y social. Tras evaluar la situación, el médico de guardia decidió alertar a las autoridades judiciales para que un experto en medicina legal interviniera de forma apropiada.

Poco después, un perito médico llegó al hospital. Con profesionalismo y empatía, recopiló los datos generales de la paciente junto con una descripción física y psicológica detallada: su origen kichwa, su contextura delgada, evidentes signos de estrés y el hecho de que residía en una comunidad rural con su familia. También verificó que no tenía ninguna discapacidad.

El médico forense procedió con la evaluación inicial en presencia de la madre de Rosa, asegurando la observancia de los protocolos éticos y legales. La prioridad era salvaguardar la integridad física y emocional de la joven mientras se reunían las pruebas necesarias para la causa judicial. A su vez, el equipo psicológico del hospital brindó apoyo emocional a Rosa y a su progenitora, buscando aliviar el impacto del profundo trauma.

El caso fue remitido a las autoridades judiciales para iniciar una investigación formal. Paralelamente, el equipo social del hospital coordinó con organizaciones locales para asegurar que Rosa y su familia tuvieran respaldo durante el proceso judicial y su recuperación personal.

La historia detrás de la tragedia era desgarradora. Rosa había decidido viajar a la ciudad para conocer a su padre biológico, un hombre mestizo con quien nunca había tenido contacto directo. A pesar de las dudas iniciales, su madre decidió respaldarla, confiando en las buenas intenciones del hombre. Este padre ausente, que trabajaba como operador de maquinaria pesada en otra provincia, se mostraba dispuesto a establecer un vínculo con ella.

El anhelado encuentro ocurrió en una urbe cercana al hospital donde Rosa recibiría atención posteriormente. Según su relato, su padre la acogió y juntos se dirigieron a un hotel donde alquiló una habitación con dos camas, alegando que resultaría más económico. Tras un breve descanso del largo viaje, exploraron diversos puntos de la ciudad: una peluquería donde Rosa se tiñó el cabello de rojo y varios sitios turísticos. Concluyeron el día con una cena en un restaurante, donde él adquirió varias cervezas.

La situación dio un vuelco inesperado esa misma noche. Agotada por el intenso día, Rosa se durmió temprano en su cama. Sin embargo, lo que aconteció mientras descansaba

marcó su vida para siempre. Se despertó sobresaltada al sentir que su padre le quitaba los pantalones y la ropa interior. A pesar de sus intentos por resistirse, él la agredió sexualmente. En estado de shock y sumida en el desconcierto, la joven quedó paralizada ante lo sucedido.

A la mañana siguiente, evitó todo contacto con su agresor. Se mantuvo distante incluso cuando él intentó acercarse, proponiéndole llevarla a una piscina local. Aprovechando un descuido del hombre, Rosa encontró el valor para huir. Con el poco dinero que tenía, abordó un autobús hacia Chonta Punta. Desde allí, caminó cerca de treinta minutos por la orilla del río Napo hasta llegar finalmente al refugio seguro de su hogar.

Al reencontrarse con su madre, Rosa se quebró en llanto y narró lo ocurrido. Sin dilación, su madre la llevó a la Unidad de Policía Comunitaria local, donde los agentes escucharon atentamente el impactante relato. Siguiendo los protocolos establecidos para casos de violencia de género, Rosa fue trasladada al hospital de la capital provincial. Allí se activó el protocolo conocido como "código púrpura", diseñado para proporcionar intervenciones inmediatas, tanto médicas como psicológicas, ante situaciones traumáticas.

El doloroso testimonio de Rosa y la valentía que demostró al buscar ayuda son un reflejo de cómo la búsqueda de justicia puede convertirse en un acto casi heroico frente a situaciones tan devastadoras. Su recuperación física y emocional comenzaba entonces, mientras una fiscal, tras una exhaustiva investigación, determinó presentar una acusación penal contra el presunto agresor, exigiendo además su comparecencia ante la justicia.

En el hospital, un perito médico legal realizó un minucioso examen ginecológico pericial. A pesar de que las prendas de la víctima del día del ataque no se conservaron y los rastros

físicos no estaban en condiciones óptimas debido a que ella se había aseado tras el incidente, el especialista procedió a recolectar muestras biológicas. Entre estas, obtuvo muestras de secreción vaginal para identificar la presencia de células espermáticas y el marcador antígeno prostático específico (PSA), también conocido como proteína P30, de gran utilidad en el ámbito forense.

El informe forense presentó hallazgos contundentes que respaldaron el testimonio de Rosa. En la exploración de los genitales externos se observó un desgarró antiguo del himen ubicado a las 6 según las manecillas del reloj de Lacassagne, una lesión del epitelio labial de 3 mm. Asimismo, se registró una abrasión de la mucosa anal, localizada a las doce horas (en posición ginecológica), en etapa de cicatrización.

Cada detalle del caso fue documentado cuidadosamente gracias al compromiso del equipo médico y forense. Rosa inició de inmediato un tratamiento psicológico para dotarla de herramientas emocionales que le permitieran enfrentar las secuelas de lo sucedido. Paralelamente, las autoridades comenzaron una investigación diligente para identificar y atribuir las responsabilidades legales correspondientes y garantizar así una pena proporcional al delito cometido.

El médico forense, con años de experiencia en casos sensibles, realizó el procedimiento con el más alto nivel de profesionalismo y respeto hacia la dignidad de Rosa. Comprendía que cada muestra recolectada era esencial para la investigación. Con destreza y sensibilidad, recogió las muestras biológicas utilizando hisopos estériles y las embaló cuidadosamente, cumpliendo estrictamente con los estándares internacionales para su rotulación y conservación en frío.

Posteriormente, se registró la apertura de la cadena de custodia y se asignó a las muestras un código único para

garantizar su trazabilidad durante el proceso judicial. Un agente de la Policía Nacional se encargó de trasladarlas al laboratorio forense en la capital, donde expertos en genética analizarían el material en busca de un perfil genético que sería comparado con una muestra de sangre extraída del principal sospechoso.

Este sospechoso no era un desconocido: era el propio padre biológico de Rosa. Un hombre al que ella había buscado con la ilusión de establecer un vínculo familiar y que, trágicamente, terminó destruyendo su confianza y marcándola con heridas tanto físicas como emocionales. La traición perpetrada por quien debía protegerla dejó profundas cicatrices en su vida.

El proceso judicial fue largo y desgastante. En varias diligencias, ante los investigadores, Rosa revivió su historia una y otra vez, donde cada palabra suya adquiriría un peso significativo. Durante el juicio, peritos médicos, psicólogos y testigos ofrecieron pruebas contundentes que confirmaron sin lugar a dudas lo ocurrido.

Cuando el tribunal penal emitió su veredicto, un silencio solemne se apoderó de la sala. Finalmente, el juez declaró culpable al acusado por la agresión sexual cometida. La condena impuesta fue de treinta años de privación de libertad, una sentencia que, si bien no podía borrar el daño infligido, representó un acto de justicia y confirmó que la voz de Rosa había sido escuchada.

Mientras el convicto era ingresado en un centro penitenciario para cumplir su condena, Rosa iniciaba otra etapa: su proceso de sanación. Sabía que sería un camino largo y arduo, pero no estaba sola. Su madre, profesionales de la salud y organizaciones solidarias la acompañaban, brindándole apoyo y herramientas para reconstruir su vida. Aunque las

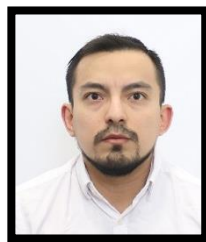
sombras del pasado aún persistían, una tenue esperanza comenzaba a florecer en su interior.

Rosa no era simplemente una víctima; era una superviviente. Su historia trasciende el dolor para convertirse en un relato de valentía y resistencia frente a las más terribles adversidades.

Este relato refleja claramente no solo el devastador impacto que puede tener un acto de violencia sexual dentro del entorno familiar, sino también la fortaleza inquebrantable de una joven que decidió alzar su voz pese al miedo y la vergüenza que suelen rodear estos episodios. La pronta intervención tanto de su madre como de las autoridades fue crucial para que Rosa accediera a la ayuda necesaria para iniciar su proceso hacia la justicia y recuperación.

MÁS ALLÁ DE LAS HERIDAS

*Med. Óscar Tipanta V., Especialista en
Traumatología y Ortopedia*



"Parte de la curación está en la voluntad de sanar." -Séneca

Dejar atrás la comodidad del hogar para sumergirme en un mundo desconocido, donde el idioma, la distancia y la guerra añadían un matiz de incertidumbre a la aventura, marcó el inicio de un viaje que pondría a prueba no solo mis habilidades médicas, sino también mi fortaleza emocional y la capacidad de sanar heridas que iban más allá de la carne y el hueso.

Siempre sentí una vocación por la traumatología, una especialidad que exige no solo conocimientos profundos, sino también empatía y rapidez para tomar decisiones bajo presión. Tras completar mis estudios de medicina en mi país natal, comprendí que la mejor manera de perfeccionarme era viajar al extranjero, enfrentar desafíos distintos, conocer nuevas culturas, forjar amistades y descubrir horizontes inexplorados.

La elección del destino no fue casual. Había escuchado sobre un programa de residencia en un hospital ubicado en una zona de conflicto, donde los médicos no solo trataban lesiones comunes, sino también a víctimas de una guerra incipiente. Saber que mi trabajo podría marcar una diferencia real en la vida de tantas personas fue la motivación definitiva para dejarlo todo atrás.

El hospital se alzaba imponente, con paredes que habían presenciado demasiado dolor. En los pasillos, el personal médico se movía con prisa, cada uno con una misión clara: salvar vidas. Al principio, todo resultaba ajeno, pero mi determinación y pasión por aprender facilitaron mi integración. La experiencia del equipo, su calidad humana y el hecho de ser extranjero contribuyeron a que la adaptación fuera rápida.

Mi primer día fue tan abrumador como fascinante. Tras concluir las actividades quirúrgicas, vivencia única en sí misma, fui asignado a las guardias y a la atención en emergencias, donde los pacientes llegaban en una interminable procesión. Heridos de bala, víctimas de explosiones y personas con traumatismos graves esperaban ser atendidos. Cada caso representaba un desafío, cada paciente, una historia de dolor y resistencia.

Aquella noche trabajé sin descanso, absorbiendo conocimientos de mis compañeros, un equipo diverso de médicos locales y extranjeros unidos por un propósito común: brindar atención en un lugar donde más se necesitaba. Juntos, formábamos un grupo sólido, respaldándonos en los momentos más difíciles.

Con el paso de las horas comprendí que mi labor iba más allá de la medicina. No solo trataba heridas físicas, sino también cicatrices emocionales. Una de las historias que más me impactó aquella noche fue la de Iván, un joven militar herido en un ataque aéreo. Llegó al hospital tras un largo traslado y fue atendido de inmediato. En la sala de emergencias, luchaba por su vida.

A pesar de la gravedad de sus heridas, su fortaleza y determinación inspiraron a todo el equipo. Tras la cirugía, pasó a recuperación. Como extranjero, llamé su atención y trató de entablar conversación conmigo. Con su voz ronca y

firme, me preguntó por qué estaba tan lejos de casa. Aún inseguro con el idioma, le expliqué que mi vocación por la traumatología me había llevado hasta allí, a un país desconocido, sin hablar la lengua ni conocer a nadie, pero impulsado por un propósito claro.

Iván, conmovido por mis palabras, apoyó su mano en mi hombro y, con determinación, dijo: “Lo vas a lograr. Si tuviste el valor de dejarlo todo y cruzar el mundo, tu perseverancia y fortaleza te llevarán lejos”. Sus palabras despertaron en mí una sensación inexplicable. En ese momento, comprendí que cada sacrificio tenía sentido.

Con el dolor aún reflejado en su rostro, Iván me habló de su mayor motivación: Misha, su hijo de dos años, a quien aún no conocía. Llevaba tres años fuera de casa, defendiendo a su país y sus ideales. Al mencionarlo, su expresión cambió. Sonrió y comenzó a compartir sus sueños: verlo en la escuela, jugar con él, verlo crecer.

“Así como tú hiciste tu sacrificio, yo también hice el mío”, decía con orgullo. “Sabemos que, aunque ahora pasemos por malos momentos y noches difíciles, todo tendrá sentido en el futuro. Tal vez hoy suframos, pero con el tiempo veremos los frutos”.

Sus palabras resonaban en mi mente. Solo pude asentir y responder con voz entrecortada: “Por Misha y por mi futuro”. No podía quedarme más tiempo. Salí de la sala de recuperación para seguir atendiendo a otros pacientes, pero algo dentro de mí había cambiado. Aquella conversación me dio una fuerza inmensa y me recordó que, sin importar las dificultades, algún día alcanzaría mi meta: ser traumatólogo.

Los días pasaron y la recuperación de Iván avanzaba según lo previsto. Había iniciado terapia física y cada vez que me veía, me saludaba con alegría. “Ya falta poco para que vuelvas a casa”, repetía con una sonrisa. Sabía que, aunque sus palabras

se referían a mi regreso, también eran un recordatorio de mantenerme enfocado en mi propósito.

Llegó el día de su alta. No quería irse sin despedirse. Nos dimos un fuerte apretón de manos, sin necesidad de más palabras. Ambos comprendíamos el mensaje: yo debía seguir luchando por mi futuro, e Iván, por su hijo.

Así continué mi especialización en traumatología, llevando conmigo las lecciones de aquella primera guardia, donde el sufrimiento y la resiliencia se entrelazaban en un duelo constante. La historia de Iván se convirtió en un faro de inspiración, recordándome que, incluso en las circunstancias más adversas, siempre existe la oportunidad de marcar la diferencia.

COLAPSO SILENCIOSO EN EMERGENCIA

Med. Carlos Parrales Cevallos



Era un turno como cualquier otro en la emergencia del hospital. Me encontraba en rotación por gineco-obstetricia y, hasta ese momento, la jornada transcurría sin contratiempos: pacientes con dolencias habituales, diagnósticos rutinarios y el ir y venir del personal en un ritmo constante. Sin embargo, la calma nunca dura demasiado en una sala de urgencias.

El aviso llegó desde triaje: una embarazada presentaba dolor abdominal intenso y cefalea severa. De inmediato, el equipo se puso en marcha. Al evaluarla, sus signos vitales revelaron una tensión alarmante: 210/130 mmHg.

Una cifra así en una gestante es una bomba de tiempo, un llamado de emergencia que exige acción inmediata. Cada segundo cuenta. Activamos clave azul y, en un instante, la sala se llenó de tensión y urgencia. El equipo se movió con precisión quirúrgica; las órdenes eran firmes y concisas, pero el peso de la responsabilidad se sentía en el aire.

Todo lo demás pasó a un segundo plano. Otros casos, pacientes en espera... nada importaba más que salvar a esa madre y su bebé. No había margen de error. Cada decisión y cada movimiento podían marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Mientras uno de los médicos intentaba tranquilizarla, iniciamos la evaluación física. El dolor estaba claramente localizado en el hipocondrio derecho, una señal de alerta

inconfundible. Solicitamos de inmediato el ecógrafo portátil para esclarecer el diagnóstico.

Al recorrer su abdomen con el transductor, la imagen en la pantalla confirmó nuestras peores sospechas: un extenso hematoma capsular hepático. En condiciones normales, el hígado presenta una ecogenicidad homogénea, pero en su caso, el contorno se desdibujaba bajo una sombra oscura e irregular. Con cada movimiento del transductor, el panorama se tornaba más sombrío: el sangrado continuaba, el hematoma se expandía. No había margen para la espera.

Ordenamos el traslado inmediato al quirófano. Con solo 31 semanas de gestación, una cesárea de emergencia implicaba un alto riesgo para el feto, pero el mayor peligro no era la prematuridad, sino la posibilidad de que la hemorragia hepática tuviera un desenlace fatal para ambos.

La sala de operaciones se convirtió en un torbellino de actividad donde cada segundo era crucial. Bajo la luz intensa de los quirófanos, el zumbido de los monitores, los pasos apresurados y las órdenes precisas del equipo médico se entrelazaban en una sinfonía de urgencia. El diagnóstico era devastador: ruptura hepática secundaria a preeclampsia. No solo la vida de la madre estaba en peligro, sino también la del bebé. La magnitud de la crisis era innegable, y todos sabíamos que las horas más críticas estaban por comenzar.

