

ESPECIALIDADES MÉDICAS

TOMO 3
PRÁCTICA
QUIRÚRGICA

Vocación, Ciencia y Práctica

Anestesiología
Cirugía General
Cirugía Plástica y
Reconstructiva
Neurocirugía
Traumatología
y Ortopedia



FECIM-ECUADOR

COAUTORES:

- Vanessa Estefanny
Arias Bailón
- Sandra Tatiana
Casa Quinatoa
- Segundo Rubén
Cevallos Zambrano
- Stefany Katherine
Correa Villavicencio
- Santiago Alejandro
Cruz Miranda
- Ana Belén
Herrera Martínez
- Cristhian Paul
Kirby Ojeda
- Christian Alexander
Lema Guaraca
- Byron Santiago
López Amaluisa
- José Adalberto
Mendoza Ariza
- Mauricio Sebastián
Moreno Bejarano
- Antonella Madelaine
Pazmiño Franco
- Camila Inés
Racines Navas
- Jonathan Steveen
Túqueres Cevallos
- María Daniela
Zambrano Figueroa



ISBN: 978-9942-7224-8-5



www.revistafecim.org



TOMO 3
PRÁCTICA
QUIRÚRGICA

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

978-9942-7224-8-5

DOI

Quito- Ecuador

Marzo 2026

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



COAUTORES



Vanessa Estefanny Arias Bailón

Sandra Tatiana Casa Quinatoa

Segundo Rubén Cevallos Zambrano

Stefany Katherine Correa Villavicencio

Santiago Alejandro Cruz Miranda

Ana Belén Herrera Martínez

Cristhian Paul Kirby Ojeda

Christian Alexander Lema Guaraca

Byron Santiago López Amaluisa

José Adalberto Mendoza Ariza

Mauricio Sebastián Moreno Bejarano

Antonella Madelaine Pazmiño Franco

Camila Inés Racines Navas

Jonathan Steveen Túqueres Cevallos

María Daniela Zambrano Figueroa



ÍNDICE

Prólogo

ANESTESIOLOGÍA

EL SILENCIO QUE ELIGÍÓ MI CAMINO	
Med. Sandra Tatiana Casa Quinatoa.....	15

CIRUGÍA GENERAL

LA CIRUGÍA QUE ME LLEVÓ A LA DERMATOLOGÍA	
Med. Stefany Correa	20

MI PRIMER PASO AL QUIRÓFANO, DONDE EL MIEDO SE CONVIERTE EN VOCACIÓN	
Med. Antonella Pazmiño Franco Madelaine.....	25

ENTRE BISTURÍES Y SILENCIOS	
Med. Rubén Cevallos Zambrano, MSc	30

ANATOMÍA DEL COLAPSO	
Med. Santiago López Amaluís	35

LA CARA HUMANA DE LA MEDICINA	
Med. Camila Inés Racines Navas.....	50

CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA

¿POR QUÉ ESCOGÍ CIRUGÍA PLÁSTICA?	
Med. Ana Herrera Martínez	56

NEUROCIROLOGÍA

MIRAR LA MENTE DESDE DENTRO	
Med. Mauricio Sebastián Moreno Bejarano	61

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

DONDE LA VIDA SE FRAGMENTA ... Y RECONSTRUYE

Med. Vanessa Arias Bailón.....68

RESTAURAR EL AVANCE DE LA VIDA

Santiago Cruz Miranda73

HISTORIAS DETRÁS DE UN DIAGNÓSTICO

Med. Jonathan Túqueres Cevallos78

EL QUIRÓFANO: TÉCNICA, SILENCIO Y PENSAMIENTO

Med. José Adalberto Mendoza Ariza.....83

DEL AULA AL SERVICIO SOCIAL RURAL

Med. Daniela Zambrano.....87

UNA VIVENCIA COMO RESIDENTE DE TRAUMATOLOGÍA

Med. Cristhian Kirby92

BAJO LA LUZ DEL QUIRÓFANO

Med. Christian Lema Guaraca97



PRÓLOGO

La práctica quirúrgica no se limita al acto técnico de intervenir un órgano ni a la precisión de una sutura; es un encuentro profundo entre ciencia y humanidad. En el quirófano convergen disciplina, conocimiento, destreza y sensibilidad, porque sobre la mesa operatoria no yace únicamente un diagnóstico, sino una historia, una identidad y una esperanza.

Este tercer tomo de Especialidades Médicas nace de experiencias forjadas bajo la luz intensa del campo quirúrgico: en guardias exigentes, en decisiones tomadas en segundos y en la mirada confiada de quien entrega su vida al equipo médico. Presenta la cirugía como una vivencia integral, donde técnica y ética, precisión y responsabilidad, se entrelazan de manera inseparable.

A lo largo de estas páginas se transita por la cirugía general, fundamento de la práctica operatoria; por la cirugía plástica y reconstructiva, donde restaurar la forma significa devolver funcionalidad y autoestima; por la traumatología y ortopedia, disciplina que recompone estructuras mientras rescata proyectos interrumpidos; por la neurocirugía, territorio donde la precisión se aproxima a lo trascendental; y por la anestesiología, equilibrio silencioso que sostiene la vida mientras otros intervienen. Cada área revela una dimensión distinta de un mismo propósito: sanar con responsabilidad y respeto por la dignidad humana.

No se exalta únicamente la pericia del bisturí ni la exactitud del procedimiento. También se reconoce la incertidumbre, los límites de la ciencia, la fortaleza ante desenlaces adversos y la importancia del trabajo en equipo como sostén clínico y emocional. La cirugía es una coreografía donde cada integrante cumple un rol esencial en la restauración del paciente.

Estas experiencias recuerdan que la excelencia técnica solo cobra sentido cuando se integra con empatía, comunicación honesta y compromiso ético. Intervenir tejidos es parte del acto médico; acompañar personas es su esencia.

Que este tomo inspire a comprender que la grandeza de la práctica quirúrgica no reside solo en lo que se reconstruye con las manos, sino también en lo que se restaura en la vida, la confianza y la esperanza de cada paciente.



ANESTESIOLOGÍA



EL SILENCIO QUE ELIGIÓ MI CAMINO

Med. Sandra Tatiana Casa Quinatto



Hay momentos que pasan inadvertidos cuando ocurren, pero más adelante se revelan como verdaderos puntos de inflexión. Cuando pienso en por qué deseo convertirme en anesthesióloga, regreso a muchos de ellos: escenas breves dentro de quirófanos, conversaciones fugaces, miradas confiadas de pacientes antes de dormirse, situaciones aparentemente rutinarias que me marcaron más de lo que imaginé. No fue un solo día ni un caso aislado lo que definió mi camino, sino una suma de experiencias que, sin notarlo, fueron trazando la ruta que hoy quiero seguir con firmeza.

Desde mis primeros acercamientos al área quirúrgica comprendí que había algo en ese entorno que me atraía profundamente. Mientras mis compañeros se maravillaban con técnicas operatorias, yo me detenía en otro aspecto: la precisión silenciosa de los anesthesiólogos. Eran los guardianes invisibles del quirófano, responsables de un equilibrio constante que pocas veces se nota, pero siempre se percibe. Su presencia transmitía una calma particular, una seguridad que permanecía intacta incluso cuando todo alrededor parecía acelerarse.

Durante mi internado, aquella fascinación tomó forma concreta. Recuerdo el primer día que me permitieron acompañar un turno completo en quirófanos. Me asignaron

un espacio discreto, apartado del campo operatorio, aunque lo suficientemente cercano para observar. Las máquinas me intimidaban: números cambiantes, curvas que ascendían y descendían, alarmas que irrumpían sin aviso. Sin embargo, para el anestesiólogo que estaba a mi lado, cada variación tenía un significado preciso. Yo apenas podía comprenderlo, pero él parecía anticiparse incluso antes de que el monitor lo indicara.

Ese día presencié una intubación que quedó grabada en mi memoria. La paciente, una mujer mayor, respiraba con dificultad y temblaba ligeramente. Yo sostenía su mano mientras el anestesiólogo preparaba los fármacos. Le hablaba con una serenidad capaz de envolver el ambiente entero. Cuando llegó el momento, ejecutó cada paso con una destreza que reflejaba técnica y humanidad. La exactitud con la que calculó la dosis, la suavidad al preoxigenarla, el equilibrio perfecto entre seguridad y delicadeza... todo aquello me impactó profundamente. En cuestión de segundos, la vía aérea estaba asegurada, la ventilación era estable y la paciente descansaba en calma. Fue entonces cuando pensé, sin necesidad de pronunciarlo: “Quiero aprender a hacer esto. Quiero ser capaz de transmitir esta misma seguridad.”

Otra escena definió aún más mi decisión, aunque su desenlace no fue favorable. Estábamos en una cirugía considerada rutinaria cuando, de forma repentina, la paciente entró en paro. El monitor cambió de ritmo, la saturación descendió y el quirófano pasó de la calma al movimiento coordinado en cuestión de segundos. Aún recuerdo el silencio abrupto antes de la alarma; ese instante quedó grabado en mí.

