

ESPECIALIDADES MÉDICAS

TOMO 2

MEDICINA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICA

Vocación, Ciencia y Práctica

Emergencias

Medicina Interna

Imagenología

Cardiología

Neurología

Neumología

Nefrología

Urología

Dermatología

Gastroenterología

Otorrinolaringología

**FECIM-ECUADOR**

COAUTORES:

- Ivett Stefany Acaro Olmedo
- María José Aguirre Molina
- Fabián Patricio Balladares Tapia
- Mishell Alexandra Barzallo Espinoza
- Wendy Clareth Bravo Fajardo
- Miriam Gabriela Cabrera Solís
- Estefania Salome Castro Parra
- Ana Sofia Cepeda Zaldumbide
- Eduardo Fabián Córdova Molina
- Stefany Katherine Correa Villavicencio
- Andrés Sebastián Freire Ortega
- Eleana Cristina Gavilanes Castillo
- Christian David Hernández Toro
- Esthela Carolina Hidalgo Tapia
- Christian Alexander Lema Guaraca
- Erika Mabell Mazón Jarrin
- Sebastián Augusto Mena Lárraga
- Joselyn Carolina Piarpuezan Contento
- Debbie Carolina Plaza Ortiz
- Jasmín Carolina Rojas Lima
- Stefania Nohemí Sarango Riofrío
- Darwin Santiago Silva Bermeo
- Wellington Israel Toapanta Toapanta
- Juan José Torres Espinosa
- Karla Dennise Torres Itás
- Diego Esteban Tufiño León
- Jairo Marcelo Valverde Tixilema
- Vanessa Alexandra Vizuite Cunalata
- Roger Wilfrido Yépez Valdéz





TOMO 2
**MEDICINA
CLÍNICA Y
DIAGNÓSTICA**

Vocación, Ciencia y Práctica

**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.

Freddy 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

978-9942-7224-6-1

DOI

Quito- Ecuador

Marzo 2026

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



COAUTORES



Ivett Stefany Acaro Olmedo

María José Aguirre Molina

Fabián Patricio Balladares Tapia

Mishell Alexandra Barzallo Espinoza

Wendy Clareth Bravo Fajardo

Miriam Gabriela Cabrera Solís

Estefania Salome Castro Parra

Ana Sofía Cepeda Zaldumbide

Eduardo Fabián Córdova Molina

Stefany Katherine Correa Villavicencio

Andrés Sebastián Freire Ortega

Eleana Cristina Gavilanes Castillo

Christian David Hernández Toro

Esthela Carolina Hidalgo Tapia

Christian Alexander Lema Guaraca

Erika Mabell Mazón Jarrin

Sebastián Augusto Mena Lárraga

Joselyn Carolina Piarpuezan Contenido

Debbie Carolina Plaza Ortiz
Jasmín Carolina Rojas Lima
Stefania Nohemí Sarango Riofrío
Darwin Santiago Silva Bermeo
Wellington Israel Toapanta Toapanta
Juan José Torres Espinosa
Karla Dennise Torres Itás
Diego Esteban Tufiño León
Jairo Marcelo Valverde Tixilema
Vanessa Alexandra Vizuite Cunalata
Roger Wilfrido Yépez Valdéz



ÍNDICE

Prólogo

CARDIOLOGÍA

UN ALIENTO PARA EL CORAZÓN

Med. Andrés Sebastián Freire Ortega 17

DERMATOLOGÍA

LAS MARCAS DE EMPATÍA EN EL CORAZÓN

Med. Karla Dennise Torres Itás 23

DONDE EMPEZÓ TODO

Med. Ana Sofía Cepeda Zaldumbide 28

EXPERIENCIAS QUE MARCAN LA VIDA

Med. Stefany Correa Villavicencio..... 33

LA VOCACIÓN EN TRADUCCIÓN

Med. Wendy Clareth Bravo Fajardo 38

EMERGENCIAS

ENTRE LA LLUVIA Y LA VIDA: UN AMANECER EN LA SALA DE EMERGENCIAS

Lcdo. Roger Wilfrido Yépez Valdéz, MSc..... 44

CONOCER LA ENFERMEDAD GENERA IMPOTENCIA

Med. Jairo Valverde Tixilema. 48

SILENCIOS QUE DECIDEN UN DESTINO

Med. Fabián Balladares Tapia..... 52

CUANDO LA EMERGENCIA TIEMBLA

Med. Sebastián Mena L..... 58

EXPERIENCIAS EN LA EMERGENCIA: Una vocación que se confirma en el caos

Med. Jasmín Carolina Rojas. 64

GASTROENTEROLOGÍA

UN CUERPO EXTRAÑO ATÍPICO

Med. Santiago Silva B..... 71

EL LENGUAJE DEL ABDOMEN

Med. Diego Esteban Tufiño León..... 75

CUANDO EL ABDOMEN HABLA

Med. Christian Lema Guaraca 81

IMAGENOLOGÍA

MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE

Med. Juan José Torres Espinosa 87

EL ANONIMATO ÚTIL

Med. Estefania Castro Parra..... 92

ESPERANZA EN ESCALA DE GRISES

Med. Christian David Hernández Toro 97

ESPERANZA EN LA OSCURIDAD

Med. Ivett Stefany Acaro Olmedo 103

VER LO INVISIBLE

Med. Carolina Piarpuezan..... 109

UNA ECOGRAFÍA EN SILENCIO

Med. Wellington Israel Toapanta Toapanta..... 116

MEDICINA INTERNA

CUANDO LA MEDICINA BUSCA RESPUESTAS

Med. Eleana Gavilanes Castillo 121

LA OTRA HERIDA

Dra. Carolina Hidalgo Tapia. PhD 127

ÚLTIMA GUARDIA EN MEDICINA INTERNA

Med. Stefania Nohemí Sarango Riofrío..... 133

PRIMEROS PASOS CLÍNICOS

Med. Gabriela Cabrera Solís 138

NEFROLOGÍA

EL HONOR DE SERVIR

Med. Debbie Plaza Ortiz 144

NEUMOLOGÍA

TUBERCULOSIS, UN RETO FALLIDO

Med. Mishell Barzallo Espinoza 150

NEUROLOGÍA

SOLO UN DOLOR DE CABEZA

Med. María José Aguirre Molina 158

EL ARTE DE SANAR

Med. Erika Mazón..... 162

OTORRINOLARINGOLOGÍA

ENTRE VOCES Y SILENCIOS

Med. Vanessa Alexandra Vizuite Cunalata..... 170

UROLOGÍA

EL COMBATE QUE FORJÓ MI CAMINO

Med. Eduardo Fabián Córdova Molina..... 176



PRÓLOGO

La medicina clínica no comienza en el laboratorio ni termina en una imagen diagnóstica: nace en el encuentro humano, en la mirada atenta, en la exploración respetuosa y en la escucha profunda de aquello que el paciente no siempre puede expresar con palabras. Este segundo tomo, dedicado a la Medicina Clínica y Diagnóstica, recorre el espacio donde ciencia y humanidad se entrelazan de forma inseparable.

Estas páginas no solo abordan enfermedades, tratamientos o hallazgos complementarios; también relatan experiencias reales: madrugadas en los servicios de urgencias donde cada segundo cuenta, decisiones tomadas bajo presión, valoraciones prehospititarias que marcan el pronóstico, y momentos íntimos junto a la cama hospitalaria donde el dolor físico revela dimensiones emocionales más hondas. En cada historia se confirma que detrás de todo diagnóstico existe una vida que merece comprensión.

En este tomo se recorren escenarios diversos: la urgencia donde el tiempo apremia, la sala hospitalaria donde la evolución exige paciencia, la consulta donde una enfermedad crónica redefine la rutina de una familia. En todos ellos, la medicina interna articula saberes y las distintas áreas diagnósticas aportan profundidad y precisión. No se trata de disciplinas fragmentadas, sino de una red de conocimientos que converge para comprender a la persona más allá de su diagnóstico.

Diagnosticar no es solo identificar signos y síntomas; es interpretar contextos, integrar antecedentes, reconocer límites y descifrar silencios. La clínica sigue siendo el arte de observar, escuchar y examinar con conciencia.

En una época de avances tecnológicos vertiginosos, el libro reivindica el valor del examen físico, la anamnesis detallada y la sospecha clínica fundamentada. Las herramientas diagnósticas son extraordinarias, pero solo adquieren sentido cuando están guiadas por el juicio clínico y la sensibilidad profesional. La Medicina Clínica y Diagnóstica es, ante todo, discernimiento.

Asimismo, estas páginas muestran que la medicina transforma a quien la ejerce: cada guardia deja una enseñanza, cada pérdida aporta humildad y cada recuperación renueva la esperanza. El profesional de la salud no es un espectador distante, sino un participante activo en la historia de sus pacientes.

En esencia, la Medicina Clínica y Diagnóstica es el puente entre el síntoma y el significado, entre la evidencia y la experiencia. Es el espacio donde la ciencia orienta y la conciencia acompaña; donde el conocimiento se convierte en cuidado y el diagnóstico en compromiso con la vida.



CARDIOLOGÍA



UN ALIENTO PARA EL CORAZÓN

Med. Andrés Sebastián Freire Ortega



En el primer nivel de atención uno aprende a ser mucho más que médico: se convierte en parte del pulso de la comunidad. Entre controles de hipertensión, revisiones prenatales y diagnósticos de resfriado, emergen historias que laten detrás de cada paciente. En el Ecuador rural, la atención primaria representa el primer muro de contención frente a un sistema que a veces no alcanza; un espacio donde la intuición y la empatía pesan tanto como el conocimiento académico.

Un día llegó a la consulta doña Rosa con su hijo, un niño de seis años aquejado por una tos persistente. Al auscultarlo, noté que su respiración era clara, sin ruidos agregados. Sin embargo, al apoyar el estetoscopio sobre su pecho, percibí un sonido distinto, un murmullo suave, semejante al suspiro de una hoja al rozar el viento. No era el ritmo perfecto que uno espera escuchar; había algo más, algo que me hizo fruncir el ceño. Repetí la exploración. El pequeño respiró profundo. Otra vez ese mismo sonido, persistente, dulce y a la vez inquietante.

Doña Rosa, ¿alguien le ha dicho antes que su hijo tiene un soplo en el corazón? pregunté, procurando mantener la voz serena.

Ella me miró con desconcierto. ¿Un soplo? No, doctorcito... nunca nos han dicho eso. ¿Es grave?

En ese instante comprendí la dificultad de explicar algo tan técnico y etéreo como un soplo cardíaco a una madre con escaso acceso a controles pediátricos. En el campo, las distancias, la ausencia de especialistas y los recursos limitados vuelven casi heroico el diagnóstico precoz. No hay ecocardiogramas, ni cardiólogos infantiles, ni salas equipadas; solo un estetoscopio, unos oídos atentos y una gran dosis de sensibilidad.

Durante las semanas siguientes no pude dejar de pensar en aquel niño. Revisé libros, consulté guías clínicas, escuché grabaciones de soplos y traté de afinar el oído. Descubrí que algunos son inocentes: simples vibraciones del flujo sanguíneo en un corazón joven y vigoroso. Pero otros pueden anunciar algo más profundo: una comunicación interventricular, una válvula estrecha, un defecto capaz de comprometer el futuro del pequeño.

Ese pensamiento me desvelaba. En el silencio de las noches regresaba a mi mente el sonido exacto de aquel murmullo cardíaco. Había algo profundamente poético en imaginar que el corazón, órgano de la vida, también pudiera susurrar sus dolencias.

Con el tiempo comprendí que en la atención primaria el mayor desafío no es solo diagnosticar, sino reconocer los límites del propio conocimiento y del entorno. En el sistema de salud ecuatoriano, muchos centros rurales carecen de electrocardiógrafos o de medios para una derivación inmediata. A veces, trasladar a un paciente al hospital más cercano implica horas de viaje, caminos de tierra y una logística que roza lo imposible. En ese contexto, un soplo podía ser una simple curiosidad o una alarma silenciosa.

Recuerdo una tarde en la que la consulta parecía interminable. Entre los pacientes llegó otro niño, de unos nueve años, delgado y de mirada vivaz. Venía por cansancio y mareos esporádicos. Al auscultarlo, el sonido fue más claro: un soplo sistólico que se extendía como un murmullo persistente entre los tonos cardíacos. Sentí un escalofrío. Era distinto al del hijo de doña Rosa; más áspero, más definido.

Realicé el engorroso, pero necesario trámite de referencia a la especialidad de Cardiología, esperando en Dios que hubiera disponibilidad de turnos. Un mes después, su madre regresó con los resultados: el niño tenía una comunicación interventricular moderada. Requería seguimiento especializado y tratamiento médico para controlar la sobrecarga cardíaca.

Aquel caso marcó un antes y un después en mi vocación. Sentí que había hecho lo correcto, que mis oídos no solo habían escuchado un sonido, sino una historia que necesitaba ser contada. Comprendí entonces que la cardiología no era solo una especialidad, sino un lenguaje: el de los latidos, los silencios y los murmullos que solo se revelan a quien sabe escucharlos con el alma.

En los meses siguientes comencé a dedicar más tiempo a auscultar. Cerraba los ojos buscando el origen del sonido, su tono, su ritmo, su intensidad. Descubrí que escuchar el corazón de una persona es un acto profundamente humano. Uno se acerca tanto que puede sentir el calor del pecho, el ascenso y descenso de la respiración, la vida latiendo bajo la piel. En ese instante no existen jerarquías, diagnósticos ni prisa: solo dos seres humanos conectados por un sonido ancestral.

A veces, sin embargo, la realidad golpeaba con fuerza. No todos los pacientes que refería lograban llegar al hospital. Algunos no podían costear el transporte; otros se resignaban porque “el niño se ve bien”. La falta de seguimiento, de especialistas y de recursos hacía que muchos casos se perdieran entre la geografía y el silencio de la pobreza. En esos momentos la impotencia se mezclaba con la vocación, y uno debía decidir si rendirse o seguir buscando maneras de escuchar mejor, de llegar más lejos.

Un día, meses después, regresó doña Rosa. Entró al consultorio con una sonrisa amplia y el mismo niño que ahora corría y reía. —Doctorcito, el cardiólogo dijo que no es nada grave, que el soplo es inocente —me dijo, con un alivio que me llenó el pecho.

Sonreí. Sentí que, de alguna manera, ese pequeño triunfo compensaba todas las frustraciones. No todos los finales en medicina son felices, pero aquel lo fue. En esa felicidad compartida encontré sentido a tantas horas de duda.

Desde entonces decidí dedicar mi vida a estudiar los soplos, a comprender sus matices y darles voz. Cada sonido es un mensaje del corazón, una melodía única que puede salvar una vida si se interpreta a tiempo. La cardiología, entendí, no es solo ciencia: es arte. Es aprender a leer lo invisible, a sentir el pulso del universo en el pecho de un niño.

Hoy, al recibir a mis pacientes en la consulta, me gusta pensar que cada uno trae consigo una historia aún no contada. Sigo auscultando con la misma devoción, cerrando los ojos para dejar que el sonido me guíe. Algunos corazones murmuran suavemente; otros laten con fuerza. Todos, sin excepción, enseñan algo nuevo.

La atención primaria me formó no solo como médico, sino como ser humano. Me enseñó que, en cada rincón remoto, en cada paciente que espera con paciencia, existe la oportunidad de marcar la diferencia. Que los diagnósticos tempranos salvan vidas y que, incluso en medio de la precariedad, se puede ejercer una medicina de excelencia si se escucha con el corazón. El sonido de un soplo ya no me inquieta; al contrario, me conmueve. Es un recordatorio de que el cuerpo humano no es una máquina perfecta, sino una sinfonía viva, con notas disonantes que también tienen su belleza. Auscultar significa escuchar la historia de alguien, interpretar su música interna y, a veces, darle la oportunidad de seguir sonando un poco más.

Hay días en los que, al terminar la jornada, cierro los ojos y regreso mentalmente a aquel pequeño centro de salud. Puedo percibir el eco de los pasos en el pasillo, el murmullo de madres con sus hijos, el canto lejano de los pájaros al atardecer. Y entre todo ese ruido, aún escucho aquel primer soplo, aquel murmullo que cambió mi destino.

Porque fue en ese instante, entre silencio y asombro, cuando comprendí que dedicar mi vida al corazón era, en realidad, aprender a escuchar la vida misma.

DERMATOLOGÍA



LAS MARCAS DE EMPATÍA EN EL CORAZÓN

Med. Karla Dennise Torres Itás



Durante mi etapa de internado tuve la oportunidad de realizar mis prácticas profesionales en un consultorio dermatológico. Aquella experiencia fue profundamente enriquecedora, pues me permitió consolidar mis conocimientos teóricos y enfrentar la realidad clínica, donde cada paciente representa un mundo único. Sin embargo, hubo un caso que dejó una huella imborrable en mi formación profesional y humana.

Ese día ingresó una niña de unos nueve años con una mirada llena de tristeza y temor. La acompañaban sus padres, cuyos rostros reflejaban una mezcla de angustia, cansancio e incertidumbre. La pequeña se aferraba con fuerza a la mano de su madre, buscando refugio en medio de una situación que apenas alcanzaba a comprender.

Presentaba numerosas lesiones cutáneas diseminadas por todo el cuerpo: eritematosas, pruriginosas y de rápida evolución. Desde el primer momento supe que aquella consulta no sería una más. No solo por la gravedad del cuadro clínico, sino por la fragilidad emocional que envolvía a la familia. Era inusual recibir pacientes tan jóvenes en un entorno dermatológico, y eso despertó en mí una profunda sensación de responsabilidad y empatía. Mientras la observaba, pensaba en lo difícil que debe ser para un niño enfrentar una enfermedad visible, que

altera su imagen corporal y provoca tanto malestar físico como emocional.

Los padres contaron que, pese a haber buscado atención médica con anterioridad, no habían logrado ninguna mejoría. Describían con preocupación cómo las lesiones continuaban apareciendo y extendiéndose a nuevas zonas del cuerpo, pese a los múltiples cuidados que intentaban aplicar. Mientras los escuchaba, podía percibir la tristeza en la niña, que evitaba mirarse al espejo y mantenía la mirada baja, incómoda por el prurito y por la apariencia de su piel. Su madre sostenía su mano con fuerza, mientras el padre luchaba por mantener la serenidad. En ese momento comprendí que el sufrimiento no provenía solo de las lesiones visibles, sino también de la incertidumbre y el miedo que afectaban a toda la familia.

Tras una anamnesis detallada y una exploración física minuciosa, observamos que las lesiones presentaban características compatibles con una infección micótica. En dermatología, los detalles son determinantes: cada patrón, forma o distribución orienta el diagnóstico y define el rumbo del manejo clínico.

Durante la conversación con los padres surgió un dato revelador: en casa tenían una gata que acababa de parir cinco crías. La niña mantenía un lazo muy estrecho con ellos, especialmente con la madre, a quien consideraba su mejor amiga. Pasaba gran parte del tiempo cuidándolos, acariciándolos y durmiendo a su lado. Al profundizar en la entrevista, los padres recordaron haber notado zonas sin pelo en el cuerpo del animal, pero no le dieron importancia, pensando que se trataba de una consecuencia normal del parto.

Ese detalle cambió por completo el curso del caso. Surgió de inmediato la sospecha de una infección zoonótica, concretamente una tiña transmitida por contacto directo entre la piel del animal infectado y la de la niña. Fue un momento esclarecedor y, al mismo tiempo, profundamente humano. El hallazgo pareció aliviar a los padres, quienes por fin comprendían el origen del problema. Sin embargo, cuando explicamos el diagnóstico, la madre rompió en llanto al saber que su hija había enfermado precisamente por el amor y la cercanía que compartía con su mascota. La niña, al escuchar que debía mantenerse alejada de su gata hasta recuperarse, no pudo contener las lágrimas. Aquella escena me conmovió profundamente: detrás del cuadro clínico se escondía una historia de ternura, inocencia y pérdida.

Más que un caso de transmisión zoonótica, se trataba de una situación que exigía sensibilidad, paciencia y, sobre todo, empatía. Como equipo, comprendimos que el tratamiento debía atender no solo la infección, sino también el impacto emocional que implicaba para la niña. Procuramos abordar el proceso con serenidad, explicando de forma clara y comprensible las medidas terapéuticas y los cuidados necesarios, tanto para la paciente como para la mascota, evitando generar miedo o culpa. La madre aceptó con tristeza la necesidad de la separación, sabiendo que era lo mejor para su hija. Finalmente, esa distancia temporal se transformó en definitiva, una decisión difícil pero tomada desde el amor y la protección.

Fue evidente el profundo lazo de amor y ternura que unía a la niña con su mascota. En sus ojos se reflejaba la incomprensión de tener que separarse de quien consideraba su mejor amiga. En ese momento comprendimos que nuestro papel iba más allá de lo médico: debíamos acompañar

emocionalmente a una familia que atravesaba una pérdida significativa. Consolar a la pequeña fue tan desafiante como tratar sus lesiones. Le explicamos con delicadeza que su gatita también necesitaba cuidados, y que al distanciarse no la abandonaba, sino que ayudaba a que ambas pudieran sanar. Gestos simples —una sonrisa, un dibujo o una palabra amable— marcaron la diferencia en su proceso de aceptación.

Durante los días siguientes, observé con satisfacción la evolución favorable del tratamiento. Las lesiones comenzaron a mejorar gradualmente y el prurito disminuyó. La familia mostró un compromiso ejemplar con las indicaciones médicas, y la niña recuperó poco a poco su energía y confianza. Sin embargo, lo más significativo no fue la mejoría clínica, sino el proceso humano que acompañó su recuperación. Aprendió a cuidar su salud, aunque con la tristeza de haberse distanciado de su compañera. La gatita también recibió tratamiento, y tanto ella como sus crías fueron adoptadas por distintas familias, cerrando así un ciclo doloroso, pero necesario.

Esa experiencia me llevó a reflexionar sobre el verdadero papel del profesional de la salud, que trasciende el diagnóstico y la prescripción. Detrás de cada lesión hay una historia, un vínculo y una carga emocional que no deben ignorarse. La empatía se convierte entonces en una herramienta terapéutica tan valiosa como cualquier medicamento. Escuchar sin juzgar, comprender y acompañar con respeto puede transformar la manera en que un paciente enfrenta su enfermedad.

Comprendí también que la medicina no siempre consiste en resolver problemas de forma inmediata, sino en acompañar procesos humanos complejos y llenos de matices. En este caso, la intervención médica no solo curó la piel de una niña,

sino que ayudó a una familia a afrontar una experiencia difícil con comprensión y fortaleza. Ser parte de esa transformación reafirmó el motivo por el que elegí esta profesión: para sanar, pero también para escuchar, sostener y comprender.

Al mirar atrás, reconozco cuánto fortaleció mi sensibilidad clínica y emocional. Aprendí que los niños viven la enfermedad de un modo distinto, que el miedo y la tristeza se reflejan más en los gestos que en las palabras, y que nuestro deber incluye brindar consuelo además de tratamiento. Hoy, cada vez que atiendo a un paciente pediátrico, recuerdo a aquella niña, a sus padres y a su gata. Su historia me recuerda que la medicina debe ejercerse con ciencia, pero también con corazón, porque sanar no es solo aliviar un síntoma, sino acompañar el alma en su proceso de recuperación.

DONDE EMPEZÓ TODO

Med. Ana Sofía Cepeda Zaldumbide



Había días en los que el consultorio seguía esa rutina predecible que uno termina aceptando como parte del oficio. Pero aquella mañana entró un hombre distinto: silencioso, de pasos pausados y con la mirada de quien carga algo más que su propio peso. Se sentó frente a mí con cierto pudor. Por un instante pensé que buscaba atención por un resfriado o por las dolencias propias del trabajo duro. Sin embargo, cuando llevó la mano a su mejilla, comprendí que la razón estaba allí, en su piel.

—“Es solo una manchita, doctora” —murmuró, como si quisiera restarle importancia antes siquiera de mostrarla. Pero el leve temblor en su voz reveló que esa «manchita» llevaba tiempo habitando también en sus pensamientos.

La lesión lo acompañaba desde hacía años. Lo confesó con esa mezcla de vergüenza y resignación que uno reconoce en quienes han aprendido a convivir con sus propios temores. Al inicio era apenas un punto, tan discreto que decidió ignorarlo. “No molestaba”, repetía, como si esa frase justificara los años de espera. Me pregunto cuántas veces pospuso la consulta: cuántos días frente al espejo cubrió la mancha con la palma, cuántas ocasiones se convenció de que no valía la pena preocuparse, cuántas noches pensó en acudir y retrocedió

porque el miedo suele ser más persuasivo que cualquier síntoma.

Cuando al fin me la mostró, me llamó la atención la serenidad con la que lo hizo. Una serenidad nacida no de la tranquilidad, sino de la costumbre. Había algo en aquella lesión que no coincidía con la aparente inocencia de sus palabras: los bordes irregulares, la forma en que parecía reclamar espacio, el brillo tenue de su superficie. La observé con la distancia justa que exige la medicina: ni tan lejos como para deshumanizar al paciente, ni tan cerca como para perder la objetividad.

Detrás de cada detalle clínico se insinuaba algo más profundo: una historia de postergación, de silencios, de ese hábito tan humano de evadir lo que inquieta.

Le pedí que me contara cómo había cambiado aquella mancha con el tiempo. Respondió que crecía “despacito”, como un visitante educado que avanza solo cuando se le concede permiso. Luego mencionó un sangrado ocasional, mínimo, casi imperceptible: esas señales discretas con las que la piel intenta advertirnos antes de que entendamos el mensaje. Mientras lo escuchaba, pensé en cuántas veces el cuerpo nos habla en clave, y en cómo lo aparentemente insignificante puede convertirse en un punto de quiebre. En sus palabras se adivinaba un arrepentimiento tenue, como si de pronto comprendiera que confiar en la supuesta benignidad de las cosas también tiene un costo.

En ese instante, más que una lesión, vi una historia desplegada en su rostro. Una historia narrada sin voz, porque hay quienes no saben cómo expresar lo que sienten. A veces la piel habla por ellos. Él, sin darse cuenta, había permitido que aquella mancha creciera como un recordatorio de todo aquello que evitó enfrentar. Esa mezcla de temor y resignación me

conmovió más de lo esperado. En momentos así, la medicina deja de ser técnica y se convierte en acompañamiento.

El consultorio se transformó en un espacio donde dos silencios se reconocieron: el suyo, alimentado por años de inquietud, y el mío, marcado por la responsabilidad de decir lo que intuía. Le hablé con la honestidad que merecía, sin edulcorar la verdad, pero también sin herirlo con ella. Su mirada descendió hacia el suelo cuando le expliqué que aquella mancha no era tan inofensiva como pensaba. No lloró ni se quebró; simplemente inhaló hondo, como quien acepta que ya no es posible seguir negando lo evidente.

El aire se hizo más pesado, y las paredes parecieron acercarse un poco. A veces, el acto más valiente no es enfrentar una enfermedad, sino reconocer que la dejamos avanzar demasiado. Me preguntó si había hecho algo mal. Le aseguré que no; que muchas veces la vida nos enseña a ignorar lo que no comprendemos, y que eso es más común de lo que imaginamos. En sus ojos apareció un atisbo de alivio, porque nadie quiere cargar con la culpa de haberse fallado a sí mismo.

Hubo un instante breve, casi imperceptible, en el que parecíamos dos personas observando la misma mancha desde lugares opuestos: él desde el miedo, yo desde la responsabilidad. En ese cruce de miradas apareció una verdad sencilla: la medicina es, con frecuencia, un puente entre lo que el paciente teme y lo que necesita afrontar. No consiste únicamente en diagnosticar, sino en acompañar la vulnerabilidad ajena con la delicadeza que merece.

Lo orienté hacia el tratamiento y las derivaciones correspondientes, aunque lo esencial aquel día no fue la decisión clínica. Lo verdaderamente significativo fue que comprendió que su piel llevaba años hablándole, esperando a

que se atreviera a escucharla. Antes de marcharse, me agradeció con esa gratitud tímida que surge no del alivio, sino del reconocimiento: alguien por fin había visto lo que él ocultaba desde hacía tanto tiempo. Al cerrar la puerta, entendí que aquella mancha no era solo una lesión; era un recordatorio de que la piel guarda secretos que se revelan únicamente cuando decidimos mirarlos con atención.