Se convocó de inmediato a los cirujanos especializados, pero su llegada no trajo un alivio inmediato. Mientras tanto, los anestesiólogos trabajaban sin descanso para estabilizar a la paciente, intubándola y ajustando meticulosamente sus parámetros vitales. El equipo quirúrgico no perdió un solo instante: con manos firmes y miradas decididas, abrió el abdomen y se enfrentó a la realidad del sangrado masivo. El tiempo era un enemigo cruel, que cada minuto sin control podía ser fatal.

Las manos de los cirujanos se movían con precisión, pero la presión era insoportable. No había margen de error. La lucha contra el tiempo y el riesgo de un colapso multisistémico eran una amenaza constante. Se administraron múltiples transfusiones intraoperatorias, pero una nueva complicación añadía más tensión: la paciente era O Rh negativo. Conseguir unidades compatibles no sería fácil. Desde el banco de sangre llegaron las primeras bolsas, pero sabíamos que el suministro podía no ser suficiente. Si la hemorragia no se controlaba pronto, perderíamos a la paciente.

Los minutos en el quirófano se alargaban como si el tiempo se hubiera detenido. El equipo trabajaba con precisión absoluta. El cirujano principal, con el rostro tenso y las manos firmes, exploró la cavidad abdominal. Al abrir, la gravedad del daño quedó expuesta: la cápsula de Glisson estaba desgarrada, el parénquima hepático presentaba laceraciones extensas y la hemorragia continuaba sin control. Se intentó un abordaje conservador con compresas hemostáticas, pero el sangrado persistía. No quedaba otra opción: se ligaron vasos, se aplicó trombina y se suturó el parénquima, una maniobra decisiva para estabilizar a la paciente.

El anestesiólogo anunció un choque hipovolémico inminente. Se administraron líquidos a presión, se ajustaron inotrópicos y se aceleró la transfusión. Entonces, una enfermera advirtió que el banco de sangre estaba al límite con las reservas de O Rh negativo. Un interno salió corriendo para coordinar la obtención urgente de más unidades, movilizando familiares y bancos externos. La tensión en la sala era asfixiante.

Después de casi cuatro horas de intervención, los cirujanos lograron estabilizar el sangrado. Se realizó un empaquetamiento hepático para asegurar la hemostasia y se dejó un drenaje abdominal. Con extrema precaución, la paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos,

donde permaneció intubada y en estado crítico las siguientes 48 horas.

La batalla no terminó ahí. Enfrentó episodios de inestabilidad hemodinámica, disfunción multiorgánica incipiente y la amenaza latente de un nuevo sangrado. Los monitoreos eran constantes, los ajustes en la ventilación mecánica imprescindibles, y el equilibrio ácido-base requería vigilancia estricta. Los intensivistas no descansaron. Su cuerpo estaba al límite, pero resistía.

Al séptimo día, contra todo pronóstico, la paciente comenzó a mostrar signos de mejoría. Se redujo la sedación y respondió a estímulos. Poco a poco, la función hepática se estabilizó. Cuando finalmente fue extubada y pudo hablar, su primera pregunta fue: "¿Mi bebé está bien?". Fue un momento profundamente emotivo para todo el equipo. Había logrado sobrevivir a lo que pocos logran.

Cuando su condición lo permitió, fue trasladada a la sala de hospitalización en ginecología. Con cuidados meticulosos, logró completar su embarazo y llegó al momento adecuado para una cesárea programada. Tanto ella como su bebé sobrevivieron.

Este caso dejó una enseñanza valiosa para todos los que estuvimos involucrados aquella noche. Nada en medicina es rutinario. Un turno aparentemente tranquilo puede convertirse en una lucha desesperada por la vida en cuestión de minutos. Aunque la literatura médica describe la ruptura hepática por preeclampsia como una condición rara, esa noche dejó de ser una posibilidad remota para convertirse en una realidad desgarradora.

Nunca debemos bajar la guardia. Cada paciente puede ser el que desafíe las estadísticas y nos obligue a actuar con rapidez, precisión y determinación. Aquella noche, el destino de una

madre y su hijo pendió de un hilo. Gracias al esfuerzo conjunto, pudimos salvarlos.

Al reflexionar sobre ese momento, comprendimos cuán frágil es la vida y lo crucial que es cada decisión tomada en el instante exacto. Nos recordó la importancia de la preparación, la calma en los momentos críticos y el valor incalculable del trabajo en equipo. También nos enseñó que, aunque la medicina está llena de incertidumbres, la única certeza es que debemos estar siempre listos para enfrentar lo inesperado. Ser médico no es solo tratar enfermedades, sino luchar contra el tiempo, las probabilidades y, en ocasiones, contra la muerte misma.

En esa sala de urgencias, entre la angustia y la adrenalina, entendimos que en nuestras manos podría estar el milagro de una segunda oportunidad. Y esa noche, lo conseguimos. Nos recordó por qué elegimos esta profesión, por qué soportamos jornadas interminables y por qué, a pesar del cansancio y la presión, nunca dejamos de luchar. Porque cada vida cuenta.

ÉTICA, VOCACIÓN Y RIESGO

Med. Gabriela Flores Chávez



Mi labor como médica no se limita a velar por la salud de mis pacientes, sino que también se fundamenta en principios éticos que guían mi ejercicio profesional. Para mí, la medicina es más que una vocación; representa una responsabilidad moral que exige imparcialidad, respeto por la autonomía del paciente y un compromiso absoluto con su bienestar. Sin embargo, los dilemas éticos se vuelven aún más complejos cuando el paciente es un amigo, un familiar o, en el peor de los casos, un hijo. En estos escenarios, el deber profesional puede entrar en conflicto con los lazos afectivos, lo que desafía mi capacidad para tomar decisiones objetivas en beneficio del paciente. La ética médica establece directrices que ayudan a enfrentar estos desafíos, garantizando que la emoción no nuble el juicio clínico y que el principio de justicia prevalezca en la atención sanitaria.

En 2023, inicié mi año rural en un centro de salud tipo C en la sierra, ubicado a 45 minutos de mi hogar. Elegí este lugar porque era uno de los centros de salud más grandes de Quito y, debido a la complejidad de la atención que brindaba, las plazas para médicos rurales rara vez se abrían. Desde el primer momento, me enfrenté a diversas dificultades, ya que hacía más de diez años que no se asignaban médicos rurales en ese centro, por lo que no sabía qué puesto me correspondería. Me encontré trabajando entre consulta externa y emergencia. Personalmente, siempre había imaginado que el área de emergencias me proporcionaría la

adrenalina de atender casos de diversa gravedad, lo que representaba un desafío profesional considerable. Finalmente, fui asignada al área de emergencias.

Desde mi primer día, mis compañeros de área, quienes contaban con años de experiencia, me integraron rápidamente en su equipo de trabajo. En particular, dos médicos, la doctora Muenala y el doctor Velasco, formaron parte de mi grupo de guardia y se convirtieron en mis mentores. Hasta hoy los considero profesores, guías y amigos, y les estoy profundamente agradecida, ya que gran parte de mis conocimientos en emergencias se los debo a ellos.

Acudí a mi primera inducción con temor de cometer errores y no saber cómo actuar en situaciones críticas. Sin embargo, mis colegas siempre estuvieron dispuestos a orientarme y enseñarme. Así llegó mi primer turno de guardia. Éramos tres médicos y dos enfermeras. Dos de nosotros nos quedábamos en el área de emergencias, mientras el tercer médico se trasladaba al centro obstétrico. De igual forma, se asignaba una enfermera a cada servicio. Como era nueva, me ubicaron en emergencias. Al preguntarle qué debía hacer, el jefe de guardia me indicó que atendiera a los pacientes clasificados como color azul y verde, según el triaje de Mánchester, un sistema que prioriza la atención según la gravedad del paciente y asegura que los casos más urgentes sean tratados de manera adecuada.

Comencé atendiendo patologías comunes, como infecciones respiratorias y urinarias. Fue entonces cuando comprendí que realmente era médica y que tenía la capacidad de ayudar a quienes más lo necesitaban. Mi primer diagnóstico fue amigdalitis aguda en un niño de cinco años, cuyo caso había sido desatendido en varios centros de salud debido a la falta de personal y la saturación de los servicios.

A medida que avanzaban mis guardias, fui adquiriendo más experiencia, hasta que un incidente marcó mi trayectoria profesional. Un día, un hombre de aproximadamente 65 años, llamado José, acudió al centro solicitando el cambio de su sonda vesical, un procedimiento frecuente en la unidad. Mientras realizaba el procedimiento, entablé conversación con él y le pregunté por qué necesitaba la sonda y con qué frecuencia la cambiaba. Me explicó que sufría de hiperplasia prostática y que reemplazaba la sonda cada 20 o 30 días. Le pregunté si estaba bajo tratamiento, a lo que respondió que no. Entonces indagué por qué tardaba tanto en realizar el cambio, y su respuesta me sorprendió: en otros centros de salud no lo atendían, debía comprar la sonda por su cuenta y, en muchas ocasiones, no tenía el dinero suficiente para hacerlo.

Al examinar la sonda, noté que estaba en mal estado, lo que podría derivar en complicaciones. De inmediato, realicé un examen de orina para descartar una posible infección y comencé el proceso para confirmar su diagnóstico de hiperplasia prostática. Al tratarse de un adulto mayor, reciclador y de recursos limitados, le expliqué la importancia de un control adecuado y le propuse acudir al centro de salud cada 15 días para cambiar la sonda y recibir el tratamiento correspondiente. Sin embargo, debido a mi condición de médica rural en emergencias, solo podía prescribir medicación por tres días. Esto me llevó a buscar alternativas para garantizar su tratamiento continuo durante los 15 días necesarios.

Con el tiempo, el señor José se convirtió en un paciente recurrente. Cada 15 y 30 de cada mes acudía al centro para cambiar su sonda y retirar su medicación. Era gratificante verlo llegar, sabiendo que su calidad de vida mejoraba gracias a la atención médica adecuada. Hasta mi último día de trabajo en el centro, él siempre preguntaba por mí. Su caso me dejó

una valiosa lección: las personas que más lo necesitan llegan a nuestra vida como una oportunidad para marcar la diferencia. La última vez que lo vi, me despedí recomendándole que no descuidara su salud, pues nadie mejor que uno mismo puede velar por su bienestar. Con un abrazo, me agradeció y nos despedimos.

El centro de salud donde realicé mi servicio rural se encontraba en una zona catalogada como de alta peligrosidad en Quito. Debido a esta situación, siempre procuraba ingresar y salir acompañada del personal de seguridad o de mis compañeros. Durante los últimos días de mi ejercicio como médica rural, viví una experiencia que dejó una huella profunda tanto en mi carrera como en mi vida personal.

Aproximadamente a las 02:00 de la madrugada de un sábado, un joven de unos 20 años ingresó a la sala de emergencias, sostenido por dos hombres de apariencia similar, quienes lo ayudaban a caminar. El guardia de seguridad, al notar que la camisa del paciente estaba empapada en sangre, permitió su ingreso inmediato y alertó al personal de enfermería. Los acompañantes informaron que el joven había resultado herido en una riña callejera, en la que lo agredieron con un arma blanca. Ante la gravedad del caso, la enfermera notificó al equipo médico de guardia.

Al llegar al área de procedimientos, los tres médicos de turno constatamos que el paciente presentaba dos heridas punzocortantes en la región posterior del tórax, entre el tercer y cuarto espacio intercostal derecho. Las lesiones, de aproximadamente tres centímetros, con bordes regulares, sangraban abundantemente. El paciente, en estado de somnolencia, fue colocado sobre la camilla. En ese momento, uno de mis compañeros activó el código rojo, mientras los demás realizábamos presión directa sobre las heridas para controlar la hemorragia. Debido a la hora, la respuesta del

sistema de emergencias fue más lenta de lo habitual, lo que nos llevó a intervenir de inmediato para detener el sangrado.

Junto con mi compañero, preparamos un campo quirúrgico para localizar el vaso sanguíneo comprometido. Tras aproximadamente 15 minutos de maniobras, logramos identificarlo y procedimos a clampearlo. Simultáneamente, administramos hidratación intravenosa en ambos brazos del paciente, quien comenzó a recuperar gradualmente el estado de conciencia.

Tras momentos de tensión y esfuerzo, logramos estabilizar al paciente y recibimos la confirmación de que su traslado a un hospital de segundo nivel había sido aprobado. Sin embargo, al realizar la anamnesis, tanto el paciente como su acompañante se mostraron reacios a proporcionar detalles sobre lo ocurrido, lo que generó sospechas sobre su posible vinculación con actividades delictivas. La preocupación creció aún más cuando, minutos después, aproximadamente 15 personas llegaron al centro de salud preguntando por el paciente.

Ante la situación, se activó el código plata, un protocolo de seguridad destinado a manejar posibles amenazas en las unidades de salud. Fue la primera vez que enfrenté un incidente de esta índole y, por primera vez, sentí que mi integridad física corría peligro mientras ejercía mi labor médica. Los diez minutos que demoró la llegada de la policía parecieron interminables, con el guardia de seguridad advirtiéndonos constantemente sobre la presencia de más personas en las cercanías y pidiéndonos que tomáramos precauciones. Finalmente, cuando los agentes llegaron, el grupo de individuos huyó rápidamente en motocicletas.

Poco después, llegó la ambulancia y mi compañero de guardia, acompañado de la custodia policial, trasladó al paciente y a su acompañante al hospital de referencia.

Mientras tanto, el centro de salud permaneció bajo vigilancia policial, aunque el temor y la incertidumbre se mantuvieron en el ambiente durante el resto de la jornada.

Ese día entendí la dualidad de la medicina: por un lado, la satisfacción de asistir a quienes más lo necesitan; por otro, la vulnerabilidad al enfrentarse a situaciones en las que la propia seguridad está en juego. Desde entonces, he aprendido a valorar más profundamente la vida y a las personas que me rodean, ya que el presente es incierto y el futuro nunca está garantizado.

Recuerdo esa experiencia con una mezcla de seriedad y nostalgia. A pesar de lo difícil del momento, me dejó lecciones importantes. Las vivencias compartidas con mis compañeros durante mi año rural quedarán en mi memoria como momentos irrepetibles, y siempre estaré agradecida por las personas que conocí en esa etapa de mi formación.

PICADURA AGRESIVA

Med. Antonio Guerrero Guevara



Hace algunos años, mientras cursaba mi año de medicatura rural en la región oriental del Ecuador, viví un episodio muy particular durante uno de mis turnos.

Me desempeñaba en el área de emergencias de una ciudad donde la demanda de atención era constante. En las jornadas de veinticuatro horas, cada médico podía llegar a evaluar cerca de cien pacientes. Si bien contábamos con la posibilidad de consultar entre colegas, lo habitual era que cada profesional gestionara sus casos de manera autónoma.

Aquel día, me encontraba en preturno, lo que implicaba dedicar seis horas a realizar un triaje eficaz, identificando a los pacientes que requerían atención inmediata y diferenciándolos de aquellos que podían esperar o simplemente buscaban agendar una cita en consulta externa. En medio de esa rutina, un caso captó por completo mi atención.

—Buenas tardes, ¿en qué puedo ayudarle? —pregunté con amabilidad.

—Buenas tardes, doctor. Hace unos minutos estaba en el río y me picó una tilapia —respondió el paciente.

—¿Una tilapia? ¿Cómo puede picar una tilapia? —le pregunté, intrigado.

—Solo nadaba y me pinché el dedo con su aleta. Me duele bastante. Ayúdeme, por favor.

"¿Es posible lesionarse con un pez?", pensé. Aunque no parecía un caso prioritario, decidí derivarlo a consultorio para que recibiera algo para el dolor, ya que insistía en que la molestia era intensa.

Poco después, noté que el paciente regresaba con medicación retirada de farmacia para ser administrada. "¿Inyectable? ¿Intramuscular o intravenosa? Para esta situación parece excesivo", pensé, aunque continué con mi labor.

En ese momento, ingresó un nuevo paciente que sí requería atención inmediata, por lo que lo acompañé directamente al área de observación. Allí, el médico de turno asumió el caso. Al salir, volví a ver al joven de la lesión en el dedo, aún en observación y recibiendo una analgesia potente. Me pregunté: "¿Realmente es necesario todo esto?"

Me acerqué al médico y le pregunté por qué seguía bajo vigilancia, considerando que parecía una herida menor. Me explicó que el dolor era inusual, no había cedido pese a la medicación y que, además, la zona mostraba una leve irritación. Por precaución, había solicitado exámenes de laboratorio para descartar una posible infección o reacción atípica.