Fue allí donde comprendí, con una claridad contundente, el papel esencial del anestesiólogo. Fueron ellos quienes iniciaron las maniobras de inmediato, aseguraron nuevamente

la vía aérea, administraron fármacos en el momento preciso y comunicaron datos cruciales al equipo. Observé cómo, pese a la urgencia, mantenían una serenidad casi protectora. Mientras mi corazón latía con fuerza por la tensión, ellos actuaban con una precisión que parecía desafiar la presión del momento. Finalmente, los esfuerzos no lograron revertir el paro, pero su profesionalismo me reveló algo que ningún libro enseña: la dignidad de cuidar incluso cuando el resultado no depende de nosotros.

Lejos de alejarme de la especialidad, aquella experiencia reforzó mi vocación. Me hizo consciente de la magnitud de la responsabilidad y del profundo valor humano detrás de cada acto. Comprendí que la anestesiología exige conocimiento riguroso y cálculo exacto, pero también fortaleza emocional, empatía y la capacidad de permanecer serena en los minutos más críticos.

Desde ese día observé con mayor atención y descubrí que esta especialidad encaja con mi manera de ser. Me atrae analizar, anticiparme y comprender la fisiología más allá de lo evidente. Disfruto del trabajo silencioso que sostiene al resto del equipo. Encuentro afinidad con esa forma de cuidar que no busca protagonismo, pero que es indispensable para que todo funcione. Me conmueve acompañar al paciente antes de la anestesia, ese instante en el que deposita su confianza total. Me desafía el equilibrio fisiológico que debemos preservar. Me inspira la fusión entre ciencia exacta y humanidad profunda.

En el quirófano descubrí algo que no había sentido en otros espacios clínicos: un propósito nítido. Allí no me invade la duda ni el temor; allí todo adquiere coherencia. El ritmo de las máquinas, el compás del ventilador y la estabilidad hemodinámica conforman un lenguaje propio que me impulsa

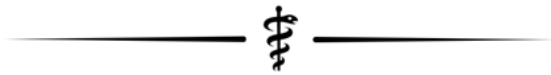
a aprender. Me encontré, casi sin notarlo, deseando permanecer más tiempo en esa sala, formular nuevas preguntas, profundizar en cada detalle y comprender no solo lo que se hace, sino la razón que sostiene cada decisión anestésica.

Sé que esta especialidad demanda estudio constante y un compromiso inquebrantable. No admite descuidos y exige precisión, disciplina y criterio firme. Y aun así —o quizá por eso— estoy dispuesta a asumirla. No porque sea fácil, sino porque despierta en mí un entusiasmo que ninguna otra área ha logrado. La anestesiología me reta, me impulsa a crecer, me obliga a anticiparme y me invita a actuar con serena responsabilidad.

Hoy, al revisar mi camino, comprendo que no se trata de un interés fugaz ni de un impulso momentáneo. Es una vocación nacida del contacto directo con la fragilidad humana, de experiencias que dejaron huella y revelaron quién soy. Me mostró que deseo cuidar desde la discreción, proteger desde la precisión y ofrecer calma aun cuando el entorno se torne incierto.

Para mí, la anestesiología es un punto de encuentro entre ciencia, técnica y humanidad. Y en ese equilibrio encontré, finalmente, mi lugar.

CIRUGÍA GENERAL



LA CIRUGÍA QUE ME LLEVÓ A LA DERMATOLOGÍA

Med. Stefany Correa



Explicar la pasión que siento por la Dermatología es difícil, porque detrás de ella hay muchas historias que me marcaron. Cuando algo te mueve de verdad, surge un impulso casi inevitable por alcanzarlo, aunque el camino sea exigente. Al inicio es solo una meta, pero requiere constancia, disciplina y tiempo. Aprendí que los sueños no se construyen solos: a veces necesitas pequeñas ayudas de quienes te rodean, incluso de personas que no pertenecen a tu familia. Cada gesto suma, cada apoyo impulsa, pero al final eres tú quien debe decidir el rumbo.

Recuerdo la rotación de cirugía general durante el internado rotativo. Debíamos participar como instrumentistas en varias intervenciones programadas; además de los turnos de 24 a 48 horas, teníamos que estudiar el material bibliográfico correspondiente a cada patología. Confieso que era agotador, pero el ambiente lo hacía más llevadero: los médicos tratantes, residentes y enfermeras siempre procuraban mantener una sonrisa y ofrecer palabras de ánimo.

Hubo días especialmente duros, sobre todo cuando los turnos se extendían a 48 horas con apenas un par de horas de sueño. El cambio de rotación también fue un reto: venía de pediatría, un servicio tranquilo, con horarios más flexibles y niños llenos de ternura. Solo unos pocos estudiantes ingresaban a

cirugías pediátricas, por lo que el ambiente transmitía calma. Pasar de ese escenario a la dinámica intensa de cirugía general fue un giro brusco: días más pesados, rutinas estrictas, cambios constantes de ropa, lavados quirúrgicos, suturas... un ritmo completamente distinto.

Aun así, entre ese aparente caos, yo era feliz. Cada día aprendía algo nuevo y cada oportunidad reforzaba mi vocación. Nunca olvido la primera cirugía en la que participé. Correspondía a la rotación de cirugía plástica. Podíamos ingresar como parte del equipo, pero eso significaba quedarnos algunas horas más al final del turno. Mis compañeros, agotados, decidieron no quedarse; lo entendí. Pero yo, pese al cansancio, al hambre y a las ganas de una ducha caliente y una cama, elegí entrar. Quise apoyar como instrumentista a los médicos y vivir la experiencia completa.

Era un jueves por la noche, una fecha que jamás olvidaré. Debíamos ingresar a una cirugía de reconstrucción por una quemadura de tercer grado en el rostro y cuello. La paciente había sufrido este trauma tras un acto de violencia: su exconviviente le arrojó agua hirviendo durante una discusión, dejándole graves secuelas en gran parte del cuerpo.

Después de varias semanas en la Unidad de Cuidados Intensivos, finalmente necesitaba la intervención reparadora. Imagino la mezcla de emociones que la acompañaba: el cansancio de tantos días hospitalizada, el dolor físico aún reciente, el impacto emocional y la inquietud por las cicatrices en una zona tan visible. Era natural que sintiera esperanza y nostalgia al mismo tiempo; aquella cirugía representaba un paso hacia la recuperación, pero también la confrontación con lo vivido.

Llegó la hora marcada, pero la intervención previa en quirófano se complicó y tuvimos que esperar cerca de una hora. Yo luchaba contra el sueño, aunque la emoción por lo que estaba por ocurrir me mantenía alerta.

Cuando por fin ingresamos, inicié el lavado quirúrgico con precisión, cuidando cada movimiento para no contaminarme. Luego me coloqué el equipo de protección personal con la ayuda atenta de la auxiliar de enfermería, siempre profesional y dispuesta. El quirófano estaba lleno: alrededor de ocho médicos, además de mí como interna de medicina.

La cirugía se realizaría en dos tiempos: primero intervendría el equipo de cirugía general y luego el de cirugía plástica. Me generaba mucha curiosidad saber de dónde se tomarían los injertos para reconstruir la piel dañada.

Antes de iniciar, el cirujano principal miró al equipo y dijo en voz baja: “Que Dios nos ayude, empezamos”. Aquel instante quedó grabado en mí. Reconocía, con humildad, que aunque contamos con conocimiento y técnica, seguimos siendo instrumentos al servicio de algo más grande. Y en ese reconocimiento encontré una profunda lección sobre la vulnerabilidad, la fe y la responsabilidad que implica sanar.

Cuando el cirujano inició la incisión, comenzó la participación de cirugía general, que luego daría paso al equipo de cirugía plástica. Obtuvieron injertos de la región abdominal y, a partir de ese momento, inició la verdadera magia de la reconstrucción. La piel el órgano más extenso del cuerpo es extraordinaria: su capacidad de adaptarse, regenerarse y restaurarse resulta fascinante. Fue una de las razones que despertó en mí el deseo de profundizar en el estudio de este tejido tan complejo y perfecto.

Mientras observaba cada paso de la intervención, pensaba en cómo la dermatología se entrelaza con otras áreas médicas. En este caso, la sinergia con la cirugía era evidente: dos disciplinas distintas, pero profundamente conectadas, unidas para ofrecer al paciente un abordaje integral y mejorar su calidad de vida.

La cirugía concluyó sin contratiempos. La paciente fue trasladada a cuidados intermedios para continuar su recuperación. El procedimiento duró aproximadamente cinco horas. A pesar del agotamiento —especialmente ese dolor sordo en los pies después de tantas horas de pie— aún tenía energía para permanecer allí. Entonces comprendí que cuando se trabaja con pasión, el tiempo se vuelve liviano; el cansancio existe, pero no pesa igual. Cuando encuentras tu lugar, la labor deja de sentirse como una obligación y se convierte en una forma de vivir.