Esa tarde, mientras revisaba mis notas, me descubrí pensando en las señales que me han pasado inadvertidas en mi propia vida. La medicina, sin proponérselo, nos confronta con nosotros mismos: nos recuerda que no siempre escuchamos lo que deberíamos, que normalizamos lo que incomoda, que también postergamos lo importante. La piel de aquel hombre se transformó, en cierto modo, en un espejo. Me pregunté cuántas “manchas” emocionales dejamos crecer en silencio, esperando que desaparezcan por sí solas.

Esa noche, lejos del consultorio, el caso regresó a mi mente con una claridad inesperada. Imaginé al hombre caminando hacia su casa, procesando cada palabra de nuestra conversación. Pensé en la valentía que implica aceptar que lo pequeño puede convertirse en algo serio. Y también en lo hermoso que resulta ser parte del instante en que alguien decide cuidarse por primera vez en mucho tiempo. Es un privilegio que la rutina, a veces, nos hace olvidar.

Con el tiempo he entendido que la piel es mucho más que un órgano. Es memoria, límite y lenguaje. Nos protege, pero también nos delata. Funciona como un lienzo donde se registran el estrés, la genética, los hábitos e incluso esas emociones que no logramos expresar. Entre esas capas silenciosas, los médicos tenemos la tarea de interpretar lo que el paciente no sabe —o no puede— decir.

Por eso, cada vez que observo una lesión discreta, pienso en él: en su serenidad frágil, en el temor que intentaba ocultar, en la valentía de acudir pese a la duda. Recuerdo lo sencillo que es ignorar lo que no duele, la facilidad con que justificamos lo evidente y esa costumbre universal de repetirnos que “no será nada”. Entonces me doy cuenta de que, para muchos, cruzar la puerta de la consulta es ya un acto de coraje.

La mancha de aquel hombre dejó de ser un simple hallazgo para transformarse en una lección que aún conservo: la piel siempre habla, pero somos nosotros quienes decidimos cuándo escucharla.

EXPERIENCIAS QUE MARCAN LA VIDA

Med. Stefany Correa Villavicencio



Como personal de salud acumulamos vivencias imposibles de enumerar. Algunas son hermosas y emocionantes; otras, desafiantes, difíciles o profundamente tristes. Sin embargo, pese a la dureza del camino, no cambiaría por nada la profesión que elegí.

Hace algunos años, cuando cursaba el tercer año de bachillerato en la especialidad de Químico-Biológicas, en la ciudad de Loja, debíamos realizar la pasantía de la asignatura de Anatomía. Aquella actividad incluía la visita al anfiteatro y al hospital público de ese entonces.

Recuerdo ese día como si fuera ayer. Era imposible olvidar la experiencia que viví. A las 8:00 de la mañana ya debíamos estar en el colegio para salir en buseta rumbo al anfiteatro. Todos los estudiantes estábamos algo nerviosos, envueltos en la incertidumbre de lo que íbamos a presenciar.

Durante semanas habíamos esperado ese momento con entusiasmo, aunque también con muchas expectativas. Algunos imaginaban que sería una experiencia desagradable, capaz de marcar nuestros caminos; otros, en cambio, se mostraban sorprendentemente relajados ante lo que se avecinaba.

Nuestra docente nos había preparado con antelación: debíamos llevar mandil blanco, calzado adecuado, mascarilla y guantes de examinación. Esa indumentaria era obligatoria. También teníamos que repasar el módulo de huesos y el funcionamiento del corazón, los riñones y los pulmones.

Al llegar al lugar formamos una fila extensa. El ingreso se realizaba en grupos pequeños de cinco personas. Aún puedo evocar el olor que emanaba del interior: una mezcla penetrante, difícil de describir y, para muchos, desagradable. Aun así, la emoción por entrar y observar los órganos en exhibición superaba cualquier incomodidad.

Al ingresar al anfiteatro, una mezcla de nervios y entusiasmo me recorrió el cuerpo. Por primera vez tuve frente a mí un corazón y unos pulmones en su estado real, tal como los describían los libros de anatomía. Observé cada estructura con respeto y asombro; contemplar la perfección del cuerpo humano despertó en mí una fascinación que jamás había experimentado. Aquella experiencia dio sentido a lo que había leído durante meses y reforzó mi deseo de comprender, con mayor profundidad, la complejidad de nuestro organismo.

Me intrigaba conocer la función de cada órgano, comprender las estructuras de los sistemas y su interacción. Aquello me apasionaba profundamente y confirmó, una vez más, que quería estudiar Medicina en la universidad. Ese era mi sueño, quizá un poco loco, pero estaba dispuesta a trabajar arduamente para alcanzarlo. No se trataba solo del interés por la anatomía, sino del deseo de entender cada parte y funcionalidad del organismo para, algún día, poder ayudar a las personas con sus dolencias y afecciones.

Transcurrió algún tiempo desde aquel día y viví muchas experiencias al ingresar a la carrera de Medicina. Fueron años duros y exigentes, llenos de estudio, prácticas y aprendizajes constantes. Durante mis diferentes rotaciones como estudiante, la universidad nos ofreció varias oportunidades para crecer en este camino.

Una anécdota que recuerdo con especial cariño fue una brigada médica en una zona rural, donde llegamos a una pequeña comunidad. Tuvimos la oportunidad de trabajar junto a médicos extranjeros de Estados Unidos, de quienes aprendimos muchísimo. Destaco su alma bondadosa y su gran disposición para enseñarnos aquello que aún desconocíamos.

Mientras nos instruían, hacíamos el esfuerzo de comprender ciertos términos en inglés, lo cual resultaba un reto para quienes no dominábamos el idioma. Meses después surgió la oportunidad de rotar en un hospital de Guayaquil para cumplir las horas correspondientes al externado médico, previo al internado. No dejé pasar esa oportunidad. Pasé aproximadamente dos meses allí, rotando por distintas áreas, pero sobre todo por pediatría.

Casualmente, una madrugada alrededor de las 2:00 a. m., cuando me disponía a dormir para levantarme a las 7:00 a. m. para el pase de visita, tomé el ascensor rumbo al sexto piso, donde se encontraba el cuarto de externos e internos. Sin embargo, por un descuido me detuve en el cuarto piso, la unidad de quemados.

Al abrirse las puertas, me encontré con varias camas ocupadas por pacientes hospitalizados. Algunos permanecían en aislamiento, en cuartos de acceso restringido; otros recibían tratamiento en el área común. La escena me produjo una mezcla intensa de curiosidad y asombro, pero también una

profunda tristeza al observar el sufrimiento de quienes estaban allí. Había pacientes vendados desde el rostro hasta las extremidades, y otros que se quejaban del dolor en voz baja. Parecían cargados de historias marcadas por distintos tipos de quemaduras, algunas leves y otras devastadoras.

Terminado ese día, fui a dormir y no dejaba de pensar en el profundo impacto que había provocado en mí. Si bien ya estaba encaminada a graduarme como médica, aún no decidía en qué enfocarme o especializarme, porque la medicina es tan amplia. Pensaba una y otra vez en cómo se sentirían esas personas, muchas de ellas con quemaduras graves, leves o múltiples.

No dejaba de imaginar cómo, como futura médica, podría ayudarlas y mejorar su calidad de vida. Reflexionaba sobre lo que podría ofrecerles: tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos, y en cómo su estado las afectaría no solo físicamente sino también emocionalmente. Todo lo que implicaba para su salud... y lo que yo, aunque fuese con un pequeño aporte, podría hacer por ellas.

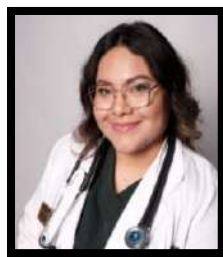
Fue entonces cuando empecé a interesarme por una especialidad que se enfocara en tratar y mejorar la piel. Poco a poco me incliné hacia áreas como dermatología o cirugía plástica. Podría decir que desde aquella experiencia hospitalaria estas ramas de la medicina empezaron a atraerme, no solo por el impacto que causaron en mí, sino por la preparación que necesitaría para servir de la mejor manera a la comunidad y al país.

Si bien el camino aún es largo, tengo muchas expectativas por lo que viene, especialmente porque creo firmemente que todavía existen profesionales con verdadera calidad humana. Y eso es la medicina: un camino extenso, exigente, pero que

permite ayudar a muchas personas y, al final, ofrece una gratificación profunda.

LA VOCACIÓN EN TRADUCCIÓN

Med. Wendy Clareth Bravo Fajardo



Estudiar medicina en el extranjero nunca fue, para ella, un acto heroico ni una demostración de valentía. Fue, más bien, una combinación de miedo, necesidad y fe. Fe en que un idioma completamente ajeno dejaría algún día de ser un muro infranqueable; fe en que la soledad adquiriría sentido al sostener, finalmente, el título anhelado; fe en que la vocación resistiría la distancia y lograría atravesar barreras de lengua, cultura y costumbres. Al llegar a destino, las palabras técnicas pesaban y se enredaban en la boca: comprendía mejor los libros que las conversaciones y descifraba los silencios con mayor facilidad que las bromas. Aprendía medicina, sí, pero también aprendía a existir en otra lengua, en otro entramado social, en una realidad distinta.

Las primeras semanas fueron una sucesión de clases extensas, apuntes colmados de términos que debía traducir tres veces primero al inglés, luego al español y, finalmente, a su propia comprensión y noches atravesadas por la duda sobre la decisión tomada. La medicina, que la había apasionado desde la infancia, se volvía exigente, casi áspera. No bastaba con saber; había que explicar, argumentar y responder en una lengua que aún no sentía como propia. Cada clase era una carrera contra el agotamiento mental; cada examen aprobado, una victoria íntima celebrada en silencio; cada error, una herida al orgullo.

Fue durante una rotación clínica, cuando algo comenzó a transformarse. El hospital imponía respeto: pasillos largos, luces blancas e intensas, voces contenidas y pasos apresurados. Allí, la teoría adquiría peso humano. Las patologías dejaban de ser descripciones en un libro para convertirse en personas con nombre, familia, historia y miradas que reclamaban algo más que un diagnóstico.

Acompañaba al grupo en silencio, atenta, intentando no perder ningún detalle. Entonces apareció el caso: una mujer de aproximadamente setenta y cinco años que cargaba no solo el peso del tiempo, sino también el del dolor. El diagnóstico, pronunciado con precisión clínica, resonó en la sala con una gravedad inesperada: herpes zóster necrótico. La estudiante observó las lesiones con una mezcla de curiosidad, admiración y desasosiego. No eran simples signos clínicos; eran mapas del sufrimiento. La piel, tantas veces reducida a lo superficial, hablaba allí con una crudeza ensordecedora: extensas áreas comprometidas, zonas de necrosis, bordes irregulares que parecían expresar lo que la paciente apenas lograba decir. No se trataba solo de una afección dermatológica, sino de dolor vivo, persistente, abrasador. Un dolor que no se detenía en la piel, sino que se infiltraba en los nervios, en el descanso y en la dignidad.

Mientras el médico explicaba al reducido grupo de estudiantes la fisiopatología de la afección la reactivación viral, el compromiso inmunológico y el daño tisular progresivo, ella comprendía algo que iba más allá del proceso patológico y la semiología. Entendía que la enfermedad no se reducía a un inventario de síntomas, sino que penetraba en la identidad del paciente. Aquella mujer no solo padecía dolor y lesiones visibles que evitaba mirar; también convivía con miedo, vergüenza e incertidumbre. Todo estaba inscrito en su

piel, expuesto a la mirada ajena, al escrutinio médico y social, revelando no solo la fragilidad del cuerpo, sino también la intimidad de su vida privada.

Por primera vez desde su llegada al país, el idioma dejó de ser una barrera. El lenguaje médico fluía con naturalidad, como si siempre hubiera estado allí, aguardando ese momento. Preguntó, escuchó con atención, observó y tomó notas con una concentración inédita. Aquella tarde descubrió que la dermatología no era únicamente diagnóstico visual, sino una sensibilidad entrenada: la capacidad de interpretar signos evidentes y silencios invisibles. La piel se le presentó como un lenguaje universal, comprensible sin necesidad de traducción cultural.

Esa noche le resultó imposible conciliar el sueño. Repasó el caso una y otra vez, no por exigencia académica, sino por una fascinación nueva y profunda. Pensó en cómo una sola consulta había logrado lo que meses de estudio no habían conseguido: reconciliarla con la decisión de estar lejos de casa para seguir una vocación que, por momentos, había sentido distante. Aquella mujer le enseñó más que cualquier manual. Le mostró que la medicina pierde sentido cuando olvida a la persona que habita el cuerpo enfermo, y que el verdadero desafío del médico no es solo curar, sino no deshumanizarse en el intento.

Comprendió que, muchas veces, los pacientes no necesitan únicamente analgésicos, antivirales o cuidados específicos, sino también una mirada sin prisa, sin juicio y sin indiferencia. Entendió que no había cruzado fronteras solo para aprender medicina, sino para encontrarse con una manera distinta de ejercerla; una que trasciende los casos clínicos interesantes o poco frecuentes. La técnica es

indispensable, pero insuficiente si no se sostiene en la empatía.

Aprendió que aliviar no siempre significa eliminar el dolor, sino hacerlo más llevadero; que comprender exige tiempo, atención y humildad; que escuchar no es un gesto accesorio, sino una herramienta terapéutica tan valiosa como cualquier fármaco; y que, en numerosas ocasiones, el mayor daño no proviene de la enfermedad, sino de ser reducido a un diagnóstico. Desde entonces comenzó a mirar a los pacientes de otra forma. Cada lesión, cada cambio de color o textura, se convirtió en una pista, en una historia que merecía ser leída con respeto. La dermatología dejó de ser una asignatura más y se transformó en una vocación dentro de la vocación. La atraía su precisión diagnóstica, pero, sobre todo, su dimensión humana: en la piel convergen la biología y la biografía, la enfermedad y la historia personal.

Con el paso del tiempo, el interés se transformó en certeza. Cada nuevo caso dermatológico que examinaba durante sus rotaciones consolidaba esa convicción. Observó pacientes con psoriasis que se aislaban, dermatitis que erosionaban el ánimo y afecciones cutáneas capaces de marcar una vida entera. Comprendió entonces que tratar la piel también significa abordar la autoestima, el dolor persistente y la relación del paciente con el mundo y consigo mismo.

Entendió, además, que la labor médica comienza mucho antes de formular un diagnóstico y no concluye con la prescripción de un tratamiento. Se inicia al cruzar la puerta del consultorio, en la forma de presentarse y en el tono elegido para explicar una enfermedad que nadie pidió, pero que debe enfrentar. El ejercicio de la medicina puede aliviar o herir incluso antes del primer contacto físico. Una palabra mal elegida, una mirada

ausente o una prisa injustificada pueden intensificar un sufrimiento ya de por sí profundo.

Para ella, atender a un paciente implica asumir responsabilidad no solo sobre la patología, sino sobre la experiencia misma de estar enfermo. Supone reconocer que detrás de cada consulta hay temor, incertidumbre y, muchas veces, una sensación de pérdida. El médico debe saber ofrecer verdad sin crueldad, explorar sin juzgar y sostener el delicado equilibrio entre la distancia profesional y la cercanía necesaria.

Hoy, al recordar sus primeros días en aquel país desconocido, sonríe con una mezcla de cansancio y orgullo. Sabe que el idioma que tanto le costó aprender también la enseñó a escuchar con mayor atención, a observar con detenimiento y a no dar nada por supuesto. Estudiar medicina lejos de casa la despojó de certezas, pero le reveló una vocación inesperada. Todo comenzó con una mujer mayor, una piel herida y una estudiante que finalmente comprendió que, a veces, es necesario perderse lejos para encontrarse con aquello que da verdadero sentido a quedarse: una medicina que no solo busca curar, sino también aliviar, comprender y dignificar un dolor que a menudo se manifiesta en la superficie, pero nace mucho más adentro.

EMERGENCIAS



ENTRE LA LLUVIA Y LA VIDA: UN AMANECER EN LA SALA DE EMERGENCIAS

Lcdo. Roger Wilfrido Yépez Valdéz, MSc.



“Cada vida que tocamos en la sala de emergencias deja una huella invisible, pero imborrable, en el alma del profesional que la sostiene entre la incertidumbre y la esperanza.”

Era una madrugada lluviosa, de esas en las que el silencio del hospital se percibe más profundo y el cansancio se siente más pesado que el uniforme empapado. Durante un turno de 24 horas, mientras la lluvia golpeaba con constancia el techo del área de emergencias, el destino tenía preparado un episodio que marcaría mi memoria profesional y humana.

De pronto, el estruendo de una camioneta frenando bruscamente quebró la quietud. Desde la puerta se escuchaban gritos, llantos y súplicas: “¡Ayúdenla, por favor!”. Salimos a recibir a la paciente; era sostenida en brazos por sus familiares, mezcla de desesperación y miedo. La escena, a primera vista, resultaba desgarradora: la joven presentaba múltiples heridas de arma de fuego, y su cuerpo, inerte y ensangrentado, narraba la violencia que tantas veces irrumpe sin aviso.

Con rapidez y precisión la trasladamos a la sala de trauma. En mi segundo año como enfermero, aún aprendía a equilibrar la razón con la emoción, pero aquella escena golpeó todos mis

sentidos. Su rostro, su juventud y la fragilidad de su vida me hicieron sentir con intensidad el peso de la responsabilidad que conlleva esta profesión. Entre todas las lesiones, la que más me impactó fue el disparo en la base del cráneo, marcado por un pequeño orificio de entrada sin salida aparente.

El equipo se movía con sincronía. Cada segundo era vital. Entre maniobras de estabilización, administración de fluidos y control de signos, actuamos con precisión casi milimétrica, guiados por la adrenalina y el compromiso. En esos momentos, la noción del tiempo se desvanece; no hay miedo, no hay fatiga, solo la certeza de que cada gesto puede determinar la frontera entre la vida y la muerte.

Afuera, los familiares aguardaban con angustia. Sus rostros reflejaban dolor, esperanza y desesperación, y esa energía se impregnaba en el ambiente, traspasando las paredes del área de trauma. Como profesionales, aprendemos que estas circunstancias no nos endurecen, sino que nos fortalecen; no nos insensibilizan, sino que nos vuelven conscientes. El control emocional se convierte en una herramienta tan indispensable como cualquier dispositivo médico. Comprendemos que la compasión no excluye la firmeza, y que tras cada procedimiento técnico late un corazón que también se conmueve.

La paciente sobrevivió a la fase crítica en emergencias. Logramos estabilizarla lo suficiente para trasladarla a la unidad de cuidados intensivos. Pero aquel día presentaba un desafío adicional: la pandemia. El personal sanitario era escaso; algunos colegas estaban en cuarentena, otros combatían el virus en primera línea. Aun así, el deber nos impulsó a continuar. Subimos a la paciente a la UCI y proseguimos con la atención. El cansancio físico se disolvió entre la adrenalina y la determinación.

No conocíamos su identidad ni las circunstancias que la habían llevado a esa situación, y eso carecía de importancia. Su historia se fusionaba con la nuestra. Nuestro objetivo era uno solo: preservar su vida. Y aunque la medicina no siempre asegura el desenlace, sí garantiza la entrega absoluta, la humanidad y el respeto con los que cuidamos a cada paciente.

Esa noche, bajo la lluvia y el eco de las sirenas, comprendí con nitidez el verdadero sentido de nuestra labor. No solo sanamos heridas físicas, sino que sostenemos el hilo invisible que une la vida con la esperanza. La enfermería en emergencias no es un trabajo: es un llamado, un compromiso nacido del deseo profundo de servir, aun cuando el entorno parece desmoronarse.

Cada turno en la sala de emergencias es una lección. Recuerda que la ciencia y la técnica son insuficientes sin empatía; que el conocimiento debe acompañarse de humanidad; y que, aunque a veces enfrentemos lo que parece imposible, cada esfuerzo tiene valor.

¿Qué sería de la sociedad sin médicos, personal de enfermería y paramédicos que se enfrentan al caos cotidiano para salvar vidas anónimas? En cada avenida, parque o accidente, hay alguien dispuesto a dar lo mejor de sí, sin preguntar nombres ni motivos. Esa es la esencia de quienes trabajamos en emergencias: una vocación forjada entre el cansancio, la incertidumbre y la esperanza.

Hoy, al evocar aquella madrugada, reafirmo mi convicción: cada caso, cada paciente, cada vida tocada deja una huella que moldea nuestra identidad profesional. No existe recompensa mayor que percibir un corazón que vuelve a latir tras rozar el silencio. Porque, al final, más allá del agotamiento, del miedo

o del dolor, la enfermería es el arte de cuidar incluso cuando el mundo parece detenerse.

*“Servir en emergencias es abrazar la vida en su forma más pura: frágil, impredecible y profundamente humana.”—
Roger Yépez Valdéz*

CONOCER LA ENFERMEDAD GENERA IMPOTENCIA

Med. Jairo Valverde Tixilema.



“Te espero cuando miremos al cielo de noche: tú allá, yo aquí.” — Mario Benedetti

Hace algunos años, al iniciar mi experiencia como médico general, tuve un familiar muy cercano diagnosticado con una enfermedad frecuente en la sociedad: diabetes mellitus tipo 2. Durante veinticinco años mantuvo tratamiento con antidiabéticos orales; sin embargo, como ocurre en esta enfermedad progresiva, el control insuficiente puede generar complicaciones graves.

Con el tiempo, el manejo se intensificó: ya no bastaban las tabletas, sino que requería insulina dos veces al día, además de controles médicos periódicos y una dieta estricta.

Así transcurrió un período, con dosis ajustadas y la rutina de inyecciones. Imagino que los pinchazos en el abdomen y los hematomas visibles le causaban incomodidad y cierta tristeza, sobre todo porque, a pesar de mantener la enfermedad relativamente estable, su alimentación no siempre era la adecuada. Amigos y familiares se preocupaban por su salud, pero él parecía alternar entre momentos de control y otros de desajuste.

La enfermedad avanzó y apareció una etapa más compleja: edema en miembros inferiores, hipertensión descontrolada, retención de líquidos, mareos y dificultad respiratoria moderada a grave. Estos síntomas lo llevaron a urgencias, donde los estudios revelaron neumonía con derrame pleural bilateral y daño renal con disminución del filtrado glomerular.

Por lo tanto, tuvo que someterse a diálisis de emergencia tres sesiones por semana y permanecer hospitalizado en una ciudad totalmente desconocida, sin familiares cercanos a quienes acudir; solo estábamos nosotros acompañándolo. Pasamos varias noches en la sala de espera de urgencias, esperando las horas de visita o los turnos de diálisis.

Esta rutina se mantuvo durante dos meses. Luego, su condición mejoró, fue dado de alta y continuó con las sesiones de diálisis. Tuvimos que viajar con frecuencia a otra ciudad para cada tratamiento. Así transcurrieron seis meses de madrugadas y días sin poder verlo debido a mis responsabilidades laborales; cuando lograba estar a su lado, solo podía observar cómo la enfermedad lo consumía lentamente.

Con el tiempo, logramos trasladar el centro de diálisis a su ciudad de residencia. La rutina se mantuvo durante dos años, con ingresos hospitalarios recurrentes por neumonías, derrames pleurales y dificultades respiratorias leves, a pesar del tratamiento y la medicación constante. La fístula arteriovenosa en su brazo le provocaba tristeza al limitarlo en actividades que antes disfrutaba.

Todo este proceso continuó hasta que un día, al ingresar nuevamente por dificultad respiratoria, se confirmó un derrame pleural. Permaneció hospitalizado durante un mes, con visitas periódicas y un cuadro depresivo latente,

consecuencia de su condición crónica. La impotencia familiar complicaba aún más la situación: los conflictos internos dificultaban la reflexión y solo quedaba confiar en los profesionales con experiencia.

En medio de este cuadro, recibió la devastadora noticia del fallecimiento de su hermano en un accidente. No poder despedirse debido a su hospitalización profundizó su depresión. Se aferraba a la idea de visitarlo cuando pudiera salir, pero la incertidumbre y el dolor se hicieron compañía constante durante esos días.

Y así fue: al recibir el alta, con su cuadro clínico estabilizado, diálisis en curso y medicación regular, emprendió un viaje de cinco horas hacia otra ciudad para despedir a su hermano. Pasó tiempo con familiares y allegados, compartiendo momentos que buscaban consuelo. Al día siguiente, durante el regreso a casa, mencionó sentirse algo decaído y mareado, y decidió descansar.

Dos horas más tarde, despertó con dificultad para respirar. La impotencia me invadió; como médico deseaba aliviar su malestar, pero no podía. La gravedad de su dificultad respiratoria obligó a acudir al centro médico más cercano. Allí lo valoraron y explicaron que se trataba de la neumonía por la que había sido hospitalizado previamente, un cuadro esperado. Recibió nebulizaciones y oxígeno durante una hora, con mejoría leve, y fue dado de alta.

Veinte minutos después, la falta de aire se intensificó hasta volverse insostenible. Lo ingresaron nuevamente, lo monitorizaron y le administraron oxígeno a alto flujo con mascarilla. La desesperación por respirar fue tal que se desmayó y sufrió un paro cardíaco por fibrilación ventricular. Los profesionales realizaron maniobras de reanimación sin

familiares presentes. Posteriormente, informaron que estaba estable, pero requería traslado a la UCI por su condición crítica.

Se trataba otra vez de un derrame pleural masivo que comprometía su corazón y pulmones. Tras cinco horas en la sala de emergencias, sin disponibilidad de transporte, contratamos una ambulancia privada para trasladarlo. Lamentablemente, a pocos metros de llegar al hospital, sufrió múltiples paros cardíacos y falleció.

Así perdí a un familiar querido, dominado por la impotencia de presenciar la evolución de su enfermedad y el desenlace fatal que temía, recordando con dolor cada instante de su lucha.

Es en estos momentos cuando comprendí que, pese a todo lo aprendido como médico, hay situaciones y casos en los que no siempre es posible lograr resultados favorables. La sensación de impotencia se convierte en un actor inevitable y doloroso, especialmente frente a nuestros seres más cercanos.

SILENCIOS QUE DECIDEN UN DESTINO

Med. Fabián Balladares Tapia



La atención prehospitalaria constituye uno de los pilares más importantes en la gestión de situaciones críticas o de emergencia. En este nivel asistencial se concentra la primera respuesta, ese punto en el que cada segundo, cada decisión y cada maniobra pueden definir el destino de un paciente. Por ello, el personal que actúa en este ámbito debe desenvolverse con seguridad, aplicando conocimientos teóricos y habilidades prácticas que permitan reducir riesgos, evitar errores y, en última instancia, mejorar el pronóstico de supervivencia.

Con este propósito, deseo compartir una experiencia que, espero, sea útil para las próximas generaciones y contribuya a un cambio auténtico en beneficio de quienes confían su vida en nuestras manos. Mi vivencia ocurrió en la casa de salud donde realicé gran parte de mi formación académica, durante una de las múltiples guardias que cumplí como residente asistencial.

La madrugada avanzaba con esa quietud profunda que solo conocen los pasillos hospitalarios cuando el frío se vuelve más intenso. Acababa de concluir una valoración de rutina cuando sonó el teléfono de la central de emergencias. Hay un instante —apenas un latido— en el que uno intuye que algo

importante está por suceder. Aquella vez lo percibí desde el primer momento.

La voz del despachador, agitada pero formal, informó que se aproximaban tres pacientes involucrados en un accidente de tránsito ocurrido minutos antes. Una motocicleta había chocado de manera frontal contra un automóvil, expulsando a todos sus ocupantes. El reporte parecía ordenado, casi rutinario: dos adultos y un niño de entre ocho y diez años, todos estables, salvo una mujer con una herida sangrante en el cuero cabelludo. Nada que no formara parte del paisaje habitual de una guardia nocturna en urgencias.