Comprendí sus motivos. Aunque seguía creyendo que tal vez se trataba de una reacción exagerada, también sabía que, en ocasiones, uno simplemente *siente* que algo puede salirse de lo común. Si él consideraba prudente mantener al paciente en observación, su juicio era válido.

Al finalizar mi preturno, me preparaba para volver a casa cuando vi al paciente saliendo por la puerta de emergencias. Supuse que le habían dado el alta. Me acerqué al médico de turno y le pregunté:

—¿Todo bien con el paciente de la herida en el dedo? ¿Cómo salieron los exámenes?

—En realidad, no —respondió—. Al principio solo mostraba una leve inflamación, pero el enrojecimiento avanzó rápidamente hasta alcanzar el tercio distal del dedo. Preferí no arriesgarme y lo derivé al hospital de referencia para una evaluación más profunda.

Entendí su inquietud. El cuadro no tenía lógica. ¿Cómo una lesión tan pequeña podía provocar un dolor tan intenso? ¿Cómo algo tan aparentemente trivial alteraba los resultados de laboratorio? ¿Por qué la inflamación progresaba con tanta rapidez? Apenas habían transcurrido unas horas desde el incidente y, sin duda, se trataba de un caso inusual.

Al llegar a casa, no pude dejar de pensar en ello. Por la tarde, decidí contactar a un colega del hospital de referencia para saber cómo había evolucionado. ¿Se habrían molestado por recibir un caso tan aparentemente simple? ¿Habrían coincidido con la decisión de derivarlo? ¿Le habrían ajustado el tratamiento antibiótico y dado de alta?

Llamé. Y la respuesta me dejó atónito.

Al ingresar al hospital, el paciente ya presentaba enrojecimiento generalizado en el dedo afectado. Iniciaron antibióticos intravenosos de inmediato, pero la infección se diseminó con una rapidez alarmante. Optaron por amputar el dedo para detener la propagación, pero no fue suficiente. La infección avanzó hasta comprometer toda la mano, lo que obligó a realizar una amputación más extensa. Aun así, continuó progresando por el brazo. Durante la intervención quirúrgica, el paciente falleció.

¿¡Fascitis necrotizante!? ¿¡De verdad!? Jamás había presenciado un caso tan fulminante y letal. Estamos

habitados a ver cómo la condición de un paciente empeora con el paso de los días, pero esto... esto fue otra historia.

Solo un par de horas desde el primer síntoma. Un paciente que buscó ayuda a tiempo. Un sistema que respondió con eficiencia. Atención inmediata, referencia oportuna, manejo especializado... Todo se hizo como debía hacerse. Y sin embargo, no alcanzó.

Durante mi año de medicatura rural, aprendí que siempre hay que contemplar la posibilidad de complicaciones, incluso en cuadros que aparentan ser menores. Y también entendí una lección dura: a veces, aunque todo se haga bien, el desenlace puede ser devastador.

NO TE RINDAS

Med. Karina Guayanay Ríos



“La medicina es una ciencia de incertidumbre y un arte de probabilidad.” —William Osler.

La medicina no es solo una ciencia; es un viaje profundamente humano. Cada paciente representa una historia distinta, cada diagnóstico encierra una vivencia, y cada tratamiento deja una marca imborrable, tanto en quien lo recibe como en quien lo proporciona.

En los relatos de los pacientes se encuentra la verdadera esencia del ejercicio médico, no solo en los logros, sino también en los momentos que desafían nuestras expectativas. Las emociones, los obstáculos y los aprendizajes que surgen en el proceso forman parte de una experiencia que, aunque particular para cada persona, refleja una humanidad compartida.

Ser médico implica asumir una enorme responsabilidad, ejercida con empatía y un compromiso que trasciende límites. No se trata únicamente de curar enfermedades, sino de comprender el dolor, acompañar los miedos y sostener las esperanzas. A nivel personal, se transforma en un estilo de vida, donde el equilibrio entre lo profesional y lo íntimo se ve constantemente desafiado, pues los médicos presencian con frecuencia los extremos de la existencia: la vida y la muerte.

También significa estar en un aprendizaje constante, adaptarse, aceptar la incertidumbre y abrazar el cambio. La

medicina evoluciona sin descanso, y exige una actitud abierta, inquisitiva y resiliente. Para muchos, este camino se convierte en parte esencial de su identidad, moldeando su forma de percibir el mundo, de relacionarse con los demás y de enfrentar sus propias batallas.

Más que una carrera, la medicina es un llamado que impregna cada aspecto de la vida. Implica sacrificios, pero brinda también profundas recompensas: la posibilidad real de transformar vidas.

La medicina es una profesión que expone, de forma constante, a situaciones emocionalmente intensas. Desde la satisfacción de salvar una vida hasta la angustia de perder a un paciente, el ejercicio médico se convierte en una verdadera montaña rusa emocional. El dolor, la muerte, el sufrimiento humano y la esperanza forman parte del día a día, generando momentos profundamente gratificantes, pero también un desgaste personal inevitable.

Recuerdo una noche durante mi internado, mientras rotaba en la sala de urgencias junto a un médico experimentado y varios compañeros de guardia. Todo transcurría con la rutina habitual: el ruido constante de los monitores, el ir y venir del personal de salud, y la sensación de que nada extraordinario alteraría el curso de la jornada. De pronto, el jefe del área ingresó con la noticia de una emergencia. Esta vez se trataba de un accidente de tránsito que, según la información inicial, había dejado múltiples heridos. Aún no se conocían con claridad las circunstancias ni la gravedad de las lesiones.

De inmediato, el jefe organizó al equipo y nos asignó tareas específicas. Comenzamos a preparar camillas, conectar monitores y disponer los insumos necesarios. Yo, mientras tanto, trataba de calmar mi ansiedad. Era inexperta y los nervios me invadían ante la incertidumbre de lo que estaba por llegar.

En cuestión de minutos, las ambulancias comenzaron a llegar. Traían tres pacientes: una mujer joven con politraumatismos, un adulto mayor con claros signos de neumotórax a tensión, y un niño de aproximadamente cinco años, inconsciente, en estado crítico.

El emergenciólogo jefe del área se dirigió de inmediato hacia la camilla del niño. Su estado era alarmante: no respondía a estímulos y sus signos vitales se debilitaban con rapidez. La escena era impactante. Me sentía abrumada, pero al mismo tiempo profundamente conmovida por la fragilidad de ese niño. Poco después, apareció su padre. Al verlo, se desplomó en llanto. Aquel momento fue desgarrador. Me invadió una sensación de impotencia por no poder hacer nada inmediato que cambiara el rumbo de su situación. Estaba frente a una realidad dolorosa, cruda y profundamente humana.

Mientras esperábamos la llegada del cirujano pediatra para su evaluación, era urgente estabilizar al niño. Sus signos vitales empeoraban rápidamente y cada segundo que transcurría era determinante.

Estaba a cargo del menor junto a una enfermera que, a pesar del caos, mantenía la calma mientras preparaba los medicamentos para sedarlo. Era angustiante verlo en ese estado: su rostro y cuerpo estaban cubiertos de sangre, su piel pálida revelaba una hemorragia severa. Sentía un miedo profundo. Necesitaba que el cirujano apareciera de inmediato, antes de que el pequeño perdiera la vida. El pánico me invadía.

El emergenciólogo se acercó para darnos instrucciones precisas. Su presencia me dio seguridad; escuchar su voz firme y experimentada me devolvió algo de tranquilidad. Las enfermeras canalizaron una vía intravenosa y se inició la administración de líquidos para contrarrestar la pérdida

sanguínea y la deshidratación. A pesar de nuestros esfuerzos, los monitores reflejaban el deterioro progresivo del paciente.

En cuestión de minutos, la sala de emergencias se convirtió en un escenario caótico. Médicos y enfermeras corrían de un lado a otro, las camillas se llenaban con heridos del accidente, y no había margen para errores. Cada uno tenía un rol asignado y era crucial cumplirlo con precisión para sacar adelante la situación.

El niño no mostraba mejoría, pero finalmente llegó el cirujano con su equipo. Al evaluar rápidamente el caso, ordenó preparar el quirófano de inmediato. Detener la hemorragia era urgente.

Debido a la escasez de personal por la magnitud de la emergencia, me pidieron asistir en quirófano. Fueron horas de enorme tensión para todos los presentes, pero gracias a la pericia del cirujano y al trabajo en equipo, logramos estabilizar al menor. Aunque su estado seguía siendo delicado, su pronóstico era mucho más alentador que cuando ingresó.

Las horas de tensión fueron disminuyendo y, poco a poco, sentí una calma profunda. Agradecí internamente todo lo aprendido en ese instante tan crítico. Comprendí que debía esforzarme aún más en mis estudios para estar preparada ante futuras situaciones similares. Mientras me dirigía a cambiarme de ropa, reflexioné sobre la enorme responsabilidad que implica ejercer la medicina: tantas personas depositan su esperanza en ti. Ver la evolución favorable de un paciente no solo alivia el cansancio, sino que llena el alma de una satisfacción difícil de describir. Hacer las cosas bien, en esos momentos, lo es todo.

El aprendizaje nunca debe detenerse. Hay personas que confían plenamente en nosotros, comenzando por nuestras

propias familias, que esperan lo mejor de nuestro compromiso y entrega.

La medicina es un camino lleno de retos, sacrificios y lecciones constantes. Cada jornada trae consigo experiencias únicas, que requieren mucho más que destrezas técnicas: demandan empatía, pensamiento crítico y fortaleza emocional. En un entorno en permanente evolución, la actualización continua se vuelve imprescindible.

Nunca debemos olvidar que la medicina no es un punto de llegada, sino un viaje sin final. Siempre habrá algo nuevo que conocer, una innovación que explorar, una habilidad que perfeccionar. La preparación no solo mejora los resultados clínicos, sino que también nos transforma como profesionales y como seres humanos.

ENFERMERÍA Y DOCENCIA: SUBLIME VOCACIÓN

Lcda. Carolina Hidalgo Tapia Mgt.



Desde el instante en que descubrí mi vocación por la enfermería, nació también en mí el anhelo de compartir ese saber con los demás. La docencia en esta disciplina no representa únicamente una profesión, sino una misión: guiar, formar e inspirar a las futuras generaciones de cuidadores. Tal como lo hacía la dama de la lámpara, que con su luz ofrecía esperanza en medio de la oscuridad, aspiro a ser ese faro para mis estudiantes.

Recuerdo una ocasión durante la universidad en la que una docente nos preguntó en qué ámbito deseábamos desarrollarnos profesionalmente. La mayoría expresó su deseo de trabajar en hospitales, pero yo, sin dudar, respondí: “Quisiera enseñar, ser docente como usted.” Su sonrisa irónica sugería que aquello era inalcanzable. Sin embargo, ese gesto no me desanimó; al contrario, se convirtió en una fuente de impulso. Aprendí que, cuando otros dudan de nuestras capacidades, tenemos la opción de asumirlo como un desafío y demostrar que sí es posible.

Esa experiencia marcó mi camino como docente. Hoy estoy convencida de que todo estudiante posee un enorme potencial, y el papel del docente no es juzgar, sino acompañar, motivar y confiar.

Cada clase representa para mí una oportunidad para encender la chispa del conocimiento, pero también para transmitir el

valor humano que define a nuestra profesión. Más allá de enseñar técnicas o procedimientos, busco sembrar empatía, respeto y compromiso. Porque formar enfermeros no es solo instruir, sino también inspirar corazones que, algún día, cuidarán otras vidas.

Ser docente en enfermería es tener el privilegio de acompañar el crecimiento de mis estudiantes, de ver cómo su entusiasmo se transforma en compromiso, y su curiosidad, en conocimiento sólido. Cada pregunta, cada reflexión y cada debate en el aula representan pasos firmes hacia la formación de profesionales que no solo dominan la técnica, sino que también comprenden el valor de la empatía y el poder de tocar vidas con humanidad.

Mi vocación por la docencia se convierte así en un viaje compartido de aprendizaje, donde sembramos esperanza y cosechamos cuidado. En cada egresado, reconozco el reflejo de mi pasión por la enfermería, y en ellos, el futuro prometedor de nuestra profesión.

Cada vez que percibo en sus rostros la sed de saber, renace en mí el compromiso de seguir formándome para brindarles lo mejor. En cada espacio de práctica busco oportunidades que potencien sus habilidades, donde puedan desarrollar destrezas esenciales para el ejercicio profesional.

Aún conservo con nitidez el recuerdo de mi primer día como docente en la carrera de Enfermería. Las miradas de mis alumnos eran un reflejo de múltiples emociones: algunas cargadas de incertidumbre, otras iluminadas por la ilusión. Entendí entonces que mi papel iba más allá de transmitir contenidos; estaba acompañando la formación de quienes algún día cuidarían la vida de otros. Esa responsabilidad, lejos de intimidarme, avivó una llama que, con el tiempo, no ha hecho más que fortalecerse.

La emoción que siento al ver a un estudiante realizar con éxito su primera canalización, establecer una relación empática con un paciente vulnerable o resolver con criterio ético una situación clínica compleja, confirma que esta labor tiene sentido. Ser testigo de su crecimiento, desde los primeros pasos hasta convertirse en profesionales seguros y capaces, es una de las mayores gratificaciones.

Ser docente no significa saberlo todo. A diario aprendo junto a mis estudiantes: sus ideas, su visión innovadora, su dominio de herramientas digitales y su capacidad de cuestionar me inspiran a renovarme. Cuando surge una duda que no sé responder, la veo como una invitación a investigar en equipo, recordando que el verdadero aprendizaje es permanente y colectivo, y no concluye con un título académico.

Recuerdo con especial cariño a Virginia, una estudiante reservada que rara vez intervenía en clase. Sin embargo, durante una práctica clínica, presencié una transformación profunda en ella. Atendía a una paciente mayor que requería no solo cuidados técnicos, sino también contención emocional y consuelo espiritual. Su empatía y calidez natural emergieron con fuerza. Fue un momento revelador que me recordó que la excelencia en enfermería adopta múltiples formas, y que mi rol como docente consiste en reconocer y potenciar los talentos únicos de cada alumno.

No obstante, este camino no ha estado exento de desafíos. Me he enfrentado a grupos exigentes, falta de recursos, planes académicos inflexibles y resistencia a nuevas metodologías. Cada dificultad, sin embargo, se convirtió en impulso para innovar. Ante la ausencia de simuladores de alta fidelidad, diseñamos modelos artesanales que resultaron igualmente funcionales. Cuando los espacios de práctica no eran suficientes, generamos convenios con nuevas instituciones que hoy se han convertido en aliados fundamentales. Estas experiencias me han enseñado a adaptarme, y a enseñar esa

misma adaptabilidad a mis estudiantes. Les muestro que los obstáculos no son límites, sino oportunidades para crear, crecer y avanzar. La enfermería, después de todo, requiere tanto ingenio como conocimiento técnico y científico.

La mayor recompensa de esta vocación llega al reencontrarme con exalumnos que ahora son colegas reconocidos. Algunos dirigen unidades hospitalarias, otros investigan, publican y enseñan con pasión. Ver cómo se desarrollan y aportan significativamente a la profesión es una satisfacción difícil de describir.

Una exestudiante me dijo alguna vez: "Profesora, usted no solo me enseñó enfermería, me enseñó a ser una profesional con valores." Ese día comprendí que nuestra influencia trasciende lo académico. Como docentes, dejamos huellas profundas: formamos criterios, sembramos convicciones y transmitimos pasión por el arte de cuidar.

Cada comienzo de semestre renueva mi compromiso con la enseñanza. Me preparo con entusiasmo, actualizo contenidos, diseño nuevas estrategias pedagógicas y, sobre todo, me dispongo a conocer a cada estudiante, entendiendo que la enseñanza efectiva nace del reconocimiento del otro como un ser único con un potencial ilimitado.

Mi objetivo es inspirar constantemente: compartiendo relatos reales de la práctica enfermera, invitando a pacientes a relatar sus experiencias y mostrando el impacto global de nuestra profesión. Quiero que mis estudiantes comprendan que ser enfermero no solo implica pertenecer a una disciplina noble, sino también a una que trasciende fronteras y transforma vidas.