Más tarde, ya en su habitación, la paciente me inspiró a realizar su historia clínica para presentarla en clases. Durante el interrogatorio, se mostraba animada, colaboradora y agradecida. Jamás había visto en alguien una determinación tan grande por salir adelante. Su recuperación avanzaba de manera sorprendente y estaba dispuesta a compartir cada detalle necesario. En su rostro se reflejaban esperanza y fortaleza. Me confesó lo difícil que había sido todo este proceso, no solo por el dolor físico, sino también por el impacto emocional y el reto de confrontar las secuelas de lo ocurrido.

Cuando se miraba al espejo, no podía apartar la vista de sus lesiones. La tristeza la envolvía por completo. Deseaba un cambio inmediato, pues su apariencia había golpeado su autoestima. Sin embargo, tuvo que esperar varios meses para que coincidieran un médico disponible, un quirófano y todo

el equipo necesario. Aun así, estaba convencida de que la espera había valido la pena y de que llegarían días más amables. Después de todo lo vivido, ya contaba con apoyo psicológico, una pieza fundamental en su proceso.

Esa experiencia me permitió comprender, con mayor claridad, que cada profesional aporta desde su área y que todos sumamos. Ninguna especialidad es superior a otra; la verdadera fortaleza surge cuando varias ramas se integran para ofrecer una atención completa.

Entre breves pausas, reconocía que estaba presenciando algo extraordinario: un momento lleno de aprendizaje, en el que reafirmaba que había elegido esta carrera para servir. Y esa certeza la de saber que cada esfuerzo, cada desvelo y cada reto tiene sentido resultaba profundamente gratificante.

Aprendí también que podemos construir nuestro propio destino con valentía, perseverancia y una visión firme de aquello que anhelamos. Las experiencias, tanto las agradables como las difíciles, moldean nuestro camino y nos dan claridad. Todo lo que atravesamos tiene un propósito; incluso lo que genera incertidumbre se convierte en cimiento para algo más grande.

A veces nos frustramos al ver avanzar a otros, pero es necesario entender que cada persona vive su propio ritmo. Me costó asimilarlo. Hubo días en los que ese pensamiento me resultaba abrumador. Con el tiempo comprendí que no estamos compitiendo. Esta profesión como la vida misma no es una carrera, sino un compromiso continuo de crecer para servir mejor a nuestra comunidad.

MI PRIMER PASO AL QUIRÓFANO, DONDE EL MIEDO SE CONVIERTE EN VOCACIÓN

Med. Antonella Pazmiño Franco

Madelaine



¿Cómo puedo empezar esta historia? Mi primera experiencia en el quirófano. Me gusta recordar estas anécdotas con nostalgia y alegría; no puedo olvidar la primera vez que entré a uno. Esa primera impresión fue profundamente bella. Siendo estudiante, tu corazón late muy rápido; te emocionas al saber que estás avanzando en la carrera y que ahora ese letrero que antes te restringía el paso finalmente te permite entrar. Te das cuenta de que estás cumpliendo el sueño de la pequeña niña que aún llevas contigo, y ella se alegra al comprender que ya no es un sueño, sino una realidad.

Ya no eran solo imágenes en una pantalla, sino la oportunidad de ver con tus propios ojos el equipo quirúrgico, las radiantes luces que iluminaban todo el quirófano, el piso reluciente y el material quirúrgico que brillaba bajo la luz. Lo más hermoso de la escena era observar a todo el equipo vestido con sus trajes azules, guantes blancos y gorros del mismo color del cielo, preparados para trabajar por la vida de un ser humano que depositaba altas expectativas en sus manos, encomendándose a Dios para que todo marchara bien bajo su protección.

En ese momento te das cuenta de que cambiaste de realidad, y lo hiciste desde el instante en que te cambiaste de vestimenta para entrar al quirófano. Cambias los zapatos, dejas tu ropa por una vestimenta estéril, retiras cualquier vincha y entras con el cabello recogido y cubierto por un gorro. Es como ingresar al espacio propio de la medicina; como salir del mundo por unas horas para adentrarte en el cuerpo humano. Me gusta recordar algunas de las anécdotas que viví en quirófano siendo estudiante, experiencias que hoy evoco con nostalgia y que me hacen consciente del tiempo que ha pasado.

Esto me lleva a cuando cursaba décimo semestre y recibíamos materias quirúrgicas. Aproveché cada hora práctica para aprender sobre distintos procedimientos según la especialidad. En una ocasión pude ingresar a una cirugía de traumatología tras un accidente de tránsito: el paciente presentaba una fractura expuesta de fémur y requería intervención inmediata. Había muchos médicos atentos y preocupados, ya que se trataba de un adulto mayor y la cirugía implicaba un alto riesgo. Todo transcurría en orden hasta que, de pronto, los anestesiólogos comenzaron a inquietarse y a preparar medicación urgente; la administraron rápidamente a través del suero conectado al paciente. Minutos después, los traumatólogos solicitaron apoyo a cirugía vascular ante un sangrado de difícil control. Fue como una escena de acción que mantiene los nervios en tensión durante toda la película; esa misma sensación experimenté en ese momento.

Mi admiración fue inmediata al verlos llegar en tan poco tiempo. Su irrupción en el quirófano tuvo algo de épico, como la aparición de superhéroes de esas grandes historias que uno recuerda del cine. Sin palabras, sin gestos innecesarios, permitieron que los cirujanos vasculares tomaran el control.

Actuaron con una rapidez asombrosa. En cuestión de minutos no solo lograron detener el sangrado, sino que identificaron con precisión el sitio exacto de origen. Cuando terminaron, se retiraron con discreción, agradeciendo al equipo presente para que la cirugía pudiera continuar. Bastó aquel día para despertar en mí una profunda admiración por la ciencia médica y, en particular, por la cirugía vascular. Nunca olvidaré la precisión, la serenidad y la capacidad de decisión que presencié en ese momento, ni el impacto que pueden tener las acciones de una persona sobre la vida de otra.

Estas acciones generaron en mí un fuerte impacto y me llevaron a reflexionar sobre lo que mis conocimientos podían provocar en los demás. Siempre había admirado la cirugía, pero al estar presente en el quirófano sentía que mi corazón debía estar ahí de alguna forma. Con el paso del tiempo pude asistir a más procedimientos y empaparme de cómo funciona realmente un quirófano. Aprendí también que uno de los mayores regalos para un estudiante es la confianza de su maestro, algo que pude evidenciar cuando participé como segundo ayudante en una cirugía vascular para la limpieza de un pie diabético.

Mi corazón latía con fuerza y emoción; estaba dispuesto a aspirar, limpiar la sangre y observar cada detalle del procedimiento. Me emocionaba que el cirujano me tomara en cuenta. Había practicado previamente lo que mis profesores enseñaban cuando ingresaba como observador, y en ese momento pude poner en práctica esos conocimientos: sostener instrumental, mantener la atención constante y seguir cada movimiento del cirujano para aprender de él. El paciente había pasado por múltiples intervenciones; no era la primera cirugía. Ante la falta de mejoría con las limpiezas quirúrgicas,

existía la posibilidad de una amputación, por lo que cada procedimiento era fundamental para su recuperación.

Recuerdo claramente al paciente: estaba impaciente por salir del hospital, pero colaboraba poco con sus cuidados. Las vendas se desplazaban con frecuencia y dejaban la herida expuesta porque se movía constantemente en la cama. Era un adulto joven que permanecía la mayor parte del tiempo con el celular; durante las visitas prestaba poca atención a las indicaciones médicas o a su evolución. Sus familiares acudían a nosotros para pedirnos que le motiváramos a alimentarse, ya que comía muy poco o nada, alegando que la comida era insípida y deseaba consumir otros alimentos que no estaban permitidos por su condición. A simple vista podía parecer una actitud difícil, pero con el tiempo comprendí que detrás de ese comportamiento existía una profunda tristeza: la posibilidad de perder su pie lo tenía devastado. Sin embargo, para quienes lo rodeaban, su conducta resultaba inapropiada y hasta los propios familiares mostraban dificultad para comprenderlo.

En estos momentos es cuando los médicos estamos llamados a brindar acompañamiento, porque no tratamos enfermedades, sino personas que atraviesan situaciones muy difíciles. Eso pude notar en los cirujanos vasculares, quienes nunca se descuidaron de él. Por mi parte, ayudé con toda la actitud durante la limpieza quirúrgica; para mí fue un momento muy especial al confiar en mí y darme la oportunidad de colaborar y observar directamente el pie del paciente. Ya había perdido algunos dedos, pero aún conservaba coloración y movilidad; pese a su condición, se intentaba preservar al máximo la extremidad, y lo estaban logrando, algo que pude evidenciar durante el procedimiento. Me llenó de orgullo ver lo que se puede lograr con la medicina

y con profesionales dispuestos a darlo todo por sus pacientes, aun conociendo la complejidad de su situación.