Tomé nota mental de cada detalle. Organicé al equipo, asigné funciones, solicité el material necesario y verifiqué que todo estuviera en su sitio. El servicio respiraba ese ambiente tenso que anuncia la llegada de una ambulancia. El hospital no descansaba; solo esperaba.

Quince minutos después, el sonido distante de las sirenas quebró la quietud. La puerta automática se abrió con un zumbido y entró el primer paciente: un hombre de mediana edad, consciente, con respiración trabajosa pero estable. Aún llevaba puesto el casco que, sin duda, había amortiguado un golpe potencialmente mortal. La valoración inicial fluyó casi de memoria, fruto de tantas noches semejantes. Además de politraumatismos leves, identificamos la posible fractura del radio distal, por lo que solicitamos la intervención de traumatología.

Detrás de él llegó la mujer. Sus ojos reflejaban dolor y susto, pero también una preocupación que no tenía relación directa con sus heridas: buscaba con la mirada a la tercera persona involucrada. Comprendí entonces que se refería al niño que aún no arribaba. Al examinarla encontramos una hemorragia

en el cuero cabelludo, un pequeño cauce inquieto que controlamos mientras ella intentaba mantener la calma. Su estado neurológico permanecía conservado. Mientras suturábamos la herida, pensé fugazmente en lo vulnerable que se vuelve el cuerpo humano cuando la oscuridad y el asfalto se cruzan.

Y entonces llegó el tercer paciente.

Aquel instante lo recuerdo como un golpe directo al pecho. La camilla entró con premura, pero no traía al escolar que yo esperaba. En su lugar yacía un lactante, un bebé de quizá un año, tal vez menos, con la piel pálida y los ojos entreabiertos en un estupor inquietante. Su respiración era mínima, apenas un susurro que parecía desvanecerse a cada segundo. El monitor mostraba saturaciones peligrosamente bajas, mientras el personal prehospitario ventilaba con una urgencia que hablaba por sí sola. En la región frontal se apreciaba una lesión traumática, clara y reciente. Ese pequeño cuerpo, tan frágil, llevaba impresas las secuelas del impacto ocurrido minutos antes.

En ese momento, el mundo entero —el hospital entero— pareció encogerse.

Me di cuenta de inmediato de que el paciente necesitaba un manejo avanzado de la vía aérea. Cuando pregunté por qué no se había realizado, el personal explicó que carecían de los insumos necesarios y no contaban con la experiencia suficiente para un abordaje pediátrico avanzado.

No era solo un fallo en la comunicación: teníamos frente a nosotros a un niño críticamente inestable, trasladado sin aviso, sin preparación previa y sin que dispusiéramos del equipamiento adecuado para recibirlo como correspondía. La realidad nos había golpeado sin advertencia, y la

responsabilidad cayó sobre nosotros con un peso difícil de describir.

Solicité apoyo adicional, más material y más manos. El pequeño fue trasladado a neonatología, un espacio destinado a vidas que comienzan, no a vidas que luchan por no apagarse. Recibió ventilación asistida, se le administraron vasopresores y tratamos de recomponer, contra el tiempo y contra el destino, aquello que el accidente le había arrebatado.

Mientras tanto, intentaba comprender cómo había llegado hasta nosotros un lactante del que nunca se informó con precisión. El personal de socorro aseguró haber reportado su edad y su gravedad. La falla, entonces, se originó en la cadena de comunicación: un dato omitido, una interpretación errónea, un minuto de descuido... y en emergencias, un minuto puede decidirlo todo.

El proceso de estabilización fue una lucha constante contra un futuro incierto. El niño sufrió dos paros cardiorrespiratorios. Dos veces su corazón se detuvo. Dos veces logramos recuperarlo. La sala estaba impregnada del olor a medicamentos, del sonido insistente de las alarmas y del esfuerzo silencioso de quienes intentaban sostener aquella vida diminuta.

Sin cuidados intensivos pediátricos, sin neurocirugía infantil y sin los recursos ideales, la situación se volvió una batalla cuesta arriba. Activamos los protocolos de derivación, pero la burocracia —esa sombra omnipresente que jamás aparece en los discursos, pero siempre en la realidad— demoró casi doce horas la autorización del traslado. Doce horas para un niño que necesitaba minutos.

Finalmente, partió en una ambulancia equipada, acompañado por un equipo que haría lo imposible por mantenerlo con vida.

Su salida dejó en la sala un silencio extraño, como si todos hubiésemos contenido el aliento demasiado tiempo. Días después supimos que no sobrevivió a la magnitud de sus lesiones.

Hoy, mientras escribo esta experiencia, me surge una primera pregunta: ¿por qué contarla? Lo hago para concientizar a quienes trabajan en atención prehospitalaria y a quienes pronto formarán parte del sistema. Su labor es esencial, aunque muchas veces pase desapercibida.

Otra interrogante inevitable es: ¿qué falló? Es probable que el pequeño tuviera un pronóstico sombrío desde el momento del impacto, pero eso no justifica los errores cometidos. El primero —tal vez el más determinante— fue la transmisión incorrecta de la información. Es imposible conocer con certeza en qué punto se distorsionó el dato, pero la consecuencia fue evidente y perjudicial. A pesar de que la atención prehospitalaria difiere del entorno hospitalario, uno de los aspectos que más requiere fortalecimiento es la calidad de la comunicación en todos los niveles del sistema. Este caso lo evidencia con crudeza.

Un segundo error fue la falta de preparación en el manejo pediátrico extrahospitalario, una deuda que aún persiste en la formación de los profesionales de emergencia.

Insisto: no escribo estas líneas para señalar culpables, sino para recordar que la atención prehospitalaria es el primer eslabón de una cadena en la que cualquier falla puede modificar un destino. Hablar de emergencias no es hablar de heroísmo constante, sino de humanidad: de errores que deben corregirse, de sistemas que requieren fortalecimiento y de vidas que dependen de algo tan simple y tan complejo como comunicar bien.

CUANDO LA EMERGENCIA TIEMBLA

Med. Sebastián Mena L.



Durante mi año de servicio rural trabajaba en un centro de salud ubicado en una zona alejada. Sin embargo, con frecuencia realizábamos itinerancias hacia establecimientos urbanos que requerían refuerzo médico en sus áreas de emergencia, especialmente los fines de semana. Esta dinámica era habitual: equipos reducidos enfrentaban una demanda creciente, y los médicos rurales nos desplazábamos para apoyar al personal de planta cuando la carga asistencial lo hacía necesario.

Aquel fin de semana acepté una guardia. Al llegar, fui recibido con una mezcla de cordialidad y cansancio acumulado, característica de los turnos prolongados. Licenciados, auxiliares y médicos del servicio mostraron desde el inicio una actitud colaboradora, lo que permitió integrarme con rapidez al ritmo de trabajo. La guardia comenzó como tantas otras: un flujo constante de pacientes, con cuadros leves alternándose con emergencias que exigían decisiones inmediatas.

Durante las primeras horas, la atención fue ininterrumpida. En algún momento, al mirar el reloj, advertí que había perdido noción del tiempo y del número de pacientes atendidos. La jornada avanzaba con la intensidad propia de un turno exigente, acompañada por esa sensación recurrente de que,

por alguna razón, las emergencias parecían multiplicarse cuando yo estaba de guardia.

Cerca del final de la tarde, un alboroto rompió la rutina de la sala de espera. Se escucharon gritos y voces alteradas. La puerta se abrió de forma abrupta y dos personas ingresaron cargando a un hombre joven. Lo sostenían por los brazos mientras intentaban contener la sangre que brotaba de su pecho. Su cuerpo se inclinaba hacia adelante, aferrándose instintivamente al costado. Sin dudar, activamos el protocolo para pacientes críticos y lo trasladamos de inmediato al área destinada a emergencias mayores.

El médico de planta, con mayor experiencia en el servicio, asumió la valoración inicial de la lesión torácica. Procedimos al examen primario. El paciente se encontraba consciente, con la vía aérea permeable, pero presentaba signos claros de compromiso respiratorio: respiración rápida y superficial, tiraje leve y dolor intenso localizado en el quinto espacio intercostal derecho, a nivel de la línea axilar anterior, donde se evidenciaba un orificio de entrada compatible con un trauma penetrante. El pulso era acelerado y la piel se encontraba fría, hallazgos que sugerían el inicio de un estado de shock.

Mientras mi compañero ejercía presión directa sobre la herida y evaluaba la expansión torácica para descartar un posible neumotórax, la enfermera intentaba canalizar una vía periférica. El acceso resultó complejo: la vasoconstricción propia del estado de choque dificultaba la visualización y el abordaje venoso. Tras varios intentos, logró asegurar una vena funcional. De inmediato canalicé una segunda vía periférica de gran calibre, imprescindible en todo trauma penetrante para permitir una reposición rápida de volumen en caso necesario.

El monitoreo se inició de forma inmediata. La frecuencia cardíaca se mantenía elevada, la saturación de oxígeno mostraba valores disminuidos y la presión arterial descendía progresivamente. Mientras se colocaba un vendaje compresivo sobre la herida torácica, realizamos la revisión secundaria completa según el protocolo de trauma. Solo se identificó una lesión adicional: un surco superficial en el pie izquierdo, compatible con un roce de proyectil. No comprometía la estabilidad hemodinámica, aunque requeriría manejo posterior.

Cuando comenzábamos a lograr una mínima estabilidad clínica, ocurrió algo para lo que ningún entrenamiento prepara por completo.

Desde la sala de espera irrumpieron gritos, pasos apresurados y voces alteradas. Un sonido seco, metálico, precedió a la apertura violenta de la puerta del consultorio. Varias personas ingresaron con determinación. No hubo tiempo para reaccionar ni para preguntar. El ruido que siguió quedó grabado en mi memoria con una nitidez perturbadora.

Primero, los disparos dirigidos al techo. El estruendo retumbó contra las paredes y el polvo cayó en finas partículas. La sala quedó envuelta en un silencio tenso, roto solo por el eco metálico. Mi cuerpo reaccionó antes que la mente: me lancé al suelo y me protegí detrás de una mesa metálica junto a la enfermera. El corazón latía con una fuerza desbordante, como si buscara escapar del pecho.

Segundos después, se escuchó un disparo dirigido al paciente. Un sonido único, contundente. Un grito ahogado. Luego, el silencio.

Los agresores se retiraron con la misma rapidez con la que habían ingresado. No mediaron palabras ni amenazas. Todo

ocurrió en instantes, pero la sensación de vulnerabilidad quedó suspendida en el ambiente.

Con cautela, nos incorporamos y verificamos primero que el personal estuviera ileso. El miedo inicial dio paso nuevamente a la urgencia clínica. Regresamos al paciente. Presentaba ahora dos lesiones adicionales: una herida abdominal de trayecto superficial, con orificio de salida limpio, y otra próxima a la lesión torácica inicial. Sus signos vitales se deterioraban con mayor rapidez; el sangrado se había incrementado y la dificultad respiratoria era cada vez más evidente.

Retomamos el manejo de inmediato. Reforzamos el vendaje compresivo, reevaluamos la expansión torácica y controlamos nuevamente la frecuencia respiratoria. Se ajustaron las medidas para el manejo del shock, incluyendo fluidoterapia y monitoreo estricto. A pesar del dolor, el paciente intentaba mantenerse consciente. Su mirada permanecía fija en nosotros, buscando una certeza que en ese momento nadie podía ofrecer, pero que todos procurábamos transmitir con nuestra presencia.

La ambulancia finalmente llegó y se organizó el traslado hacia un hospital de mayor complejidad. Subimos tres profesionales: el médico de planta, responsable de la valoración torácica y del manejo respiratorio; el paramédico, a cargo de la medicación y el monitoreo continuo; y yo, preparado para iniciar compresiones torácicas en caso de paro cardiorrespiratorio. Durante los primeros minutos del trayecto, la condición del paciente se mantuvo estable dentro de la gravedad. Sin embargo, a pocos minutos de arribar al hospital, dejó de responder. No reaccionaba a estímulos y el monitor evidenció una actividad eléctrica que comenzaba a desaparecer.

La reanimación cardiopulmonar se inició de forma inmediata. El paramédico se preparó para administrar la medicación correspondiente, mientras el médico aseguraba la vía aérea. Yo inicié las compresiones torácicas, intentando mantener una perfusión mínima hasta lograr la respuesta cardíaca. En esos instantes, la contención emocional pierde sentido; el cuerpo actúa por memoria, por formación, por ese aprendizaje que se graba a fuerza de repetición y práctica. Solo existe un objetivo: que el corazón vuelva a latir.

Y lo hizo. Débil, pero respondió.

Arribamos al hospital de referencia y entregamos el caso al equipo de especialistas, quienes continuaron la atención en la sala de emergencias. Informamos con precisión cada intervención realizada desde el ingreso del paciente hasta ese momento. Tras la evaluación inicial, uno de los médicos nos dirigió unas palabras sobrias, pero profundamente significativas: “Hicieron lo que correspondía, incluso en condiciones extraordinarias. Eso habla bien de ustedes”.

El retorno al centro de salud transcurrió en silencio. Nadie mencionó lo sucedido, pero el impacto emocional se reflejaba en cada mirada. Aun así, la guardia debía continuar. Había otros pacientes esperando, y la rutina se impuso como una forma de resguardo frente a la intensidad vivida.

Al finalizar el turno, el cansancio cayó sobre mí con todo su peso. No había comido en horas y apenas había ingerido agua. La adrenalina se disipaba lentamente, dejando una sensación extraña en el pecho. Un amigo llegó a recogerme y, al verlo, la tensión contenida durante toda la guardia se liberó. Lloré. No por miedo, sino por la súbita conciencia de que aquel día pudo haber tenido un desenlace muy distinto.

Con el tiempo comprendí que la medicina no se ejerce solo desde el conocimiento técnico, sino desde la capacidad humana de sostenerse en medio del caos, de actuar a pesar del temor y de continuar cuando la incertidumbre supera cualquier protocolo.

Aquel día reafirmó algo que con frecuencia se diluye en la práctica cotidiana: detrás de cada procedimiento, cada vendaje y cada compresión torácica, existe una historia que no pertenece únicamente al paciente, sino también a quienes lo asisten. Y aunque la medicina nos enfrenta a escenarios impensados, también nos recuerda por qué elegimos esta profesión: porque incluso en los momentos más duros, siempre vale la pena intentarlo.

EXPERIENCIAS EN LA EMERGENCIA: Una vocación que se confirma en el caos

Med. Jasmín Carolina Rojas.



Recuerdo los inicios de mi carrera, ese tiempo en el que una da el último paso antes del título y del salto definitivo hacia la vida profesional. Elegí un destino lejano, de esos donde, como solemos decir, “las papas queman”. Realicé mi año de rural en el área de emergencias, con turnos de veinticuatro horas, en un centro de salud donde cada guardia ponía a prueba el carácter, el criterio y, sobre todo, la humanidad. Allí viví experiencias que, con los años, dejaron de ser simples recuerdos para convertirse en lecciones profundas.

El lugar tenía una característica muy marcada: los pacientes y sus familias desconfiaban de la medicina actual. Conservaban y sé que aún conservan una fe profunda en la medicina ancestral. Nunca estuve en desacuerdo con ello; por el contrario, considero que es un campo vasto, respetable y todavía poco explorado. Sin embargo, comprendí desde muy temprano que existen enfermedades y situaciones críticas que la medicina tradicional, por sí sola, no puede resolver.

Una noche, durante una guardia, escuché el sonido inconfundible de un vehículo que llegaba a toda velocidad. Las llantas rechinaron y el estruendo anunció lo inevitable: una emergencia. Ingresó una joven cargando a un bebé de menos de un año y a un niño de aproximadamente cinco. La escena quedó grabada en mí para siempre. El pequeño

presentaba una quemadura extensa: la mitad del rostro y todo el hemicuerpo derecho estaban comprometidos. Había ampollas, zonas con la piel desprendida y aún vestía la ropa con la que había ocurrido el accidente.

La respuesta fue inmediata, casi instintiva. Retiramos la ropa, canalizamos vías e iniciamos fluidos sin perder un segundo. Aquella noche fui bendecida: trabajaba con enfermeros extraordinarios, rápidos y precisos, casi más veloces que el pensamiento. En medio de esa urgencia vital apareció el padre del niño, un hombre de contextura tal que fácilmente podía confundirse con su abuelo. Su actitud era distante, ajena al dolor evidente del pequeño. No hablaba español; se comunicaba en su dialecto y mediante gestos con los que recriminaba a la joven.

Finalmente, se dirigió a mí con una decisión firme: quería llevarse al niño para curarlo con plantas y remedios tradicionales. Hasta hoy no he visto ni creo ver que un paciente con quemaduras de esa magnitud deba ser enviado a casa. Era la primera vez que enfrentaba una situación así y tomé una decisión difícil, pero necesaria: llamé a las autoridades correspondientes para proteger los derechos del menor y evitar que muriera en brazos de su propia familia.

Tal vez ellos no lo percibieron de ese modo. Pero quiero creer que, con los años, recordarán que una médica joven, con el rostro marcado por el miedo de su primera gran emergencia enfrentada en soledad, contribuyó a que su hijo creciera y hoy esté en casa, con más vida por delante.

Las historias continuaron. Fueron muchas noches y vivencias incontables. Sin embargo, otra experiencia quedó grabada como el cierre simbólico de mi etapa rural, una despedida tan intensa como definitiva.

Aquella vez estaba de turno junto a otra compañera cuando ingresó una gestante. De esas que, en apariencia, evolucionan sin complicaciones, pero que siempre esconden riesgos. Permanecía en observación desde hacía varias horas. La valoré desde el inicio y algo dentro de mí se activó. En ese tiempo aún aprendía a escuchar esa voz interna que susurra advertencias. Tenía la certeza de que esa gestación no debía concluir en un parto normal.

Pese a mi inexperiencia en situaciones complejas, dejé constancia en la historia clínica: análisis, hallazgos y sugerencia de traslado. Mi compañera tenía una opinión distinta. Entonces le dije: «Tú haces de ginecóloga y yo de pediatra». Sin saberlo, fue la mejor decisión.

Esa intuición resultó decisiva. El caso evolucionó a una clave roja en un centro de salud que no estaba preparado para enfrentar una emergencia de tal magnitud. El intento de parto vaginal culminó en un desgarro uterino. Por fortuna, la recién nacida llegó al mundo en buenas condiciones.

Desde entonces comprendí algo esencial: tenía una afinidad natural con el área de emergencias.

Tiempo después inicié mi residencia en un hospital básico, recién inaugurado. Fuimos los primeros en darle vida a ese edificio: a sus salas, a sus pasillos, a sus espacios aún vacíos. Presenciamos el bullicio pediátrico, el primer llanto de un recién nacido y también el llanto desgarrador de quienes esperan noticias al otro lado de una puerta.

Llegué con una ventaja poco común. Mientras muchos rurales transitan su año entre escritorios, yo venía cargada de experiencias reales. Tenía entusiasmo, hambre de aprender y un deseo profundo de afinar mi criterio clínico. Para mí, cada paciente era un rompecabezas que solo se completaba al

escuchar con atención lo que decía, lo que callaba y lo que su cuerpo revelaba.

Como toda casa nueva, al hospital le faltaban muchas cosas. Apenas habían transcurrido tres semanas desde su apertura cuando, en uno de mis primeros turnos, ingresó un paciente con más de veinticuatro horas de dolor torácico. Ya había sufrido dos paros cardiorrespiratorios, atendidos por el servicio de emergencias extrahospitalarias.

Actuamos con lo que teníamos. No por desconocimiento, sino por carencias: no había coche de paro ni recursos suficientes. Se activó la referencia de emergencia y, durante el traslado, comenzaron a aparecer signos que no admiten error: relajación de esfínteres, coloración marmórea en el abdomen. Supe entonces que no llegaríamos al destino; nos separaban casi dos horas de camino.

No sé de dónde surgió la idea, pero le pedí a su esposa que le hablara, que se despidiera. Ella lo hizo. Ese gesto humano, sencillo y profundo, logró prolongar su vida una hora más. Finalmente, a medio trayecto, su corazón se detuvo. Murió en paz, después de haberse despedido de su compañera de toda la vida.

Los años continuaron sumando experiencias. Los días se acortaron y las noches se volvieron interminables. En el hospital se forjan amistades singulares: enfermería, auxiliares, camilleros, personal de limpieza, guardias. Todos formamos parte de las historias, con errores, tensiones y momentos en los que no se tolera ni la presencia del otro.

Una noche ingresó una paciente con alcoholismo crónico y daño hepático severo. Durante un episodio de abstinencia había ingerido detergente. Activé el protocolo

correspondiente e indiqué observación estricta, monitoreo continuo y control de signos vitales cada quince minutos.

Confié en mi mano derecha: el equipo de enfermería. Pero esa vez fallaron. Las indicaciones no se cumplieron. Nadie advirtió que la paciente entraba en depresión respiratoria hasta que ya estaba descompensada. Falleció.

La indignación me desbordó. No grité ni levanté la voz. Solo expresé que se trataba de una falta grave, de una irresponsabilidad. Guardé silencio el resto del turno. No elevé el reporte a los superiores, aunque debí hacerlo. Aprendí, de manera amarga, que a veces la mano derecha no debe delatar a la izquierda.

Después de aquello, en tres turnos consecutivos, atendí a pacientes con alcoholismo crónico. Todos murieron a causa de sus complicaciones. Alguien comentó, con humor negro, que los “borrachitos del parque” ya no deberían acudir porque allí estaba “la guadaña de los borrachos del pueblo”. Reímos, no desde la burla, sino como un mecanismo torcido de supervivencia.

Con el paso del tiempo, la cordura se erosiona. La vida se convierte en trabajo. Cada evento se vuelve canónico. Se gana experiencia, pero se pierden años. Se vive más dentro del hospital que en casa. Aparece el síndrome de burnout, en un sistema que no prioriza la salud mental de su personal.

Llegó un momento en el que dudé de mi profesión. Pensé que me había equivocado. Vivía atrapada entre el miedo, la culpa y la inseguridad. Fue la etapa más oscura. Y aunque me resistía a aceptarlo, mi mente pedía auxilio.

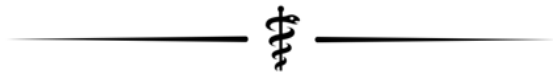
Tomé entonces una decisión drástica: priorizar mi salud mental. Activé los mecanismos legales y cambié de área. Pasé

a la atención extrahospitalaria. Fueron diez meses de aprendizaje intenso: emergencias en casas, bares, calles, en medio de la nada. Comprendí que en todos los escenarios existen presiones, jerarquías y seres humanos con intenciones diversas.

Hoy he regresado al área de emergencias. Sigo acumulando historias: partos inesperados con el recién nacido ya en brazos, accidentes de motocicleta, heridos de zonas mineras, claves rojas, azules y amarillas, y el temido código plata.

Y, aun así, cuando regreso a ese espacio íntimo donde no existe la presión ni el desgaste emocional, confirmo que no me equivoqué de camino. No me equivoqué al elegir, como aquella niña de cinco años, dedicar mi vida a ayudar a los demás.

GASTROENTEROLOGÍA



UN CUERPO EXTRAÑO ATÍPICO

Med. Santiago Silva B.



Las guardias durante el posgrado en hospitales de tercer nivel suelen ser una auténtica caja de sorpresas. Pueden transcurrir con una calma casi rutinaria y, en cuestión de segundos, transformarse en situaciones inusuales, trágicas o inesperadas. El cambio es abrupto, comparable a lo que en el ámbito automovilístico se describe como pasar de cero a cien: del sosiego al caos sin previo aviso. Así ocurre también en el entorno hospitalario. Con esa premisa, me permito relatar una de las muchas anécdotas vividas durante una guardia de posgrado en la especialidad de Gastroenterología.

Era una noche de octubre y la guardia avanzaba con normalidad en el servicio. Nos encontrábamos revisando la evolución de un paciente hospitalizado desde hacía un par de días junto al residente de tercer año mi supervisor inmediato y la médica posgradista de Medicina Interna de turno, cuando recibimos el aviso de la llegada de un nuevo paciente al área de emergencias. Acudimos de inmediato para su valoración. Durante el trayecto, distendimos el ambiente formulando diagnósticos al azar; quien acertara se ganaría un café en la madrugada.

Se trataba de un ingreso atípico para alrededor de las 23:30. Hasta ese momento, la guardia había sido tranquila. La interconsulta informaba el ingreso de un paciente masculino

de 72 años, remitido desde el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel. El motivo de consulta era una molestia sorda e intermitente en la región epigástrica, iniciada aproximadamente 36 horas antes, acompañada de saciedad precoz. No presentaba hematemesis, melena, disfagia ni dolor intenso.

Durante la anamnesis, el paciente se mostraba visiblemente ansioso. El dato más llamativo surgió al revisar el sistema hospitalario: constaba un antecedente psiquiátrico de pica, así como episodios previos de ingesta de cuerpos extraños. A pesar de ello, negaba haber ingerido algún objeto en fechas recientes. Además, acudía con una radiografía simple de abdomen que no evidenciaba hallazgos patológicos, salvo un patrón gaseoso dentro de los límites normales.

Cerca de las 00:45, mientras el residente de mayor jerarquía realizaba el examen físico, percibí que algo no encajaba. Al palpar el abdomen, el médico hizo una pausa y comentó con atención: -Siento una rigidez leve, casi imperceptible, en el cuadrante superior derecho, que no corresponde a una simple gastritis.-

Ante ese hallazgo y considerando el antecedente de pica, decidimos profundizar el estudio. Solicitamos una tomografía computarizada abdominal con contraste oral y endovenoso. Se emitieron las órdenes correspondientes y pedimos que se nos notificara en cuanto los resultados estuvieran disponibles.

A las 02:15, los exámenes estuvieron listos.

El informe de la tomografía resultó impactante. La imagen no se asemejaba a nada que hubiera visto antes, ni en los atlas, ni en las descripciones bibliográficas, y mucho menos en un paciente real. En el estómago, a nivel del antro, en la región prepilórica, se observaba una imagen hiperdensa compatible

con una masa ovoide de aproximadamente 8 por 4 centímetros. Por su densidad, sugería tratarse de material metálico. Este hallazgo provocaba una discreta dilatación gástrica proximal; sin embargo, el paciente no presentaba náuseas, vómitos ni síntomas de reflujo gastroesofágico.

El cuerpo extraño se encontraba firmemente alojado, sin evidencias de perforación ni de obstrucción completa, lo que explicaba una clínica silenciosa y atípica. Aun así, el paciente continuaba negando la ingesta de cualquier objeto. Tras una nueva conversación, apoyados en los resultados de imagen, finalmente reconoció haber ingerido “algo de cerámica” aproximadamente una semana antes.

Una vez confirmado el diagnóstico, iniciamos el planteamiento terapéutico. Consultamos con el cirujano de guardia y, considerando la localización del cuerpo extraño, su tamaño —demasiado grande para atravesar el píloro de manera espontánea y el riesgo de impactación en caso de progresión, se decidió realizar un intento de extracción endoscópica, la alternativa menos invasiva. El caso fue comunicado al médico tratante de turno, quien coincidió con el plan propuesto. Posteriormente, se explicó al paciente el procedimiento que se llevaría a cabo; este comprendió la situación y otorgó su consentimiento informado.

A las 04:30, el paciente fue preparado en la sala de endoscopia. Bajo sedación administrada por el servicio de Anestesiología, se dio inicio al procedimiento. La exploración de la faringe y el esófago no evidenció lesiones. Al ingresar al estómago y avanzar hasta el antro, se visualizó un objeto blanco, opaco, liso y de consistencia extremadamente dura. Se trataba del mango de cerámica de una taza de café, casi intacto.

El tamaño del objeto superaba la capacidad de las pinzas de recuperación convencionales. Se intentó su extracción mediante lazos y cestas, sin éxito, ya que la superficie lisa hacía que se deslizara con facilidad. Fue entonces cuando el médico tratante recurrió a una técnica de endoscopia avanzada: acopló a la punta del endoscopio un capuchón de polipectomía, habitualmente utilizado en mucosectomías, para enganchar el asa del mango de cerámica. Con el asa firmemente asegurada dentro del capuchón, logramos movilizar el objeto de forma progresiva hasta el esófago.