La docencia en enfermería es un privilegio que me permite multiplicar el cuidado. Cada estudiante que formo llegará a atender a cientos o miles de personas a lo largo de su carrera. Pensar en este impacto exponencial me motiva a dar lo mejor

de mí cada día, sabiendo que mi influencia perdurará mucho después de que me retire.

Aún recuerdo aquel día lluvioso, al final de una jornada agotadora, cuando recogía mis materiales del aula. El cansancio me pesaba, pero en ese momento Diana, una estudiante tímida que rara vez intervenía, se acercó con un pequeño sobre en las manos. "Licen, solo quería agradecerle por creer en mí", dijo antes de entregarme una tarjeta hecha a mano. En ella, compartió cómo mis palabras de aliento durante sus prácticas hospitalarias le habían dado la confianza para seguir adelante cuando pensaba abandonar la carrera. Esa tarjeta, que conservo en mi escritorio, me recuerda constantemente por qué elegí este camino. No son los grandes reconocimientos los que sostienen mi vocación, sino esos pequeños momentos de conexión humana que van más allá del currículo formal.

Cada "gracias, profe" lleva consigo una responsabilidad que me impulsa a mejorar constantemente. Cuando un estudiante reconoce mi esfuerzo con un gesto de gratitud, me doy cuenta de que no puedo quedarme atrás. El conocimiento en enfermería avanza a pasos agigantados, surgen nuevas técnicas, investigaciones y protocolos sin cesar. ¿Cómo podría animarles a mantenerse actualizados si yo misma no lo hago? Por eso, cada noche me dedico a leer revistas científicas, participo en congresos, incluso cuando eso implica sacrificar fines de semana. Me inscribo en diplomados y cursos especializados que enriquecen mi formación. No busco certificados para adornar paredes, sino herramientas para ofrecer una enseñanza más completa.

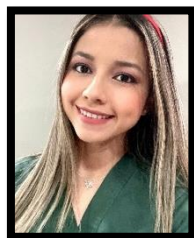
Lo más hermoso de la docencia es la interacción constante de dar y recibir. Mientras me esfuerzo por formar a mis estudiantes como profesionales competentes, ellos también me transforman a mí. Sus preguntas me retan a reconsiderar conceptos que creía absolutos. Sus dificultades me motivan a

hallar nuevas maneras de enseñar y explicar. Sus historias personales amplían mi perspectiva y me sensibilizan.

En cada mirada de comprensión, en cada habilidad perfeccionada, en cada valor ético adoptado, percibo el futuro de nuestra profesión. Y me comprometo a seguir siendo esa luz que guía, ese apoyo que sostiene y esa inspiración que eleva. Enseñar enfermería no es solo mi trabajo, es mi pasión y mi manera de contribuir a un mundo más humano y saludable.

MI LARGO Y CAÓTICO TURNO

Lcda. Gabriela García Solórzano



Era un día común, comenzaba mi turno, realizaba el pase de guardia con mi colega, revisaba los pendientes y me disponía a iniciar mis actividades. Sin embargo, algo inesperado cambió el curso de la jornada. A poco de comenzar, sonó por el altavoz del hospital la temida alerta de código plata, que indica la llegada de un herido por arma de fuego. El protocolo principal es asegurar la seguridad de los pacientes y el personal, especialmente aquellos que están directamente involucrados en la atención.

El paciente herido llegó rápidamente a la sala de reanimación. Con nuestras prendas de protección puestas, comenzamos a trabajar de inmediato. Se le monitorizó, se colocaron dos vías periféricas y el médico evaluó las heridas antes de intubarlo debido al déficit respiratorio y el deterioro sensorial que presentaba. De repente, se escuchó a lo lejos: "Llegaron dos más". Al ingresar los nuevos pacientes, rápidamente iniciamos los mismos procedimientos que con el primero. Fue en ese momento cuando uno de ellos me sujetó el brazo, pidiéndome que por favor lo salvara, explicando que solo estaban en una reunión para celebrar el cumpleaños de su mejor amigo.

Le respondí con calma: "Tranquilo, estamos ayudando a tus amigos y a ti". Logramos estabilizar al primer paciente y lo trasladamos al quirófano debido a la gravedad de sus heridas. Pero esto no había terminado aún. Recibimos la alerta de que

dos heridos más estaban en camino. Con rapidez, salí a la farmacia del hospital en busca de insumos y medicamentos para abastecer el área, mientras dos compañeras se encargaban de trasladar a los pacientes estables de la sala de reanimación.

De repente, el sonido de las puertas anunciando la llegada de los dos heridos que esperábamos nos alertó. Mientras ingresaban en camillas a la sala de reanimación, desde las afueras del hospital se escuchaban gritos desgarradores y sollozos, provenientes de los familiares de las víctimas que comenzaban a llegar, ansiosos por conocer el estado de sus seres queridos. Sin embargo, esta vez el panorama era distinto: los cuerpos de los pacientes, completamente bañados en sangre, con la piel pálida, pupilas isocóricas y relajación de esfínteres, indicaban lo que temíamos: ambos habían llegado sin signos vitales. Procedimos de inmediato con el protocolo de monitorización y reanimación, pero fue en vano; ya no había nada que hacer.

Una hora después, llegó mi siguiente paciente del turno, una joven de 20 años que había sufrido un accidente de tránsito. Sus piernas estaban atrapadas en el auto y presentaba fracturas abiertas en ambos miembros inferiores. La tibia izquierda se encontraba fracturada en tres partes, mientras que la cabeza del peroné estaba completamente expuesta. La tibia y el peroné derecho también presentaban fracturas en dos partes cada uno, y su cuerpo estaba cubierto de laceraciones y contusiones. Sin embargo, la joven solo repetía una pregunta: "¿Dónde está mi novio?"

Mi compañera y yo nos miramos, pero continuamos atendiendo sus heridas. La paciente insistía con la misma pregunta, por lo que, dada su resistencia a que la atendieran sin obtener respuesta, el médico decidió intervenir. "No tenemos noticias de él porque no ha llegado a este hospital", le informó. Sin embargo, tanto el médico como nosotras ya

habíamos sido informadas por el personal de la ambulancia que el joven había fallecido en el accidente, pues no llevaba puesto el cinturón de seguridad, lo que provocó que su cuerpo fuera expulsado del auto y se impactara contra un muro de contención cercano.

Los minutos transcurrían, pero mi turno aún no terminaba. En ese momento, otro herido por accidente de tránsito llegó. El camillero bajó la camilla del vehículo y la colocó en la parte trasera del auto, estacionado justo frente a la puerta de emergencias. El conductor abrió el maletero y vimos a un hombre somnoliento, recostado sobre una tabla de madera improvisada para su traslado. Junto a él, un anciano con un bulto en las manos y una mujer, sentada en el asiento del copiloto, que no dejaba de llorar.

Al acercarme al auto, el hombre mayor me entregó el bulto, que resultó ser un brazo casi completo. Había sido arrancado del cuerpo del paciente tras un impacto de alta velocidad con un camión. Por un momento, el silencio se apoderó del ambiente ante la gravedad de la situación, pero rápidamente el médico dio la orden de bajar al paciente e ingresarlo a la sala.

Una vez en el área de reanimación, coloqué el brazo en la camilla y comencé a atender al herido. Para sorpresa de todos, el paciente respondía al interrogatorio. A pesar de su estado etílico, sabía que había sufrido un accidente y solo mencionaba un leve dolor al retirar las gasas que cubrían el húmero que aún permanecía en su cuerpo. Era una situación inédita para el hospital; nunca habíamos recibido un paciente con ese tipo de amputación. Todo el personal que se acercaba a tomar muestras o realizar procedimientos se quedaba asombrado al ver el brazo junto al paciente.

El médico pidió una interconsulta con cirugía, y al llegar los cirujanos para valorar al paciente, decidieron trasladarlo de inmediato a quirófano.

Después de un turno largo y caótico, atendiendo a siete pacientes durante una alerta de código plata, con el llanto de los familiares resonando fuera del hospital, finalmente pude tomar asiento. Reflexioné sobre lo crucial que es mantenerse alerta y actuar de manera precisa y adecuada ante situaciones de emergencia. El personal de salud enfrenta riesgos constantes: desde la agresión de un paciente o un familiar, hasta el peligro de un pinchazo accidental con una aguja, sin mencionar el temor a ser demandado por ofrecer una información sensible de manera inapropiada. En medio de todo eso, la prioridad es siempre el paciente, brindándole lo mejor de uno mismo.

En esos momentos de vulnerabilidad, una simple frase como "todo estará bien" o "estamos aquí para ayudarte" puede proporcionar un consuelo inmenso. Sin embargo, también es vital reconocer cuándo abstenerse de dar información que pueda generar más angustia. A lo largo de nuestra carrera, enfrentamos situaciones donde la toma de decisiones acertadas es fundamental para velar por el bienestar del paciente, quien siempre debe ser la prioridad.

LUZ EN LA OSCURIDAD

MÉDICA

Med. Joel Estrada



El hospital olía a desinfectante y a miedo, una mezcla penetrante que se impregnaba en la piel y en la memoria. Las luces fluorescentes parpadeaban con desgano, iluminando pasillos interminables donde el tiempo parecía suspenderse entre murmullos de enfermeras y sollozos contenidos de quienes aguardaban. Era mi primer año de internado y, aunque los libros me habían enseñado anatomía, farmacología y protocolos, nada me había preparado para la lección que Sofía, una niña de nueve años, grabaría en mi alma con tinta indeleble.

Aquella noche lluviosa, cuando el cielo se abría en un llanto implacable, la trajeron en una camilla. Su cuerpo frágil estaba envuelto en una manta desgastada que apenas cubría el tono amoratado de sus labios. Sus padres la seguían en silencio, con manos agrietadas y rostros agotados, como si cada paso fuera una plegaria silenciosa. Venían desde Esmeraldas, de una zona donde la carencia de recursos convertía cualquier dolencia en una amenaza devastadora. La angustia se reflejaba en la voz temblorosa de su madre: "Doctor, por favor...", me rogó mientras aferraba mi brazo con una fuerza que hablaba de noches sin descanso y esperanzas marchitas. "No puede respirar." Lamentablemente, apenas entendía cuál era mi función en ese momento.

Sus palabras me atravesaron sin aviso. Sofía presentaba signos evidentes de una neumonía grave: respiración dificultosa, fiebre elevada y saturación de oxígeno peligrosamente baja. Necesitaba ser hospitalizada de inmediato, recibir antibióticos intravenosos y oxígeno permanente. Pero el sistema, rígido y distante, no respondía con la urgencia que el caso exigía. "No hay camas disponibles", declaró el médico de turno con una voz plana, sin asomo de compasión, mientras yo sentía que cada segundo transcurría en contra nuestra. La negativa resonó en mis oídos como una sentencia; era como si, en ese espacio, las personas se diluyeran entre cifras y protocolos.

Los padres, con el alma oprimida por la angustia, aguardaban en una sala de espera fría e inhóspita, donde las sillas metálicas parecían burlarse del agotamiento y la desesperanza. Ya les habían informado que no había camas disponibles, pero marcharse no era una opción. Aferrados a una fe inquebrantable, permanecieron allí durante dos eternas horas, viendo cómo su hija, cada vez más frágil, se acurrucaba en el regazo materno, consumida por la fiebre y una respiración dificultosa. La madre no apartaba la mirada de la puerta, esperando que alguien saliera a darles una respuesta; el padre, inquieto, recorría el pasillo una y otra vez. Justo cuando la tensión rozaba lo insoportable, un médico les anunció que se había desocupado una cama. Finalmente, la hospitalizaron. Pero con ello no terminó la espera; solo cambió de forma. Empezaba una nueva etapa, más dura, más incierta. Ya han transcurrido dos días desde entonces.

Durante esas primeras jornadas, la atmósfera en la sala era densa, cargada de un silencio que gritaba impotencia. Cada vez que entraba, veía a Sofía conectada a monitores que emitían pitidos constantes, como si marcaran el paso de una batalla en la que ella estaba perdiendo terreno. A veces abría los ojos con timidez, reflejando en su mirada la duda de quien

enfrenta una lucha que jamás debió recaer en alguien tan pequeño. Mientras tomaba sus signos vitales, sentía cómo el tiempo se desdibujaba entre la incertidumbre y el temor. Mis manos temblaban, no por falta de experiencia, sino por la conciencia del dolor que enfrentaba una familia llegada desde tan lejos, con tan pocas certezas y tanto amor.

Todo empeoró cuando, al finalizar el segundo día, una enfermera se me acercó en voz baja para informarme que el meropenem, el antibiótico que Sofía requería con urgencia, no estaba disponible. La farmacia había comunicado que no lo recibirían sino hasta la semana siguiente. Un plazo inaceptable cuando cada segundo tenía el peso de una vida. Aquella noticia cayó como un golpe seco, desgarrador, en medio de una tormenta emocional ya desbordada. Recuerdo mirar a los ojos del padre, donde las arrugas parecían trazar mapas de batallas antiguas, y a los de la madre, cargados de resignación y un dolor que se negaba a rendirse ante lo inevitable.

En ese momento, algo dentro de mí se quebró. No podía aceptar que una niña perdiera la vida por razones ajenas a su voluntad. “Yo lo compro”, respondí sin pensarlo, antes de que la lógica intentara frenarme. Aquellos ahorros, reunidos con esfuerzo durante años de estudio y privaciones, se convirtieron en el puente entre la impotencia y la posibilidad. Salí corriendo hacia la farmacia más cercana, con la adrenalina ardiendo en cada rincón del cuerpo, mientras la lluvia seguía golpeando las calles, como si el cielo mismo estuviera de luto.

Al regresar, la enfermera me miró con una mezcla de sorpresa y gratitud muda. En sus ojos se reflejaba algo más que alivio: era el reconocimiento de una decisión que nacía del compromiso con la vida. No se trataba de un gesto heroico,

sino de una reacción genuina frente a la injusticia; una necesidad visceral de proteger, de sanar, de impedir que la indiferencia institucional condenara a una niña a la muerte. Mientras administrábamos el tratamiento, la atmósfera en la sala se transformó poco a poco. Se notaba en las miradas, ahora menos cargadas de desesperanza, como si un tenue resplandor hubiera encendido un nuevo aliento de fe. La lucha aún no terminaba, pero algo había cambiado.

Con el paso de los días, fui testigo de cómo la fiebre cedía lentamente. Cada pequeña mejoría era motivo de una celebración silenciosa para quienes aún creíamos en los milagros cotidianos. Las noches transcurrían entre vigiliass, controles constantes y cuidados atentos. En esos momentos de quietud tensa, pensaba en la fragilidad de la existencia y en la fuerza que nace cuando todo parece perdido. Aquella vivencia me marcó profundamente. Comprendí que en la medicina no existen historias menores, que cada paciente encierra un mundo entero de anhelos, temores y esperanzas. Y que, a veces, lo que hace la diferencia no es una gran hazaña, sino una decisión nacida del corazón.

El día que Sofia abrió los ojos y dibujó una leve sonrisa se sintió como un verdadero milagro. Aquel gesto, aunque frágil, confirmó que cada esfuerzo había valido la pena. Con voz apenas audible, me preguntó si el dolor disminuiría, y en ese instante, conteniendo la emoción, le aseguré que todo mejoraría. Ese momento marcó no solo el inicio de su recuperación, sino también el nacimiento de una certeza profunda en mí: la medicina no se limita a diagnósticos y tratamientos; es también un acto de entrega, de empatía, de conexión genuina con el sufrimiento ajeno.

El abrazo de su madre, al despedirnos, fue mudo pero cargado de significado. A través de él, me transmitió una gratitud imposible de expresar con palabras y dejó en mi memoria una promesa tácita: nunca olvidaría esa noche. Aquella vivencia quedó grabada en mi ser como un recordatorio constante de que la batalla contra la adversidad se libra a diario, y que, a veces, un solo gesto de compasión puede abrir paso a la luz, incluso en medio de la oscuridad más profunda.

PROMESA: TE LLEVARÉ A CASA.

Med. Marjorie Jaime M.



Era un jueves de la primera semana de junio cuando César, un paciente ya conocido, acudió a mi consulta. No era un día cualquiera: las calles comenzaban a recobrar vida tras la cuarentena impuesta por la pandemia de COVID-19. Las personas retomaban poco a poco sus rutinas, y la ciudad volvía a respirar con cierta normalidad.