Estas dos intervenciones han marcado profundamente mi vida estudiantil e influyeron en gran parte en mi decisión de realizar una especialización quirúrgica. Gracias a Dios, no han sido las únicas experiencias, ya que he podido participar en diversas áreas quirúrgicas, desde ginecología hasta oftalmología. Esto me ha permitido desarrollar confianza y práctica dentro del quirófano. Espero de todo corazón seguir aprendiendo y conociendo más sobre este mundo quirúrgico que me ha regalado experiencias tan significativas.

ENTRE BISTURÍES Y SILENCIOS

Med. Rubén Cevallos Zambrano, MSc.



Desde que inicié mi labor como médico asistencial en una unidad hospitalaria de cirugía compleja, comprendí que la práctica quirúrgica trasciende ampliamente el dominio técnico y la destreza manual. Con el tiempo, entendí que cada guardia implica mucho más que una secuencia de procedimientos o decisiones clínicas. Es un espacio donde convergen la ciencia, la responsabilidad ética y una profunda dimensión humana, en el que cada acto genera repercusiones que van más allá del instante inmediato.

En este contexto, el cirujano no solo interviene sobre tejidos y órganos, sino que participa de manera inevitable en la historia vital de quienes confían su salud al equipo médico. Cada ingreso, cada valoración y cada indicación forman parte de una red compleja en la que el conocimiento científico se entrelaza con la vulnerabilidad humana. Vista desde esta perspectiva, la cirugía deja de ser únicamente una disciplina técnica para convertirse en una forma de acompañamiento consciente y responsable.

El servicio de cirugía se comporta como un organismo vivo, dinámico y sensible a cualquier alteración. Cada integrante desempeña un papel fundamental dentro de una estructura sostenida por la coordinación, la experiencia compartida y el respeto mutuo. Aunque la rutina cotidiana puede generar una

sensación de estabilidad, esta es siempre frágil. Basta un evento inesperado para alterar el curso del turno y exigir una reorganización inmediata de prioridades, pensamientos y emociones.

Las horas transcurren entre valoraciones clínicas, análisis de estudios complementarios y el seguimiento constante de pacientes en evolución. Cada cama alberga una historia singular, con contextos familiares diversos y desenlaces inciertos. El médico asistencial aprende pronto que no existen casos iguales, aun cuando los diagnósticos parezcan semejantes. La singularidad de cada persona impone una mirada atenta, una escucha activa y la capacidad de adaptar el conocimiento científico a realidades humanas complejas.

Aquella guardia inició como tantas otras, con un ritmo exigente pero previsible. El entorno estaba marcado por el desplazamiento constante del personal, el sonido incesante de los equipos y los intercambios breves que acompañan cada decisión clínica. En medio de esa dinámica, el tiempo parece perder su forma y las horas se miden por acontecimientos más que por relojes. Sin embargo, esa sensación de normalidad se vio súbitamente alterada por el ingreso simultáneo de pacientes con lesiones de gravedad.

Desde el primer contacto resultó evidente que la situación demandaba una valoración minuciosa y decisiones inmediatas. El equipo se organizó con rapidez, priorizando la evaluación primaria y la identificación de compromisos vitales. En contextos como este, la experiencia acumulada y la coordinación entre profesionales se convierten en recursos indispensables para actuar con eficacia y seguridad.

Uno de los pacientes presentaba un deterioro sistémico severo que obligó a una intervención quirúrgica de urgencia. Ante

este escenario, la responsabilidad del cirujano trasciende la ejecución técnica del procedimiento. Incluye también la necesidad de comunicar con claridad, empatía y prudencia a los familiares que esperan respuestas en un ambiente cargado de incertidumbre y temor. En ese espacio, la palabra adquiere un valor terapéutico incuestionable.

El intercambio con la familia constituye, en sí mismo, un acto médico. Explicar la condición clínica, las alternativas de manejo y los riesgos asociados de forma comprensible es parte esencial del cuidado integral. La confianza se construye palabra a palabra, con la conciencia de que cada explicación puede aliviar la angustia o, si no se transmite con sensibilidad, intensificarla.

El traslado al quirófano marcó un punto de inflexión en el desarrollo de la guardia. El equipo actuó con precisión y sincronía, confirmando que el trabajo colaborativo es la base de una atención segura. Dentro de la sala, el tiempo pareció contraerse. La iluminación, el instrumental dispuesto y el silencio expectante crearon un escenario donde cada movimiento debía ser exacto y cada decisión cuidadosamente meditada.

La intervención se desarrolló como un ejercicio de concentración absoluta. Cada maniobra exigía respeto por la anatomía y por la vida confiada a nuestras manos. Aunque la técnica domina el espacio quirúrgico, la dimensión humana permanece siempre presente: en la tensión contenida del equipo, en la comunicación breve pero efectiva y en la conciencia permanente de la responsabilidad asumida.

Fue en ese entorno donde ocurrió uno de los momentos más significativos de la jornada. Una llamada interrumpió el curso habitual del procedimiento para solicitar información sobre

una paciente en particular. Al retirar los campos quirúrgicos, el reconocimiento fue inmediato. Se trataba de una colega que, debido a la dinámica vertiginosa de la emergencia, no había sido identificada desde el inicio. El silencio que siguió no necesitó explicaciones.

En ese instante, la línea que separa la vocación profesional del vínculo humano se desdibujó por completo. El desafío dejó de ser exclusivamente clínico para adquirir una dimensión profundamente emocional. La formación médica exige sostener el profesionalismo incluso cuando las emociones amenazan con irrumpir. Continuar fue una decisión difícil, guiada por la ética y por el compromiso ineludible con el rol asistencial.

El respaldo del equipo resultó decisivo. Un gesto oportuno, una palabra serena o la presencia silenciosa de un colega permitieron recuperar el equilibrio necesario para seguir adelante. En la práctica quirúrgica, el trabajo colectivo no solo constituye una exigencia técnica, sino también un sostén emocional que fortalece la capacidad de afrontar situaciones límite.

La intervención concluyó y la paciente fue trasladada a un área de cuidados avanzados con soporte integral. A pesar de los esfuerzos realizados, la evolución no fue favorable. Existen momentos en los que la medicina se enfrenta a desenlaces que superan cualquier previsión. Estas circunstancias confrontan al médico con los límites de la ciencia y con la necesidad de aceptar la incertidumbre inherente al ejercicio clínico.

Esa guardia dejó una reflexión profunda sobre el rol del médico asistencial quirúrgico. Más allá de resolver patologías, nuestra labor implica acompañar procesos

humanos complejos, donde el dolor, el miedo y la esperanza se entrelazan. Cada decisión tomada en el servicio de cirugía genera un impacto que trasciende el ámbito hospitalario y se proyecta en la vida de los pacientes y de sus familias.

Con el paso del tiempo comprendí que la experiencia quirúrgica se construye tanto a partir de los logros como de los desafíos. Cada caso deja aprendizajes que fortalecen el criterio clínico y afinan la sensibilidad profesional. La autocrítica y el aprendizaje continuo se consolidan como pilares del ejercicio médico responsable y éticamente comprometido.

El trabajo en equipo ocupa un lugar central dentro del servicio de cirugía. La articulación entre médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la salud permite ejecutar decisiones con mayor seguridad. En escenarios complejos, el análisis compartido reduce la carga individual y refuerza la práctica clínica, promoviendo una auténtica cultura de corresponsabilidad.

La relación médico-paciente, especialmente en el contexto quirúrgico, se construye sobre la confianza. Esta no surge de forma espontánea, sino que se cultiva mediante un trato respetuoso, una comunicación honesta y una actitud empática. En entornos de alta complejidad, estas cualidades adquieren un valor incalculable.

Al finalizar aquella jornada y recorrer nuevamente el servicio ya en calma, confirmé que la verdadera esencia de la cirugía reside en el equilibrio entre ciencia y humanidad. Ser médico asistencial quirúrgico implica asumir decisiones complejas con responsabilidad, pero también reconocer la dimensión humana de cada acto. Detrás de cada diagnóstico existe una historia que merece ser atendida con respeto y dignidad.

ANATOMÍA DEL COLAPSO

Med. Santiago López Amaluís



Hay heridas que no sangran, pero laten con una persistencia que termina moldeando la identidad de quien las carga. Las tuyas no se anunciaban en la piel ni podían señalarse frente al espejo. Habitaban en la profundidad de la pared abdominal, allí donde el cuerpo guarda su arquitectura más silenciosa y donde la contención define el límite entre el orden y el colapso. Durante años, las hernias crecieron sin urgencia, con la paciencia cruel de aquello que no necesita apresurarse para vencer. Primero fueron apenas una incomodidad al final del día, una sensación difusa que podía ignorarse. Después se hicieron visibles. Finalmente, dejaron de regresar a su lugar, como si el cuerpo hubiera olvidado cómo contenerse a sí mismo.

Con el paso del tiempo, dejaron de ser una sola manifestación y se multiplicaron, deformando la firmeza natural de la pared abdominal. Aquella estructura que durante décadas había sostenido la vida sin ser percibida comenzó a ceder lentamente, sin ruido ni advertencia. No hubo un instante exacto de ruptura, sino una sucesión de pequeñas derrotas que terminó por alterar el equilibrio. La contención se transformó en incertidumbre, y el cuerpo, que alguna vez fue territorio seguro, comenzó a convertirse en un límite frágil. Cada día sostenía menos. Cada esfuerzo exigía más. Y aun así, él continuaba.