Una vez allí, el cuerpo extraño fue retirado con la ayuda de un protector, con el fin de evitar laceraciones o desgarros de la mucosa durante la extracción. El procedimiento se completó sin complicaciones. Se realizó una nueva inspección endoscópica y no se observaron lesiones ni sangrado. El resultado fue un éxito.

Al despertar, el paciente se mostró sorprendido al ver el “recuerdo” que había permanecido en su estómago. Más allá de su antecedente psiquiátrico y de la presencia de un cuerpo extraño de gran tamaño, lo que más llamó nuestra atención fue la ausencia de síntomas severos: apenas una molestia vaga. Este detalle, de no haberse considerado con detenimiento su historia clínica y la palpación cuidadosa durante el examen físico, podría haber retrasado el diagnóstico.

La experiencia dejó una enseñanza clara: la importancia insustituible del examen físico minucioso y de la revisión detallada de los antecedentes clínicos, incluso y especialmente en pacientes con trastornos psicológicos.

EL LENGUAJE DEL ABDOMEN

Med. Diego Esteban Tufiño León



Los comienzos en la medicina suelen estar atravesados por una paradoja silenciosa. De un lado, la convicción casi intacta de quien sueña con cambiar el mundo; del otro, la carga inmensa que implica asumir decisiones sobre la vida y la salud de otros. Es un período intenso, donde la motivación convive con la duda y la vocación es desafiada antes de afirmarse. En ese umbral se descubre que el saber científico, por brillante que sea, carece de sentido si no se acompaña de sensatez, capacidad de escucha y reconocimiento de las propias fronteras.

En mi primer año de ejercicio profesional comprendí que el organismo no siempre se expresa de manera explícita. Hay sistemas que irrumpen con señales claras; otros apenas insinúan su malestar. El aparato digestivo pertenece a estos últimos. Sus manifestaciones suelen ser persistentes y difusas, a veces subestimadas por quienes las experimentan y, en otras ocasiones, amplificadas por la ansiedad. Aprender a interpretar ese lenguaje se convirtió en una de las enseñanzas más significativas de mi práctica clínica.

En ese contexto conocí a una mujer adulta que acudía con frecuencia por dolor abdominal recurrente. No era una paciente convencional. Presentaba una limitación considerable para comunicarse verbalmente; sus

intervenciones eran breves, fragmentarias. Se expresaba sobre todo a través de gestos: la mano apoyada en el epigastrio, una mueca contenida, una mirada que pedía comprensión. Su silencio no implicaba ausencia de contenido, sino la presencia de un idioma distinto que yo debía descifrar.

En las primeras valoraciones el cuadro parecía sencillo: ardor postprandial, saciedad precoz, náuseas esporádicas. Consideré causas habituales como dispepsia funcional, gastritis o intolerancias alimentarias. Indicamos ajustes en la alimentación, fraccionamiento de las comidas y tratamiento farmacológico inicial. Sin embargo, algo no terminaba de encajar. La molestia disminuía, pero no cedía por completo; reaparecía de forma intermitente, como un recordatorio persistente de que aún quedaba una verdad por descubrir.

El abdomen es un territorio enigmático. Puede albergar procesos leves o afecciones que avanzan en silencio. La experiencia clínica enseña que no todo dolor entraña gravedad, pero tampoco debe restarse importancia a cada molestia. La diferencia radica en percibir los matices. Ella no podía cuantificar la intensidad ni describir con precisión la irradiación; sin embargo, su cuerpo hablaba con claridad: se inclinaba al sentarse, rechazaba determinados alimentos y evidenciaba inquietud antes de cada comida.

Con el transcurso de las consultas advertí que el origen no era exclusivamente físico. Existía un temor persistente: a alimentarse, a que el malestar reapareciera, a no lograr hacerse comprender. El aparato digestivo mantiene un vínculo estrecho con el mundo emocional. La tensión, la preocupación y la carga cotidiana potencian cualquier alteración gástrica. Aquella mujer vivía en un estado de vigilancia constante, y su estómago respondía a cada emoción reprimida.

Opté entonces por modificar la estrategia. Además del tratamiento farmacológico, incorporamos educación terapéutica. Mediante esquemas sencillos le expliqué el funcionamiento gástrico, los efectos de la irritación de la mucosa y las razones por las que ciertos productos exacerbaban los síntomas. No eran necesarios tecnicismos, sino claridad. Cuando una persona comprende lo que sucede en su organismo, la incertidumbre se atenúa y las indicaciones adquieren propósito.

La recuperación no fue lineal. Se alternaron progresos discretos con retrocesos inesperados. No obstante, algo comenzó a transformarse: su rostro perdió rigidez, los hombros dejaron de estar tensos y su postura se volvió más firme. Las molestias aparecían de manera esporádica, pero ya no condicionaban su rutina. Comprendí entonces que, en gastroenterología, el logro no siempre consiste en suprimir por completo el síntoma, sino en devolver autonomía y serenidad.

Al término de una consulta, tras constatar que los episodios habían disminuido en frecuencia e intensidad, ocurrió un gesto que permanece intacto en mi memoria. Extendió las manos y me ofreció una flor blanca. Fue un acto simple, silencioso y profundamente significativo. En ese obsequio entendí que la intervención médica no solo había aliviado su estómago; también había restituido su paz interior.

Esa vivencia transformó mi forma de interpretar el dolor abdominal. Desde una mirada externa puede parecer un motivo de consulta ordinario; en la práctica cotidiana, de hecho, figura entre los más habituales. Sin embargo, cada manifestación digestiva encierra una realidad particular: costumbres alimentarias, cargas afectivas, dinámicas familiares y preocupaciones silenciadas. El sistema

gastrointestinal no actúa de manera aislada; reacciona a todo lo que atraviesa la experiencia humana.

Con el paso del tiempo, sus visitas se espaciaron. Ya no llegaba con la premura inicial, sino con una actitud apacible. En ocasiones solo deseaba corroborar que su evolución era favorable; en otras, acudía para saludar. Sus movimientos transmitían seguridad: señalaba el abdomen con una sonrisa tenue, como quien ha aprendido a reconocer las señales de su propio cuerpo.

Meses después dejó de asistir. Ignoro si cambió de residencia o si su vida tomó otro rumbo. La consulta continuó su curso, nuevos nombres ocuparon la agenda y otras historias comenzaron a desplegarse. Aun así, cada vez que atiendo a alguien con dispepsia persistente o dolor epigástrico recurrente, su imagen reaparece con nitidez.

Ella me reveló que el abdomen posee un lenguaje propio. Que no es suficiente explorar, auscultar y prescribir una receta. Es imprescindible observar con atención, descifrar silencios y situar el síntoma dentro de su entorno. Comprendí que el bienestar digestivo no depende únicamente de una prescripción adecuada, sino del vínculo de confianza que se construye en cada encuentro clínico.

Hoy, al iniciar una valoración por molestias gastrointestinales, procuro ir más allá de la queja inmediata. Indago sobre hábitos, tensiones cotidianas y patrones de vida. Intento reconocer los elementos que perpetúan la inflamación, el ardor o la saciedad precoz. Porque abordar el aparato digestivo implica, también, comprender cómo la persona siente y afronta su realidad.

En medio de la rutina asistencial resulta sencillo reducir el dolor abdominal a una etiqueta diagnóstica. No obstante, tras

cada diagnóstico existe alguien que teme, que se inquieta o que desconoce lo que sucede en su interior. La gastroenterología, más que una disciplina centrada en órganos, exige sensibilidad para escuchar y prudencia para interpretar.

Aquella mujer, con su silencio y su flor blanca, me enseñó que el acto médico no concluye cuando el síntoma cede. Culmina cuando la persona vuelve a sentarse a la mesa sin temor, cuando puede alimentarse sin anticipar el malestar, cuando el abdomen deja de percibirse como una amenaza y recupera su lugar natural en la vida cotidiana.

En ocasiones, la lección más valiosa en gastroenterología no surge de un tratado voluminoso ni de la última actualización científica. Nace de quien, al señalar su vientre sin palabras, nos muestra que comprender el sufrimiento resulta tan esencial como mitigarlo. Desde entonces, cada vez que escucho “dolor abdominal”, no identifico únicamente un cuadro clínico; reconozco una historia que necesita ser interpretada.

He reflexionado con frecuencia sobre la manera en que el sistema digestivo se convierte en un punto de encuentro entre biología y mundo emocional. No es casual que el miedo se describa como un “nudo en el estómago” o que la angustia se perciba como una presión que desciende hacia el vientre. El tracto gastrointestinal responde con notable sensibilidad a los estados internos. Entender esta conexión transformó mi forma de interrogar y explorar: dejé de observar solo un órgano alterado para considerar a un ser humano completo intentando adaptarse a sus circunstancias.

Aprendí también que el seguimiento constituye una de las herramientas más poderosas en gastroenterología. Muchas

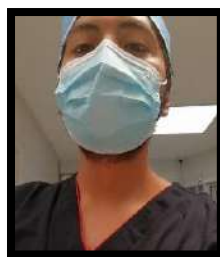
afecciones digestivas no se resuelven de manera inmediata; requieren tiempo, ajustes progresivos y acompañamiento cercano. Orientar al paciente para identificar desencadenantes, reconocer signos de alarma y distinguir entre una molestia transitoria y una manifestación persistente forma parte del abordaje terapéutico. La educación se convierte así en prevención, y la prevención en una forma discreta de cuidado.

Con los años confirmé que el verdadero impacto de nuestra labor no siempre se mide en un estudio complementario dentro de parámetros normales ni en la desaparición absoluta de la clínica. Se manifiesta en la confianza que se consolida, en la calma que retorna y en la calidad de vida que mejora de manera sostenida. La gastroenterología me enseñó que aliviar el dolor es relevante, pero ayudar a alguien a comprender su propio organismo es trascendente. Cuando una persona entiende lo que ocurre en su interior, deja de enfrentarlo con miedo y comienza a reconciliarse con él.

En cada encuentro procuro estar presente no solo como quien indica un tratamiento, sino como profesional que escucha el lenguaje del abdomen y, a través de él, la voz profunda de quien lo habita.

CUANDO EL ABDOMEN HABLA

Med. Christian Lema Guaraca



Existen silencios que resultan más elocuentes que cualquier monitor activo. En la práctica digestiva, el abdomen posee un lenguaje propio, uno que no siempre se articula en palabras, pero se revela en gestos contenidos, en miradas inquietas, en manos que se apoyan sobre una zona que duele sin ofrecer explicaciones evidentes.

Comprendí pronto que ejercer la Gastroenterología no consiste únicamente en interpretar endoscopías o ajustar tratamientos farmacológicos. Implica descifrar aquello que el paciente no logra expresar con claridad. El dolor abdominal rara vez se limita a lo orgánico; con frecuencia arrastra incertidumbre acumulada, insomnio persistente y el temor silencioso de que algo interno esté fallando.

Recuerdo a uno de los primeros pacientes que valoré durante una guardia nocturna. Consultó por epigastralgia intensa, refractaria a analgésicos habituales. Su historia clínica registraba episodios previos catalogados como dispepsia funcional. Sin embargo, aquella noche su semblante revelaba algo más profundo. No era solo sufrimiento físico; era angustia. Mientras describía el ardor ascendente hacia el tórax, confesó en voz baja que temía enfrentar una enfermedad grave.

El estudio posterior evidenció una úlcera duodenal con sangrado activo. Entonces entendí que la medicina digestiva no se limita al diagnóstico; también exige prevención, capacidad resolutive y, en ocasiones, intervención inmediata.

La endoscopía digestiva alta demanda exactitud técnica y sensibilidad clínica. Introducir el endoscopio no significa únicamente avanzar por el esófago hasta el estómago; implica recorrer estructuras dinámicas que reaccionan, se contraen y reflejan la tensión emocional de quien las habita. Cada maniobra requiere cautela; cada hallazgo debe integrarse con juicio clínico.

Hay jornadas que inician con estudios programados y controles de rutina. Sin embargo, basta la llegada de un paciente con hematemesis o melena para transformar el ritmo del servicio. La hemorragia digestiva irrumpe sin advertencia, altera la estabilidad hemodinámica y modifica de inmediato la concentración del equipo. En esos momentos, la práctica clínica adquiere una intensidad distinta, donde la precisión y la coordinación se convierten en herramientas esenciales para preservar la vida.

En una madrugada ingresó un paciente con antecedente de cirrosis hepática y signos evidentes de hemorragia activa. La inestabilidad hemodinámica era manifiesta. Organizar la sala de endoscopía en ese contexto exige coordinación inmediata: asegurar la vía aérea si es necesario, canalizar accesos venosos, iniciar reposición de volumen, disponer hemoderivados y mantener monitorización estricta.

Durante el procedimiento, la identificación de várices esofágicas sangrantes impone una respuesta sin demora. La ligadura elástica no constituye un acto automático; representa una maniobra terapéutica decisiva que puede separar la

recuperación del deterioro sostenido. Cada banda colocada implica precisión, cálculo y control del tiempo.

A diferencia de otras especialidades donde ciertas intervenciones pueden diferirse, en Gastroenterología muchas determinaciones se adoptan en el momento. La mucosa lesionada no concede pausas. La hemorragia no se autolimita por voluntad. El margen de equivocación es estrecho.

La práctica cotidiana también aborda procesos crónicos de evolución lenta: enfermedades inflamatorias intestinales, hepatopatías de diversa etiología, trastornos funcionales digestivos. Todas requieren seguimiento sistemático, ajustes terapéuticos y acompañamiento continuo.

Recuerdo a una paciente joven con diagnóstico reciente de colitis ulcerosa. Su inquietud trascendía los síntomas; le preocupaba el impacto en su desempeño profesional, en sus vínculos y en sus proyectos. En cada consulta, además de evaluar exámenes y modificar esquemas farmacológicos, resultaba imprescindible escuchar sus temores, explicar la historia natural del cuadro y reforzar la importancia de la adherencia al tratamiento.

En el ámbito digestivo, el factor temporal es determinante. Existen entidades que progresan de manera silenciosa, como la esteatosis hepática no alcohólica o determinadas neoplasias gastrointestinales. La detección oportuna depende con frecuencia de la sospecha clínica más que de manifestaciones evidentes.

La colonoscopia de tamizaje, por ejemplo, permite identificar lesiones asintomáticas con potencial de transformación. La resección de un pólipo durante un estudio de rutina puede modificar de forma sustancial el pronóstico a largo plazo.

No obstante, la evolución no siempre responde a nuestras expectativas. Algunos hallazgos obligan a replantear estrategias y pronósticos. Comunicar resultados adversos constituye, quizá, uno de los desafíos más complejos del ejercicio médico.

Informar a un paciente que el estudio revela una lesión sospechosa demanda más que destreza técnica. Requiere sensibilidad, claridad en la explicación y respeto profundo por el impacto emocional que esa noticia conlleva.

El ámbito digestivo también obliga a convivir con la duda. No todo dolor abdominal revela una causa evidente, y existen pacientes que consultan de manera reiterada sin que los estudios muestren alteraciones estructurales. En esas situaciones, el reto es doble: excluir patología orgánica y, al mismo tiempo, legitimar el malestar. Una prueba normal no invalida la experiencia del paciente.

Las guardias representan escenarios donde lo inesperado es habitual. Pueden presentarse pancreatitis agudas, obstrucciones intestinales o cuadros de abdomen inflamatorio que exigen intervención inmediata. Cada caso demanda rapidez diagnóstica y criterio clínico.

La pancreatitis, en particular, impone prudencia. Su curso puede modificarse en pocas horas. Un cuadro que inicia con dolor moderado puede evolucionar hacia compromiso sistémico en corto tiempo. La vigilancia estrecha, la reposición hídrica adecuada y el monitoreo continuo son pilares del manejo. Aun así, algunas evoluciones superan cualquier previsión inicial.

La práctica diaria también está compuesta por logros discretos que rara vez trascienden. Controlar un reflujo persistente, normalizar enzimas hepáticas tras ajustar el tratamiento o

lograr estabilidad sintomática en un síndrome de intestino irritable son avances que, aunque no siempre implican procedimientos invasivos, transforman la calidad de vida.

Hay jornadas en las que el agotamiento se acumula después de múltiples consultas, estudios y decisiones clínicas. Sin embargo, basta escuchar a un paciente describir su mejoría para que el esfuerzo adquiriera sentido.

Con el tiempo se aprende que el abdomen no siempre se manifiesta con estridencia; a veces apenas insinúa. Interpretar esas señales sutiles requiere experiencia, paciencia y atención minuciosa.

Hoy, al preparar un procedimiento o valorar un dolor de origen incierto, recuerdo que cada síntoma pertenece a una historia individual. La Gastroenterología no se limita al tratamiento de órganos; implica acompañar procesos, disminuir temores y ofrecer claridad cuando es posible.

Porque cuando el abdomen se expresa, no siempre lo hace de manera evidente. Escuchar con rigor puede significar la diferencia entre un diagnóstico tardío y una intervención oportuna.

En ese espacio que separa el síntoma de la certeza se construye, día a día, nuestra práctica clínica.

IMAGENOLOGÍA



MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE

Med. Juan José Torres Espinosa



Durante mis rotaciones clínicas en el servicio de emergencias, viví una experiencia que no solo dejó huella en mi formación académica, sino que también me enseñó el valor decisivo de la imagenología en el diagnóstico médico. Era una guardia nocturna, alrededor de las dos de la madrugada, cuando ingresó al área una madre desesperada, cargando en brazos a su hijo de aproximadamente cinco años. El niño presentaba tos persistente y dificultad respiratoria. Su respiración era ruidosa y acelerada, y el esfuerzo que realizaba para inhalar era evidente incluso a simple vista. La madre, visiblemente angustiada, relataba que los síntomas habían aparecido pocas horas antes y que nunca había experimentado un cuadro similar.

El médico de turno, tras escuchar la historia clínica y realizar una auscultación rápida, clasificó el caso como crisis asmática. Asumió que se trataba de una exacerbación de asma, enfermedad frecuente en pediatría, e indicó broncodilatadores por nebulización junto con oxigenoterapia. El diagnóstico se estableció con rapidez, casi de manera automática, posiblemente influenciado por la hora, el cansancio acumulado o la alta frecuencia de cuadros respiratorios similares en urgencias.

No obstante, al observar la evolución del niño, algo no encajaba. A pesar del tratamiento para crisis asmática, la mejoría era mínima. Seguía con dificultad respiratoria, se mostraba irritable y el estridor parecía localizado, no difuso, lo cual no es típico de un episodio asmático. Además, la madre insistía una y otra vez en que su hijo no tenía antecedentes de asma ni había presentado nunca una situación parecida. Sus palabras no eran fruto del miedo, sino de un conocimiento profundo de su hijo, señal de que algo realmente estaba mal.

Fue entonces cuando una coincidencia, aparentemente casual, marcaría la diferencia en el manejo del caso. En ese momento, el médico imagenólogo se encontraba en el servicio realizando una radiografía portátil de tórax a un paciente politraumatizado, víctima de un accidente de tránsito. Aprovechando un breve momento, me acerqué para observar el procedimiento, motivada por el interés de aprender más sobre la aplicación de la imagenología en situaciones de urgencia. Mientras conversábamos, le relaté el caso del niño y mis dudas sobre el diagnóstico, describiéndole los síntomas, la ausencia de antecedentes y la escasa respuesta al tratamiento broncodilatador.

El médico imagenólogo me escuchó atentamente y sugirió descartar otras posibles causas mediante una radiografía de tórax. Me explicó que, en pediatría, la aspiración de cuerpos extraños puede simular cuadros asmáticos. Con frecuencia, el niño ni siquiera es consciente de haber inhalado un objeto, y la obstrucción bronquial produce síntomas que pueden confundirse con asma o neumonía. Insistió en que una imagen podía resolver la duda en pocos minutos.

Con esa recomendación, me acerqué nuevamente al médico encargado del niño y propuse realizar la radiografía para

descartar la presencia de un cuerpo extraño. Inicialmente, mostró cierta resistencia, argumentando que clínicamente se trataba de un caso típico de asma y que no era necesario emplear recursos adicionales en un paciente estable. Sin embargo, al recalcar la falta de antecedentes y la limitada respuesta al tratamiento, aceptó el estudio, aprovechando que el equipo portátil aún estaba disponible.

La radiografía se realizó rápidamente y, minutos después, el médico imagenólogo examinaba la imagen con atención. Fue entonces cuando se reveló la verdadera causa del cuadro: un objeto radiopaco se encontraba alojado en el bronquio principal derecho. De forma redondeada y de tamaño pequeño, probablemente una pieza de juguete, estaba obstruyendo parcialmente la vía aérea y generando la dificultad respiratoria. Inmediatamente se activó el protocolo correspondiente y el niño fue trasladado al área de endoscopia para la extracción broncoscópica.

El procedimiento se realizó con éxito. El objeto fue retirado sin complicaciones y la mejoría del niño se hizo evidente en pocas horas. Su respiración se normalizó, su ánimo cambió por completo y la madre no cesaba de agradecer al equipo por haber identificado la verdadera causa. Aquel caso pudo haber tenido un desenlace muy distinto si no se hubiera sospechado, insistido o utilizado los recursos diagnósticos adecuados. Fue una demostración clara de cómo una imagen puede transformar por completo un diagnóstico.

En esta ocasión, la imagenología no solo resultó útil, sino determinante. La radiografía permitió descubrir el problema real, evitando tratamientos innecesarios y riesgos adicionales. Me recordó que las herramientas diagnósticas no deben considerarse un gasto, sino una inversión en precisión y seguridad. Además, reforzó mi admiración por la

colaboración entre especialidades. La comunicación entre el clínico y el imagenólogo fue clave para alcanzar el diagnóstico correcto.

Desde entonces, cada vez que enfrente un paciente con síntomas ambiguos o que no responde como se espera, recuerdo este caso. Aprendí que la duda clínica no indica debilidad, sino responsabilidad. Persistir en buscar una causa que explique todos los signos de manera coherente forma parte del buen ejercicio médico. No hay que temer pedir una segunda opinión, utilizar recursos complementarios o cuestionar un diagnóstico inicial cuando algo no encaja.

Una de las lecciones más valiosas de aquella madrugada fue la importancia de mantener siempre una actitud clínica activa, atenta y abierta a todas las posibilidades diagnósticas. En un entorno como el de urgencias, donde los cuadros se presentan de forma rápida y en condiciones muchas veces limitadas, es fácil caer en automatismos. Sin embargo, la práctica de la medicina requiere análisis crítico, evaluación constante y la capacidad de detenerse, aunque sea por un instante, para reconsiderar lo que parece evidente. Ese pequeño margen de duda puede determinar el desenlace de un caso.

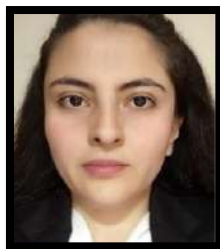
También comprendí el valor decisivo del trabajo interdisciplinario. La comunicación oportuna entre profesionales, como la que se dio entre el equipo de urgencias y el médico imagenólogo aquella noche, puede transformar por completo la ruta diagnóstica y terapéutica de un paciente. Lejos de ser una simple consulta informal, ese breve intercambio integró dos miradas distintas pero complementarias, generando una solución concreta y eficaz. La imagenología no es un recurso distante; es un aliado cercano, accesible y esencial en la práctica diaria.

Este caso reforzó además mi compromiso ético de actuar siempre priorizando el bienestar del paciente. Insistir en una evaluación más profunda, sugerir un estudio por imagen en el momento adecuado o simplemente escuchar con atención a los familiares son gestos que reflejan una atención integral. La medicina no es solo ciencia; es también sensibilidad, criterio y responsabilidad. Cada vez que enfrento un cuadro clínico complejo o ambiguo, recuerdo aquella madrugada y la enseñanza que dejó: no conformarse con lo aparente; investigar, confirmar y actuar con seguridad.

En conclusión, esta experiencia consolidó en mí una actitud que considero esencial para todo futuro profesional de la salud: nunca aceptar lo evidente sin cuestionarlo y no escatimar recursos cuando la vida de un paciente depende de una decisión fundamentada. La imagenología no es solo una herramienta; es una aliada en la búsqueda de la verdad clínica. Porque detrás de cada síntoma puede existir algo más, y solo observando con profundidad se logra descubrir.

EL ANONIMATO ÚTIL

Med. Estefania Castro Parra



En la dinámica compleja de un hospital existen áreas que sostienen la vida de los pacientes desde la discreción, casi siempre lejos de la mirada pública. Para la mayoría, la medicina se resume en quienes están junto a la camilla: el cirujano que decide intervenir, el médico que explica, la enfermera que acompaña. Sin embargo, detrás de cada decisión visible se despliega un trabajo minucioso y esencial que ocurre sin contacto directo con el paciente. Ese espacio silencioso donde las imágenes se transforman en información vital pertenece al mundo de la Imagenología, una disciplina que, pese a su aparente distancia, influye de manera decisiva en cada paso del proceso diagnóstico y terapéutico.

A primera vista, muchos perciben esta área como un complemento o una herramienta más dentro del hospital. Pero basta observar su impacto para comprender que representa mucho más que eso. La Imagenología abre una ventana hacia lo que el cuerpo oculta: una estructura alterada, un proceso silencioso, un riesgo inminente. Permite anticipar complicaciones, aclarar dudas y respaldar decisiones que pueden modificar destinos. Y lo hace sin protagonismo, sin aplausos, sin presencia directa frente al paciente. La mayoría de quienes reciben un diagnóstico jamás sabrán quién interpretó su estudio ni cuántos detalles fueron analizados antes de que su médico obtuviera claridad. Allí nace el

concepto del *anonimato útil*: un trabajo invisible para el paciente, pero indispensable para su bienestar.

Durante mi formación comprendí que la Imagenología no solo complementa la clínica, sino que en muchos casos la antecede y orienta. Mientras rotaba por distintas áreas descubrí cómo una imagen podía cambiar por completo la planificación de un procedimiento. Recuerdo la primera vez que observé todo el proceso detrás de un informe radiológico: el estudio minucioso, la comparación con exámenes previos, la interpretación de variaciones imperceptibles para un ojo inexperto. Fue entonces cuando entendí que cada imagen conlleva una responsabilidad enorme y que, aunque su labor permanezca en silencio, su impacto es directo y profundo en la vida de cada paciente.

En una de esas experiencias, un estudio aparentemente rutinario reveló un hallazgo inesperado que modificó incluso la urgencia con la que debía ser atendido un paciente. Ese momento aun sin contacto directo con la persona afectada me mostró el poder de una imagen bien interpretada, capaz de alterar la realidad de alguien que jamás sabrá quién analizó su estudio. Allí comprendí que, en Imagenología, la distancia física nunca equivale a distancia humana.

También recuerdo con claridad la asignatura de Imagenología, donde conocí los primeros experimentos realizados hace más de un siglo, cuando un descubrimiento casi accidental permitió observar, por primera vez, lo que permanecía oculto bajo la piel. Lo que entonces parecía un procedimiento rudimentario evolucionó hasta convertirse en una de las herramientas más precisas y transformadoras de la medicina moderna. Aquella experiencia académica despertó en mí una admiración profunda: la ciencia había encontrado

la forma de mirar lo invisible, no para satisfacer la curiosidad, sino para salvar vidas.

La tecnología, aliada inseparable de este campo, ha avanzado a una velocidad extraordinaria. Hoy es posible visualizar con detalle estructuras antes inimaginables, evaluar la salud de un bebé antes de nacer, observar su desarrollo, identificar anomalías y actuar a tiempo para prevenir complicaciones antes del parto. Esa capacidad de anticipar riesgos refleja la enorme responsabilidad que recae en quienes interpretan los estudios. Aunque el paciente no vea a la persona que los analiza, su vida puede cambiar gracias a esa mirada silenciosa detrás de una pantalla.