Durante la revisión médica, no se encontraron hallazgos relevantes. César presentaba una tos leve y seca, acompañada de prurito faríngeo, sin otros síntomas de alarma. Se le indicó tratamiento conforme a la sintomatología y las recomendaciones clínicas actuales.

Los días transcurrieron sin contratiempos. El sábado lo volví a ver mientras caminaba hacia su trabajo. Noté en su rostro una expresión de agotamiento, algo distinto en su manera de moverse. Lo saludé e indagué por su estado. Él, con una sonrisa apacible, me aseguró que estaba bien, atribuyendo su fatiga al esfuerzo de subir una calle empinada.

Le sugerí realizar una nueva valoración médica. Aceptó, pero no acudió. Pasó una semana sin noticias, hasta que, una tarde de domingo, recibí una llamada suya. Con voz entrecortada, me pidió ayuda: no podía respirar, sentía un agotamiento extremo y la tos se había intensificado. Me dirigí de inmediato a su domicilio y lo encontré sentado en el suelo de la sala, con signos evidentes de disnea leve.

Le propuse trasladarlo de inmediato al hospital, pero se negó con firmeza. Decía que quienes ingresaban a un centro médico no salían con vida, y no quería convertirse en una cifra más. Intenté persuadirlo una y otra vez, pero su miedo fue más fuerte que cualquier argumento.

Durante varios días me dediqué a estabilizar a mi paciente. Tomé la decisión de quedarme en su casa, acompañándolo durante las noches, iniciando un tratamiento de soporte con hidratación y corticoides. Eran tiempos inciertos, marcados por una pandemia que aún nos sorprendía con nuevas manifestaciones y para la cual no existía un conocimiento claro ni un protocolo definitivo. Cada jornada llegaban más reportes de fallecimientos, lo que alimentaba el temor generalizado.

Aunque hubo ligeras mejorías, César no terminaba de recuperarse. Algunos días eran más estables, otros preocupantes. La tos persistente le impedía descansar, y su negativa a acudir a un hospital se mantenía firme. Pasaron seis días desde aquella llamada angustiada, sin que su estado se modificara de forma significativa.

El séptimo día comenzó su deterioro: cianosis evidente en los labios y los dedos, y una fatiga tan intensa que ya no podía mantenerse en pie. Su familia, agotada y resignada, esperaba lo peor. Pero yo me resistía a rendirme. No podía quedarme inmóvil viendo cómo se apagaba. Insistí con todo lo que tenía, incluso lloré junto a su cama. Le prometí que, si aceptaba ir al hospital, haría todo lo posible para que regresara con vida a su hogar.

Finalmente, un domingo a las cinco de la mañana, accedió. Nunca olvidaré cuando me miró con una mezcla de cansancio y gratitud y dijo: “Gracias por todo”. Lo ayudé a subir a mi auto y lo llevé personalmente al hospital. Esperé mientras realizaban la valoración clínica, los exámenes y la

confirmación de lo que ya sospechábamos: César tenía COVID-19, probablemente contraído durante sus jornadas laborales.

Con el diagnóstico confirmado, comenzaron los trámites para su traslado a un centro de mayor complejidad. Era su mayor miedo hecho realidad: separarse de su familia, no poder verlos ni escuchar sus voces. Esa soledad lo angustiaba profundamente. Había vivido pérdidas significativas en hospitales, y en su memoria, cada ingreso representaba una despedida definitiva. César era soltero, sin hijos. Su mundo giraba en torno a sus tres hermanos y sus sobrinos, su única red afectiva.

Días antes, César había perdido a una prima debido a la misma enfermedad que ahora lo aquejaba. La posibilidad de evitar el traslado ya no existía; una vez solicitado, no había vuelta atrás. Nos refirieron a un hospital especializado a una hora de distancia. Mientras esperábamos la ambulancia, que tardó tres horas, me mantuve siempre a su lado.

Cuando finalmente llegó la ambulancia, lo vi ser trasladado en camilla. Sorprendentemente, César estaba tranquilo, respirando por sí mismo sin necesidad de oxígeno. Sin embargo, a pesar de su serenidad, su rostro reflejaba un temor y una resignación silenciosa. Me preguntó si lo acompañaría en el traslado, y el médico respondió: “Lo siento, ella no puede subir.”

Respondí rápidamente: “No te preocupes, seguiré a la ambulancia, estaré cerca.” Y así lo hice. Partimos del hospital un lunes a las 11 de la mañana rumbo al hospital de especialidades. La ambulancia llegó al área de emergencia para entregar al paciente, pero no pude verlo ni despedirme de él. Sin embargo, el médico del traslado me envió un mensaje en el que me dijo: “Su paciente me pidió que le

recordara que, pase lo que pase, usted prometió venir a buscarlo y llevarlo de regreso a casa con su familia."

Asentí, confirmando lo que había prometido cuando aceptó ser trasladado. La familia llegó poco después a la unidad, intentando ver a César por todos los medios, pero debido a su condición y las restricciones de la pandemia, fue imposible. Nos informaron que debíamos regresar a casa y que nos mantendrían al tanto sobre su estado de salud.

Pasaron dos días y los reportes eran alentadores. El pronóstico mejoraba, lo que nos llenó de alivio. Sin embargo, cuando ya comenzábamos a relajarnos, lo inesperado ocurrió: una llamada a altas horas de la madrugada informó a la familia que César había sufrido una descompensación y que sería trasladado a la unidad de cuidados intensivos. Fue un golpe devastador para todos.

Los reportes variaban cada día, y con ellos llegaban nuevas complicaciones: hipertensión, complicaciones renales, psoriasis y otras afecciones que sumaban angustia a la incertidumbre. Así transcurrieron cuatro días más, hasta que, por fin, llegó la noticia de una leve mejoría, un rayo de esperanza. Sin embargo, esa esperanza pronto se vio empañada por la escasez de fármacos, que se volvía más difícil de gestionar a medida que aumentaba la demanda de medicinas entre los pacientes. La búsqueda resultaba frustrante y agotadora.

A pesar de todo, siempre lográbamos conseguir los medicamentos, a veces gracias a los familiares de pacientes que no lograron salir de la UCI. A pesar de su propio dolor, ayudaban a otros a sobrevivir. Pasaron seis días más sin grandes cambios. Finalmente, el 20 de junio, se informó que intentarían extubar a César, ya que mostraba una ligera mejoría. Querían comprobar si podía empezar a despertar y respirar por sí mismo.

Ese día, por la tarde, realizaron el procedimiento. Disminuyeron la dosis de sedantes y procedieron a la extubación. Al principio todo parecía ir bien, hasta que César recuperó la consciencia plena y comprendió que se encontraba aislado en la UCI. La ansiedad y desesperación que le produjo la situación alteraron sus signos vitales, lo que obligó a los médicos a sedarlo nuevamente y reintubarlo, por seguridad tanto de él como de los otros pacientes. La prueba no tuvo éxito.

Tres días después, los reportes volvieron a ser negativos. El 24 de junio, como todos los días, me dirigí a la UCI con la esperanza de recibir buenas noticias. Al llegar, el médico de la unidad salió a informar a los familiares, pero mientras nos daba el reporte, una llamada lo interrumpió. Nos avisaron que había un problema con otro paciente. En ese momento, todos los familiares presentes, en un silencio tenso, rezamos para que no se tratara de nuestro ser querido.

Sentí una profunda sensación de miedo al escuchar la interrupción del médico. Me retiré al auto, el pensamiento de si era César me atormentaba. En ese instante, recibí una llamada de otro paciente, y entendí que, como médico, mi deber era estar allí para quienes me necesitaban. Tras concluir la consulta, un nuevo aviso llegó, uno que nunca imaginé recibir: a las 10:30 a.m. me informaron del fallecimiento de César, un hombre de 50 años, soltero, sin hijos, simpático y carismático, que había celebrado su último cumpleaños como nunca antes, rodeado de su familia.

Recordé su rostro el día de su traslado, y las palabras del médico de la ambulancia resonaron en mi mente: "Pase lo que pase, usted vendrá a buscarlo y lo llevará a casa con su familia". Lo prometí, y cumplí mi palabra. Me dirigí al hospital y realicé los trámites necesarios. Debido a la pandemia, no fue posible que su familia se despidiera, y solo recibí un féretro embalado en plástico, escoltado por la

policía, que garantizó el traslado desde el hospital hasta el cementerio.

Con dolor y resignación, cumplí mi promesa a César, mi amigo, mi hermano, mi primo, aquel que me cuidó en mi infancia y estuvo a mi lado en cada paso de mi vida. Lo llevé de regreso a casa, a su último descanso junto a sus padres y otros familiares.

Meses después, aún sentía que había fallado como médico. Sin embargo, una noche, como en un sueño de esos imposibles de creer, lo vi. Estaba radiante, bromeando como antes, y conversamos mucho. Al final, se despidió con una sonrisa y me dijo: "Gracias, en serio, gracias por todo. Lo hiciste muy bien, y recuerda que fue mi decisión". Al despertar, aunque sorprendido, sentí que mi propósito se renovaba, con nuevas metas y el compromiso de seguir ayudando a otros.

IMPOSIBLE CAMBIAR SIN VOLUNTAD PROPIA

Dra. Anileisy García Calzadilla



Al decidir escribir esta historia, un nudo se formó en mi garganta. Los recuerdos de ese tiempo llenaron mi mente, acompañados de una tristeza por algunas decisiones que desearía haber cambiado. Sin embargo, el tiempo, implacable, me recuerda que hay cosas que no se pueden revertir.

Desde que me gradué como médico, mi compromiso siempre fue hacer todo lo posible por salvar la vida de un paciente. No solo se trata de una persona, sino de una familia que espera con ansias el regreso de un ser querido. En 2015, cuando comencé a trabajar en una zona urbana, enfrenté un reto considerable debido a la cantidad de pacientes que atendía. A pesar de ello, siempre me esforcé por dar lo mejor de mí y brindar ayuda a todos.

Después de un año en ese centro de salud, recibí el diagnóstico de mi hijo menor: TDH. Me di cuenta de que estaba dedicando la mayor parte de mi tiempo al trabajo, descuidando a mi hijo, que tanto me necesitaba. En ese momento, me encontré en una encrucijada: continuar con mi residencia en Medicina Familiar o quedarme en casa. Fue entonces cuando un compañero de trabajo, a quien agradezco profundamente, me ofreció su puesto. Él había sido destinado a un lugar lejano, en medio de las montañas, y quería regresar a estar cerca de su familia. Yo, por mi parte, necesitaba estar más cerca de mi hijo.

Tomé entonces una de las decisiones más acertadas de mi vida: mudarme a ese pequeño pueblo, apartado de todo, pero lo suficientemente cerca de la escuela de mi hijo, justo al lado del consultorio. Allí pude combinar mi pasión por la medicina con mi deseo de estar presente en la vida de mi hijo, atendiendo a quienes lo necesitaban.

Realicé todos los trámites necesarios para mi traslado, y en menos de una semana ya estaba mudándome a este nuevo lugar, donde podría cuidar de mi hijo y ejercer la medicina, un sueño que siempre había tenido. El lugar era encantador, rodeado de montañas y con un clima inmejorable. Las personas eran amables y muy agradecidas con el médico, ya que no era fácil decidir mudarse tan lejos. El consultorio estaba en una pequeña casa blanca de dos pisos, rodeada de flores, un sitio tan pintoresco como el propio entorno.

El primer día, una sensación de duda me invadió: ¿cómo había decidido venir a este lugar tan alejada de todo? Durante la noche, solo quedábamos mi hijo y yo, y el consultorio funcionaba como guardia, como una especie de emergencia. Me pregunté cómo lograría atender a tantas personas. Sin embargo, al día siguiente, me levanté con renovadas esperanzas, confiando en mis conocimientos y en las ganas de ayudar, convencida de que podía mejorar la salud de los habitantes de esa comunidad.

De este tiempo en mi vida, tengo muchas historias que compartir siempre que tenga la oportunidad. Hoy, quiero relatarles una que me marcó profundamente, y que sé que recordaré por siempre.

Tras seis meses de trabajo en el lugar, ya conocía a casi todos los habitantes del pueblo, y los visitaba semanalmente para asegurarme de que siguieran los tratamientos que les recomendaba. Durante una de estas visitas, conocí a una joven de unos 24 años, madre de tres pequeñas, a quien llamaremos

"Luisa". Ella era ama de casa y dedicaba su tiempo al cuidado de sus hijas. Lo que me llamó la atención de Luisa fue su índice de masa corporal (IMC), que rondaba los 43, lo que indicaba obesidad mórbida o grado III, un factor de riesgo significativo para su salud, especialmente siendo tan joven.

En ese encuentro, conversé con Luisa sobre los riesgos que implicaba su IMC y la importancia de adoptar cambios en su estilo de vida. Le ofrecí varias sugerencias para mejorar su salud y le sugerí que me visitara en la consulta para dar seguimiento a su caso y evitar posibles complicaciones. Me sentí esperanzada al haberle explicado todo con claridad, confiando en que estábamos en el camino correcto. Ahora solo dependía de su compromiso para mejorar, mientras yo me comprometía a apoyarla en cada paso.

Un mes después, Luisa llegó a la consulta y me informó que llevaba tres meses sin menstruar, lo que ella atribuyó a un posible embarazo. Aunque no descarté totalmente su sospecha, mi primer pensamiento fue que podía estar enfrentando un síndrome metabólico, dado su historial y características. Desde ese momento, me enfoqué en convencerla de la importancia de continuar con su seguimiento médico y la necesidad de realizarse exámenes cruciales para adaptar el tratamiento adecuado, en caso de ser necesario. Comencé a visitarla cada mes en su casa, aprovechando esas visitas para explicar, mediante conversaciones y charlas, la urgencia de un cambio en su estilo de vida para evitar complicaciones más graves.

A pesar de mis intentos por explicarle de diferentes maneras, Luisa seguía aferrada a la idea de que estaba embarazada. Durante más de seis meses, sus sospechas no se confirmaron, aunque ni siquiera permitió que se le realizara una prueba o un examen físico. Sin embargo, la observación constante, a pesar de las veces que me dificultaba entrar a su casa, reforzó

mi hipótesis de que no se trataba de un embarazo, sino de un síndrome metabólico.

Fueron meses de visitas y conversaciones, no solo con ella, sino también con su familia, su esposo, sus padres y vecinos. Siempre buscaba apoyo en las personas cercanas a Luisa, con la esperanza de que algún día me permitiera realizarle un examen físico o al menos los análisis rutinarios necesarios para su seguimiento. Finalmente, después de tanto insistir, Luisa aceptó acudir a la consulta y se sometió a los exámenes que habíamos solicitado. Los resultados confirmaron el diagnóstico de síndrome metabólico: presentaba niveles elevados de triglicéridos y colesterol. Se le prescribió un tratamiento adecuado y se insistió en la urgencia de modificar su estilo de vida, como lo habíamos recomendado.

A pesar de comenzar con el tratamiento, Luisa decidió no realizar cambios en su dieta ni en su actividad física, dos aspectos fundamentales para su recuperación. Sin rendirme, continué visitándola con la esperanza de que, eventualmente, adoptara las recomendaciones que le había dado. Sin embargo, después de un tiempo, llegó el momento de concluir mi estancia en ese bello lugar y regresar a mi hogar.

Aunque mi trabajo en ese lugar terminó, nunca dejé de preocuparme por mis pacientes, especialmente por Luisa, a quien atendí con tanto esmero durante un año y medio. Sabía que, sin la insistencia continua del personal de salud sobre su tratamiento y los cambios necesarios en su estilo de vida, todo lo logrado para su mejoría podría desvanecerse. Lamentablemente, mis temores se confirmaron cuando recibí la triste noticia de su fallecimiento seis meses después de mi partida. Luisa sufrió una cetoacidosis diabética, que originó diversas complicaciones y finalmente le costó la vida. Este episodio me duele profundamente, pero también me recuerda la importancia de hacer todo lo posible para que los pacientes comprendan la relevancia de lo que les explicamos: la

necesidad de seguir un tratamiento adecuado, de realizar cambios en su estilo de vida y de mantener un seguimiento médico constante. Aunque solemos repetir estos consejos, no siempre conseguimos que los pacientes comprendan la magnitud de lo que estamos tratando de comunicar. Siempre que hablo de medicina, subrayo la necesidad de adaptar nuestros mensajes de manera sencilla y comprensible para que el paciente pueda captar la importancia de cada recomendación. La Medicina Preventiva es crucial, y poder transmitir la información de forma clara y accesible puede, en muchos casos, salvar vidas.