El tiempo también modificó su manera de moverse, mucho antes de que él decidiera reconocerlo. Había una lentitud adquirida en sus gestos, una precisión involuntaria en cada movimiento, como si el cuerpo hubiera desarrollado su propia estrategia para sobrevivir. No era debilidad. Era adaptación. Antes de caminar, existía siempre una pausa breve, casi imperceptible, en la que parecía escuchar el estado de su propia anatomía. Sus manos buscaban la región inguinal sin pensarlo, verificando que el límite aún resistiera. Había dignidad en esa resistencia silenciosa, una voluntad intacta incluso cuando la estructura comenzaba a fallar.

Fue en ese estado de equilibrio precario cuando llegó al hospital, durante la semana de valoraciones. Estaba sentado al borde de una banca, acompañado por su familia, en uno de esos pasillos donde el futuro todavía no ha sido decidido. No hablaba. Observaba. Sus ojos permanecían fijos en el suelo, como si el peso que llevaba no fuera solo físico, sino también acumulado con el tiempo. Cuando intentó incorporarse, lo hizo con cuidado, respetando cada límite impuesto por los años. Nadie pronunció su nombre, pero no hacía falta. Su historia era evidente en la forma en que protegía su propio cuerpo.

Había viajado desde el sur, atravesando distancias largas, no solo geográficas sino también emocionales. No era el primer lugar al que acudía, pero algo en esa espera era distinto. Quizás era el silencio. Quizás el cansancio. O quizás la intuición de que el tiempo finalmente lo había alcanzado. Llegó impulsado por esa última forma de esperanza que no se proclama, que no se anuncia, que simplemente persiste: la esperanza que aparece cuando el cuerpo comienza a ceder, pero el espíritu todavía se niega a hacerlo.

Cada año, durante un breve intervalo, el hospital cambia su ritmo habitual. Llegan manos que no pertenecen a su rutina cotidiana, manos que han cruzado grandes distancias para intervenir donde el tiempo ha dejado su marca. No llegan con promesas, sino con preparación. No llegan a observar, sino a decidir. Su presencia transforma el ambiente, no por lo que dicen, sino por lo que son capaces de hacer. Traen consigo la posibilidad de restituir lo que parecía perdido.

Junto a ellas, las damas de amarillo recorren los pasillos con una serenidad que no necesita explicación. Acompañan, organizan, sostienen. Son quienes convierten la espera en algo soportable y el miedo en algo compartido. Su presencia es constante, discreta, esencial. No realizan incisiones ni sostienen instrumentos, pero sin ellas nada avanzaría. Son el puente entre la incertidumbre y la acción, entre el paciente y el momento en que su historia cambia.

Cuando finalmente se recostó sobre la camilla, la enfermedad dejó de ser relato y se convirtió en evidencia. Las hernias eran múltiples, extensas, irreductibles: estructuras que habían perdido su relación con el orden original del cuerpo. Permanecían fuera de su dominio anatómico, tensas, vulnerables, al borde de una complicación definitiva. La pared posterior del canal inguinal había cedido, incapaz de sostener aquello que durante toda una vida había contenido. Aquello no era solo una alteración. Era el resultado de años de progresión silenciosa.

Desde el punto de vista quirúrgico, el escenario imponía respeto. No se trataba simplemente de reparar, sino de reconstruir. La restitución de la contención implicaba devolver estabilidad a una estructura que había dejado de cumplir su función. Pero su cuerpo no solo cargaba hernias: cargaba historia. Cada enfermedad previa había reducido el

margen de seguridad. Cada negativa anterior había consolidado la progresión. Durante años, nadie intervino. El riesgo siempre fue mayor que la decisión.

Y, sin embargo, allí estaba.

Presente.

Esperando.

Había tristeza en su mirada, pero no era resignación. Era algo más complejo: la conciencia de estar frente a su última oportunidad. Sabía que esas manos no pertenecían al abandono que había conocido antes. Sabía que habían llegado desde lejos. Sabía que podían reconstruir aquello que el tiempo había destruido. Pero también sabía que cada decisión quirúrgica es un umbral. Y aun así, no retrocedió.

Cuando se levantó, su cuerpo seguía siendo el mismo. Sus hernias seguían allí. El riesgo no había desaparecido. Pero algo había cambiado. La resignación había comenzado a romperse. Había caminado durante años sosteniendo su propio colapso en silencio, viviendo en el borde de una estructura vencida. Y en ese instante, al cruzar ese pasillo, dejó de ser solamente un hombre enfermo.

Porque quienes caminan durante años buscando el lugar donde su cuerpo pueda ser reconstruido; quienes llegan cuando el tiempo parece haberse agotado; quienes se presentan cuando ya no queda nada más que intentar, no son solo pacientes.

Son peregrinos.

Y él, sin saberlo aún, acababa de llegar al final de su travesía.

La semana siguiente llegó sin anuncios. No hubo campanas ni señales visibles, solo el peso distinto del aire en los pasillos

y la forma en que el silencio comenzaba a organizarse alrededor de quienes esperaban. El Peregrino regresó acompañado por su familia, con el mismo paso medido y la misma prudencia adquirida durante años. Había algo nuevo, sin embargo, en la manera en que sostenía la mirada. No era confianza plena. Era decisión. La decisión de quien comprende que permanecer inmóvil también es una forma de perder. Aquel día no venía a buscar respuestas. Venía a sostenerlas.

El área preoperatoria era un territorio intermedio, un espacio donde los cuerpos aún pertenecen al mundo cotidiano, pero comienzan a separarse de él. Allí, cada objeto tiene un propósito preciso y cada palabra es elegida con cuidado. Lo vi recostado, cubierto por sábanas que no lograban ocultar la historia que llevaba dentro. Sus manos permanecían entrelazadas sobre el abdomen, como si intentaran contener, una vez más, aquello que había dejado de obedecerle. La familia permanecía cerca, hablando en voz baja, como si el volumen pudiera alterar el resultado. Nadie lloraba. Pero todos sabían.

El encuentro con el equipo quirúrgico no tuvo dramatismo. Fue sereno, técnico, directo. Se revisaron los últimos detalles, se confirmaron los consentimientos, se verificaron los límites y las posibilidades. La cirugía que lo esperaba no era una intervención menor. La reparación de múltiples hernias irreductibles implicaba liberar estructuras que llevaban años fuera de su lugar, devolver el contenido a su dominio natural y reconstruir la pared posterior utilizando un refuerzo protésico capaz de restituir la contención perdida. No se trataba solo de cerrar un defecto. Se trataba de restaurar el equilibrio.

El traslado hacia el quirófano ocurrió en silencio. La camilla avanzaba por los pasillos mientras las luces del techo se sucedían una tras otra, marcando el ritmo de una transición irreversible. Él permanecía despierto, observando. Sus ojos recorrían el espacio con atención, como si intentara memorizar cada instante. Había miedo, pero no era un miedo desordenado. Era un miedo lúcido: el tipo de miedo que no paraliza, sino que acompaña. El tipo de miedo que existe cuando aún hay algo que vale la pena preservar.

Dentro del quirófano, el ambiente era distinto. La luz era más intensa. El aire, más frío. Los movimientos, más precisos. Cada miembro del equipo ocupaba su lugar con naturalidad, como si aquella coreografía hubiera sido ensayada desde siempre. Los campos estériles delimitaron el territorio donde la intervención tendría lugar. El tiempo, a partir de ese momento, dejó de medirse en minutos y comenzó a medirse en decisiones. La cirugía general, en su forma más pura, no es solo técnica. Es responsabilidad sostenida en cada gesto.

La anestesia representaba el primer umbral. No por su complejidad, sino por su significado. Era el momento en que el cuerpo dejaba de resistir conscientemente y confiaba su continuidad a manos ajenas. Lo observé mientras sus ojos permanecían abiertos, atentos, serenos. No hubo palabras finales ni gestos heroicos. Solo una respiración profunda, sostenida, y luego el abandono progresivo de la vigilia. No era una rendición. Era un acto de confianza absoluta.

Con el inicio del procedimiento, la enfermedad dejó de ser símbolo y se convirtió en estructura. La incisión reveló una anatomía transformada por los años, donde los planos naturales habían perdido su definición original. Las hernias se presentaban como protrusiones firmes, adheridas e irreductibles, confirmando lo que el examen físico había

anticipado. La liberación debía ser meticulosa. Cada tejido exigía respeto. Cada movimiento debía preservar aquello que aún conservaba su función.

La reducción del contenido herniario fue el primer acto de restitución. Lo que durante años había permanecido fuera de su lugar comenzó a regresar lentamente a su dominio natural. La cavidad abdominal, que había aprendido a vivir incompleta, volvía a recibir aquello que le pertenecía. Era un momento silencioso, pero trascendente. La restitución no ocurre de forma violenta. Ocurre con precisión, con intención.