Con el tiempo comprendí que la Imagenología exige mucho más que destreza técnica. Requiere sensibilidad para detectar lo sutil, disciplina para no pasar por alto un detalle mínimo y criterio para interpretar cada imagen dentro de un contexto clínico más amplio. Una sombra, una línea casi imperceptible o una variación mínima puede determinar si un paciente necesita intervención urgente o si puede continuar con un control habitual. Esa influencia directa sobre decisiones trascendentales, aun desde el anonimato, revela la dimensión profundamente humana de este trabajo.

En los hospitales, especialmente en aquellos donde se enfrentan enfermedades complejas y de evolución rápida, esta área se vuelve aún más indispensable. Los cirujanos pueden ser los “sanadores visibles”, pero cada decisión que toman suele estar guiada por una imagen. Los clínicos encuentran en estos estudios un mapa claro de la situación. En emergencias, las imágenes se convierten en una brújula que orienta maniobras críticas. Y en campos como la oncología, donde el tiempo es determinante, la Imagenología se transforma en la primera voz que alerta cuando algo no está bien, cuando una

lesión es más agresiva de lo esperado o cuando un hallazgo representa una oportunidad para actuar antes de que sea tarde.

Ese contraste presencia constante y visibilidad casi nula me permitió comprender que la Imagenología no solo forma parte de la medicina: la sostiene. Quienes trabajan en esta especialidad rara vez reciben un agradecimiento directo del paciente, porque no participan del encuentro cara a cara. Sin embargo, su labor está presente en cada decisión bien fundamentada, en cada intervención segura, en cada diagnóstico preciso. Ese anonimato no disminuye su valor; lo engrandece. Permite aportar sin buscar reconocimiento, ofrecer claridad sin ocupar el centro de la escena y sostener vidas desde un lugar discreto, aunque cargado de responsabilidad.

Al reflexionar sobre lo que representa esta disciplina, comprendo que su fuerza no descansa únicamente en la tecnología. Reside en la mirada analítica que detecta lo que otros no ven, en la capacidad de convertir imágenes en certezas y en la habilidad de acompañar sin estar frente al paciente. Cada estudio cuenta una historia que debe interpretarse con rigor, sensibilidad y precisión. Y, en ese proceso silencioso, quienes trabajan en este campo aportan mucho más de lo que suele reconocerse.

El anonimato útil no es ausencia; es presencia silenciosa. Es la demostración de que se puede cambiar el curso de una enfermedad sin necesidad de aparecer en escena. Es la certeza de que la luz que atraviesa un cuerpo y se traduce en una imagen puede ser también la luz que guía decisiones y ofrece esperanza. En un mundo que privilegia lo visible, la Imagenología recuerda que lo esencial muchas veces ocurre en silencio, detrás de una pantalla donde la ciencia, la

tecnología y el criterio humano convergen para dar claridad en momentos decisivos.

Y es precisamente ahí, en ese equilibrio entre discreción y trascendencia, donde esta disciplina encuentra su sentido más profundo: ser invisible para el paciente, pero indispensable para su tratamiento; trabajar desde la distancia, pero influir directamente en su bienestar; leer lo que no se ve y transformar esa lectura en decisiones que pueden cambiarlo todo. Ese es, finalmente, el verdadero significado del anonimato útil.

ESPERANZA EN ESCALA DE GRISES

Med. Christian David Hernández Toro



La mañana avanzaba con una lentitud densa y pegajosa, propia de los consultorios donde el sistema de ventilación libra una batalla perdida contra el clima. El sol del mediodía, implacable y vertical, golpeaba las persianas metálicas de la ventana. El aire estaba impregnado de un olor inconfundible: alcohol antiséptico en evaporación y metal envejecido de archiveros.

En el exterior, la sala de espera se había transformado en un murmullo continuo. Una sinfonía disonante compuesta por el chirrido de las sillas al desplazarse sobre el piso, las toses secas que rebotaban contra las paredes y, como telón de fondo, el llanto intermitente de algún niño que parecía anticipar el dolor.

Mi escritorio era una imagen perfecta del desorden organizado: historias clínicas apiladas como torres inestables, amenazando con caer ante cualquier movimiento, y una taza de café olvidada desde hacía horas, dejando un anillo oscuro y pegajoso sobre la madera. Minutos antes había atendido a don Jacinto, hipertenso y puntual en sus controles mensuales, y luego a una madre joven con un lactante resfriado. Rutina. Absoluta rutina.

En instantes así, uno se siente más oficinista que sanador, un burócrata de la salud cuya tarea parece reducirse a firmar

papeles. Entre tanta tramitología, resulta peligrosamente fácil olvidar por qué nos colocamos la bata blanca por primera vez; olvidar que detrás de cada número de cédula existe una vida que sufre, espera o teme. Sin embargo, la medicina tiene la extraña y a veces cruel costumbre de sacudirte justo cuando bajas la guardia. Cuando mi pensamiento ya divagaba hacia el almuerzo, la puerta se abrió con suavidad y ella entró. No hubo dramatismo ni escenas grandilocuentes. No sonaron sirenas, ni irrumpieron camilleros apresurados.

Entró caminando con lentitud, como si el suelo fuera inestable, respetando el horario de una cita agendada días atrás. Sin embargo, apenas cruzó el umbral, se activó en mí esa alarma interna que no aparece en los libros de patología: una intuición que solo se adquiere con las horas de experiencia. Avanzaba protegiendo el vientre con las manos entrelazadas, con una delicadeza extrema, como si llevara dentro algo frágil, a punto de quebrarse.

Se sentó en el borde de la silla, rígida, sin atreverse a recostar la espalda. Tenía apenas dieciocho semanas de gestación; su embarazo aún era una promesa discreta bajo la blusa holgada. Al mirarla, encontré un abismo en sus ojos. Doctor dijo, mordiéndose el labio para contener el llanto, sé que parezco loca, pero siento que algo cambió. Ya no siento las burbujitas. Hablaba de esos primeros movimientos fetales, ese “vivir” sutil que muchas madres describen como el aleteo de una mariposa.

Es una señal tenue, casi secreta. Que desaparezca de un día para otro es un silencio que grita. En la consulta externa, uno se siente a veces profundamente desarmado frente a la incertidumbre. Inicié el examen siguiendo el protocolo, consciente de una limitación tan real como frustrante. A las dieciocho semanas, mis manos, por más entrenadas que

estuvieran, resultaban incapaces de ofrecer la certeza que ella necesitaba. Palpé el abdomen en busca de la altura del fondo uterino, pero la piel se convirtió en una barrera muda.

Mis dedos podían reconocer el tamaño, no la vida. No podía decirle “todo está bien” apoyándome únicamente en el tacto. Mentir para tranquilizarla habría sido un acto de crueldad imperdonable. El silencio del consultorio se volvió denso, casi asfixiante, ocupando cada espacio de la habitación. Ella sostenía la mirada, aguardando una respuesta que se sentía como una sentencia. Vamos a la camilla dije, esforzándome por que mi voz transmitiera seguridad. Vamos a mirar por dentro.

Me levanté y caminé hacia el ecógrafo ubicado en un rincón. A veces olvido que esa máquina es, en realidad, un pequeño milagro de la física moderna.

Me acerqué a la ventana y corrí las cortinas pesadas para bloquear la luz y mejorar el contraste visual. El cambio fue inmediato: el consultorio quedó sumido en una penumbra íntima y silenciosa, similar a un confesionario. El exterior desapareció. Solo permanecían su miedo, mi responsabilidad y el zumbido eléctrico del equipo al encenderse. Le pedí que descubriera el abdomen. Al aplicar el gel conductor frío sobre la piel tibia, aspiró con fuerza y cerró los ojos. No quería mirar. Temía encontrar en la pantalla una quietud definitiva.

Sostuve el transductor convexo con la mano derecha, reconociendo su peso familiar. Mientras ajustaba el cable, una gota de sudor frío recorrió mi espalda. *Por favor, que esté ahí*, repetí en silencio, como un mantra, mientras configuraba el equipo. Porque, aunque vestimos bata blanca y aparentamos una coraza impenetrable, los médicos también rezamos

mientras buscamos una imagen. La pantalla se encendió de pronto, proyectando su luz sobre nuestros rostros.

Comenzó entonces la cascada de grises, negros y blancos granulados, característica del modo B. Deslicé la mano con suavidad, inclinando el transductor para navegar entre sombras, en busca de una ventana acústica adecuada entre las asas intestinales y la pared uterina. Al inicio solo apareció la textura del miometrio y la profundidad oscura, anecoica, del líquido amniótico. Luego, allí estaba: el feto suspendido en su universo líquido, con la columna perfectamente curvada, pero inmóvil.

A esa edad gestacional, los períodos de sueño fetal son habituales; sin embargo, aquella inmovilidad absoluta, en un contexto de angustia, anunciaba la posibilidad de una mala noticia. El pulso se me aceleró. Necesitaba encontrar el motor. Ajusté la ganancia para depurar la imagen y modifiqué la profundidad hasta centrar el foco en el tórax. Entrecerré los ojos, aislando el resto de la anatomía. Y entonces, en el corazón mismo de esa quietud, apareció la actividad cinética. Era mínima. Era veloz. Era incansable.

Un diminuto punto pixelado, un destello que se contraía y expandía con una vitalidad feroz. Suspiré, liberando de golpe el aire que no sabía que retenía. Sin hablar aún la emoción me había cerrado la voz extendí el dedo y activé el Doppler espectral. El sonido invadió el consultorio de inmediato, rebotando contra las paredes desnudas: *tup-tup-tup-tup*. No era solo un ruido electrónico; era un galope, firme y rítmico, arrogante en su energía. La percusión más primitiva y hermosa que existe.

En la pantalla, las ondas trazaban picos sistólicos precisos. La mujer abrió los ojos desmesuradamente, como quien despierta

de una pesadilla. El sonido la atravesó y su rigidez se desmoronó sobre la camilla, como si una onda expansiva de realidad hubiera fracturado el miedo. Observé cómo sus hombros, antes tensos, cedían por completo. Se cubrió el rostro con las manos y comenzó a llorar, pero ya no era un llanto contenido ni amargo; era un llanto abierto, uno que alivia y limpia.

Está ahí... susurró, con la voz quebrada, mirando el monitor sin comprender las manchas grises ni las curvas del espectro, pero entendiendo la música. Está vivo.

Está perfecto respondí, permitiéndome sonreír bajo la mascarilla y aumentando el volumen para que ese *tup-tup-tup* barrierá cualquier resto de temor. Tiene un ritmo envidiable. Seguramente solo estaba dormido.

Los minutos que siguieron fueron sagrados. El consultorio dejó de ser una oficina fría para transformarse en un espacio profundamente humano, donde acababa de ocurrir un pequeño milagro cotidiano, validado por la ciencia.

Al finalizar la exploración, limpié el gel y le ofrecí la mano para incorporarse. Parecía otra persona: había entrado encorvada por el miedo y ahora caminaba erguida, como si hubiera crecido unos centímetros. Congelé la imagen y presioné *Imprimir*. La máquina zumbó y expulsó el papel térmico en blanco y negro. Ella lo tomó con ambas manos y lo guardó en su cartera con un cuidado reverencial, como si fuera un tesoro. Se marchó agradeciendo, con una sonrisa que iluminó el pasillo oscuro. Fui yo quien permaneció agradecido en la penumbra.

Me quedé unos instantes a solas, observando la pantalla en silencio antes de llamar al siguiente paciente. Con frecuencia se acusa a la tecnología de deshumanizar la práctica médica;

sin embargo, esa mañana, aquella máquina fue una prolongación de mis manos y de mi corazón. Me permitió alcanzar la esencia del miedo de una madre y disiparlo. Esa escala de grises, aparentemente fría y técnica, fue, sin duda, lo más luminoso que contemplé en todo el día.



Fig. 1. Evaluación mediante Doppler espectral que evidencia una frecuencia cardíaca fetal regular de 141 LPM. Se observa el trazado rítmico correspondiente a una vitalidad fetal conservada en una gestación de 18.6 semanas.

Fuente: Elaboración Propia (Dr. Christian Hernandez)

ESPERANZA EN LA OSCURIDAD

Med. Ivett Stefany Acaro Olmedo



Hay silencios que pesan. No traen calma; anuncian tormenta. Aquella mañana parecía una más dentro de la rutina interminable. El calor era sofocante: la ropa se adhería a la piel como una segunda capa y el aire del área de trabajo se volvía denso, saturado de una humedad que dificultaba respirar. En la sala de espera resonaba lo habitual: el llanto agudo de un niño febril, el murmullo de dos ancianas compartiendo dolores antiguos y el tecleo constante de nosotros, los médicos, intentando ganarle tiempo al reloj.

Atendíamos como autómatas, arrastrando el cansancio acumulado y apoyándonos, quizá con exceso de confianza, en la tecnología que nos rodeaba. De pronto, el mundo se apagó. Un chasquido seco, abrupto, precedió al silencio: los ventiladores se detuvieron de golpe y las pantallas quedaron sumidas en una oscuridad absoluta.

Se fue la luz, y con ella esa frágil sensación de seguridad que ofrece la modernidad. Sentí un nudo en el estómago y una presión inmediata en el pecho. Los apagones se viven como sentencias de aislamiento. Nos miramos entre compañeros con esa mezcla de frustración y resignación que surge al saber que, una vez más, tocaba resolverlo todo “a la antigua”, con puro criterio clínico y sin respaldo tecnológico. El silencio

posterior fue abrumador. Sin ventilación, el calor comenzó a ascender como una marea invisible y asfixiante.

Intenté retomar la atención de mi paciente, una mujer mayor, pero el destino tenía otros planes. Minutos después, un escalofrío me recorrió la espalda cuando unos gritos desesperados rompieron la quietud del pasillo. No eran reclamos ni discusiones: eran alaridos de dolor genuino, de esos que erizan la piel y te obligan a reaccionar al instante.

¡Ayúdenos, por favor! ¡Se nos muere! ¡Hagan algo!

La angustia de esa voz me impulsó fuera de la silla como un resorte. Salí al pasillo y los vi entrar atropelladamente, cargando a un muchacho joven, casi un niño, pálido como la cera, con los ojos vueltos hacia arriba. Su familia lo sostenía en brazos; la ropa estaba manchada de tierra y campo, impregnada de sudor y miedo. Había caído de un caballo, explicó la madre entre sollozos, aferrándose a mi bata como si yo fuera capaz de obrar milagros. Desde el golpe, el chico no hablaba: apenas gemía.

Lo recostamos en la camilla del cuarto de procedimientos. Al cerrar la puerta en busca de privacidad, la habitación sin ventanas amplias se transformó en una cueva de penumbras grises. La escasa luz que se filtraba apenas delineaba nuestras siluetas. El aire se volvió denso, cargado de ese olor metálico que tiene el miedo. El muchacho gemía con un sonido bajo, constante, que se incrusta en el alma y no permite pensar. Tomé su mano: estaba fría, sudorosa, un contraste brutal con el calor sofocante del lugar. Mi corazón latía desbocado, golpeando las costillas con violencia.

Sin electricidad, la vista servía de poco. Sin laboratorio, desconocía su hemoglobina. Sin radiografías, no podía evaluar huesos ni descartar lesiones torácicas graves. Me sentí

pequeña, dolorosamente humana, intentando enfrentar a la muerte con las manos atadas. Palpé el abdomen: estaba rígido, duro como una tabla, en franca defensa. Dolor intenso. Pero ¿cuál era la causa? ¿Un traumatismo muscular o una hemorragia interna que lo vaciaba en silencio, gota a gota?

La duda es el peor enemigo del médico. En aquella oscuridad crecía como un monstruo, susurrándome que podía perderlo allí mismo, entre sombras. La madre me observaba. Aunque apenas distinguía sus ojos, sentía su mirada quemándome la nuca. Esperaba una respuesta. Confiaba en que yo supiera qué hacer. Y no lo sabía. No con certeza.

Entonces reparé en una silueta al fondo de la habitación: el ecógrafo portátil. Parecía un objeto más, inerte, perdido en el caos. Pero recordé su batería interna. Una chispa de esperanza se encendió, luchando contra el pánico. *Por favor, que tenga carga.*

Arrastré el equipo hasta la cabecera de la camilla. A tientas, mis dedos localizaron el botón de encendido. Lo presioné y contuve la respiración. Un segundo. Dos, que se estiraron como horas. Entonces ocurrió: un pitido suave y la pantalla parpadeó. Un resplandor azulado y blanquecino inundó la habitación, revelando las lágrimas que surcaban el rostro sucio de la madre y las facciones descompuestas del paciente. No era solo electricidad; era una respuesta. La única estrella en nuestra noche artificial.

Tranquilo, hijo le dije, ya vamos a ver qué tienes. Aguanta un poco más. Me acerqué hasta sentir su respiración irregular en mi mejilla. Se lo dije para calmarlo, pero también porque intuí que, desde ese instante, no estábamos solos en la habitación. Mis manos temblaron levemente al extender el gel frío sobre su abdomen. Se estremeció, aunque no se apartó. Al apoyar el

transductor sobre su piel, el exterior dejó de existir. Desaparecieron el calor, el apagón y los gritos del pasillo. Solo quedábamos él, yo y esa ventana luminosa.

La imagen emergió de la oscuridad, nítida, brillante y brutalmente honesta. En el silencio de sus órganos apareció lo que nadie más podía ver, aquello que mis manos apenas sospechaban. Busqué el espacio de Morrison, ese recoveco anatómico donde los traumatismos revelan su verdad. Allí estaba: una mancha negra, líquida, anecoica, ocupando un lugar que debía estar vacío. Sangre. Demasiada sangre.

Desplacé la sonda con urgencia hacia el bazo. Más líquido oscuro rodeaba el órgano. El diagnóstico me golpeó con la contundencia de una certeza: estallido visceral. Se desangraba por dentro. Cada minuto en esa penumbra era un fragmento de vida que se le escapaba. Pero ahora lo sabía. Ya no combatía hipótesis; enfrentaba una hemorragia visible.

Es una emergencia. Tenemos que correr dije, y mi voz sonó firme, distinta, sostenida por la claridad del hallazgo. Tiene sangre en el abdomen. Hay que operarlo de inmediato.

Aquel monitor luminoso se convirtió en nuestro faro. Bajo su luz espectral, que proyectaba sombras alargadas sobre las paredes, canalizamos una segunda vía venosa. El ecógrafo nos guió hasta venas colapsadas que mis dedos no lograban encontrar. Preparamos la referencia y coordinamos la ambulancia a gritos por el teléfono celular.

Los familiares dejaron de llorar. Al percibir mi determinación y la concentración en mi rostro, comprendieron que existía un plan. La incertidumbre paralizante dio paso a una acción coordinada. Cuando la ambulancia llegó, levantando polvo y

haciendo resonar la sirena, sentí que las piernas me flaqueaban por el alivio. Ayudamos a subir la camilla bajo el sol abrasador de la calle, un contraste violento con la penumbra de la que veníamos. Vi a la madre subir tras él y, antes de que la puerta se cerrara, me buscó con la mirada y asintió levemente. No dijo nada; no hacía falta. En ese gesto cabía más gratitud que en mil palabras.

Regresé al consultorio vacío. Minutos después, las luces del techo parpadearon y volvieron con intensidad. El aire acondicionado retomó su zumbido indiferente, enfriando el ambiente como si nada extraordinario hubiera ocurrido. Yo, en cambio, no apagué el ecógrafo de inmediato. Permanecí un momento a solas con él, limpiando el gel del transductor con una lentitud consciente, casi reverente.

Lo sostuve como se sostiene la mano de un viejo aliado tras una batalla compartida. Aquella mañana comprendí algo que no siempre enseñan los libros: la medicina no se reduce a fármacos, protocolos ni tecnología. A veces, ser médico implica convertirse en un puente, en un instrumento capaz de encontrar un camino cuando todo alrededor permanece a oscuras.

Ese día, la máquina no fue solo plástico y circuitos. Fue el medio que salvó una vida, la luz que nos permitió arrebatarla a la sombra. Y mientras guardaba el equipo, supe que jamás volvería a mirar una ecografía de la misma manera: ya no vería solo manchas grises, sino ese destello de esperanza que brilla con más fuerza cuando todo lo demás se apaga.



Figura 1. Hallazgo ecográfico de emergencia. La flecha señala la presencia de líquido libre (sangre)

Fuente: Elaboración propia (Dra. Ivett Acaro)

VER LO INVISIBLE

Med. Carolina Piarpuezan



Nunca imaginé que aprender a interpretar una imagen transformaría de manera tan profunda mi forma de ejercer la medicina. Al inicio de mi formación, como ocurre con muchos médicos generales, mi atención se concentraba casi por completo en el interrogatorio clínico, el examen físico detallado y la búsqueda constante de signos evidentes. Creía que allí residía la esencia del diagnóstico y que, con la experiencia suficiente, todo podía resolverse a partir de la observación directa. Con el tiempo comprendí que la medicina es más compleja, más silenciosa y, en muchas ocasiones, más sutil de lo que había supuesto.

Durante mis primeros años de práctica enfrenté múltiples escenarios: algunos en los que la clínica resultaba evidente y otros dominados por la incertidumbre. Aprendí que no todos los pacientes llegan con síntomas clásicos ni con cuadros bien definidos. Muchos consultan por molestias imprecisas, sensaciones difíciles de expresar o dolores que no siguen patrones reconocibles. Fue en esos contextos donde empecé a comprender el verdadero valor de la imagenología, no como un recurso mecánico, sino como una herramienta que amplía y complementa la mirada clínica.

Recuerdo con nitidez una jornada aparentemente rutinaria. El ambiente era sereno, sin urgencias ni situaciones alarmantes.

Un paciente acudió por un malestar persistente, sin dolor localizado ni signos clínicos claros. El examen físico no revelaba hallazgos relevantes y los signos vitales se encontraban dentro de rangos normales. Aun así, algo no encajaba. Esa sensación interna que surge cuando la información disponible no logra cerrar un diagnóstico comenzó a hacerse presente.

Esa incomodidad clínica, difícil de definir, fue el punto de partida. No se trataba de ansiedad ni de inseguridad, sino de una intuición construida a partir de la experiencia. Solicitar un estudio de imagen no fue una decisión impulsiva, sino un acto reflexivo, guiado por la necesidad de observar aquello que no podía palparse ni auscultarse. Entonces comprendí que mirar más allá de lo visible también forma parte del cuidado integral del paciente.

Cuando tuve acceso a la imagen, el panorama se transformó por completo. Allí aparecía aquello que la clínica no había logrado revelar con claridad. No fue solo un hallazgo diagnóstico, sino una revelación personal. Comprendí entonces que la imagenología es un lenguaje silencioso, una forma distinta de diálogo entre el cuerpo y el médico. Cada estructura, cada sombra y cada contraste comunicaban información, incluso cuando el paciente no podía expresarla con palabras.

A partir de esa experiencia comencé a observar mi práctica desde otra perspectiva. Empecé a valorar la imagenología no como un recurso distante o meramente técnico, sino como una aliada del razonamiento clínico. Entendí que una imagen no sustituye el juicio médico, sino que lo fortalece: obliga a detenerse, a correlacionar datos, a cuestionar supuestos y a replantear decisiones cuando es necesario.

Con el tiempo advertí que muchas decisiones clínicas mejoraban al integrar la imagenología de manera consciente y responsable. No se trataba de solicitar estudios de forma indiscriminada, sino de utilizarlos con criterio, comprendiendo tanto su alcance como sus limitaciones. La imagen se convirtió así en una extensión del proceso diagnóstico, una pieza más dentro de un engranaje orientado al bienestar del paciente.

También aprendí que detrás de cada imagen existe una historia humana. No es solo un órgano ni una estructura anatómica; es una persona que espera respuestas, alivio y orientación. Como médica general, estar en ese primer nivel de contacto me permitió dimensionar el impacto de un estudio bien indicado. Acompañar al paciente durante la espera, explicarle con palabras sencillas el motivo del examen y ofrecer calma cuando la ansiedad aparece forman parte esencial del acto médico.

En muchas ocasiones, la imagen permitió descartar patologías graves y brindar tranquilidad tanto al paciente como al equipo de salud. En otras, orientó decisiones oportunas que evitaron complicaciones mayores. Cada una de esas experiencias reforzó mi respeto por la imagenología y por el trabajo colaborativo que sostiene la atención médica.

Mi afinidad con la imagenología nació de la necesidad constante de comprender mejor, de no conformarme con lo evidente. Me enseñó a observar con mayor atención, a ser más cuidadosa en mis sospechas clínicas y a reconocer mis límites sin interpretarlos como una debilidad. Aceptar que la medicina es un aprendizaje continuo me permitió crecer, no solo en lo profesional, sino también en lo humano.

Hoy, cuando pienso en la imagenología, no la concibo únicamente como una especialidad técnica. La entiendo como una extensión natural del acto médico: una herramienta capaz de confirmar, descartar, orientar y, en muchas ocasiones, brindar tranquilidad. Su valor resulta especialmente evidente en la práctica del médico general, donde las decisiones iniciales pueden influir de manera decisiva en la evolución del paciente.

Decidí compartir esta vivencia porque encarna una de las razones por las que amo la medicina. Aprender a mirar más allá de lo evidente, aceptar que no todo se esclarece en el primer encuentro y reconocer que la imagen puede revelar aquello que el cuerpo calla. La imagenología me enseñó que observar también es una forma de cuidar y que detrás de cada imagen existe una oportunidad para ejercer la medicina con mayor responsabilidad, sensibilidad y compromiso humano.

Con el tiempo comprendí que esta manera de entender la práctica médica transformó también mi vínculo con los pacientes. La imagenología no solo aportó precisión diagnóstica, sino que me exigió desarrollar una escucha más profunda. En muchas ocasiones, el relato del paciente adquiere pleno sentido cuando se integra con lo que la imagen muestra. Esta complementariedad fortaleció mi capacidad de explicar procesos patológicos de forma clara y empática, favoreciendo que el paciente comprenda su condición y participe activamente en su cuidado.

En la práctica cotidiana de la medicina general, la imagenología se convierte en un puente entre la sospecha clínica y la certeza razonada. No siempre se trata de confirmar una enfermedad, sino de descartar posibilidades, acotar diagnósticos diferenciales y tomar decisiones con mayor seguridad. Aprendí que un estudio bien indicado puede evitar

tratamientos innecesarios, procedimientos invasivos o derivaciones prematuras. En ese sentido, la imagenología también es una expresión de prudencia médica.

Otro aprendizaje fundamental fue comprender la necesidad de interpretar la imagen dentro de su contexto clínico. Una imagen aislada pierde sentido si no se integra con la historia del paciente, sus antecedentes, su entorno y su evolución. Esta visión integral me enseñó a no sobredimensionar hallazgos incidentales ni a generar alarmas injustificadas. Entendí que la imagen no habla por sí sola; requiere de un profesional que la interprete con criterio, ética y responsabilidad.

A lo largo de mi ejercicio profesional también tomé conciencia del impacto emocional que un estudio de imagen puede tener en quien lo solicita. Para muchos pacientes, la espera del resultado despierta ansiedad, temor o incertidumbre. Como médica general asumí el compromiso de acompañar ese proceso, explicar cada paso con honestidad y sensibilidad, y recordar que detrás de la tecnología siempre debe existir un trato humano. Esa dimensión emocional reafirmó mi convicción de que la imagenología no es fría ni distante cuando se utiliza con empatía.

La imagenología me enseñó a ser más paciente conmigo misma como profesional, a aceptar que no siempre existen respuestas inmediatas y que el proceso diagnóstico requiere tiempo, observación y reevaluación. Esta comprensión fortaleció mi criterio clínico y me permitió tomar decisiones mejor fundamentadas, lejos de la prisa y de la presión externa. Entendí que la verdadera destreza médica no consiste en saberlo todo, sino en reconocer cuándo y cómo buscar información adicional.

Desde una perspectiva académica, la imagenología despertó en mí un interés constante por el aprendizaje continuo. Cada estudio analizado, cada caso discutido y cada correlación clínico-imagenológica ampliaron mi comprensión del cuerpo humano. Ese interés se tradujo en una actitud más crítica y reflexiva frente a la práctica médica, impulsándome a actualizar conocimientos y a cuestionar paradigmas establecidos.