MI PRIMERA BATALLA

PERDIDA

Med. Diego Cabezas



Recuerdo ese día con absoluta claridad. Era mi primer turno oficial como médico intensivista en la unidad de cuidados intensivos del hospital. La UCI es un espacio reservado para pacientes en estado crítico, donde se monitorean funciones vitales de forma ininterrumpida, se brinda soporte avanzado como ventilación mecánica, manejo hemodinámico y terapias complejas. Allí, el equipo de profesionales trabaja en sincronía, segundo a segundo, en una lucha constante entre la ciencia, la humanidad y el tiempo.

Había dedicado años de estudio y práctica para llegar hasta ese momento, pero ninguna formación logra prepararte por completo para lo que implica realmente velar por la vida cuando está pendiendo de un hilo. Aún era temprano en la mañana y me encontraba valorando un paciente en el área de emergencias, cuando unos padres irrumpieron desesperados, cargando a su hijo en brazos. Provenían de una comunidad rural y, ante la falta de ambulancias, lo habían traído en su vehículo particular. El adolescente, de apenas quince años, había tenido fiebre en días previos, síntoma que inicialmente pasó desapercibido. Sin embargo, esa mañana comenzó a presentar contracciones musculares incontrolables, mirada fija y ausencia total de conciencia. Todo indicaba que estaba atravesando un estado de convulsiones prolongadas: un status epiléptico. En cuestión de segundos, la situación se tornó crítica.

—Doctor, por favor, ayude a mi hijo —suplicó su madre mientras lo recostábamos en la camilla.

El padre permanecía en silencio. De pie, con los brazos cruzados, el rostro tenso y la mirada clavada en su hijo, parecía contener el miedo con una quietud inquietante.

Iniciamos de inmediato las maniobras de soporte vital: aseguramos la vía aérea, administramos benzodiacepinas y comenzamos con el monitoreo. Sin embargo, las limitaciones eran evidentes. No contábamos con todos los anticonvulsivantes necesarios, el único monitor disponible estaba siendo usado, y el ventilador, defectuoso, requería ajustes constantes para lograr una ventilación apenas aceptable. Sentía el sudor correr por mi espalda mientras intentábamos frenar las convulsiones. Yo era nuevo, sí, pero estaba convencido de que lo que hacíamos era correcto... solo que no bastaba.

Una vez estabilizado y con el soporte vital instaurado, continuamos con la anamnesis, interrogando a los padres en busca de indicios que nos permitieran comprender el origen del cuadro y orientar el tratamiento.

Ese fue solo el inicio. El joven fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos, donde permaneció durante cuatro días. Cuatro jornadas agotadoras, marcadas por ajustes de medicación constantes, turnos en vela, tratamientos intensivos y oraciones silenciosas. Solicitamos estudios complementarios, pero muchos no estaban disponibles en el hospital, ni siquiera en la provincia. Los resultados llegaban con días de retraso, lo que demoraba decisiones clave, aunque nunca dejamos de aplicar todas las intervenciones posibles.

Cada mañana lo revisaba con la esperanza irracional de ver un parpadeo, un leve movimiento, algún indicio de que aún estaba con nosotros. Pero no ocurrió. Cuando al fin logramos realizar el electroencefalograma, este confirmó lo que

temíamos: no había actividad cerebral compatible con recuperación. Era como si se hubiera ido desde el primer momento, aunque su cuerpo aún permaneciera presente.

Sabíamos que el desenlace era inevitable, pero jamás dejamos de luchar. Lo cuidamos con respeto, brindándole la mayor dignidad posible. Permitimos que su familia permaneciera a su lado. Le limpiábamos el rostro con delicadeza, le hablábamos en voz baja, como si aún pudiera oírnos.

Durante esos días, conocí mejor su historia. Una enfermera me contó que era hijo único, que vivía en el campo, ayudaba a sus padres en la siembra y en el cuidado de los animales. Nunca se quejaba. Aquella imagen de una vida sencilla y entregada me conmovió profundamente. Había una tristeza silenciosa y una sensación de injusticia que me calaba el alma.

La muerte no siempre llega con un paro cardíaco. A veces se instala en silencio, poco a poco, mientras uno hace todo lo posible por evitarla.

El cuarto día, pese a todo el soporte instaurado, su corazón se detuvo. Iniciamos maniobras de reanimación sin pensarlo. En el fondo, sabía que no habría respuesta, pero no podía negarle ese último intento. Luego de casi treinta minutos de esfuerzos ininterrumpidos, no logramos recuperar la circulación espontánea.

Dar malas noticias es una de las tareas más duras en medicina. No hay guía que prepare por completo para el momento en que debes mirar a los ojos a una familia y decirles que su ser querido ya no volverá. Se necesita empatía, contención y un profundo respeto por el dolor ajeno. Porque en ese instante, las palabras no solo transmiten un diagnóstico: rompen sueños, destruyen esperanzas, marcan un antes y un después. Cada vez que lo hacemos, llevamos también una parte del dolor con nosotros.

Fui hasta la pequeña sala de espera, donde sus padres permanecían abrazados, sostenidos apenas por la esperanza. Me senté frente a ellos, los miré fijamente y tomé aire.

—Hicimos todo lo que estuvo a nuestro alcance... pero su hijo no resistió —dije, con la voz quebrada.

La madre se cubrió el rostro con ambas manos. El padre bajó la cabeza sin decir palabra. No hubo lágrimas. Solo silencio. Un silencio tan profundo que parecía detener el tiempo. Me invadió una sensación de impotencia. No por la muerte en sí, que a veces no se puede evitar, sino por esa idea que sigue rondando en mi mente: si hubiéramos tenido mejores recursos, tal vez el final habría sido distinto.

Esa noche no pegué un ojo. Pasé horas repasando cada decisión, cada fármaco administrado, cada instante desde su llegada. Intentaba encontrar algo que hubiese podido hacer distinto. Pero no se trataba de falta de preparación. El problema eran las limitaciones. Limitaciones que enfrentamos a diario quienes ejercemos en un sistema precario. Escasez de recursos, de insumos, de personal, de tecnología. Y esa impotencia era lo que más dolía.

Hoy, cuatro años después, sigo evocando ese caso. No porque haya sido el más difícil, sino porque marcó un antes y un después en mi carrera. Me enseñó una de las verdades más duras de la medicina crítica: hay ocasiones en que, aun dando todo, no alcanza. No por negligencia, sino por barreras estructurales que escapan a nuestras manos.

Por eso, cada vez que converso con estudiantes o médicos que recién comienzan, les repito lo mismo:

No siempre contarán con el equipamiento ideal, ni con los tratamientos más avanzados, ni con todo lo necesario. Pero eso no debe impedirles entregar lo mejor de sí. Porque no hay mayor acto de humanidad que pelear por una vida, incluso sabiendo que la batalla puede estar perdida. Esa entrega silenciosa, aún en la adversidad, siempre deja una huella imborrable.

“CUANDO DAR TAMBIÉN ES SANAR”

Med. María Sol Cisneros Zambrano



Mi primer día en la rural fue un remolino de emociones. Al inicio, la cantidad de pacientes me desbordó. La presión de conocer sus historias, comprender sus necesidades y atender sus urgencias me hacía sentir como si estuviera inmersa en un mar de incertidumbre. Sin embargo, con el paso de los días, las miradas se volvieron cercanas y los relatos comenzaron a tener nombre y rostro. Fue entonces cuando comprendí que, más allá del ejercicio clínico, lo esencial era construir vínculos basados en la confianza, la empatía y el respeto.

Una de las historias que dejó una huella profunda en mí fue la de una joven madre que llegó al consultorio con su bebé en brazos. El niño, de apenas cinco meses, parecía aún más frágil por haber nacido prematuramente, a las 29,6 semanas de gestación. Desde el primer momento supe que no sería un caso sencillo. Estaba severamente por debajo de los rangos normales de peso y talla, y el examen inicial reveló un estado general preocupante.

Sabía que debía actuar sin demora. El centro de salud, como muchos en áreas rurales, era modesto y con recursos escasos. Aunque contábamos con un equipo comprometido, la falta de especialistas y las barreras logísticas hacían que cada paciente representara un reto. El seguimiento de este pequeño era prioritario, pero la ausencia de apoyo especializado complicaba aún más la situación. Aun así, me aferré a lo que sí podía hacer. Organicé controles frecuentes, mantuve

contacto permanente con la madre y el abuelo a través de llamadas y mensajes, y no dejé de buscar alternativas.

A pesar de la distancia, la precariedad y los límites del sistema, me comprometí con su cuidado. La responsabilidad que sentía por ese niño me empujaba a seguir insistiendo. Porque cuando no hay certezas, lo único que nos queda es darlo todo.

No fue únicamente mi dedicación la que marcó la diferencia. Uno de los apoyos más valiosos que recibí fue el de mi tutor de neonatología, con quien había trabajado durante el internado. Nuestra relación, siempre profesional y basada en el respeto mutuo, estuvo atravesada por su generosidad y su constante disposición a acompañarme. Aunque ya no formaba parte activa de mi formación, nunca dudó en brindarme orientación en momentos clave. A pesar de la carga laboral y la distancia, respondía a cada consulta con paciencia, claridad y compromiso. Su respaldo, aun desde lejos, me dio la confianza necesaria para actuar con mayor seguridad. Gracias a su guía, pude acompañar mejor a esa familia, y su presencia, aunque virtual, fue decisiva en todo el proceso.

El bebé seguía siendo una de mis mayores preocupaciones, pero al mismo tiempo empecé a notar el peso silencioso que cargaba su madre: una adolescente que vivía aislada, lejos de cualquier centro médico. La ausencia de personal especializado y los obstáculos para acceder a atención hacían que cada avance fuera un logro y cada retroceso, una herida. Lo derivé a pediatría, medicina familiar y nutrición, pero muchas de las citas se perdían por razones ajenas a su voluntad. La frustración crecía. Aunque no pensaba rendirme, me dolía ver cómo los esfuerzos chocaban contra un sistema que no siempre responde.

Tiempo después, la joven regresó con una noticia inesperada: estaba embarazada nuevamente. Aunque con los meses

habíamos construido un vínculo de confianza, procuré siempre mantener los límites necesarios que exige el rol médico. Me habló de sus miedos, de las dificultades que enfrentaba, y entendí que mi papel había cambiado. Ya no solo era quien controlaba el crecimiento de su bebé, también era alguien que la escuchaba, la contenía y la animaba a seguir. En cada consulta intenté ofrecerle lo mejor que tenía: orientación, escucha y, sobre todo, la convicción de que, a pesar de todo, era posible salir adelante.

El control del embarazo presentaba múltiples riesgos desde un inicio, por lo que opté por contactar al distrito en busca de apoyo. Me comuniqué con la responsable del programa materno, con quien logré establecer un vínculo profesional sólido y colaborativo. Su guía fue clave para comprender los protocolos, gestionar las notificaciones necesarias y asegurar que el proceso estuviera correctamente registrado, garantizando así una atención integral para la madre.

Pese a estos esfuerzos, el embarazo era de altísimo riesgo, y la paciente mostraba escasa adherencia a las indicaciones médicas, lo que complicaba aún más su seguimiento. No obstante, gracias al acompañamiento recibido, pude establecer un esquema de control más estricto que, con el tiempo, permitió una evolución relativamente estable. Finalmente, el embarazo llegó a término, lo cual representó un logro significativo dadas las condiciones adversas.

Mientras tanto, el primer hijo continuaba con signos de desnutrición, a pesar de las recomendaciones y acciones implementadas. Fue entonces cuando, con el respaldo de las autoridades locales, logramos poner en marcha visitas domiciliarias. Esta estrategia nos permitió acercarnos de forma más directa a la familia. Aunque los avances fueron graduales, comenzaron a observarse mejoras tanto en el entorno como en el estado nutricional de los niños.

Al concluir mi período en la zona rural, el esfuerzo sostenido finalmente rindió frutos. Logré articular un abordaje más completo, involucrando diversas especialidades, lo que permitió que el bebé, su hermano y su madre recibieran la atención que tanto necesitaban. Aunque el avance continúa siendo gradual, el progreso es constante.

Lo que no anticipé fue que esta vivencia dejaría en mí una marca mucho más profunda que cualquier enseñanza técnica. En una etapa personal marcada por la ansiedad y episodios de tristeza, fue precisamente esa familia —a quienes intentaba acompañar— la que, sin saberlo, terminó sosteniéndome. Al brindarles apoyo y buscar ser un refugio en medio de tantas adversidades, ellos se convirtieron en mi sostén. Presenciar la fuerza de aquella madre, su entrega sin reservas y su incansable lucha por sus hijos, me recordó que incluso en los escenarios más complejos siempre hay una salida. Su coraje y su amor incondicional me enseñaron que, muchas veces, el acto de dar también es una forma de sanar, y que la esperanza persiste incluso cuando todo parece estar en contra.

Con el tiempo comprendí que ayudar no siempre implica tener todas las soluciones, ni resolver cada obstáculo. A veces, basta con estar presentes, escuchar con atención y no rendirse. Hay situaciones que nos superan y que nos confrontan con nuestras propias limitaciones, pero también nos desafían a crecer desde la empatía, la ética y el compromiso humano. Porque, aunque nadie puede hacerlo todo, cuando actuamos desde el corazón, siempre dejamos una huella. Y esa huella no solo transforma la vida de quienes acompañamos, sino también la nuestra.

A veces sentimos que enfrentamos la tormenta en soledad, pero cuando hemos actuado con sinceridad, compromiso y afecto, la vida —de maneras discretas pero profundas— nos devuelve lo que ofrecemos. El afecto, la compañía y la solidaridad de quienes nos rodean se transforman en una red

silenciosa que nos sostiene en los momentos más difíciles. Es entonces cuando entendemos que el amor genuino y la empatía poseen una fuerza capaz de transformar realidades, y que incluso en la oscuridad más densa, siempre hay una luz que guía.

CRECIENDO AL RITMO DEL CORAZÓN

Med. Karina Faicán Narváez



A lo largo de mi formación médica, he recorrido un camino lleno de vivencias que transformaron profundamente mi percepción de la vida y la muerte. Cada rotación, cada paciente y cada historia dejaron una marca imborrable en mi interior.

En la vida de un médico en formación hay instantes que dividen el antes y el después. Uno de esos momentos ocurrió durante una guardia en mi primera rotación de internado: la temida emergencia. Recuerdo claramente una mañana tranquila que, en cuestión de segundos, se tiñó de tensión cuando una mujer irrumpió en la sala con un niño en brazos. Su llanto desgarrador llenó el ambiente. El pequeño, de apenas dos años, yacía inerte sobre la camilla destinada a pacientes críticos.

El equipo médico se movilizó de inmediato para intentar estabilizarlo. Como interna, mis intervenciones eran limitadas, pero no me aparté de su lado. Me aseguré de que sus exámenes se realizaran con urgencia y, mientras tanto, le sostenía la mano, aferrándome a la esperanza de verlo despertar. Esa tarde, al regresar a casa, no pude dejar de pensar en él. Investigaba posibles diagnósticos, deseando aportar algo útil en la visita médica del día siguiente. Sin

embargo, al reunirnos, un silencio denso lo dijo todo: el niño había partido, sin que llegáramos a conocer la causa.

Una profunda tristeza, acompañada de una impotencia abrumadora, me envolvió. Fue mi primer encuentro con la pérdida de un paciente, y la sentí tan cercana como si hubiera sido un miembro de mi propia familia.

Desde entonces, entendí que la medicina no solo se estudia en los libros: también se vive y se sufre en el alma. Durante mi rotación en clínica médica, experimenté momentos de esperanza, pero también despedidas que aún permanecen en mi memoria. Recuerdo especialmente a un paciente de la habitación 3B. Lo visitaba diariamente su esposa y, en ocasiones, sus dos hijos, cuyas edades eran cercanas a la mía, lo que me hizo sentir aún más próxima a su historia.

Don Héctor siempre irradiaba amabilidad y disposición. Durante un procedimiento, compartió conmigo detalles de su vida: había trabajado desde muy joven y acudía al hospital aquejado de cansancio y dificultades urinarias. Al revisar su historial, confirmé que enfrentaba un cáncer avanzado con metástasis pulmonar. Pese al deterioro progresivo, nunca perdió la sonrisa ni la mirada llena de esperanza. Las semanas se transformaron en meses, y él se convirtió en parte de nuestra vida hospitalaria.