La reconstrucción de la pared posterior representó el punto de inflexión. El refuerzo protésico fue colocado con exactitud, anclado a las estructuras capaces de sostenerlo, devolviendo al canal inguinal la resistencia que había perdido. La técnica no era solo una secuencia de pasos. Era la afirmación de un principio: que incluso las estructuras vencidas pueden ser restauradas cuando se interviene con conocimiento y propósito. La contención, que había cedido durante años, comenzaba a existir nuevamente.

El cierre marcó el final visible del procedimiento, pero no el final del proceso. El cuerpo ahora debía aceptar aquello que había sido reconstruido. La cirugía había terminado, pero el verdadero resultado dependería del tiempo, de la biología, de la capacidad del organismo para integrar la restitución. Fue trasladado fuera del quirófano con la misma serenidad con la que había entrado, pero con una diferencia fundamental: aquello que había vivido al borde del colapso ahora había sido sostenido.

En recuperación, el silencio volvió a rodearlo. Su respiración era estable. Su cuerpo, inmóvil. Pero bajo la superficie, algo había cambiado de forma irreversible. La pared abdominal,

que durante años había cedido lentamente, había recuperado su función. La enfermedad que lo había acompañado tanto tiempo ya no dictaba su estructura. El Peregrino aún no lo sabía. Aún no podía verlo. Pero la travesía que había iniciado mucho antes de entrar al hospital había alcanzado su punto más decisivo.

Porque hay momentos en que la cirugía no solo corrige una alteración anatómica, sino que devuelve al cuerpo el derecho de sostenerse a sí mismo. Y en ese instante, sin que nadie lo anunciara, el Peregrino había cruzado el umbral.

El final de la cirugía no marcó el final de la batalla. Marcó, en realidad, el inicio de una incertidumbre distinta. Fue trasladado al área de recuperación aún suspendido entre la profundidad anestésica y el retorno gradual de la conciencia. Su respiración era regular, pero su cuerpo permanecía inmóvil, como si todavía no comprendiera que había sobrevivido al umbral. La pared abdominal, que durante años había sido territorio vencido, ahora descansaba bajo vendajes que protegían algo más que una herida quirúrgica: protegían la restitución de su arquitectura, la posibilidad de una vida distinta.

El despertar no fue inmediato. La anestesia general no es solo un estado farmacológico; es una frontera fisiológica donde cada órgano debe retomar su función con precisión. Hubo un instante en que sus párpados temblaron levemente, como si la conciencia intentara regresar sin estar completamente segura de hacerlo. Su respiración cambió de ritmo. Sus dedos se movieron apenas. Eran señales pequeñas, pero suficientes. El cuerpo estaba regresando. No hubo palabras al principio, solo el esfuerzo silencioso de volver a habitar a sí mismo.

El dolor llegó después, como llega todo lo verdadero. No fue abrupto, pero sí profundo. No era el dolor de la enfermedad, ese dolor crónico que se instala y se normaliza. Era el dolor de la restitución. El dolor de una estructura que había sido corregida. Sus manos buscaron instintivamente el abdomen, pero se detuvieron antes de tocarlo, como si supiera que algo allí ya no era igual. La enfermería vigilaba cada signo vital con precisión, consciente de que las primeras horas definen el curso de la recuperación. La estabilidad no se celebra. Se protege.

La familia aguardaba afuera, suspendida en ese tiempo irregular que solo existe cuando alguien amado está entre la vida conocida y la vida posible. Nadie preguntaba cuánto faltaba. Preguntaban si estaba bien. Y esa pregunta, en medicina, no siempre tiene una respuesta inmediata. La estabilidad hemodinámica, la oxigenación adecuada y la respuesta neurológica progresiva eran los únicos indicadores que importaban. El resto pertenecía al territorio invisible de la esperanza.

La noche cayó sin que el hospital redujera su ritmo. El Peregrino permanecía bajo observación, atravesando ese periodo crítico en el que el cuerpo decide cómo responder a lo que ha sido intervenido. Hubo momentos en que el silencio de la habitación parecía demasiado amplio, momentos en que cada monitor adquiría una presencia casi simbólica. Pero su organismo respondía. Lentamente. Sin estridencias. Sin complicaciones. La restitución comenzaba a consolidarse.

El primer intento de incorporarse ocurrió con ayuda. No fue un movimiento completo, sino una intención. El abdomen respondió con resistencia, recordándole que la cirugía no es solo un acto, sino un proceso. Sus ojos se abrieron con mayor claridad esa vez. Había desconcierto. Había dolor. Pero

también había algo más: alivio. Un alivio contenido, prudente, como si aún no quisiera confiar completamente en la realidad que comenzaba a habitar.

Las horas siguientes fueron de vigilancia continua. La cicatrización es un lenguaje biológico que se expresa sin palabras, pero que exige interpretación constante. No hubo signos de sangrado activo. No hubo compromiso respiratorio. No hubo evidencia de fallo. Cada parámetro que se mantenía dentro de su rango era una victoria silenciosa. La medicina, en esos momentos, no necesita triunfos espectaculares. Necesita estabilidad sostenida.

Cuando la familia finalmente pudo verlo, el encuentro ocurrió sin dramatismo. Se acercaron con cautela, como si el contacto físico pudiera alterar el equilibrio recién recuperado. Él los miró. No habló de inmediato. No hacía falta. Su mirada tenía una claridad distinta: la claridad de quien ha atravesado un territorio del que no todos regresan, la claridad de quien aún está comprendiendo que sigue allí.

La madrugada fue el momento más difícil. El dolor alcanzó su punto máximo, como suele ocurrir cuando el cuerpo abandona definitivamente la protección anestésica. Cada respiración exigía esfuerzo. Cada movimiento recordaba la intervención reciente. Pero incluso en ese dolor había una diferencia esencial. Ya no era el dolor del colapso progresivo. Era el dolor de la reconstrucción. El dolor que anuncia que algo ha sido corregido.

El amanecer encontró al Peregrino despierto. No completamente recuperado. No libre de dolor. Pero despierto. Su respiración era estable. Su mirada, serena. El abdomen permanecía cubierto, pero bajo esa protección existía algo que no había estado allí en años: contención. La pared había sido

restaurada. El defecto había sido corregido. El cuerpo comenzaba a sostenerse nuevamente.

No hubo discursos ni celebraciones. Solo el reconocimiento silencioso de que la intervención había cumplido su propósito. La cirugía no había sido un gesto heroico, sino un acto de restitución.

Había sobrevivido a la noche más larga.

Y en ese silencio que sigue a la tormenta fisiológica, el cuerpo comenzó, lentamente, a reconciliarse consigo mismo.

El amanecer llegó sin anunciarse, como llegan las cosas verdaderamente importantes. La luz entró por la ventana con una suavidad casi respetuosa, iluminando el contorno de un cuerpo que había atravesado, durante la noche, el territorio incierto que separa la intervención de la restitución. El Peregrino permanecía despierto, con los ojos abiertos y la respiración pausada, como si aún estuviera confirmando que seguía allí. La herida reposaba bajo los vendajes, silenciosa, protegida, cumpliendo su propio proceso biológico. El dolor persistía, profundo y honesto, pero ya no tenía el mismo significado. Ya no era advertencia de colapso. Era señal de reconstrucción.

Durante años, su cuerpo había vivido bajo la amenaza constante de sí mismo. Cada esfuerzo había sido un riesgo. Cada movimiento, una negociación silenciosa con su propia fragilidad. La pared abdominal, incapaz de contener, había transformado la vida cotidiana en una vigilancia permanente. Pero ahora, bajo la piel inflamada y reciente, existía una estructura distinta, una arquitectura restaurada con precisión. La reparación había devuelto continuidad a los planos anatómicos, restableciendo el límite entre el interior y el

mundo. Aquello que había cedido lentamente con el tiempo comenzaba, por fin, a sostenerse nuevamente.

El primer intento de incorporarse fue también el primer acto de fe. No ocurrió con facilidad. Sus manos buscaron apoyo y su respiración se hizo más profunda, como si el cuerpo necesitara recordar cómo volver a empezar. Hubo un instante de duda, una pausa breve en la que la memoria del dolor antiguo intentó imponerse. Pero esta vez fue distinto. No hubo desplazamiento. No hubo traición interna. Hubo dolor, sí, pero también firmeza. Y en ese gesto mínimo ocurrió algo inmenso: la estructura resistió.

Caminar fue un proceso lento, pero definitivo. Cada paso era una confirmación biológica de que la contención había sido restaurada. La anatomía, durante tanto tiempo vencida, comenzaba a responder con dignidad, como si el cuerpo reconociera su propia reconstrucción. No existía aún la libertad completa, pero sí algo más importante: la posibilidad. La posibilidad de moverse sin anticipar el colapso. La posibilidad de existir sin esa conciencia constante de fragilidad. Y esa transición, aunque invisible para el mundo, era absoluta para él.