La experiencia también me permitió valorar el trabajo interdisciplinario. El intercambio con radiólogos y otros especialistas enriqueció mi formación y fortaleció la toma de decisiones compartidas. Comprendí que la medicina no se ejerce en soledad y que la colaboración entre profesionales mejora de manera significativa la calidad de la atención. La imagenología se convirtió, así, en un punto de encuentro entre distintas miradas clínicas.

En retrospectiva, reconozco que mi afinidad con la imagenología no nació de un interés técnico inicial, sino de una necesidad profundamente humana y profesional: comprender mejor para cuidar mejor. Esta herramienta me enseñó a respetar la complejidad del cuerpo y la singularidad de cada paciente, y me recordó que, aunque la tecnología avance, el juicio clínico y la sensibilidad humana siguen siendo insustituibles.

Hoy ejerzo la medicina con una mirada más amplia y consciente. Sé que cada imagen representa una oportunidad para confirmar, corregir o replantear decisiones, pero también para acompañar, explicar y brindar tranquilidad. La imagenología fortaleció mi identidad como médica general y reafirmó mi compromiso con una práctica responsable, ética y centrada en la persona.

Ver lo invisible no implica únicamente identificar una patología oculta; significa reconocer aquello que no siempre se manifiesta con claridad, aceptar la incertidumbre como parte inherente del proceso médico y utilizar las herramientas disponibles con criterio y humanidad. Esta experiencia resume una parte esencial de mi camino profesional y reafirma las razones por las que elegí la medicina como vocación de vida.

UNA ECOGRAFÍA EN SILENCIO

*Med. Wellington Israel Toapanta
Toapanta*



La sala de ecografía posee una atmósfera distinta dentro del servicio de Imagenología. No está sumida en la oscuridad ni inundada de luz; permanece en una penumbra cuidadosamente dispuesta para que la pantalla concentre toda la atención. Frente a ese rectángulo luminoso no solo se examinan estructuras anatómicas: también se depositan expectativas, nombres aún no pronunciados y proyectos que comienzan a tomar forma. Incluso antes de iniciar el estudio, el ambiente parece cargado de preguntas tácitas.

Aquel control obstétrico temprano parecía rutinario. La paciente ingresó con una calma cuidadosamente sostenida, aunque en su mirada se percibía la ansiedad de quien aguarda una confirmación trascendente. Sus manos reposaban sobre el abdomen en un gesto protector, como si ya resguardara lo que esperaba ver. Se acomodó en la camilla y fijó la vista en la pantalla aún apagada, que pronto se convertiría en el centro de su atención.

El examen comenzó con la serenidad habitual: el gel frío, el contacto del transductor, la imagen que emerge de forma gradual en el monitor. Pronto se delineó el saco gestacional con nitidez. La morfología resultaba tranquilizadora y todo parecía evolucionar conforme a lo previsto. Observaba con concentración, aguardando el instante crucial en el que debía

apreciarse la actividad cardíaca embrionaria, ese latido incipiente que transforma la tensión en alivio.

El especialista ajustó el plano y amplió la imagen. Transcurrieron segundos prolongados mientras todos permanecíamos atentos. La figura se mantenía estática, inmutable pese a los cambios de ángulo y a la exploración minuciosa. Pensé que quizá aún era demasiado temprano y que un pequeño ajuste bastaría. Se modificó la profundidad, se repitió la valoración con paciencia. Sin embargo, la quietud persistía, silenciosa y constante.

Entonces la realidad se impuso con nitidez. No había actividad cardíaca embrionaria. La estructura gestacional se distinguía con claridad en la pantalla, pero el latido esperado no se manifestaba. Se trataba de un aborto diferido: el desarrollo se había detenido sin que el cuerpo aún lo expresara. Esa ausencia explicaba la inmovilidad persistente. No existía movimiento por descubrir ni pulso que aguardar, solo una interrupción silenciosa cuyo significado trascendía la imagen.

El silencio cambió de matiz. Ya no era expectante, sino denso. La paciente continuaba observando el monitor, buscando en nuestros gestos una confirmación que todavía no se verbalizaba. Yo experimenté el peso de comprender antes que ella lo que sucedía. En instantes así, uno desearía equivocarse, anhela que el siguiente ajuste revierta el escenario y restituya la tranquilidad. Sin embargo, cuando la evidencia es concluyente, también lo es su mensaje.

El especialista prolongó la exploración unos minutos más, no por incertidumbre, sino por prudencia. Cada plano corroboraba la misma conclusión. No había dramatismo, solo una certeza que se asentaba lentamente.

Al retirar el transductor, el procedimiento técnico concluyó. Lo verdaderamente delicado comenzaba entonces. Observé con atención las palabras elegidas y el tono empleado. La explicación fue directa y serena; no requería tecnicismos, sino claridad y empatía.

La paciente guardó silencio. Apartó la vista de la pantalla y la dirigió hacia un punto indefinido, como si necesitara espacio para asimilar lo escuchado. No hubo gestos abruptos, solo una pausa profunda en la que la información parecía abrirse paso con dificultad. La esperanza con la que había ingresado no se extinguió de inmediato: primero se transformó en incredulidad, luego en comprensión dolorosa y, finalmente, en un llanto contenido que quebró la quietud del ambiente. No era únicamente tristeza, sino el desmoronamiento de una expectativa que ya había comenzado a construirse.

Permanecí allí, consciente de presenciar un momento decisivo en su historia. Comprendí que el ultrasonido no es solo una herramienta diagnóstica, sino un escenario donde confluyen certezas y emociones. La pantalla puede ofrecer imágenes precisas, pero no puede medir el impacto que esas imágenes generan. La objetividad del estudio contrasta con la subjetividad de lo que se vive frente a él.

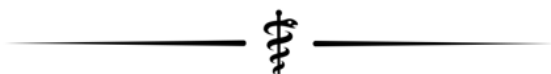
Al salir de la sala experimenté una sensación compleja. No era una tristeza desbordada ni tampoco una distancia fría. Era la conciencia de haber presenciado una interrupción inesperada en el inicio de una historia. En la práctica médica no siempre participamos de celebraciones; en ocasiones, acompañamos silencios que delimitan un antes y un después.

Aquella vivencia me enseñó que interpretar una imagen va más allá de reconocer formas y estructuras. Significa comprender el valor que esa imagen tiene para quien la

aguarda. Aprendí que la serenidad no equivale a indiferencia, sino que constituye una manera de sostener el entorno cuando las certezas se desvanecen. Descubrí también que la empatía no depende de discursos extensos, sino de la capacidad de permanecer presentes cuando alguien necesita apoyo.

Desde entonces, cada vez que participo en una ecografía obstétrica temprana, evoco esa experiencia como una lección vigente. En la penumbra de la sala, ante la pantalla iluminada, sé que no solo se proyectan imágenes: se acompañan procesos cargados de ilusión y, a veces, de interrupciones inesperadas. En esos instantes, el compromiso humano del médico adquiere un significado inmensurable que ninguna tecnología podrá reemplazar.

MEDICINA INTERNA



CUANDO LA MEDICINA BUSCA RESPUESTAS

Med. Eleana Gavilanes Castillo



El manejo intrahospitalario de cualquier paciente exige responsabilidad absoluta, no solo para preservar su integridad física, sino también para proteger su bienestar emocional y social. Sin embargo, el ejercicio cotidiano de la medicina nos recuerda que esta labor está expuesta a imprevistos y giros inesperados que ponen a prueba nuestros conocimientos, nuestra capacidad de adaptación y, sobre todo, nuestra humanidad. Por ello debemos mantenernos preparados, atentos, humildes ante lo desconocido y firmes frente a la incertidumbre.

Aún conservo en la memoria un caso que transformó profundamente mi comprensión del oficio y del peso que recae sobre quienes trabajamos en salud. Se trataba de un joven de 16 años, proveniente de una zona rural del austro ecuatoriano. Su historia había comenzado dos años antes, cuando sufrió un accidente de motocicleta con impacto frontal, sin casco, que le provocó múltiples fracturas del macizo facial. Fue atendido en una unidad asistencial cercana a su comunidad y, tras varios días de hospitalización, recibió el alta por parte del servicio de cirugía maxilofacial. Fue entonces cuando inició su verdadero calvario.

En los meses posteriores, el adolescente comenzó a presentar infecciones recurrentes en los senos paranasales. Lo que en

teoría debía ser un proceso de recuperación lento pero progresivo se convirtió en una cadena interminable de hospitalizaciones. Entraba y salía del hospital con una frecuencia que deterioraba su organismo y afectaba profundamente la estabilidad emocional y económica de su familia. Lo más inquietante era que, lejos de mejorar, su condición se tornaba cada vez más compleja.

Con el tiempo, los episodios de sinusitis se acompañaron de manifestaciones sugestivas de meningitis: fiebre persistente, rigidez de nuca, cefalea intensa y cuadros de confusión. Los equipos tratantes solicitaron múltiples estudios, algunos invasivos, en busca de la causa que explicara ese deterioro. Las pruebas confirmaban afectación meníngea una y otra vez, pero no ofrecían una explicación satisfactoria. Ante el riesgo inminente, se instauraron antibióticos de amplio espectro por vía parenteral, lo que implicó hospitalizaciones prolongadas.

Así transcurrieron más de dos años: ingresos y altas, expectativas que se renovaban y se frustraban. La familia, ya vulnerable desde lo económico, vio cómo se agotaban sus recursos. Más doloroso aún fue observar la transformación del adolescente: su cuerpo debilitado, su ánimo apagado y una derrota silenciosa que se instaló en su mirada.

Casi como un acto de esperanza, decidieron trasladarlo a la casa de salud donde realizaba mi residencia. Desde su ingreso supe que no sería un caso común. Había en él una fatiga hondamente asentada junto a una voluntad que aún resistía; una combinación que solo exhiben quienes llevan demasiado tiempo enfrentando lo inexplicable. Como los profesionales anteriores, también nosotros sentimos desconcierto desde el primer momento.

Repetimos estudios: cultivos, imágenes y una nueva punción lumbar. Una vez más, los resultados confirmaron meningitis. Teníamos el diagnóstico y el cuadro clínico, pero la causa seguía siendo un enigma, como observar una sombra sin conocer el objeto que la proyecta.

Fue entonces cuando decidimos cambiar el enfoque. En medicina, a veces lo verdaderamente transformador no es la tecnología, sino la mirada: ampliar perspectivas, integrar disciplinas y reconsiderar supuestos. Comprendimos que ese caso exigía análisis exhaustivos y una visión multidisciplinaria para encontrar la raíz del problema.

Y entonces emergió lo esencial de la medicina contemporánea: el abordaje integral y multidisciplinario. Convocamos a especialistas en otorrinolaringología, neurología, infectología, cirugía maxilofacial, radiología y psicología clínica. Revisamos cada antecedente, cada ingreso hospitalario, cada dato que alguna vez pasó inadvertido. Volvimos a los orígenes: el accidente, las fracturas, los síntomas que se perdieron entre tantas crisis que derivaron en hospitalizaciones.

La medicina, en ocasiones, solo avanza cuando alguien se detiene a mirar de nuevo.

A partir de esta nueva perspectiva surgieron preguntas distintas, hipótesis renovadas y una claridad tenue que comenzaba a abrirse paso en medio de la incertidumbre. Era el inicio del camino hacia una respuesta que durante años había permanecido oculta.

Tras la valoración inicial, solicitamos estudios adicionales. Ya no buscábamos confirmar aquella verdad conocida y dolorosa, sino descubrir el origen profundo del problema: la causa raíz que llevaba años escondida, difusa y esquiva.

Necesitábamos un punto de partida sólido para plantear un tratamiento definitivo que, al fin, pusiera término a un sufrimiento tan prolongado.

Los resultados no tardaron en mostrar un hallazgo inadvertido por todos los profesionales que lo habían atendido antes. Algo decisivo, aunque silencioso. La pieza faltante estaba ligada al accidente de motocicleta ocurrido años atrás. Comprendimos entonces que aquel evento, aparentemente superado, seguía ejerciendo una influencia oculta sobre su salud.

Durante el impacto, además de las fracturas y contusiones visibles, se produjo un daño más profundo: una comunicación anómala entre la base del cráneo y el etmoides, estructura conectada con cavidades neumáticas susceptibles a infecciones como la sinusitis. Esa fisura diminuta, casi invisible, había creado un puente patológico entre dos regiones que nunca debieron comunicarse, permitiendo el paso constante de microorganismos hacia un territorio tan frágil como las meninges.

Aquello explicaba la meningitis recurrente. Era la causa encubierta que había condenado al adolescente a un ciclo agotador de ingresos, tratamientos agresivos y desesperanza. Por primera vez en años, teníamos claridad. Por fin sabíamos qué enfrentábamos.

El siguiente paso sería tan complejo como inevitable: intervenir quirúrgicamente. Aquel procedimiento exigía un equipo capaz de coordinar maniobras simultáneas y altamente especializadas. La cirugía se estructuró en tres frentes, como si se tratara de cerrar un túnel con entradas distintas y riesgos propios en cada una.

En primer lugar, el equipo de otorrinolaringología ingresó por vía endoscópica para drenar por completo los senos

paranasales, despejar el terreno y disminuir el riesgo de nuevas contaminaciones cruzadas. Era una tarea minuciosa, silenciosa, donde cada movimiento debía ejecutarse con exactitud absoluta.

Luego intervino el equipo de cirugía maxilofacial. Su misión consistía en cerrar la comunicación desde la cara, reconstruyendo las estructuras dañadas y sellando el paso anómalo desde el lado facial. Un trabajo delicado, que exigía experiencia, paciencia y un conocimiento preciso de la anatomía alterada.

Finalmente llegó el momento más crítico: el abordaje intracraneal. Neurocirugía asumió la responsabilidad de cerrar la comunicación desde el interior, en la base misma del cráneo, un territorio donde cualquier error podía convertirse en una tragedia. Fue un procedimiento extenso, arduo, cargado de tensión contenida y de una concentración absoluta.

A pesar de la complejidad, la armonía entre los equipos permitió que la intervención avanzara con éxito. La pericia de las manos involucradas, la coordinación impecable y la serenidad técnica transformaron una situación límite en una posibilidad real de recuperación.

Sin embargo, la cirugía era solo una parte de la batalla. Tras la reconstrucción, comenzó el manejo clínico, sostenido por infectología, cuidados críticos y medicina interna. Aquello requirió vigilancia permanente, ajustes terapéuticos finos y un acompañamiento cercano para que el organismo completara la reparación iniciada en el quirófano.

Así, un caso que durante años había sido un laberinto sin salida finalmente encontró un rumbo claro. No gracias a un solo especialista ni a una prueba aislada, sino a la suma de

voluntades, conocimientos y miradas diversas que entendieron que, en medicina, ningún detalle es insignificante cuando se trata de devolverle la esperanza a un paciente.

LA OTRA HERIDA

Dra. Carolina Hidalgo Tapia. PhD



El turno de la mañana inició con la luz tibia del amanecer filtrándose entre las persianas del hospital. La docente avanzaba por el pasillo con pasos firmes y silenciosos, acompañada de su estudiante Paola, quien sostenía una bandeja con insumos para curaciones avanzadas. El aire olía a desinfectante y a café recién hecho, una mezcla familiar que anunciaba el comienzo de cada jornada.

Ese jueves, la lista de pacientes incluía al señor Ricardo, cama 302. Un nombre que, con el tiempo, había dejado de ser un simple registro para convertirse en una presencia constante. Era un hombre de sesenta y seis años, hospitalizado por una úlcera diabética severa en el pie derecho. La lesión era amplia, enrojecida, de bordes irregulares; los tejidos periféricos parecían agotados en su lucha contra la infección. Pese a los tratamientos, el dolor lo consumía en un silencio resignado.

Al llegar a la habitación, Paola ajustó la mascarilla y respiró hondo. Aún no se acostumbraba a las curaciones complejas ni al olor que delataba la infección. Su profesora, en cambio, llevaba años recorriendo el delicado territorio donde se encuentran las heridas físicas y las emocionales; sabía reconocer cuándo el cuerpo pedía auxilio y cuándo lo hacía el alma.

Golpeó la puerta con suavidad.

Buenos días, señor Ricardo saludó con una inclinación leve, un gesto que combinaba profesionalismo y una calidez que no se aprende en los libros.

El hombre levantó la mirada. Sus ojos, hundidos por el cansancio y el dolor, apenas lograron responder con un gesto mínimo.

La docente se acercó a la cama y comenzó a preparar el material en la mesa auxiliar. Paola se colocó a su lado, expectante, dispuesta a aprender no solo una técnica, sino también la humanidad que la sostiene.

Vamos a cambiar ese vendaje, si me permite... anunció con un tono suave, casi un susurro.

Comenzó retirando con delicadeza la gasa endurecida por las secreciones. El olor, penetrante y metálico, se elevó como un hilo invisible. Paola apretó la mandíbula; su profesora, en cambio, continuó con la serenidad de quien ha aprendido que incluso los olores revelan información clínica.

La herida está respondiendo bien a los antibióticos, señor Ricardo. Estamos ganando esta batalla... dijo mientras irrigaba la zona y desprendía fragmentos de tejido necrótico que se soltaron como pétalos marchitos.

Ricardo exhaló un suspiro largo, cargado de algo más hondo que el dolor físico.

Una batalla inútil, me temo, Licenciada... murmuró sin apartar la vista del techo. Esta herida es solo el aviso. El verdadero problema no está en mi pie.

La frase cayó en la habitación como una piedra en un estanque inmóvil. Paola levantó la mirada, desconcertada. La docente

se detuvo en seco. Su mano quedó suspendida, como temiendo rozar algo más frágil que la piel.

¿Y dónde está ese problema, señor Ricardo? preguntó con suavidad.

El silencio se volvió denso, como si el aire contuviera la respiración.

Perdí a mi esposa hace dos años respondió al fin. La depresión me fue consumiendo. Dejé de cuidarme, de controlar el azúcar, de moverme... Solo quería dormir profundamente. Ella era mi ancla. Cuando se fue, me quedé a la deriva. Y esta úlcera es mi cuerpo rindiéndose ante el vacío que dejó su ausencia. Usted cura mi pie... pero ¿quién cose el agujero en el pecho?

Tanto la docente como la estudiante sintieron el impacto de aquellas palabras. No era extraño que los pacientes confesaran su dolor cuando encontraban a alguien que realmente escuchaba; sin embargo, siempre existía un instante en que el sufrimiento ajeno se convertía en un reflejo propio. Ese instante acababa de llegar.

La profesora respiró hondo, recordándose que escuchar también es una forma de cuidar. Paola observaba la escena, aprendiendo una lección que no aparece en los manuales: la enfermería, en su esencia más profunda, es el arte de sostener al otro cuando está a punto de caer.

La docente terminó de limpiar la herida y aplicó un apósito de hidrocoloide con movimientos lentos, casi ceremoniales. Mientras lo hacía, pensó:

Aquí reside la verdadera ciencia de la Enfermería. Somos quienes permanecemos más tiempo al lado de la cama, los centinelas de la angustia, los testigos del dolor que no aparece

en ninguna radiografía. El médico identifica la enfermedad; nosotros acompañamos a la persona que la padece. Y, en muchas ocasiones, la herida visible es apenas un pretexto del cuerpo para que la herida invisible, la que duele en silencio, pueda por fin ser nombrada.

Cuando terminó el vendaje, en lugar de retirarse, la docente arrastró una silla y se sentó junto al paciente. Sabía que cruzaba ese límite tácito de la “distancia profesional”, pero también sabía que hay reglas que deben quebrarse cuando la humanidad lo exige.

Tomó la mano del hombre con una delicadeza casi maternal.

La herida de su pie sanará, señor Ricardo. Lo hará, se lo prometo. Pero la otra... la que pesa más... esa necesita un tratamiento distinto. Necesita ser reconocida, escuchada, puesta en palabras.

Ricardo cerró los ojos. Una lágrima, discreta y solitaria, rodó por su sien. Paola, a pocos metros, sintió un nudo en la garganta. Fue testigo no solo de una curación, sino de un encuentro profundo entre dos seres humanos que, por un instante, dejaron de ser profesional y paciente para convertirse en dos almas compartiendo el peso del duelo.

Días después, una mañana especialmente fría, cuando el hospital comenzaba a despertar entre pasos y murmullos, Paola entró en la habitación y encontró a Ricardo sentado, apoyado contra la cabecera. No leía ni miraba la televisión apagada. Solo estaba allí, con las manos entrelazadas, como si algo en él hubiera cambiado.

Hoy... dijo en voz baja hoy soñé con ella. Pero no fue triste, ¿sabe? Fue... como volver a respirar.

Paola no respondió de inmediato. A veces, las palabras interrumpen las revelaciones más delicadas.

Creo que quiero regresar a casa cuando me den el alta continuó él. Quiero abrir las ventanas. Dejar que entre la luz otra vez.

Ella sonrió desde detrás de la mascarilla y sintió un calor expandirse en el pecho, como un amanecer inesperado.

Eso es un buen comienzo, señor Ricardo susurró.

Mientras retiraban el vendaje junto a su docente, notó que la piel alrededor de la úlcera estaba más rosada, más firme. La herida cicatrizaba. Y, de algún modo, sabía que no era solo mérito de los antibióticos. Había sido también obra de la conversación, del tiempo compartido, de la escucha atenta, del reconocimiento del dolor profundo, de la humanidad que se teje en medio de soluciones, instrumentos y gasas.

La cicatrización del alma, aunque invisible para cualquier monitor, también había comenzado.

El día del alta llegó tres semanas después. Paola entró en la habitación para despedirse. Ricardo sostenía una pequeña mochila y un libro de portada gastada: *El amor, las mujeres y la vida*, de Benedetti.

Me lo regaló ella explicó. Quiero volver a leerlo. Esta vez, sin miedo.

Paola sintió que algo dentro de sí encajaba, como si un engranaje interno hubiera encontrado su sitio.

Prométame que abrirá las ventanas pidió.

Ricardo asintió con serenidad.

Y usted... siga escuchando así a sus pacientes agregó. No sabe cuánto cura.

Paola sonrió. Lo sabía desde el primer día, desde el instante en que comprendió que cuidar no es solo aplicar técnica, sino también entregar presencia.

Ricardo cruzó la puerta con pasos lentos, pero con el pecho un poco menos hundido. Paola lo observó alejarse, consciente de que el hospital había tratado una herida... pero él cargaba otra que quizá nunca cerrara del todo. Aun así, ahora tenía herramientas para caminar con ella.

Al final del turno, mientras la docente y Paola revisaban los registros, la estudiante habló con voz tenue:

Profe... ¿cómo se aprende a manejar todo eso? Lo que no está en los libros. Lo que la gente guarda en el alma.

La docente permaneció en silencio unos segundos.

No se aprende respondió al fin. Se siente. Y después, se acompaña. A veces fallamos, otras logramos que alguien vuelva a abrir sus ventanas. Ese es el privilegio más grande de esta profesión.

Paola bajó la mirada, reflexiva. Luego sonrió. Había entendido.

La docente cerró el registro, apagó la luz y salió de la sala. Sabía que muchos la verían solo como una profesional de la salud, pero su verdadera labor era otra: ser puente, sostén, presencia... ser la mano que, por un instante, hace un poco menos oscura la noche de quien sufre.

ÚLTIMA GUARDIA EN MEDICINA INTERNA

Med. Stefania Nohemí Sarango Riofrío



Hace poco, durante mi rotación como interna de medicina, viví uno de los episodios más memorables y reveladores de mi formación profesional.

La jornada había iniciado con normalidad. Realicé las evoluciones habituales hasta llegar a la última cama del área de hematología, donde encontré a una paciente de 17 años con diagnóstico de leucemia mieloide. Estaba en tratamiento y llevaba apenas 48 horas internada tras una recaída. La hallé desorientada. El día anterior había recibido una transfusión sanguínea y, según la valoración del internista de guardia, los paraclínicos se encontraban dentro de los parámetros esperados.

Ante el estado de confusión y considerando que era una adolescente en edad fértil, el jefe de guardia decidió solicitar una prueba de embarazo y reforzar el monitoreo de sus signos vitales.

Casi dos horas después llegó el resultado: positivo. La sorpresa fue general. Comunicamos la noticia a la familia, pedimos una BHCG cuantitativa para estimar la gestación y solicitamos una ecografía de emergencia con el fin de comprender mejor el cuadro.

Treinta minutos más tarde se realizó el estudio. No fue posible visualizar el saco gestacional debido a un hallazgo inesperado: abundante líquido libre en la cavidad abdominal que impedía evaluar correctamente. El equipo de imagen sugirió realizar una tomografía para confirmar la gestación y cuantificar el líquido.

Poco después recibimos el siguiente dato relevante: una BHCG cuantitativa de 19 980 mUI/ml, compatible con aproximadamente cinco semanas de embarazo según la referencia del laboratorio.

En el ambiente se mezclaban emociones intensas. Por un lado, los hallazgos médicos eran sorprendentes y cada nueva información atraía la atención de todos. Sin embargo, la realidad humana era imposible de ignorar. Nos conmovía ver a los padres profundamente afectados, y como equipo también dudábamos al comunicar cada actualización, conscientes del peso que cargaban nuestras palabras.

Se procedió a preparar a la paciente para una tomografía. Dos horas después, al realizarla, tampoco se observó saco gestacional ni signos de embarazo. En contraste, se identificaron aproximadamente 2500 ml de líquido libre en la cavidad abdominal. Los paraclínicos de control mostraron un deterioro hemodinámico progresivo, con descensos de alrededor de tres puntos en la hemoglobina, el hematocrito y las plaquetas. Paralelamente, el estado de conciencia se agravaba, con una disminución del puntaje de Glasgow a 10.

Ante esta evolución, el médico internista consideró necesario solicitar valoraciones adicionales para definir el mejor curso de acción con un equipo multidisciplinario.

La primera evaluación la realizó el servicio de ginecología. Indicaron que, por la edad gestacional estimada, era

indispensable mantener vigilancia estrecha y continuar con las transfusiones para favorecer la estabilidad de la paciente. El ginecólogo conversó con los padres y les explicó que, debido a la condición de la menor y al ser ellos sus representantes legales, podían decidir si continuar o interrumpir la gestación. En Ecuador, el aborto es legal bajo ciertas circunstancias, como abuso sexual o riesgo para la vida o la salud de la mujer¹. Sin embargo, los padres prefirieron que la decisión la tomará su hija. Ella eligió esperar, pues su estado hemodinámico no permitía realizar el procedimiento de manera segura.

La siguiente valoración estuvo a cargo de cirugía general. El equipo revisó las imágenes y realizó un nuevo examen físico, encontrando un abdomen notablemente distendido. El cirujano conversó con los padres y les pidió mantener la calma, asegurándoles que haría todo lo posible por ayudar a su hija.

La última evaluación correspondió a la unidad de cuidados intensivos. Debido al deterioro hemodinámico, la médica intensivista consideró necesario el ingreso a UCI y recomendó una transfusión adicional.

Con esta información, se convocó a una junta médica que incluyó a la hematóloga, quien había seguido el caso durante los últimos dos años y conocía mejor la evolución de la paciente. El equipo concluyó que lo más adecuado era realizar

¹ Human Rights Watch. (2024, 30 de agosto). *Amicus curiae en la acción de inconstitucionalidad 22-24*.

<https://www.hrw.org/es/news/2024/08/30/amicus-curiae-en-la-accion-de-inconstitucionalidad-22-24-contra-el-articulo-149-del>

una laparotomía exploratoria para identificar el origen del líquido libre y descomprimir el abdomen. La intervención sería asumida por cirugía general en conjunto con ginecología. No obstante, la intensivista advirtió que operar con un Glasgow de 8 puntos, hemoglobina de 6 mg/dl y plaquetas de 85 000/ μ l representaba un riesgo alto de mortalidad, por lo que se decidió iniciar un protocolo de transfusión antes de la cirugía.

Me dirigí entonces al banco de sangre para solicitar seis unidades de glóbulos rojos, tres de plasma fresco congelado, cuatro de plaquetas y una de crioprecipitados. En esta área efectuaron las pruebas cruzadas en quince minutos y comunicaron que los componentes estarían listos en aproximadamente treinta minutos, excepto las plaquetas, que no estaban disponibles en la ciudad. El abastecimiento de este componente podía tardar entre cuatro y seis horas, por lo que se comenzó la transfusión con lo que había en la casa de salud.