Una noche, durante la ronda habitual, noté que apenas lograba abrir los ojos. Llamé al residente y, sin mediar palabra, entendimos que sus últimos instantes se acercaban. Su familia llegó poco después, y entre lágrimas, le expresaron un amor tan profundo que parecía querer acompañarlo más allá de esta vida. Al terminar el turno, lo primero que hice fue abrazar a mi padre y decirle cuánto lo amo. A veces, la rutina nos hace

olvidar la fragilidad de la existencia y el inmenso valor de tener a nuestros seres queridos cerca.

Así como fui testigo del final de muchas historias y de despedidas que desgarran el alma, también tuve el privilegio de presenciar nuevos comienzos.

Durante mi paso por pediatría, viví la dicha de ser parte de la alegría que acompaña el nacimiento. Observé la felicidad de padres primerizos al sostener por primera vez a sus hijos. En ese instante, un lazo invisible pero indestructible se forma sin necesidad de palabras: las dudas se transforman en ternura y el miedo se disuelve en la promesa silenciosa de una protección incondicional. Conmovidá, contemplaba la fragilidad y, al mismo tiempo, la enorme fortaleza de esos pequeños que, con su primer llanto, llenaban de esperanza cada rincón del hospital.

Para concluir, quiero compartir una de las experiencias más conmovedoras que viví: una guardia en Nochebuena. Mientras afuera las calles se iluminaban con luces, villancicos y celebraciones, dentro del hospital los pasillos del tercer piso se impregnaban de una serenidad especial. El personal de turno, lejos de sus hogares, intercambiaba palabras de aliento y deseos sinceros de bienestar. En ese ambiente solidario, recuerdo especialmente a un grupo de pacientes que, en lugar de obsequiarse objetos materiales, compartían historias, risas y, sobre todo, esperanza en su recuperación.

Aquella noche, lejos de mi familia, brindando apoyo a quienes más lo necesitaban, entendí el verdadero significado de mi vocación.

Querido lector:

Cada una de estas vivencias me ha enseñado que la medicina no se limita a tratar enfermedades; también es un arte de acompañar en los momentos más trascendentes de la existencia: el nacimiento y la despedida. Dos extremos de la vida, opuestos pero igualmente llenos de significado. En ambos, hay un elemento que permanece inalterable: el amor. Detrás de cada ingreso hospitalario, más allá del temor y la incertidumbre, siempre hay una familia que espera, sostiene y reza. Es en esos instantes, en medio del dolor o la alegría, cuando comprendemos que la familia es, sin duda, el regalo máspreciado que poseemos.

Por ello, afirmo que los pasillos de un hospital guardan más que pasos cansados. En sus rincones habitan lágrimas de miedo, risas de alivio y silenciosos latidos de quienes, como tú, aprenden a sanar desde el corazón. Aprovecha cada jornada, cada desvelo, cada lección. El tiempo no se detiene, pero cada experiencia te impulsa a acercarte a lo que alguna vez soñaste... paso a paso, día tras día.

LA DECISIÓN VIENE DEL CORAZÓN

*Med. Karolina Madeline Guamaní
Espinoza*



Desde siempre supe que deseaba ser médico para ayudar a los demás. Es el anhelo que compartimos muchos profesionales de la salud y que nos impulsa a elegir esta noble vocación. Desde temprana edad, se nos señala el trayecto que supuestamente debemos seguir, un camino establecido hace generaciones y considerado la ruta hacia el éxito: ingresar a la escuela, graduarse del colegio, obtener un título universitario, especializarse, conseguir un buen empleo, entre otros pasos. Esta hoja de ruta queda grabada en nuestra mente desde la infancia, y nos enseñan a seguirla casi sin cuestionamientos.

Los seis años de universidad pasaron en un suspiro. Incluso en los primeros semestres, varios compañeros ya tenían definido su futuro, lo cual siempre me pareció admirable. Con apenas veinte años, muchos habían trazado un plan de vida concreto, y ese entusiasmo se volvía contagioso entre nosotros, los estudiantes. Fue así como, desde mis inicios en la carrera, decidí que, al obtener mi título de médico, buscaría una especialización en el extranjero. A mi entender en ese momento, era la opción más conveniente tanto en lo económico como en lo profesional.

Sin embargo, tras la graduación, al reencontrarme con antiguos amigos y colegas, noté que muchos habían replanteado sus proyectos iniciales. Era lógico: por primera vez nos enfrentábamos al mundo real, lejos de la protección que ofrecían los semestres universitarios. Nos encontrábamos ante decisiones verdaderamente trascendentales, y reconsiderar antiguas convicciones o explorar nuevos caminos se presentaba ahora como una posibilidad legítima. No obstante, en esa etapa de recién egresados, eran pocos quienes se atrevían a desviarse del sendero que la sociedad, la familia o uno mismo había dibujado para su vida.

Como en toda profesión, alcanzar el crecimiento profesional exige sacrificios que impactan tanto en el ámbito académico como en el personal. A muchos nos inculcaron la creencia de que el sufrimiento es pasajero y que, tras obtener el título, todo sería más sencillo. Esta idea llevó, en numerosas ocasiones, a ignorar deseos y necesidades individuales en nombre del éxito laboral. Por ello, las decisiones se tomaban, en gran medida, considerando qué opción resultaba más rentable o beneficiosa para la carrera.

Transcurrieron varios meses y mi plan seguía intacto: la decisión de mudarme al extranjero para continuar mis estudios permanecía firme, aunque empezaban a surgir dudas. Ya no experimentaba la misma ilusión; algo en mi interior intentaba advertirme, pero preferí no escuchar.

Hoy entiendo que no me atreví a cuestionar si mis prioridades seguían siendo las mismas que las de aquella joven estudiante de medicina. Resultaba más sencillo avanzar con el plan trazado que enfrentarme a mis propias intuiciones.

Impulsada por la incertidumbre y buscando ganar algo de tiempo, opté por realizar primero el año de servicio

comunitario rural antes de viajar. Esta decisión implicó dejar mi hogar por primera vez y, junto a otros colegas, enfrentarme a una realidad desconocida. Durante esos meses conocí personas extraordinarias: humildes, trabajadoras y valientes, cuya esencia transformó poco a poco mi manera de ver el mundo. Fueron días de construir lazos profundos con la comunidad y también conmigo misma. Para entonces, el proyecto que había sostenido durante años comenzaba a tambalear, aunque todavía no lograba comprender completamente las razones.

Regresé a mi ciudad con sentimientos encontrados entre lo que deseaba y lo que creía que debía hacer. Sin embargo, todo se aclararía pronto de una forma dolorosamente inesperada. Durante uno de mis turnos en un hospital local, recibimos el aviso de que trasladaban en ambulancia a un paciente adulto mayor, con antecedentes de cáncer de esófago, traqueostomía reciente y una aparente hemorragia masiva. Al escuchar el reporte, supe de inmediato de quién se trataba, fue un presentimiento inevitable. Tiempo atrás, mi familia había recibido el golpe devastador de conocer el diagnóstico de mi abuelo, cuyo pronóstico, como en muchos casos oncológicos, era reservado.

Mientras aguardaba su llegada y recibía llamadas de mis familiares, mi mente se llenaba de pensamientos. Me preparaba, simultáneamente, como médico y como nieta. Al arribar el equipo de atención prehospitalaria, entendí que no podría actuar con objetividad en el diagnóstico ni en el tratamiento, así que opté por apartarme, dejando que mis colegas se encargaran de atenderlo mientras yo me limitaba a observar. A pesar de todos los esfuerzos y protocolos aplicados, mi abuelo partió esa misma noche, afortunadamente en paz. Algo dentro de cada uno de nosotros

se quebró, y aquellos instantes quedaron grabados en mi memoria para siempre.

Esta vivencia, aunque profundamente dolorosa, fortaleció a nuestra familia. En medio del duelo, nos abrazamos con gratitud por los momentos compartidos y por los que aún nos esperan. Fue precisamente esta experiencia la que me ayudó a comprender cuál era la verdadera fuente de mi motivación. Aquello que me impulsaba cada mañana a asistir a clases o a no rendirme en las largas jornadas hospitalarias: mi familia.

Siempre me he considerado una persona hogareña. Mis hermanos son mis mejores amigos, y siento una profunda admiración por la gente trabajadora de este país. Comprendí, finalmente, que donde habiten mi pasión y mi inspiración, es donde realmente debo estar.

Así, a solo unas semanas de mi partida y con las maletas preparadas, decidí elegir un rumbo distinto. Entendí que, aunque no coincidiera con el plan original ni con lo que consideraba más conveniente, era lo que realmente me hacía feliz. Estoy convencida de que tomé la decisión correcta.

La realidad suele ser distinta a lo que imaginamos o nos cuentan. No todo fluye con la naturalidad que esperamos. Muchos debemos modificar rutas, postergar proyectos o incluso crear nuevos sueños. Iniciamos esta carrera impulsados por un deseo inmenso de ser médicos, una vocación que nos desbordaba. Sin embargo, con el tiempo, para algunos, la medicina se vuelve un ejercicio frío, mecánico, donde se pierde la emoción de servir, la solidaridad y la empatía. Creo que, en gran medida, esto sucede porque nos forzamos a seguir caminos impuestos o porque pensamos que vivir de lo que nos apasiona no es viable o no tiene el reconocimiento social que nos enseñaron a valorar.

Por eso, si en algún momento sienten que su corazón los impulsa hacia una dirección diferente o si la vida les ofrece oportunidades que no estaban en sus planes, no teman. El verdadero peligro es abandonar el propósito inicial, el mismo que nos llevó a hacer un juramento: la pasión genuina por ayudar a los demás.

LA LUZ EN MEDIO DE LA OSCURIDAD

Med. Narciza Guamán Guzmán



La vida posee un significado profundo y fugaz que vamos descubriendo con el paso del tiempo. Desde el nacimiento, cada día se convierte en un aprendizaje donde valoramos nuestro papel como protagonistas en cada etapa de la existencia. Algunos días, un rayo de sol ilumina nuestro camino; otros, en cambio, se tornan sombríos y parecen teñirse de tristeza. A medida que crecemos, comenzamos a soñar, planificar y esforzarnos para alcanzar metas que en nuestra mente parecen posibles, aunque el cuerpo, a veces, ceda ante el cansancio y la fatiga. Es entonces cuando comprendemos la importancia de pausar, de renovarnos, de educar nuestros pensamientos con la firmeza de un “es ahora o nunca”. Tal vez perdamos algunas batallas, pero no la guerra.

¿Quién no ha sentido alguna vez el impulso de rendirse ante una circunstancia adversa? Es precisamente en esos momentos donde debemos recordar nuestros objetivos, reforzar nuestra identidad como personas y profesionales, manteniendo la fe y la esperanza de que todo puede mejorar. La vida, como un día cualquiera, está hecha de luz y de oscuridad, y cada experiencia, buena o mala, tiene la misión de enseñarnos y forjar nuestro crecimiento.

Recuerdo una anécdota de un mes de marzo, protagonizada por un estudiante de ciencias de la salud cuya meta era convertirse en un gran profesional. Entre libros, tareas y jornadas de estudio, el joven acumulaba buenas calificaciones en todas las materias. Empezaba entonces su nueva travesía: demostrar en la práctica todo lo aprendido. Su destino era un centro de atención para personas con parálisis cerebral. Un lunes por la mañana, el joven se presentó, apresurado, ante el personal encargado. Aquel día estaba cargado de miedos e incertidumbres; pensaba que su única función sería cumplir con las responsabilidades asignadas, sin involucrarse demasiado en las historias de vida de cada paciente.

Al llegar al lugar y familiarizarse con las instalaciones, fue el momento de conocer a las personas con las que compartiría ese tiempo. Quedó impresionado al observar la realidad de la dependencia de cada paciente hacia los cuidadores, una situación que rompía con las teorías aprendidas en los libros. Comprendió que, aunque se escuche que "no existen enfermedades, sino enfermos", la realidad de cada paciente es única, con sus propios "cómo" y "por qué". Esta experiencia se convertiría en un pilar fundamental de su carrera, especialmente al enfrentar la tarea de tratar con personas en situaciones tan complejas. Su rol sería clave para mejorar el desarrollo psicomotor de los pacientes, pues su progreso dependía de ello.

Al final de su primer día, su mente estaba llena de pensamientos confusos, ninguno positivo. Estaba tan impactado por lo vivido que consideró pedir un cambio de lugar: "No quiero estar aquí, voy a pedir el cambio", pensó. Mientras caminaba por un salón donde los niños jugaban y conversaban según sus condiciones, escuchó a sus compañeros decir repetidamente: "No te rindas". Esas

palabras se quedaron con él y, poco a poco, empezó a aceptar que lo que vivía solo era un periodo de adaptación.

Con el paso de los días, aprendió a comunicarse mejor para entender las necesidades y pensamientos de cada niño. Reconoció sus expresiones de felicidad, tristeza y otros estados de ánimo. Se involucró en sus juegos, sin darse cuenta de que desarrollaba un interés profundo por conocer la historia de cada paciente, descubrir las causas de su condición y aplicar terapias que mejoraran su situación. Cada uno de los pacientes presentaba características especiales que requerían ser exploradas para optimizar su desarrollo psicomotor.

El estudiante entendió que su actitud, conocimiento y responsabilidad dejaron una huella significativa en el desarrollo psicomotor de cada niño. Disfrutaba profundamente su trabajo y se sentía agradecido por haber formado parte de un equipo de salud. Ver la sonrisa de cada niño y su madre era el mayor regalo y lección que pudo recibir. Admiró la labor de los profesionales de la salud, quienes, con cada cuidado brindado, iluminaban el camino de sus pacientes.

El aprendizaje más valioso fue la empatía y la calidad humana de los integrantes del área de salud. Comprendió que, al mantener una sonrisa en el rostro, se transmite esperanza y fe, ayudando a cada paciente a sentir una renovada apreciación por la vida y la convicción de no rendirse, esforzándose siempre al máximo.

Un día en que la práctica clínica nos enseñó lo efímera que puede ser la vida viene a mi mente con fuerza. Recuerdo con emoción y valentía aquel inicio de una nueva rotación. Era un fin de semana que prometía ser un gran comienzo, lleno de planes, risas y anécdotas de experiencias pasadas.

Durante el pase de visita en el área de Medicina Interna para hombres, nos encontramos con un paciente de 30 años que había ingresado tres días antes por neumonía. Había mostrado una mejoría progresiva, pero esa mañana presentaba una mirada perdida, piel pálida y sudorosa. Había comenzado a desaturar durante la madrugada. Lo habían intubado y solicitado su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. Hasta entonces, se le ventilaba manualmente con un ambú. Las horas pasaban y el agotamiento físico comenzaba a sentirse.

Un familiar que esperaba en el pasillo, rezando por su salud, se nos acercó y nos dijo con voz temblorosa: “Ayúdenlo, no lo dejen morir. Tiene muchos planes por cumplir. Ya estaba mejorando. Quiero despedirme de él”. Poco a poco, llegaron más familiares. Uno a uno ingresaban a su habitación, ofreciéndole palabras de aliento, recordando vivencias compartidas, animándolo a luchar por su vida, pero también dándole permiso para descansar si ya no podía más. “Fuiste siempre la luz de nuestras vidas”, le decían, “quien nos impulsaba a soñar, una gran persona que siempre amaremos”. Aquellas palabras resonaban en mi mente, recordándonos cuán frágil es nuestra estabilidad física y emocional, y cómo, en un instante, todo puede cambiar entre la vida y la muerte.

Seguíamos administrando oxígeno y haciendo lo posible por mantenerlo estable. Finalmente, a las 10 a. m., nos informaron que ya había un lugar disponible en la Unidad de Cuidados Intensivos. Todo el equipo de salud dio lo mejor de sí. Los familiares lo acompañaron en su traslado. Al salir de la sala, nos dijeron con gratitud: “Gracias por no dejarlo solo y ayudarlo a resistir. Sabemos que, aunque agotados, dieron su máximo esfuerzo”.

Cuando todo parecía teñido de tristeza, en medio de un día interminable, emergió la satisfacción del deber cumplido. Dar más del 100 % nos recordó que los límites los ponemos nosotros mismos con pensamientos negativos, pero una palabra cargada de fe y esperanza puede ser la luz en medio de la oscuridad.