Su familia lo observaba en silencio, como quien presencia algo que durante años había dejado de parecer posible. Habían aprendido a convivir con la enfermedad como parte inevitable de su historia, a aceptar la limitación como destino. Ahora, frente a ellos, el cuerpo que durante tanto tiempo había resistido sin ayuda comenzaba a sostenerse por sí mismo. No hubo celebraciones ruidosas. Solo alivio contenido. Solo gratitud silenciosa. Solo la certeza de que algo había cambiado de forma irreversible.

Los días siguientes consolidaron lo que el quirófano había iniciado. La cicatrización avanzó con disciplina biológica, respetando el tiempo necesario para transformar la intervención en estabilidad. No hubo complicaciones. No hubo retrocesos. El tejido aceptó la reparación como si hubiera estado esperando ese momento durante años. La inflamación descendió progresivamente, revelando una pared abdominal que ya no cedía. La integridad había sido restaurada. No como un milagro, sino como el resultado exacto del conocimiento aplicado con propósito.

El día del alta no tuvo solemnidad. No la necesitaba. El Peregrino se vistió con lentitud, respetando aún el proceso reciente de su propio cuerpo. Antes de salir, permaneció de pie unos segundos en silencio, como si quisiera registrar ese instante en su memoria. Había llegado cargando el peso de su propia fragilidad, caminando con la certeza íntima de su deterioro. Se marchaba cargando algo distinto. No era invulnerabilidad, era estabilidad.

Caminó hacia la salida sin prisa, pero sin esa pausa previa que antes era inevitable. Cada paso era prudente, pero ya no temeroso. No miró atrás, no porque olvidara lo ocurrido allí, sino porque lo que había venido a buscar ya estaba dentro de él. La pared que durante años había sido territorio de derrota se había convertido nuevamente en estructura, y el cuerpo que había vivido al borde del colapso comenzaba, por fin, a sostenerse a sí mismo.

Reconstruir una pared abdominal es, en esencia, un acto técnico: reconocer planos, respetar tejidos, restituir continuidad donde hubo defecto y reforzar sin imponer tensión. Es devolver función donde hubo debilidad y estabilidad donde hubo incertidumbre. Pero lo que ocurre dentro del quirófano no termina con el último punto de sutura.

Hay reconstrucciones que no pertenecen únicamente al territorio de la anatomía; hay reparaciones que suceden en el lugar exacto donde el cuerpo y la identidad se encuentran.



Durante años, su cuerpo había sido el recordatorio constante de su propia fragilidad. Había aprendido a vivir al borde de sí mismo, a existir dentro de límites que nunca eligió. Cuando finalmente la estructura fue restaurada, no solo se reparó la pared: se transformó la manera en que ese hombre habitaba su propia existencia. Se restituyó la confianza, la dignidad y la posibilidad de caminar sin miedo.

Porque hay enfermedades que deforman tejidos, pero también deforman la forma en que alguien aprende a habitar su propio cuerpo. Y cuando finalmente son reconstruidas, no solo corrigen un defecto anatómico; restituyen algo más profundo:

la certeza de que el cuerpo puede volver a ser territorio seguro.

Reconstruir una estructura es un acto técnico; reconstruir la seguridad en un cuerpo que había dejado de sostenerse es un acto de trascendencia. Cuando el conocimiento se pone al servicio de la vida, incluso aquello que había cedido durante años aprende, finalmente, a sostenerse otra vez. Y en ese instante silencioso e irreversible, el colapso deja de ser herida y comienza, por fin, a convertirse en destino.

LA CARA HUMANA DE LA MEDICINA

Med. Camila Inés Racines Navas



Recordar las vivencias que marcaron mi formación médica me renueva la energía para continuar este extenso, aunque profundamente gratificante, camino en la medicina. Entre todas ellas, hay una experiencia que definió mi manera de entender la profesión: comprendí que ser médica no siempre implica ofrecer una cura definitiva, sino convertirse en sostén cuando la incertidumbre pesa más que cualquier diagnóstico.

Durante el último año previo a obtener mi título de tercer nivel, cumplía una guardia de veinticuatro horas en el servicio de cirugía general. Allí convergían múltiples escenarios: desde traumas abdominales por accidentes de tránsito o heridas por arma blanca, hasta el impacto emocional de un cáncer recién confirmado. A ello se sumaban las urgencias habituales —apendicitis, colecistitis— que ocupaban cada camilla disponible en la sala de espera.

A medida que asumía mayores responsabilidades, sentía con claridad el peso de las decisiones clínicas. Sin embargo, también emergía con más fuerza la vocación que me acompañaba desde el colegio. Ese compromiso era el que me sostenía cuando el agotamiento amenazaba con imponerse en cada turno. Entendí que cada persona atendida representa una realidad única; ningún caso es idéntico a otro. Lo único

constante es la confianza que el paciente deposita en quien lo asiste cuando su salud se ve comprometida.

En una de aquellas noches intensas, entre toma de muestras, evaluaciones preoperatorias, interconsultas y procedimientos urgentes, recibí la llamada del residente. Me informó que un paciente había sido transferido desde otro hospital y que debía recibirlo en hospitalización para completar estudios y elaborar su historia clínica.

Se trataba de un hombre de aproximadamente setenta años, de cabello canoso y mirada desorientada. Esa expresión es frecuente: muchos pacientes no comprenden el lenguaje técnico ni dimensionan la gravedad de su situación; solo perciben que su cuerpo, antes aliado, se ha convertido en fuente de incertidumbre y malestar. A su lado estaba su hija, quien se presentó con serenidad y una fe inquebrantable. Portaba estampas religiosas, pequeñas imágenes y un rosario color vino que rodeaba el cabezal de la cama como si levantara un amparo silencioso frente a la adversidad.

Al ingresar en la habitación me detuve unos segundos. Comprendí que la medicina no concluye en el borde de la cama ni se limita a la descripción de síntomas. Frente a mí no había solo una patología por resolver, sino una trama sólida de afectos compuesta por hijos, amigos y seres cercanos que acompañan en silencio cada punción, cada estudio de imagen y cada diagnóstico incierto.

Ese soporte familiar es tan vital para el paciente como el tratamiento farmacológico o quirúrgico que se le ofrece. He observado cómo el amor se manifiesta de maneras distintas, y cómo su expresión más pura suele aparecer cuando la enfermedad irrumpe. Lo descubrí en el orden cuidadoso con que colocan los objetos religiosos alrededor de la cama; en la

delicadeza con que sus hijas acomodan la sábana, como si su padre estuviera hecho de cristal; en esa mano apretada que teme soltarlo, como si el simple contacto pudiera retenerlo en este lado de la incertidumbre.

La parte más hermosa de mi profesión —pensé mientras ajustaba el monitor de signos vitales y le preguntaba si se encontraba cómodo— es ser testigo de esa red de afecto que sostiene al paciente cuando su propio ánimo comienza a flaquear. Tener a alguien que susurre que todo va a estar bien, sentir el afecto sembrado en el corazón de quienes te aman, transforma la experiencia de la hospitalización. A veces incluso la acorta. Y casi siempre hace que la recuperación sea más llevadera.

Se sabe que el estado anímico es un pilar fundamental de la recuperación. Una sonrisa o una palabra de aliento, tanto para el paciente como para su familia, pueden resultar tan terapéuticas como el tratamiento mismo. Por ello, el personal de salud debe ejercer su labor con empatía y disposición genuina para escuchar.

Pero cuando la noche estaba por terminar, el curso de los acontecimientos cambió. El paciente comenzó a manifestar un dolor abdominal agudo, punzante, insoportable. Los hallazgos clínicos orientaban con claridad hacia un cuadro de peritonitis, lo que obligó al equipo de cirugía a actuar con rapidez e ingresar de inmediato al quirófano.

Ingresé para asistir al cirujano. Al abrir la cavidad abdominal constatamos una realidad más compleja de lo esperado: un tumor en el colon, hasta entonces silencioso, se revelaba bajo la luz operatoria. La lesión era tan invasiva que impedía una resección completa. Sabíamos que el paciente saldría de la cirugía con la enfermedad aún presente y con una colostomía

destinada a aliviar sus síntomas. Esa noticia, inevitable y difícil, tendría que afrontarla durante su recuperación posoperatoria.

A la mañana siguiente, antes de entregar el turno, me acerqué a su cama para cambiar la bolsa de colostomía. Es un procedimiento que exige precisión, pero sobre todo delicadeza y respeto. En ese momento, él decidió romper el silencio y hablar, con una serenidad atravesada por cierta melancolía, me confesó que no temía a la muerte; sentía que había vivido plenamente y cumplido sus anhelos. Su verdadera preocupación era dejar a sus hijas sin orientación ni compañía en un mundo que percibía incierto.

Sus palabras me hicieron detenerme. Comprendí que no era solo parte del equipo asistencial, sino un espacio de confianza, un puente entre su inquietud y la calma. Me convertí en testigo de una confesión que no se atrevía a compartir con su familia.