El proceso duró entre ocho y diez horas. Una hora después de finalizarlo, los exámenes de control mostraron una hemoglobina de 11 mg/dl y plaquetas de 100 000/ μ l. Con estos resultados, el equipo de cirugía programó el ingreso al quirófano, que se concretó alrededor de las dos de la mañana. Durante la intervención se extrajeron cerca de 3000 ml de líquido libre y se identificó como causa un compromiso de la vena ilíaca, el cual fue resuelto tras cuatro horas de cirugía. La paciente fue trasladada a cuidados intensivos al finalizar el procedimiento.

Finalmente, esta vivencia marcó profundamente mi formación profesional y personal. Puso en juego criterios médicos, éticos y morales que me hicieron comprender la complejidad de cada decisión clínica. Si algo destaco de aquella jornada es que una mirada diferente puede cambiar

por completo el rumbo de un caso, y que el trabajo en equipo es esencial para cumplir nuestra verdadera misión: cuidar y preservar la vida.

No buscamos convertirnos en héroes, sino en seres humanos más conscientes y comprometidos, capaces de priorizar el bienestar de quienes dependen de nosotros. Ese día recordé la esencia de uno de los principios del juramento hipocrático: “Velaré con el máximo respeto por la vida humana”². Ese compromiso, simple y profundo, guió cada paso y continúa siendo el fundamento de mi camino en la medicina.

² World Medical Association. (2017). *Declaración de Ginebra: el juramento del médico*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>

PRIMEROS PASOS CLÍNICOS

Med. Gabriela Cabrera Solís



El hospital se desplegaba ante ella como un océano desconocido: vasto, profundo y en permanente agitación. Los monitores marcaban un pulso semejante al vaivén de una marea invisible, y cada camilla resguardaba una historia pendiente de atención. La estudiante de medicina avanzó en ese escenario con una mezcla de fascinación y temor, consciente de que ya no bastaba con memorizar conceptos; debía ponerlos en práctica con precisión y sensibilidad.

Desde los primeros años de carrera había sentido afinidad por el ámbito clínico. Le atraía la capacidad de integrar manifestaciones dispersas hasta construir una interpretación coherente. Sin embargo, el inicio del internado convirtió esa inclinación académica en un desafío concreto. El área de observación, contigua al sector de emergencias, reunía cerca de veinticinco personas distribuidas en cubículos delimitados por cortinas. El entorno vibraba con actividad incesante: pasos decididos, indicaciones precisas y equipos que registraban constantes vitales sin tregua.

Su tutor, un médico de carácter firme y vocación docente, le asignó la elaboración de una historia clínica completa acompañada de una exploración minuciosa. La instrucción fue clara. Antes de acercarse al espacio indicado, respiró profundamente para ordenar sus pensamientos. En la camilla

se encontraba un hombre de mediana edad, incorporado a medias, con expresión fatigada y respiración trabajosa. A su lado, una mujer sostenía una carpeta con estudios previos, atenta y visiblemente preocupada.

La joven se presentó con cortesía e inició la anamnesis siguiendo la secuencia aprendida: motivo de consulta, tiempo de evolución, antecedentes y hábitos relevantes. El paciente relató disnea progresiva, edema en extremidades inferiores y agotamiento ante esfuerzos mínimos. Sus respuestas eran breves, interrumpidas por la necesidad de recuperar el aliento. Cada información activaba en la mente de la estudiante los conocimientos adquiridos: fisiopatología cardiovascular, mecanismos compensatorios y correlación clínico-patológica.

La exploración física demandó atención plena. Al apoyar el estetoscopio sobre el tórax, consiguió distinguir, pese al bullicio del entorno, crépitos en las bases pulmonares. Percibió además un tercer ruido cardíaco, hallazgo que fortalecía su hipótesis. Comprobó la presencia de edema con fóvea, registró la presión arterial y contó la frecuencia del pulso. Aquella semiología, antes aprendida en esquemas y manuales, se revelaba ahora tangible y elocuente.

La sospecha de insuficiencia cardíaca comenzó a consolidarse en su razonamiento. No surgía de una intuición precipitada, sino de la integración ordenada de manifestaciones clínicas, signos objetivos y antecedentes relevantes. Con las ideas organizadas, acudió a su tutor para presentar el caso. Expuso los datos de forma estructurada y planteó un diagnóstico presuntivo fundamentado. El médico escuchó con detenimiento y, a continuación, formuló preguntas orientadas a profundizar en la comprensión fisiopatológica del cuadro.

Le pidió interpretar el electrocardiograma. La estudiante examinó ritmo, frecuencia y posibles indicios de sobrecarga. Evocó las prácticas académicas y aplicó los criterios estudiados. Aunque el nerviosismo era evidente, logró describir sus hallazgos con claridad. El tutor realizó precisiones puntuales que afinaron su análisis y le indicó coordinar interconsultas con las especialidades pertinentes, subrayando la necesidad de un abordaje integral y articulado.

Horas después volvió al cubículo para explicar al paciente y a su acompañante, en un lenguaje accesible, la situación clínica. Comparó el corazón con una bomba que, al perder eficiencia, favorece la acumulación de líquido y la sensación de falta de aire. La esposa escuchó con atención y preguntó por el pronóstico y los cuidados requeridos. La estudiante respondió con prudencia, aclarando que el plan terapéutico sería definido por el equipo tratante, pero que existían intervenciones destinadas a aliviar los síntomas y prevenir complicaciones.

La estudiante destacó la relevancia de la adherencia al tratamiento, los ajustes nutricionales y el control periódico. Utilizó un lenguaje claro, prescindiendo de términos técnicos innecesarios. Notó cómo una explicación comprensible atenuaba la inquietud de la familiar. En ese instante entendió que enseñar también forma parte del acto terapéutico. Esta área no se limita a indicar fármacos; orienta, anticipa complicaciones y acompaña procesos a largo plazo.

Más tarde, durante la ronda general, escuchó el análisis de situaciones clínicas complejas: trastornos metabólicos, patologías autoinmunes e infecciones con repercusión sistémica. Cada exposición se asemejaba a un rompecabezas que exigía detenimiento y pensamiento crítico. Advirtió un rasgo común: tras una manifestación puntual existía una red

de interacciones fisiológicas que demandaba una visión integradora.

En ese intercambio comprendió que la disciplina trasciende la formulación de diagnósticos. Supone acompañar procesos humanos atravesados por cambios, incertidumbre y necesidad de adaptación. La enfermedad alteraba dinámicas familiares y proyectos personales. El enfermo no era una suma de hallazgos clínicos, sino alguien con historia, miedos y expectativas.

A lo largo de la jornada atendió otros casos asignados, pero aquel primer encuentro permaneció nítido en su memoria. Cada exploración reforzaba el vínculo entre conocimiento académico y experiencia asistencial. El entorno que al inicio le resultaba intimidante comenzó a adquirir sentido. Reconocía patrones, anticipaba interrogantes y afinaba su mirada clínica.

Al finalizar el día comprendió que esta área no es solo una especialidad dedicada al estudio de afecciones complejas, sino un ejercicio constante de integración. En ella confluyen fisiología, farmacología y semiología, junto con ética, sensibilidad y responsabilidad. Cada situación exige una perspectiva amplia, capaz de relacionar sistemas y circunstancias personales sin fragmentar al ser humano en etiquetas diagnósticas.

La relevancia de esta disciplina reside en su capacidad para comprender el organismo como un sistema dinámico e interconectado. No se limita a abordar manifestaciones evidentes; indaga en los procesos subyacentes que las generan. Exige razonamiento crítico, evaluación minuciosa y formación continua. Sin embargo, el saber científico carece de auténtico sentido si no se ejerce con sensatez y

compromiso. La evidencia guía las decisiones, pero es la ética profesional la que define su aplicación.

La estudiante comprendió que cada paciente trasciende cualquier clasificación diagnóstica. Representa una historia en desarrollo, un entramado de vínculos familiares, inquietudes y anhelos. La enfermedad puede comprometer la independencia, alterar la vida cotidiana y sembrar incertidumbre. Ante ello, el deber del médico no se restringe a indicar un tratamiento; implica preservar la confianza. Escuchar con atención, informar con claridad y proceder con respeto constituyen intervenciones tan significativas como cualquier recurso terapéutico.

De este modo, la futura médica entendió que su elección no respondía solo a un interés académico, sino a una manera consciente de asumir la profesión. En ese punto de encuentro entre ciencia y humanidad halló no únicamente un campo de estudio, sino una forma íntegra de ejercer la medicina. El hospital dejó de parecerle un océano inabarcable y se transformó en un espacio donde cada latido contenía una historia digna de comprensión.

NEFROLOGÍA



EL HONOR DE SERVIR

Med. Debbie Plaza Ortiz



La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad.

Cada etapa en la formación médica representa una oportunidad de crecimiento: amplía conocimientos, perfecciona destrezas y fortalece tanto la vida profesional como la personal y familiar. Esta profesión nos permite experimentar la bondad, el amor y la compasión a través del contacto con pacientes y sus familias en sus momentos más vulnerables. Nos enseña a actuar con sensibilidad, prudencia y benevolencia.

El camino hacia el año de salud rural está marcado por la incertidumbre. Sabemos que brindaremos atención en distintas comunidades del país, muchas de ellas remotas, donde llegar puede requerir lanchas o avionetas, y donde a menudo faltan servicios básicos. Todo inicia con un sorteo nacional realizado en una provincia. Durante varios días, según la categoría, cientos de médicos recién graduados nos reunimos para conocer nuestro destino. Primero se determina el orden de las universidades y luego, uno a uno, acudimos sin saber si nuestra plaza estará en la Costa, Sierra, Amazonía o Región Insular; si estaremos cerca de nuestras familias o a horas de distancia; si nos esperan costumbres nuevas o realidades desconocidas.

Gracias a mi buen promedio tuve la oportunidad de escoger mi plaza, y junto a mi mejor amiga decidimos elegir el mismo centro de salud. Cuando llegó el día, supe que mi lugar de trabajo estaría a cuarenta minutos de casa, en una parroquia rodeada de bananeras y atravesada por un río. Días antes hice el recorrido para conocer el que sería mi segundo hogar: ubiqué el centro, pregunté cómo llegar y averigüé qué bus debía tomar. Allí comenzó una etapa que marcaría profundamente mi vida médica y personal.

Me llenaba de ilusión la nueva travesía que estaba por comenzar, impulsada por el deseo profundo de servir a la población vulnerable y menos favorecida, con el único propósito de hacer el bien y salvar vidas, sin importar los desafíos que ello implicara. Recuerdo con especial cariño mis días en el servicio rural. Durante el primer mes tuvimos dos semanas de inducción, tiempo en el cual el centro de salud funcionó únicamente con atención de obstetricia.

Puedo imaginarlo como si fuera ayer: el primer día llegamos a las 8:00 de la mañana, nos saludamos entre compañeros sin conocernos y, con una mezcla de entusiasmo y nerviosismo, nos propusimos abrir el establecimiento y empezar a atender. Entre sonrisas tímidas y rostros nuevos, iniciamos nuestra labor. Afuera nos esperaba una fila de unas quince personas. Aquella jornada fue extenuante; trabajamos sin descanso en todas las áreas, aprendiendo sobre la marcha y adaptándonos al ritmo de la comunidad.

Entre tantas experiencias, una historia permanece grabada con especial fuerza. Una madre llegó angustiada, casi desesperada, pidiendo un turno para su hija de veinte años. Comentaba que acudía cada semana sin obtener una solución y que la vida de su hija había cambiado por completo. Su ánimo era inestable, su salud mental se deterioraba y

presentaba dolor poliarticular que cedía temporalmente con analgesia. Llevaba tres meses así. Escuché parte de su relato desde donde me encontraba y le pedí a mi compañera que la preparara para la atención. Aún me faltaban dos pacientes, pero algo en esa historia despertó mi inquietud.

Los signos vitales estaban dentro de parámetros normales. La atendí en el consultorio de Medicina General 1. Mientras describía su cuadro clínico, revisé su carpeta: notas médicas previas, valoraciones y exámenes de laboratorio. Me llamó la atención su perfil renal. Durante el examen físico observé eritema malar, poliartritis y edema en miembros inferiores; además, refería insomnio. Era una joven sin antecedentes patológicos personales, pero su cuadro sugería algo más complejo.

La evalué día tras día. Le pedía que regresara para observar cualquier cambio, por mínimo que fuera. Solicitaba nuevos exámenes y comencé a gestionar su referencia a Medicina Interna, pero no había turnos disponibles hasta dentro de tres meses. Presenté su caso insistentemente; la respuesta era siempre la misma: “envíe analgesia y corticoides”. Aun así, insistía todos los días en que nos ayudaran con un turno extra, pero el servicio estaba completamente colapsado.

Entre los antecedentes familiares, su madre mencionó que una hermana había presentado síntomas similares a los de su hija a una edad muy temprana. Por la falta de recursos y la ausencia de un diagnóstico oportuno, aquella adolescente falleció a los dieciséis años. Su madre no estaba dispuesta a revivir esa historia. Esa información fue crucial para orientar la evaluación.

Tras tres semanas de seguimiento constante, conversé con la familia sobre la necesidad de solicitar exámenes

especializados fuera del centro de salud. Contábamos con pruebas básicas, pero no eran suficientes para llegar al diagnóstico. La única alteración evidente era el perfil renal, y necesitábamos estudios complementarios, aunque fueran costosos, porque el estado de la paciente continuaba deteriorándose.

La familia aceptó realizarlos y organizó actividades para recaudar el dinero. Finalmente, lo que inicialmente sospechamos como diagnóstico presuntivo se confirmó: padecía Lupus Eritematoso Sistémico. Recuerdo con claridad el momento en que llamé al hospital para pedir una valoración urgente por Medicina Interna y Nefrología. Al fin recibimos una respuesta favorable. Ese día cambió la vida de la paciente, de su familia y también la mía. A pesar de cada obstáculo, rendirse nunca fue una opción. Más tarde fue derivada a otra casa de salud para continuar su seguimiento con Reumatología.

Inició tratamiento y comenzó a mejorar. Sus dolores disminuyeron, su ánimo se estabilizó y recuperó parte de su rutina. Agradecía poder vivir sin el sufrimiento constante de los últimos meses. Le realizaron una biopsia renal; pese a que la creatinina y la urea seguían elevándose y cursaba con nefritis lúpica e insuficiencia renal, enfrentó todo con fortaleza. Sabía que incluso existía riesgo de iniciar diálisis, pero se aferró a la esperanza. Ella y su familia agradecían al menos tener un diagnóstico, una verdad desde la cual luchar. Se informaron sobre la enfermedad y decidieron no darse por vencidos. Cada reto sería afrontado juntos. Esa historia me enseñó que nunca debemos dejar de buscar soluciones; siempre existe una manera de ayudar.

Una de las mayores satisfacciones de mi profesión es la posibilidad de conectar con el lado humano de cada paciente.

La experiencia adquirida durante el año de servicio rural es invaluable: forja seguridad, criterio y la capacidad de enfrentar situaciones complejas con los recursos disponibles. Cuando se trabaja con ética y humanismo, las huellas que dejamos en la comunidad son eternas.

El año de servicio rural me dejó alegrías inmensas y una profunda gratitud al recibir el cariño de las personas que atendí. Un médico jamás debe apartarse de su sensibilidad humana; sin ella, la medicina pierde su esencia. Servir es un privilegio, y la gratitud que nace de esa entrega es indescriptible. Cada jornada vivida en esta profesión tiene una belleza única.

Si pudiera ofrecer un consejo, diría que se ejerza por vocación, respetando siempre los derechos del paciente, brindando diagnósticos responsables, tratamientos adecuados, educación continua y un acompañamiento real. La misión del médico va más allá de prescribir: implica sostener, orientar y cuidar en lo físico, lo mental y lo emocional.

No cambiaría mi profesión por nada. Si volviera a nacer, elegiría nuevamente la medicina. Repetiría las noches interminables de estudio, las investigaciones, los trabajos sin fin, las presentaciones, y aquel internado con hora de entrada pero nunca de salida. Aceptaría otra vez las guardias que parecían no terminar, los días de aprendizaje constante y las ausencias inevitables en cumpleaños y celebraciones familiares. Sabía que cada sacrificio conducía a un propósito mayor.

Amo profundamente mi trabajo.

NEUMOLOGÍA



TUBERCULOSIS, UN RETO FALLIDO

Med. Mishell Barzallo Espinoza



La tuberculosis no siempre se manifiesta con tos persistente, sudoración nocturna o expectoración prolongada. En ocasiones avanza en silencio, alojada en otros órganos, y su resolución no depende únicamente del acto médico. Conocí esta enfermedad durante mi formación profesional; admiraba profundamente al docente que impartía la materia y asistía incluso a clases adicionales para profundizar en las enfermedades infecciosas. Sin embargo, fue durante mi año rural cuando enfrenté su verdadero desafío.

Creía entonces que el cumplimiento del tratamiento se lograba explicando con claridad las indicaciones, insistiendo en la importancia de la adherencia y garantizando la entrega oportuna de la medicación. Estaba equivocada.

Mi año rural transcurrió en la Sierra, a dieciocho horas de viaje en bus desde mi hogar. El sector se encontraba en el páramo: no había vías pavimentadas, tiendas, señal telefónica ni acceso a agua potable. Solo montaña, frío intenso y ganado. Adaptarse a ese entorno implicó aprender a movilizarse entre comunidades, integrarse a nuevas costumbres y convivir con tradiciones desconocidas. Fue, sin duda, un desafío personal y profesional.

Entre mis responsabilidades estaba ejercer como administradora técnica del centro de salud. Los objetivos eran

numerosos y exigentes. El personal se organizaba en dos grupos para cubrir todas las comunidades, lo que implicaba realizar brigadas médicas, caminar largas distancias y transportar medicación, básculas, vacunas y otros insumos. A ello se sumaban la dirección de la unidad operativa, la elaboración de informes, matrices y múltiples procesos administrativos.

El centro de salud se convirtió en mi segundo hogar y, en muchas ocasiones, en el único espacio donde la comunidad encontraba respuestas. Gran parte de mi trabajo se desarrollaba de manera extramural; pasaba más tiempo en el campo que dentro de la unidad.

La doctora Emilia, quien estaba próxima a culminar su año rural, me entregó varios procesos pendientes, entre ellos el caso de una paciente, con información escasa y fragmentada. Fue así como conocí a Carmen: una mujer joven, de contextura delgada, baja estatura y veinticinco años de edad, diagnosticada con tuberculosis ganglionar. Vivía en una comunidad vecina, a ocho horas de caminata.

Al conocerla, no presentaba síntomas evidentes. Su historia clínica era incompleta y su actitud distante; evitaba el contacto visual y mostraba resistencia a interactuar con el personal de salud. Desde el inicio comprendí que el tratamiento sería prolongado, aunque nunca imaginé que el mayor obstáculo no sería la enfermedad, sino la ausencia.

El protocolo era claro: realizar exámenes de control, entregar la medicación semanalmente, supervisar la toma de los antifímicos y registrar su evolución clínica, peso y signos vitales. Era un trabajo coordinado entre médico, licenciada y técnica de atención primaria. Sin embargo, la mayor carga de

seguimiento y responsabilidad recaía, inevitablemente, sobre mí.

Cada semana preparaba la medicación y buscaba la forma de hacerla llegar a la paciente. Carmen nunca acudía a los controles, no respondía a las llamadas ni enviaba los videos que solicitábamos para verificar la toma del tratamiento. Su vivienda estaba a una distancia considerable, pero aun así debíamos garantizar la entrega de los fármacos, invirtiendo tiempo y, en muchas ocasiones, recursos propios para el traslado.

Desde niveles superiores se me exigía insistir en el seguimiento, pero la pregunta era inevitable: ¿cómo obligar a alguien a curarse? Realicé múltiples intentos para acercarme a ella. Recuerdo con claridad una ocasión en la que una licenciada y yo nos dirigimos a su domicilio. No contábamos con transporte y caminamos ocho horas para llegar. Con hambre, agotadas y con el cuerpo adolorido, tocamos su puerta. Solo obtuvimos silencio, a pesar de haber coordinado la visita con días de anticipación. El retorno implicó otras ocho horas de caminata, bajo la lluvia, con la ropa empapada y el ánimo quebrado. Llegamos exhaustas y frustradas, cargando el peso de haber hecho todo lo posible, sin lograr el objetivo.

Como médica, le expliqué en reiteradas ocasiones las consecuencias de la enfermedad y la importancia de cumplir el tratamiento. Sin embargo, su ausencia persistente y la falta de compromiso continuaban. La situación se volvió cada vez más compleja. Fue necesario consultar a docentes y especialistas, involucrar a su familia y replantear la dosificación del esquema terapéutico según su peso, un aspecto que no había sido considerado por la cohorte previa.

Mi único propósito era evitar el deterioro de su estado de salud.

Un día, simplemente desapareció. Pasaron las semanas y su nombre quedó registrado como ausencia en el cuaderno de seguimiento. Preguntábamos por ella y la respuesta se repetía: estaba trabajando lejos de la comunidad. Finalmente, elaboramos el informe correspondiente y notificamos el caso.

Meses después, durante una brigada médica en la zona, volvimos a verla, como si nunca se hubiera ido. Nos acercamos con cautela para evaluar su estado de salud y entonces supimos que estaba embarazada. En la comunidad, la noticia había generado polémica, marcada por rumores de infidelidad y juicios ajenos.

Había abandonado por completo el tratamiento para la tuberculosis. No contaba con controles prenatales ni había recibido un abordaje integral. Su situación se tornaba cada vez más delicada. La enfermedad seguía allí, silenciosa, y ahora coexistía con una vida en formación.

Frente a estas circunstancias, mis posibilidades de acción como Centro de Salud eran limitadas. Aun así, le propuse acompañarla a una consulta con la especialidad de ginecología, consciente de que se trataba de un embarazo de alto riesgo. Logré gestionar el transporte y viajamos juntas a la ciudad, dejando por unas horas la montaña y el frío. La evaluación ginecológica confirmó lo que temíamos: el embarazo implicaba un riesgo elevado. Se le recomendó residir lo más cerca posible del hospital, ya que permanecer en una zona de difícil acceso comprometía una atención oportuna ante cualquier eventualidad. Además, debía iniciar controles prenatales estrictos y frecuentes, con seguimiento

coordinado junto al médico neumólogo, considerando su antecedente de tuberculosis.

Tras este intento, la rutina volvió a imponerse y, una vez más, ella no regresó. No acudía a los controles, no respondía a las llamadas, no se presentó en el hospital para su seguimiento y había abandonado nuevamente la medicación. Mis superiores se comunicaron conmigo en busca de información, pero no había datos que ofrecer, solo ausencias que repetir. Su inasistencia constante encendió las alertas tanto en nuestro centro de salud como en los niveles administrativos responsables.

El entorno rural, marcado por largas distancias y limitaciones geográficas, no facilitaba el acceso a la atención. A ello se sumaba la falta de adherencia, que no siempre respondía al desinterés, sino a realidades que superan cualquier indicación médica. Fue entonces cuando comprendí que no todas las pérdidas son abruptas; algunas se construyen lentamente, entre silencios, ausencias y caminos demasiado extensos.

Tiempo después, la comunidad nos informó que había viajado a Estados Unidos, sin un destino claro, dato que posteriormente fue confirmado por su familia. Se marchó embarazada y con una enfermedad tratable, pero que había decidido abandonar. Como médica, apenas iniciaba mi camino profesional y quería creer que insistir con respeto y acompañar con cercanía sería suficiente. Se buscó apoyo familiar, se solicitó orientación especializada y se intentó ofrecer acompañamiento psicológico, pero no se obtuvo una respuesta favorable.

Fue un reto que no se logró superar, pero también una experiencia que me enseñó que en medicina no siempre se gana, y que, en ocasiones, incluso el mayor esfuerzo resulta

insuficiente para cambiar el curso de una historia. Comprendí que la voluntad del paciente marca, inevitablemente, el límite de nuestro actuar.

No fue un caso aislado durante mi año rural. Hubo pacientes que se negaban a vacunar a sus hijos, desconfiaban de los tratamientos, desechaban la medicación entregada, cerraban la puerta o abandonaban los controles. En muchas ocasiones, los niveles superiores no lograban dimensionar la complejidad de la realidad que se vivía en el territorio.

Como profesional, esta etapa me permitió entender que, más allá del conocimiento académico, el ejercicio médico está profundamente condicionado por el contexto social, las decisiones individuales y las circunstancias que rodean a cada paciente. El año rural fue una experiencia que me hizo crecer no solo como médica, sino también como persona: me obligó a salir de mi zona de confort, a enfrentar múltiples obstáculos y a continuar con perseverancia.



NEUROLOGÍA



SOLO UN DOLOR DE CABEZA

Med. María José Aguirre Molina



El día comenzó con esa calma engañosa que a veces ofrece la medicina. La luz del sol inundaba la oficina y el tic-tac del reloj parecía acompasarse con mi respiración. Afuera, la gente esperaba pacientemente su turno; otros, cansados, miraban al suelo con resignación. Pensé que sería una jornada más, hasta que la puerta se abrió y ella entró despacio, con el rostro exhausto y una mano presionando su frente. La reconocí de inmediato: una mujer que llevaba años luchando contra la hipertensión. En nuestra última consulta le había insistido, con toda la calma posible, que no debía suspender su medicación. Me prometió seguir el tratamiento, aunque su silencio entonces ya me había revelado lo contrario.

—Doctora, es solo un dolor de cabeza —dijo, intentando sonreír.

Era esa frase. La que escuchamos todos los días. Pero algo en su tono me hizo detenerme. Le pedí que se sentara y le tomé la presión: estaba peligrosamente alta. Mientras hablaba, noté que su sonrisa no era del todo simétrica. Le pedí que levantara los brazos; uno respondió con firmeza, el otro se detuvo a mitad de camino. Le pregunté si sentía todo igual, y admitió que un lado de su cuerpo estaba más “adormecido”.

El dolor persistía, intenso, pulsátil, como si algo dentro de su cabeza presionara sin cesar. Le pregunté si había tenido visión

borrosa, si se le habían caído objetos o notado torpeza en los días previos. Asintió. —Ayer se me cayó una taza —dijo—, pero pensé que era porque tenía prisa.

Le pedí que repitiera una frase. Las palabras salieron distorsionadas, como si tropezaran antes de alcanzar sus labios. En ese instante comprendí que su cuerpo estaba lanzando una advertencia. No era un simple dolor de cabeza; era la manifestación de algo mucho más grave.

La recosté en la camilla, administré medicación para controlar la presión arterial y la observé en silencio. A veces, los síntomas parecen tan sutiles que cuesta creer que detrás de ellos se oculte algo tan devastador. Cerró los ojos, exhaló con cansancio y me dio las gracias. Antes de marcharse, prometió: —Esta vez sí me tomaré la medicación, doctora.

Se alejó lentamente, como si cada paso pesara más que el anterior.

Pasaron las semanas. Los días transcurrían entre consultas, controles y papeles. Hasta que una mañana, el sonido de una ambulancia rompió la rutina. Pocos minutos después, golpearon con urgencia la puerta del consultorio. —Doctora, trajeron a una paciente que no puede hablar ni moverse.

Cuando escuché su nombre, sentí un frío recorrerme el cuerpo. Era ella.

La habían encontrado inconsciente en su casa. Antes de desvanecerse, alcanzó a decirle a su hija que el dolor de cabeza era insoportable. Al llegar, su mirada estaba perdida, el rostro desviado, la mitad del cuerpo inmóvil. La presión arterial, fuera de control.

El ritmo cambió por completo. Entró en camilla, pálida, con la respiración agitada. El silencio del personal lo decía todo: no había tiempo que perder. La trasladamos de inmediato, pero el daño ya estaba hecho. Horas más tarde, falleció. Un derrame cerebral —el mismo que habíamos intentado prevenir— puso fin a su historia.