Siempre nos preguntamos: ¿qué habría pasado si nos hubiéramos rendido antes de intentarlo? En una sociedad con fortalezas y debilidades, donde la familia es nuestro pilar fundamental, nos ponemos en el lugar del paciente. Tratamos, explicamos, resolvemos dudas y damos lo mejor de nosotros para mejorar su calidad de vida. Allí radica nuestro verdadero propósito: ser personas y profesionales leales a los principios éticos, al servicio de una comunidad que confía en nosotros para cuidar su salud física y mental.

EL ÚLTIMO LATIDO: CÓDIGO AZUL

Med. Miguel Elías Herrera Guzmán



"¡Código azul!" Esas dos palabras, en cualquier hospital, provocan una respuesta inmediata en todo el personal de salud. No hacen falta detalles. Son la señal de que alguien enfrenta un peligro crítico, ya sea por un paro cardiorrespiratorio, una descompensación grave o una amenaza de muerte inminente. Es un llamado urgente, un momento en que todo lo demás pasa a un segundo plano. Implica correr, pensar rápidamente, hacer lo necesario y actuar.

Esta es la historia de cómo presencié la muerte de mi primer paciente. Una experiencia que me marcó profundamente y me enseñó a mantener la serenidad frente a la muerte, con todo lo que eso conlleva. En la carrera de medicina, nos instruyen, teóricamente, sobre cómo acompañar ese proceso. Nos hablan del respeto por la vida y la muerte, de la ética que debe regir nuestras acciones en los últimos momentos de un ser humano, de los principios fundamentales que sustentan el arte de sanar. Sin embargo, es curioso cómo todo ese conocimiento se transforma y cobra sentido cuando toca ponerlo en práctica. Cuando ya no hay un profesor observando ni un maniquí simulando estar vivo, sino un cuerpo que tiembla, una familia que espera y una vida que se apaga.

Conservo con cariño muchas anécdotas de mi internado rotativo. Fueron meses de gran intensidad, aprendizaje constante y vínculos humanos que me sorprendieron. Tuve la suerte de compartir guardias con personas excepcionales, tanto compañeros como médicos con años de experiencia, quienes nos enseñaban no solo con palabras, sino con el ejemplo. Sabía que no todos los hospitales ofrecían ese tipo de ambiente. En muchos lugares, el cansancio, la rutina o la falta de vocación endurecen a las personas. Pero nosotros formábamos un grupo diferente. Nos apoyábamos, reíamos con los pacientes y compartíamos, incluso en los silencios densos de la madrugada.

El hospital donde realicé mi internado era uno de los más grandes de la ciudad, con varias torres dedicadas a diferentes especialidades clínicas y quirúrgicas. El ambiente estaba siempre en movimiento, la demanda era alta, y aunque en ocasiones carecíamos de recursos —como camilleros que desaparecían después de cierto horario—, el deseo de aprender siempre superaba cualquier obstáculo, porque bastaba con tener voluntad y dar el primer paso.

Cada jornada comenzaba temprano. A las siete de la mañana ya estábamos listos para tomar el relevo de la guardia saliente. Repasábamos el estado de cada paciente: los recién ingresados, los que llevaban días internados, y aquellos que ya conocíamos casi de memoria. Las guardias eran largas, de 24 horas, y el cansancio se volvía parte de la rutina. Pero igualmente lo eran el aprendizaje y la dedicación.

El paciente protagonista de esta historia era un hombre de 83 años con múltiples comorbilidades: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, EPOC y diabetes tipo 2 mal controlada. Se encontraba en el área de observación de pacientes críticos, un espacio donde cada respiración era una

victoria y donde el silencio raramente significaba tranquilidad. En ese momento, yo estaba asignado como apoyo en el área de observación de pacientes no críticos, ayudando con controles, el seguimiento de pacientes estables y colaborando en lo que fuera necesario. Uno de mis primeros amigos en el internado estaba en la unidad de pacientes críticos, era uno de los primeros compañeros con los que compartí guardia y con quien había coincidido desde nuestra elección de plaza en la universidad. Esa noche comenzó como muchas otras, con un ritmo pausado al principio, pero con sus inevitables sobresaltos conforme avanzaba la madrugada.

Cerca de la medianoche, me tocó mi turno de descanso. Entre los internos, solíamos organizarnos en bloques de tres horas para que al menos uno pudiera descansar algo, aunque dormir, en ese contexto, era más una aspiración que una realidad. Me dirigí a la residencia médica con la esperanza de aprovechar ese breve respiro. Tras terminar con mis pendientes, dejé todo listo y avisé a mi compañero que quedaba a cargo, sabiendo que él cubriría ambas áreas mientras yo trataba de descansar.

Sin embargo, al llegar a la residencia y justo cuando me disponía a acostarme, recibí un mensaje que alteró por completo el curso de la noche: se había activado un código azul en el área de observación crítica y solicitaban apoyo urgente de los internos. No lo dudé ni un segundo. Sabía que mi compañero estaba solo, cubriendo mi parte, y que en ese momento cualquier respaldo era vital. Bajé rápidamente, con el corazón acelerado y una sensación en el estómago difícil de describir. No era miedo exactamente, pero sí una mezcla de anticipación, tensión y responsabilidad. Esa clase de alerta que cambia todo.

Mientras corría por los pasillos, con las luces del hospital titilando intermitentemente como si también estuvieran en alerta, pensé en lo que me esperaba al llegar. Aunque uno sabe que tarde o temprano enfrentará la muerte, hay un momento —el primero— que lo marca. Y yo, aunque aún no lo sabía, estaba a punto de vivirlo.

Al llegar al área de observación crítica, el ambiente era todo menos silencioso. Se escuchaban pasos rápidos, órdenes a gritos, el pitido constante del monitor marcando una línea recta, y un aire denso que parecía imposible de cortar. En el centro de la escena, el paciente de 83 años yacía inconsciente, sin pulso, con los ojos entreabiertos, fijos en un punto invisible. El equipo de guardia ya había comenzado con las maniobras de reanimación. Uno de los médicos nos vio llegar y, sin perder tiempo, nos indicó que podíamos colaborar.

En ese instante, todas las horas de clase, los talleres de RCP, las prácticas con muñecos de simulación pasaron por mi mente como un destello. Sin embargo, nada de eso me había preparado para lo que estaba a punto de hacer. Porque una cosa es comprimir el tórax de un simulador, sintiendo el clic mecánico con cada maniobra, sabiendo que es solo una práctica. Y otra completamente diferente es hacerlo sobre el cuerpo real de una persona, consciente de que cada compresión puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Sabía que había órganos reales, huesos frágiles y un corazón que tal vez ya no quería seguir latiendo.

Tomé posición y comencé a realizar las compresiones torácicas mientras mi médico superior ventilaba. Nos alternábamos entre mi compañero de área y otros médicos de la guardia. Los segundos se volvían interminables. Sentía el sudor recorrer mi frente, mezclado con la adrenalina. Escuchaba el conteo de las compresiones, el intercambio

rápido de funciones, las voces diciendo "sin pulso aún", "despejen", "reanudar compresiones". El tiempo, en ese contexto, se distorsiona. Hasta el día de hoy no sé si pasaron cinco minutos o media hora. Solo sé que estábamos allí, dando todo lo que teníamos, intentando que ese corazón volviera a latir.

Finalmente, tras varios ciclos, se declaró el fallecimiento. No hubo retorno. El monitor confirmó lo que ya sabíamos. Un silencio absoluto invadió el ambiente. Aunque nos felicitaron por el apoyo brindado como internos, algo seguía sintiéndose distinto. Uno de los médicos cubrió al paciente con la sábana, y yo permanecí allí, inmóvil, con las manos temblorosas, el cuerpo agotado y una mezcla de tristeza e impotencia que no lograba procesar.

Era la primera vez que presenciaba una muerte real, no en teoría, ni en libros, ni en simulaciones. A pesar de que lo habíamos hecho todo correctamente, sin errores, me costaba asimilar que a veces no basta con saber qué hacer. Esa noche comprendí que en medicina, no todo está bajo nuestro control. A veces, por más que nos esforcemos, el final ya está escrito.

Cuando todo terminó, me acerqué al médico de guardia, mi superior esa noche, y le pedí acompañarlo para comunicarle la noticia a la familia. Sentía que necesitaba cerrar ese ciclo, que no podía simplemente regresar a la residencia como si nada hubiera pasado. Quería estar presente en ese momento tan doloroso, aunque fuera en silencio. Caminamos hasta la sala de espera, donde una mujer, visiblemente preocupada, esperaba sentada. Era su hija. El médico, con tono firme y sereno, le comunicó la noticia. Ella se derrumbó, abrazó a su esposo, y en un lento y triste instante, el dolor se hizo palpable. Yo no dije nada. Solo estuve allí, sintiendo cómo algo se quebraba por dentro.

Esa noche comprendí muchas cosas. Aprendí que en medicina nada es exacto, que la última palabra en la vida y la muerte la tiene Dios, y que la verdadera motivación de ser médico radica en prepararnos constantemente para dar lo mejor de nosotros a quienes más lo necesitan. Aunque ya había perdido seres queridos antes, vivir el proceso desde adentro me transformó. Me hizo ver la medicina de una forma distinta: más cruda, más humana, más real.

Aunque ese paciente fue solo una estadística más en el hospital, para mí se convirtió en el maestro más silencioso. Nunca lo olvidaré.

Esa noche, al enfrentar la dura realidad de la muerte, algo dentro de mí cambió. A pesar de todos nuestros esfuerzos, el desenlace fue inevitable. Fue entonces cuando recordé que, desde el principio hasta el final, Dios tiene el control. Ninguna maniobra, por más perfecta que sea, puede desafiar Su Voluntad. En ese momento de silencio, experimenté una paz indescriptible. Aunque no pudimos salvarle la vida, sabía que Dios tiene un propósito para cada ser humano, y todo lo que hacemos, incluso en los momentos más oscuros, tiene un significado eterno.

Quiero guardar el recuerdo de cuando acompañé al médico para informar a la familia. Vi su dolor, pero también pensé en la oportunidad de hablarles sobre la esperanza que tenemos en Cristo. La muerte no es el fin, sino el inicio de una nueva vida en Su presencia. En medio de la tragedia, Su gracia nos sostiene. A través de ese momento, entendí que el verdadero propósito de ser médico no es solo sanar cuerpos, sino ser un instrumento de Su paz, consuelo y amor, especialmente en los momentos de dolor y desesperación.

Al regresar a mi estación, me arrodillé en silencio. Mi alma estaba agotada, pero mi corazón rebosaba gratitud. Le agradecí a Dios por un día más de vida, por cada lección recibida y por recordarme que, aunque la medicina nos permite luchar por la vida, solo Él tiene el poder de darla y quitarla. En medio de la incertidumbre, Su voluntad sigue siendo perfecta. Todo lo que hacemos como médicos debe tener un solo propósito: glorificar Su Nombre. Porque cuando mis fuerzas flaquean, mi confianza permanece firme en el Dios que Todo lo puede y Todo lo sabe.

PEQUEÑAS EMERGENCIAS

Med. Susana del Rocío Latorre Segovia



En la sierra ecuatoriana, donde las mañanas frías forman parte del día a día de quienes habitamos a las faldas del majestuoso Chimborazo, se desarrollan las labores dedicadas al cuidado de la salud de los ciudadanos más pequeños de nuestra sociedad.

Las emergencias pediátricas de atención primaria son frecuentes incluso en el entorno hospitalario. Padres y madres acuden con sus hijos e hijas en busca de consuelo y alivio para sus dolencias. Los motivos de consulta son diversos, desde “no quiere dormir” o “no quiere comer”, hasta casos críticos como niños que llegan en paro cardiorrespiratorio. Estos últimos requieren atención inmediata debido a la gravedad del cuadro y al inminente riesgo para la vida, lo que representa un gran desafío para el personal médico y de enfermería encargado de su atención.

En ocasiones, los menores llegan a los centros de salud sin signos vitales. Entre la angustia y la desesperación, sus padres suplican que se les salve, gritan con esperanza que el equipo de salud “haga algo” para devolverles la vida. Sin embargo, no siempre es posible. Cuando los signos de fallecimiento son evidentes e irreversibles, el personal médico debe enfrentar la difícil tarea de comunicar la devastadora noticia: su hijo o hija ha muerto.

Recuerdo un caso particular de una niña de aproximadamente tres años, originaria de una zona rural. No presentaba antecedentes patológicos relevantes, su esquema de vacunación estaba completo y su desarrollo psicomotor era adecuado para su edad. Acompañada por su abuela, quien la llevaba en brazos debido a que los padres no podían estar presentes por motivos laborales, la niña llegó a la consulta. La abuela la describió como una niña alegre, inteligente, activa y sociable.

La niña fue llevada a consulta debido a un cuadro de dolor y distensión abdominal difusa, acompañado de vómitos con restos de alimentos, náuseas persistentes, falta de apetito y un malestar generalizado extremo. Aunque inicialmente no presentó fiebre, al cabo de 12 horas desde el inicio de los síntomas, comenzó a presentar un aumento de la temperatura corporal. La distensión y el dolor abdominal se habían intensificado al punto de dificultar su deambulación.

Los síntomas no parecían tener una causa aparente. La niña había permanecido en su hogar, consumiendo alimentos caseros, sin traumatismos o caídas previas, ni medicaciones previas.

Al momento de la evaluación, su condición era grave, evolucionando rápidamente hacia un estado crítico.

Desde la toma de signos vitales en el área de triaje de enfermería, se identificó a una paciente con tensión arterial baja, frecuencia cardíaca y respiratoria elevadas, fiebre, saturación de oxígeno del 89 % al aire ambiente y una escala de coma de Glasgow de 13/15. Su piel estaba pálida, fría y sudorosa; las pupilas apenas reaccionaban a la luz. La notable distensión abdominal dificultaba la respiración, aunque la auscultación pulmonar no evidenciaba ruidos patológicos.

El abdomen se presentaba desproporcionadamente grande en relación con el cuerpo de la paciente, tenso, duro y con escasa actividad intestinal. De inmediato se sospechó un cuadro de abdomen agudo que requería exámenes urgentes y exploración quirúrgica. La radiografía abdominal reveló la presencia de un cuerpo extraño compatible con una pila tipo botón, ubicada en la región pélvica.

Lamentablemente, este tipo de cuerpo extraño, al alojarse en el tracto digestivo, puede provocar perforaciones en el sitio donde se detiene, como ocurrió en este caso: una perforación intestinal.

Los padres, que ya se encontraban en la institución, desconocían el momento exacto de la probable ingesta. Admitieron haber visto pilas tipo botón sobre una mesita de noche, pertenecientes a un reloj de muñeca que había sido desarmado días antes. Nunca imaginaron que aquel acto aparentemente inofensivo de dejar los objetos al alcance de su hija podría poner en riesgo su vida o dejarle secuelas para siempre.

El tratamiento médico se centró en estabilizar el estado de shock por infección y déficit de líquidos en que se encontraba la paciente. Se le administró un antibiótico de amplio espectro, medicamentos para mejorar la función cardíaca y se le conectó a ventilación mecánica invasiva. El cirujano pediátrico realizó una intervención quirúrgica en la que se encontraron múltiples perforaciones intestinales y daño significativo en los tejidos circundantes. Esto requirió la resección de secciones intestinales y su posterior aproximación. La cirugía duró cinco horas. Durante todo el procedimiento, el equipo de quirófano —cirujano, anestesiólogo, enfermeras y ayudantes de cirugía— trabajó sin descanso, centrado únicamente en preservar la vida y la

salud de la niña, quien necesitó cuidados intensivos pediátricos y un manejo multidisciplinario integral.

Casos como este demuestran que lo cotidiano puede poner en riesgo la vida de nuestros niños. Somos los adultos los responsables de asegurar que los ambientes en los que se desarrollan estén libres de peligros, garantizando que los riesgos se minimicen y que la salud de los menores no pague un alto precio.

¿Y qué ocurrió con este caso? La niña sobrevivió. Fueron semanas de hospitalización y manejo clínico-quirúrgico continuo, días en los que la esperanza parecía desvanecerse y otros en los que se podía percibir, sin lugar a dudas, el amor infinito de Dios, manifestado en los milagros de su recuperación.

ISBN: 978-9942-7224-4-7

<https://isbnecuador.com/catalogo.php?mode=detalle&nt=103812>



#LineaEditorial

Participa en nuestros próximos proyectos editoriales!

+593 985022502