Esa noche permanecí en el consultorio mucho después de que todos se hubieran marchado. Afuera, la ciudad seguía su curso, indiferente a lo que yo sentía. Pensé en ella, en su promesa, en las veces que le hablé sobre los riesgos de la hipertensión. Reflexioné sobre cuántas personas llegan diciendo “*solo es un dolor de cabeza*” y se van creyendo que el cuerpo exagera, sin imaginar que ese dolor puede ser la última advertencia.

Aprendí que el cuerpo siempre avisa. Lo hace con señales pequeñas, casi imperceptibles:

- Un brazo que pesa más de lo habitual.
- Hormigueo en un lado del rostro o la lengua.
- Visión borrosa o doble.
- Dificultad para hablar o comprender.
- Pérdida del equilibrio o mareo repentino.
- Un dolor de cabeza nuevo, intenso, distinto a todos los anteriores.

Nada de esto es casual. Son los primeros signos de un accidente cerebrovascular, o derrame cerebral. Y cuando aparecen, cada minuto es vital. No hay espacio para esperar “a ver si pasa”. No existen téis ni remedios caseros capaces de detenerlo. Solo una atención médica inmediata puede evitar un daño irreversible.

Comprendí que la medicina no siempre consiste en curar, sino también en enseñar a reconocer el peligro antes de que sea tarde. Esa es, quizás, la tarea más difícil: hacer entender que sentirse bien no equivale a estar sano, que suspender la medicación “porque me siento mejor” puede ser un error fatal.

Desde entonces, cada vez que alguien llega con un dolor de cabeza, me detengo un poco más. Observo cómo se mueve, cómo articula las palabras, cómo sostiene la mirada. Escucho no solo lo que dice, sino el tono con que lo dice. He aprendido que las enfermedades cerebrovasculares rara vez gritan: a veces susurran, y solo quienes están atentos logran oírlas. Un síntoma leve puede ser el inicio de algo inmenso, y un diagnóstico a tiempo puede cambiar el destino de toda una familia.

La recuerdo con frecuencia. A veces, mientras tomo los signos vitales de otro paciente, su historia regresa: su voz, su promesa, su sonrisa asimétrica. Entonces comprendo que su partida, aunque dolorosa, me dejó una enseñanza profunda. Desde aquel día, entendí que prevenir también es cuidar, y que escuchar, en silencio, puede significar salvar una vida.

Porque detrás de cada dolor de cabeza puede ocultarse una historia aún no contada. Y aunque ella ya no esté, su recuerdo me acompaña y me recuerda, cada jornada, que un minuto de atención puede representar toda una vida.

EL ARTE DE SANAR

Med. Erika Mazón.



Desde niña soñé con escenarios, luces y melodías. El arte era mi lenguaje, la forma más honesta de expresar lo que habitaba en mí. El canto, la danza y el teatro eran mis refugios, templos donde encontraba libertad. Podía pasar horas imaginando coreografías, escribiendo canciones o interpretando pequeñas obras frente al espejo. El arte me salvaba, me hacía sentir viva, auténtica. Cada nota, cada movimiento, cada gesto, eran suficientes.

Jamás imaginé que algún día cambiaría los escenarios por salas de hospital, ni los aplausos por el sonido sereno de una respiración que vuelve a ser. Sin embargo, la vida —con su peculiar sentido del humor— me condujo por un camino que nunca había previsto: la medicina.

No fue una vocación inmediata, sino un impulso del ego. Recuerdo que muchos decían que era una carrera imposible, reservada para los más fuertes e inteligentes. Y yo quise demostrar que podía lograrlo, que era capaz de alcanzar lo que otros consideraban inalcanzable. Así, entre curiosidad y obstinación, me presenté a los exámenes de ingreso. Cuando vi mi nombre en la lista de admitidos, no sentí alegría ni sorpresa. Simplemente había ocurrido, como si el destino, en silencio, me empujara hacia un lugar que aún no comprendía.

Poco antes, mi madrina —que vivía en Italia— me había ofrecido financiar los estudios que eligiera. Sin dudar, le confesé que mi sueño era estudiar arte en una escuela de Florencia. Sentía que allí, entre pinturas, música y movimiento, encontraría mi esencia. Pero cuando le conté que había ingresado a medicina, respondió con firmeza: —Esa carrera te servirá mucho más en la vida, quédate.

En ese instante, algo se quebró dentro de mí. Tardé años en entenderlo, pero aquel dolor marcó el inicio de una transformación profunda: el punto exacto en el que la vida que soñé se despidió para dar paso a la que estaba destinada a vivir.

Los primeros años fueron una tormenta. La depresión me envolvió con fuerza, apagando el brillo con el que solía mirar el mundo. Estaba rodeada de libros, exámenes y noches interminables de desvelo, pero dentro de mí habitaba un vacío inmenso. Cada día me preguntaba si realmente pertenecía a ese lugar. Extrañaba cantar, bailar, sentir. La medicina me parecía fría, rígida, desprovista de emoción. A veces pensaba en abandonarlo todo, pero algo más hondo me detenía: el deseo de cumplir, de no fallar, de demostrar que era capaz. Así continué, con lágrimas ocultas y el alma en constante búsqueda. Hasta que, en las noches más largas, una chispa de curiosidad comenzó a brillar entre los libros.

Con el tiempo, la medicina empezó a mostrarse de otra forma. Detrás de cada paciente descubrí una historia; detrás de cada síntoma, un universo interior. Comprendí que sanar no consistía únicamente en aplicar tratamientos o formular diagnósticos. Sanar implicaba escuchar, tocar con respeto, mirar con empatía y sostener silencios que curan más que mil palabras. Sin advertirlo, comencé a enamorarme de esta profesión. Era distinta del arte que conocía, pero igual de

profunda: ambas transformaban el dolor en algo más humano. Lo que inició como un desafío de orgullo se convirtió en una lección de humildad.

Entre tantos rostros, uno cambió mi destino. Durante mis años como estudiante fui asignada a una casa hogar que albergaba niños y adultos con discapacidades diversas: síndrome de Down, retrasos cognitivos, trastornos del desarrollo y secuelas del abandono. Aquel lugar tenía un aire distinto; no era un hospital, pero se respiraba una mezcla de ternura y dolor, de inocencia y olvido. Cada residente llevaba en la mirada una historia que pedía ser escuchada.

Entre todos ellos, hubo una mujer que me dejó sin palabras. Su edad biológica superaba los treinta años, pero su cuerpo y su rostro conservaban la apariencia de una niña de doce. Su mirada era intensa, salvaje, casi animal. No hablaba, no sonreía, no comprendía las palabras. Ante cualquier intento de acercamiento, gruñía, ladraba o se ocultaba como un perro asustado. Al principio, confieso que sentí miedo. No sabía cómo aproximarme ni cómo establecer contacto con alguien que parecía habitar un mundo distinto al nuestro. Sin embargo, su misterio me atrapó, y decidí quedarme a su lado, observarla y aprender de ella.

Con el tiempo, su historia emergió como una herida antigua: había sido abandonada siendo apenas una niña y criada por una jauría de perros. Su entorno se convirtió en familia, modelo y refugio. Aprendió a alimentarse del suelo, a desplazarse en cuatro extremidades, a interpretar sonidos y gestos animales. Nunca conoció las palabras ni el afecto humano; solo el instinto y el miedo. Cuando fue rescatada, su cerebro ya había construido un lenguaje propio, un universo ajeno al nuestro.

Me costaba aceptar que la mente humana pudiera transformarse de ese modo, pero ahí estaba ella: viva, alerta, adaptada a un mundo que le negó el lenguaje, aunque no la existencia. Alimentarla era un desafío. Había que hacerlo con infinita paciencia, sin brusquedades, evitando mirarla directamente. Cualquier movimiento repentino podía despertar su defensa instintiva. Sin embargo, con el paso de los días, comenzaron a aparecer pequeños cambios: un gesto más relajado, un parpadeo distinto, un instante de calma. Era como si, muy lentamente, algo en su interior reconociera la energía de la ternura.

Recuerdo una tarde en la que, por primera vez, se acercó sin miedo. Extendió su mano y rozó mi brazo. Fue un contacto breve, casi imperceptible, pero bastó para entender que la comunicación no siempre necesita palabras. El alma humana encuentra su propio idioma, incluso después del abandono. En ese momento sentí que algo más grande que la ciencia se manifestaba allí: una fuerza invisible que unía a dos seres completamente distintos, recordándome que la empatía es la forma más pura de conexión espiritual.

Desde entonces, su imagen permanece en mí. Cada vez que pienso en ella, me asombra la plasticidad del cerebro, su capacidad para adaptarse a los entornos más hostiles, para sobrevivir incluso cuando la humanidad parece desvanecerse. Pero también me enseña la fragilidad de lo que somos. Basta un entorno diferente para reescribir por completo la historia de una mente.

Aquel encuentro despertó en mí un profundo interés por la neurología. No la concebí como una ciencia fría, sino como un puente entre el misterio del alma y la materia viva. Quise comprender cómo un cerebro privado de amor y lenguaje podía reinventarse, cómo los estímulos y la energía moldean

lo que somos. Desde entonces, el cerebro se volvió para mí un universo sagrado, un mapa donde cada neurona guarda memorias de luz y sombra, donde lo biológico y lo espiritual se entrelazan en una danza perfecta.

A través de la neurología descubrí que no existe frontera entre la razón y la emoción. Cada pensamiento tiene su melodía, cada recuerdo su textura, cada impulso su danza eléctrica. Cuando un paciente pierde la memoria, siento que una pintura se desvanece lentamente; cuando un niño con epilepsia vuelve a sonreír tras un tratamiento exitoso, el alma entera aplaude. Sanar el cerebro es, en el fondo, restaurar la música interior de una persona.

Hoy, tras muchas batallas internas, comprendo que la vida nunca me alejó del arte; solo me enseñó a contemplarlo desde otro ángulo. Aunque aún amo los escenarios, las luces y los aplausos, los encuentro también en el brillo de una mirada que recupera la esperanza, en la serenidad de una madre al oír que su hijo mejorará, en el silencio de una respiración tranquila. Descubrí que el verdadero arte consiste en tocar el alma del otro sin palabras, en sanar sin prometer milagros, en comprender la fragilidad humana sin juzgarla.

Si pudiera hablar con aquella joven que soñaba con bailar, le diría que no se equivocó. Que la medicina también es una danza, pero distinta: invisible, silenciosa y sagrada. Es la danza del cuerpo que reencuentra su ritmo, del corazón que recuerda su compás, del alma que vuelve a respirar tras el dolor. Le diría que los pasillos de un hospital también tienen escenarios, que las historias clínicas son guiones donde la esperanza interpreta su papel más hermoso, y que cada diagnóstico, aunque duela, es un acto de fe. Cada recuperación es un aplauso del universo, audible solo para quien escucha con el alma.

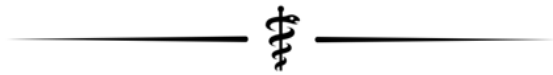
Entonces comprendo que todo tenía sentido. Que el universo no se equivocó al colocarme aquí. La medicina no me arrebató mi esencia artística, la transformó. Convirtió la pasión que antes volcaba en los escenarios en un fuego más sutil: el deseo profundo de sanar, armonizar y despertar la luz dormida en los demás. Frente a un paciente, mientras observo sus exámenes o realizo su exploración, siento cómo el arte y la ciencia se toman de la mano. Surge algo que trasciende lo físico: la unión de la mente con el espíritu. Entiendo que no toco un cuerpo, sino una historia escrita en silencio. A veces basta una mirada o un gesto para percibir cómo cambia la energía, cómo la tristeza se disuelve un poco, cómo la vida responde al llamado de la compasión.

Comprendí que sanar no es solo curar un órgano, sino acompañar al alma en su retorno a sí misma. El arte de sanar no se aprende en libros ni en aulas; se revela en el silencio compartido, en la mirada que comprende sin juzgar, en la certeza de que un pensamiento puede transformar la química del cuerpo. Sanar es el acto más sublime de creación: pintar con esperanza sobre la enfermedad, componer con ciencia una melodía de alivio, bailar con la vida en cada respiración que ayudamos a mantener. Es un ritual ancestral donde médico y paciente se vuelven co-creadores de una misma energía sanadora.

Por eso, hoy sé que elegí bien, o quizás que la vida eligió por mí con sabiduría. Porque en cada diagnóstico y en cada historia humana sigue resonando el eco de aquella niña que soñaba con escenarios. Solo que ahora el escenario es el corazón humano, y mi danza, invisible pero eterna. Comprendí que el arte y la medicina son una misma verdad: la búsqueda de la armonía. Y en esa búsqueda sigo danzando,

no para ser vista, sino para ayudar a otros a recordar su propia música interior.

OTORRINOLARINGOLOGÍA



ENTRE VOCES Y SILENCIOS

Med. Vanessa Alexandra Vizquete

Cunalata



A menudo pasamos por alto la manera en que nos relacionamos con el mundo a través de los sentidos. Escuchamos, respiramos, pronunciamos palabras y reconocemos sonidos familiares sin detenernos a pensar en la complejidad y el valor profundo que encierran esos actos cotidianos. Sin embargo, basta que uno de ellos falle para que la vida cambie y, recién entonces, aprendamos a valorarlos. La comunicación se interrumpe, los vínculos se vuelven difusos y, a veces, hasta la identidad se modifica.

Durante un turno de residencia —entre pasillos, guardias y aprendizajes constantes— descubrí que la Otorrinolaringología es mucho más que una especialidad médica: es un puente invisible que mantiene unidas a las personas con su entorno. No se trata solo de estructuras anatómicas o procedimientos técnicos; se trata de acompañar a otros en el proceso de recuperar algo que, al perderse, transforma la forma de estar en el mundo.

Recuerdo a un paciente adulto mayor que ingresó por un cuadro de infección gastrointestinal. Tendría unos setenta y tantos años, aunque su rostro parecía llevar encima un tiempo más largo y pesado. La piel reseca, los labios agrietados y la mirada cansada revelaban signos de deshidratación, consecuencia de varios días enfrentando el malestar en soledad. Vivía solo. Sus hijos lo visitaban una o dos veces por

semana, cuando el trabajo se los permitía. Él, de carácter sereno y reservado, había aprendido a arreglárselas como podía.

Mientras hablaba con él y con su familia, noté que respondía poco y parecía desconectado del entorno. Su hija, quizás intentando suavizar una realidad que ya se había instalado sin que nadie lo advirtiera, comentó con cierta resignación:

—Es que ya no escucha, doctora... es por la edad.

La frase se deslizó con la naturalidad de quien se ha acostumbrado a una pérdida que cree irreversible. Para ellos, la sordera había llegado despacio, casi sin anunciarse, hasta que un día las conversaciones dejaron de fluir y se convirtieron en gritos y repeticiones para poder entenderse. Nadie recordaba exactamente cuándo había dejado de oír con claridad; solo sabían que, en algún momento, el silencio comenzó a ocupar su lugar.

En los ojos del paciente había algo distinto: esfuerzo. Se inclinaba levemente hacia adelante cuando le hablaban, arqueando las cejas en un intento por descifrar el sentido detrás del movimiento de los labios. Era una lucha silenciosa por no quedar fuera del mundo.

Decidí realizar un examen físico minucioso; no podía asumir que la edad fuera la causa. Al revisar el canal auditivo, encontré un tapón de cerumen impactado que bloqueaba casi por completo la transmisión del sonido. Estaba endurecido, compacto, como si el tiempo hubiera ido acumulándolo en capas hasta formar una barrera sólida. Aquella obstrucción no había surgido de un día para otro: era el resultado de años en los que la pérdida auditiva se había normalizado poco a poco, sin que nadie lo advirtiera. Algo, sin embargo, potencialmente reversible.

La familia quedó sorprendida. Aquello que atribuían al paso del tiempo, algo que creían irreversible, tenía solución. El propio paciente, con un gesto tímido, murmuró: —Yo pensé que era así... que ya no me tocaba escuchar.

Sus palabras resonaron en mí con una honestidad profunda. Había aceptado su silencio creyendo que era parte natural de envejecer. Había comenzado a retirarse del mundo sin que nadie lo notara del todo.

Realizamos el lavado de oído con cuidado. Un procedimiento sencillo, sí, pero no por ello menor. El agua templada recorrió el canal auditivo, suavizando, desprendiendo, arrastrando consigo aquello que había sellado su mundo interior. Recuerdo con claridad el instante en que el tapón se desplazó y finalmente salió.

El paciente parpadeó, respiró hondo y levantó la cabeza. La sala era la misma, pero su relación con ella había cambiado. Su hija se acercó lentamente, como temiendo quebrar algo frágil, y preguntó: —Papá... ¿me escuchas?

Él sonrió. Una sonrisa pequeña, pero llena de vida. Respondió: —Sí... te escucho.

Fue un momento sencillo, sin dramatismos ni aplausos, sin grandes aparatos ni cirugías complejas. Pero en esa simplicidad había una grandeza inmensa. No solo había recuperado la audición: había recuperado el vínculo con su familia.

Con el tiempo continuamos con el manejo de su estado general, asegurando una hidratación adecuada y un seguimiento constante de su cuadro clínico. Sin embargo, lo que permaneció en mi memoria no fue solo la resolución médica del caso, sino la dimensión humana que reveló.

Comprendí que la pérdida auditiva no solo silencia sonidos, también apaga vínculos. Aísla, desconecta y reduce la vida a un espacio interior cada vez más estrecho. Cuando un paciente deja de escuchar, el mundo sigue su curso, pero a distancia. Recuperar la audición —incluso mediante un procedimiento tan simple como un lavado de oído— es devolver el acceso a la risa compartida, a las palabras que consuelan y a las conversaciones que sostienen.

A lo largo de mi formación —desde los años de estudiante, el internado, la rural y ahora la residencia— he comprendido que la medicina no se construye únicamente sobre grandes cirugías o diagnósticos complejos. También se edifica en la capacidad de observar lo cotidiano, de no dar nada por sentado y de escuchar aquello que no siempre se expresa con palabras. Cada rotación, cada guardia y cada encuentro con un paciente han moldeado mi manera de entender lo que significa acompañar de verdad.

Ese día comprendí lo que realmente representa la Otorrinolaringología. No es solo una especialidad que se centra en estructuras anatómicas precisas o en procedimientos quirúrgicos delicados; es una disciplina que trabaja con los sentidos que sostienen la identidad humana: la voz que nos nombra, la respiración que nos acompaña y la audición que nos conecta.

Entendí que devolver un sentido, aunque sea a través de un acto sencillo, puede transformar profundamente la vida de una persona. Ese día confirmé mi vocación.

Porque en medicina, incluso los gestos más pequeños pueden tener un impacto inmenso. Porque devolver la audición no es solo aliviar un síntoma: es devolver la posibilidad de sentirse parte del mundo nuevamente.

UROLOGÍA



EL COMBATE QUE FORJÓ MI CAMINO

Med. Eduardo Fabián Córdova Molina.



Esta historia nació durante mi internado rotativo, en la etapa que más anhelaba: la rotación por urología. Aquella mañana el cielo permanecía cubierto por nubes densas y grises, como si anunciara que debía aprovechar cada instante, cada espacio y cada aprendizaje. Recuerdo haber caminado por el pasillo en mi primer día con una mezcla de entusiasmo y nerviosismo, consciente de que estaba ingresando a un escenario donde la teoría dejaría de ser un concepto abstracto para convertirse en decisiones concretas, con consecuencias reales. El ambiente parecía sereno, pero en el aire se percibía una tensión sutil que presagiaba una jornada distinta.

Horas más tarde comenzó a llover. No era una tormenta intensa, sino una lluvia constante, pausada y persistente. Las gotas golpeaban las ventanas con un ritmo uniforme, mientras el sonido lejano de las ambulancias irrumpía de forma intermitente, recordándonos que el hospital no se detenía. Todo parecía envuelto en una atmósfera más densa, como si el entorno anticipara un acontecimiento significativo. Yo avanzaba por el corredor intentando organizar mis pensamientos, repitiéndome que debía observar con atención, aprender con humildad y participar con responsabilidad. Sentía esa dualidad inevitable entre la ilusión de quien inicia una nueva etapa y el temor de asumir un rol activo en la vida de un paciente.

En el área de urología, la escena cambió bruscamente. Frente a una habitación se encontraban varios familiares llorando desconsoladamente. El silencio del pasillo se veía interrumpido por sollozos profundos que transmitían angustia. Comprendí que estaba a punto de enfrentar una situación que pondría a prueba no solo mis conocimientos clínicos, sino también mi equilibrio emocional. Fue entonces cuando conocí al especialista que dirigía el servicio. Su presencia imponía respeto: carácter firme, mirada serena y una seguridad que transmitía dominio absoluto de la situación.

Durante el pase de visita, el ruido acelerado de una camilla irrumpió en el pasillo. Dos paramédicos trasladaban a un hombre cubierto apenas por una sábana húmeda. Su respiración era irregular y trabajosa, como si cada inspiración requiriera un esfuerzo considerable. Detrás de él avanzaba una mujer con los ojos enrojecidos, las manos entrelazadas y el rostro marcado por la desesperación contenida. Algo en esa escena me estremeció profundamente. No era solo la lluvia, ni el sonido metálico de las ruedas contra el piso; era la sensación de que ese momento marcaría un antes y un después en mi formación.

Me acerqué con cautela. El olor fue lo primero que me impactó: intenso, penetrante, difícil de describir y aún más difícil de olvidar. No correspondía al ambiente habitual de emergencias; era un aroma que sugería destrucción tisular profunda. Sentí un nudo en la garganta, pero recordé las palabras del especialista que supervisaba el servicio: “Primero observa, luego piensa, después actúa”. Esa frase resonó en mi mente mientras colocaba los guantes procurando que mis manos no evidenciaran mi tensión.

El paciente se encontraba consciente, aunque visiblemente agotado. Presentaba palidez marcada y sudoración fría. Respondía con voz débil. Observé edema significativo en miembros inferiores, con piel tensa y brillante. Al intentar movilizarlo manifestó dolor intenso en la región perineal. No era un grito estridente; era un dolor profundo que se reflejaba en la contracción de su mandíbula y en la rigidez de sus manos aferradas a la camilla.

Al retirar la sábana para realizar la exploración física, comprendí que no estábamos ante un cuadro simple. La piel mostraba áreas eritematosas que comenzaban a tornarse violáceas. Existía inflamación considerable y aumento de volumen que superaba un proceso superficial. Al palpar, percibí crepitación subcutánea, una sensación inequívoca que aceleró mis latidos. Sabía lo que significaba, aunque aún no quería pronunciarlo.

Los estudios iniciales confirmaron la gravedad: leucocitosis con desviación a la izquierda y marcadores inflamatorios elevados. Sus antecedentes de enfermedad metabólica mal controlada se convertían en un factor determinante. El sistema inmunológico no estaba preparado para contener la agresión. La infección avanzaba de manera silenciosa pero devastadora.

Con el transcurso de las horas aparecieron picos febriles, hipotensión progresiva y dolor creciente. La región comprometida evidenciaba deterioro vascular con áreas que comenzaban a perder vitalidad. Finalmente, el especialista confirmó el diagnóstico con serenidad firme: fascitis necrosante perineal. La palabra quedó suspendida en el ambiente, pesada e ineludible.

Sentí una mezcla de miedo y determinación. Miedo por la gravedad del cuadro, por la rapidez con la que podía

evolucionar hacia un desenlace fatal. Determinación porque entendí que cada segundo contaba. Se inició antibioticoterapia de amplio espectro tras la toma de cultivos, pero era evidente que el tratamiento farmacológico no sería suficiente.

La primera intervención quirúrgica fue impactante. Al realizar la incisión y exponer los tejidos, la magnitud del daño se hizo evidente. Había áreas de necrosis, tejido desvitalizado que debía retirarse sin titubeos. Observé cómo se efectuaba un desbridamiento amplio, eliminando piel, tejido subcutáneo y estructuras comprometidas hasta encontrar planos viables. El lavado profuso con solución salina parecía un intento por limpiar no solo la herida, sino también la amenaza invisible que avanzaba de manera microscópica.

No fue una única cirugía. Fueron múltiples intervenciones. Cada ingreso a quirófano representaba una evaluación minuciosa del avance o retroceso del proceso infeccioso. Se practicaron desbridamientos sucesivos, control riguroso de la hemostasia y manejo cuidadoso de la herida para preservar la mayor cantidad posible de tejido sano. Paralelamente, se mantenía soporte hemodinámico, vigilancia estricta y control metabólico intensivo. Comprendí que en estos casos no existe margen para la improvisación; cada decisión debe sustentarse en evidencia científica actualizada y protocolos precisos.

Con el paso de los días comenzó a aparecer tejido de granulación saludable. Las zonas previamente necróticas fueron reemplazadas progresivamente por áreas viables. La fiebre cedió, la presión arterial se estabilizó y el dolor disminuyó. El proceso fue lento, pero constante. La combinación de diagnóstico oportuno, cirugía agresiva y manejo integral logró revertir un pronóstico que inicialmente parecía desfavorable.

Recuerdo el momento en que lo vi sentado, consciente, con una mirada distinta. Ya no era la expresión de angustia con la que ingresó aquella tarde lluviosa, sino una mirada de alivio y gratitud silenciosa. En ese instante comprendí que la medicina no consiste únicamente en tratar enfermedades, sino en devolver esperanza cuando parece que todo se derrumba.

Ese caso dejó una huella profunda en mí. No fue solo la complejidad quirúrgica ni el desafío clínico lo que me marcó, sino la intensidad emocional que acompañó cada decisión. Comprendí que quería dedicar mi vida a enfrentar patologías complejas, a no retroceder ante cuadros críticos y a perfeccionar mis habilidades para ofrecer respuestas oportunas, sustentadas en guías actualizadas. Aquella experiencia consolidó mi vocación y definió mi rumbo profesional. Por eso hoy soy aspirante al posgrado en la especialidad de urología, convencido de que esa batalla no solo salvó una vida, sino que también transformó la mía.

Lo que terminó de conmoverme fue descubrir que todo había comenzado con un simple golpe durante un partido de fútbol: un impacto aparentemente menor que derivó en inflamación, luego en celulitis y, finalmente, en una fascitis necrosante de rápida progresión. La infección avanzó con agresividad devastadora, comprometiendo tejidos profundos y poniendo en riesgo su vida en cuestión de horas. Comprendí entonces que ciertas bacterias no solo invaden, sino que destruyen con velocidad implacable cuando encuentran el terreno propicio. Aquella evolución dejó en mí una certeza: en medicina no existen detalles insignificantes. Lo que parece trivial puede convertirse en una emergencia letal si no se reconoce a tiempo. Fue una lección cruda sobre la naturaleza impredecible de la enfermedad y un recordatorio de que el

descuido o la demora pueden tener consecuencias irreversibles.

Entendí que cada caso encierra un problema distinto y que cada problema exige una solución específica. No basta con conocer los protocolos; es imprescindible saber interpretarlos y aplicarlos en el momento adecuado. La verdadera diferencia radica en no llegar tarde a la decisión correcta. Aprendí que el tiempo es un factor terapéutico determinante y que la sospecha clínica oportuna puede marcar la frontera entre la recuperación y el deterioro irreversible. Esa experiencia afianzó en mí el valor del juicio clínico fundamentado.



Este caso marcó profundamente mi vida porque me enseñó la importancia de observar, analizar y actuar con determinación. Comprendí que el diagnóstico oportuno no es fruto del azar, sino del entrenamiento constante y del compromiso con el estudio actualizado. Sentí la responsabilidad de no subestimar nunca más una evolución aparentemente simple. Aprendí que la urología exige valentía para tomar decisiones difíciles y humildad para reconocer la gravedad cuando se presenta. Esa experiencia transformó mi manera de entender la práctica

médica. Por ello, mi aspiración al posgrado nace del deseo genuino de prepararme mejor, perfeccionar mis habilidades y estar a la altura cuando una vida dependa de mi capacidad para no fallar.



#LineaEditorial

**Participa en nuestros próximos
proyectos editoriales!**

+593 985022502