Dejé por unos minutos las tareas pendientes y permanecí a su lado. Relató el inicio de su enfermedad, los síntomas ignorados, las consultas postergadas y el desenlace que lo había llevado a esa camilla. A medida que hablaba, la tensión de su rostro se atenuó. Al final, esbozó una sonrisa serena. Tomó mi mano y agradeció con un apretón firme. Su gratitud no respondía a una maniobra técnica, sino al simple acto de escuchar en un momento de vulnerabilidad.

Comprendí entonces que, en ocasiones, la mayor sanación no radica en erradicar la enfermedad, sino en acompañar con dignidad y empatía el proceso que atraviesan el paciente y su entorno.

Durante la formación médica profesional se divide el aprendizaje en ciencias básicas y ciencias clínicas. Sin embargo, la verdadera lección sobre ética y empatía no se aprende en los libros: se adquiere ejerciendo la profesión. Se aprende cuando debemos manejar la reacción de nuestros pacientes; cuando nos permitimos extender la consulta unos minutos más para explicarle con detalle su tratamiento a esa persona adulta mayor que vive sola; cuando escuchamos a una madre hablar de los problemas que enfrenta en casa; o cuando compartimos con una pareja la ilusión de recibir a su hijo en los próximos nueve meses.

Todo ello lo comprendí durante mi formación práctica. Fue entonces cuando entendí que la medicina tiene una dimensión profundamente humana, una que nos convierte en parte de la red de soporte dentro del hospital o la clínica, lugares donde se reciben las mejores y, a veces, las peores noticias.

Ese día regresé a casa agradecida de haber elegido una profesión sensible y humana, que al mismo tiempo exige fortaleza y nos concede el privilegio de cuidar a otros. Pocos días después supe que el paciente de aquella noche había sido trasladado al servicio de oncología, donde recibiría el tratamiento necesario para preservar su calidad de vida, acompañado por su hija.

Es importante que cada profesional de la salud recuerde que, en ocasiones, el simple hecho de que alguien se sienta acompañado en su dolor puede ser el mejor tratamiento. No necesitamos ser superhéroes; basta con ser humanos que acompañan a otros seres humanos.

CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA



¿POR QUÉ ESCOGÍ CIRUGÍA PLÁSTICA?

Med. Ana Herrera Martínez



Desde mis primeros años de formación académica me sentí profundamente atraída por los procedimientos que se realizan en el servicio de cirugía plástica. Mi interés surgió al ver un programa televisivo que mostraba las experiencias de dos cirujanos plásticos y sus pacientes, y cómo el enfoque reconstructivo lograba devolverles la confianza y la esperanza.

Al culminar mi año rural tuve la oportunidad de asistir a varias intervenciones de esta especialidad, lo que reafirmó mi vocación. Pude observar de cerca la precisión de cada técnica, la destreza que exige y el vasto conocimiento que requiere. Me impresionó especialmente la delicadeza con la que se ejecuta cada maniobra, buscando siempre el mejor resultado posible, considerando que la estética cumple un papel esencial en la recuperación integral del paciente.

Comprendí entonces la profunda relación entre la estética y la identidad personal. Un resultado quirúrgico armónico no solo mejora la apariencia, sino también la autoestima y la forma en que el individuo se vincula con su entorno. La plastia de cicatrices y las reconstrucciones permiten que las personas se reconcilien con su imagen, recuperen seguridad y se integren nuevamente a su vida cotidiana con confianza.

La cirugía plástica, por tanto, trasciende lo físico. Su alcance es también psicológico y social, pues ayuda al paciente a restablecer su funcionalidad, bienestar emocional y calidad de vida. Ya sea a través de procedimientos reconstructivos o estéticos, el propósito siempre es el mismo: sanar, restaurar y transformar.

Todo esto cobró aún más sentido cuando ingresé al hospital como médico residente de este servicio. Fue allí donde confirmé, con plena convicción, que la cirugía plástica no solo es una especialidad que requiere habilidad técnica, sino también sensibilidad, empatía y compromiso con la vida de quienes buscan volver a sentirse completos.

En el entorno hospitalario he tenido la oportunidad de participar, junto a un equipo multidisciplinario de especialistas, en la atención de diversas patologías propias del servicio de cirugía plástica, esta vez con un enfoque principalmente reconstructivo.

Una de las experiencias más significativas durante mi paso por esta especialidad fue el caso de una paciente que se sometió a un procedimiento estético —liposucción y lipotransferencia glútea— realizado por personal no calificado. A su ingreso al hospital presentaba un cuadro séptico severo y un alto riesgo de complicaciones.

Pude observar de cerca el abordaje de este tipo de casos. En su tratamiento fue necesario realizar aproximadamente seis limpiezas quirúrgicas, durante las cuales se debridó el tejido necrótico, se efectuaron lavados profusos y se aplicó una terapia avanzada de cierre de heridas mediante sistema VAC. Gracias a este manejo integral, la paciente mostró una evolución clínica favorable y, tras varias semanas de

hospitalización y curaciones avanzadas, logró ser dada de alta.

Esta experiencia me permitió comprender la importancia de un abordaje global, en el que se consideren todas las dimensiones del paciente. La coordinación entre distintas áreas —como nutrición, clínica de heridas y psicología— resultó fundamental para su recuperación. Confirmé que un paciente no debe verse como una especialidad aislada, sino como un ser integral que requiere atención conjunta.

Asimismo, aprendí sobre el uso de diversos dispositivos y apósitos destinados a la curación avanzada de heridas, y cómo su correcta aplicación puede lograr el cierre de lesiones que al inicio parecían irreparables.

Recuerdo especialmente la creatividad y destreza del equipo médico ante la falta temporal de material específico. Durante los primeros días, al no disponer del sistema VAC institucional, fue necesario fabricar un dispositivo artesanal que permitió mantener la herida protegida y garantizar la continuidad del tratamiento. Este hecho reflejó el compromiso, ingenio y dedicación del personal de salud ante situaciones adversas, reafirmando que la verdadera esencia de la medicina reside tanto en el conocimiento como en la capacidad de adaptación para cuidar la vida.

Finalmente, cuando la paciente fue dada de alta, pude notar el cambio en su semblante y la profunda gratitud hacia el equipo médico que veló por su bienestar físico y emocional.

Continuó asistiendo a controles periódicos en consulta externa, donde observé la evolución de sus heridas y cómo una adecuada curación, junto con el uso correcto de apósitos y cremas, mejoró notablemente su aspecto, devolviéndole la confianza y una imagen corporal positiva.

Esta experiencia reafirmó en mí la importancia de una formación sólida y responsable por parte del personal médico al momento de realizar procedimientos quirúrgicos. La especialización en cirugía plástica no solo amplía los conocimientos y perfecciona las habilidades técnicas, sino que también garantiza resultados seguros y de calidad, reduciendo el riesgo de complicaciones.

Por todo ello, tengo la firme convicción de que esta es la especialidad que deseo seguir, aquella que une ciencia, destreza y sensibilidad humana para transformar vidas.

NEUROCIRUGÍA



MIRAR LA MENTE DESDE DENTRO

*Med. Mauricio Sebastián Moreno
Bejarano*



Nunca olvidaré la sensación de aquel primer día en el hospital. Estaba literalmente al otro lado del mundo, viviendo lo que durante años había imaginado: una rotación en neurocirugía. Sentía una mezcla de entusiasmo y temor. No me asustaba fallar, sino enfrentar una cultura desconocida, un idioma distinto y una medicina que, por su precisión y tecnología, parecía provenir de otro planeta. Aunque la rotación sería en inglés, lo cual no representaba una dificultad, la sola presencia de personas con costumbres tan distintas me hacía sentir como si hubiera cruzado a otro universo. Recuerdo los pasillos impecables, los relojes que marcaban un ritmo diferente y ese olor a desinfectante mezclado con la calma absoluta de un lugar donde la concentración era una forma de respeto.

La primera vez que entré al quirófano no sabía bien dónde ubicarme. El equipo ya estaba preparado, y yo, con los guantes recién puestos y la respiración contenida, intentaba descifrar los gestos silenciosos de quienes trabajaban allí. En un impulso de buscar orientación, me acerqué a una enfermera mayor que no hablaba inglés. Con el poco polaco que había aprendido, le expliqué que no entendía su idioma. Ella me miró divertida y, con una mezcla de humor y ternura, me respondió algo que comprendí por sus gestos: según ella,

yo hablaba más de lo que imaginaba. Reímos juntos, y ese instante de humanidad me relajó por completo. El doctor, al notar la escena, también sonrió. Fue un momento simple, pero decisivo: entendí que incluso en un entorno tan técnico y sofisticado, la empatía seguía siendo el lenguaje más universal.

Poco después presencié mi primera cirugía cerebral. El paciente tenía un tumor profundo, y el equipo discutía los pasos con la serenidad de quienes están acostumbrados a caminar por el borde del abismo. Allí comprendí el verdadero significado de la precisión. Todo se movía al ritmo de la concentración; el monitor cardíaco era la única música de fondo. Cuando el cirujano me explicó cómo preservaban la función nerviosa, sentí que cada palabra abría una nueva dimensión en mi mente. Ese día, por primera vez, vi el polígono de Willis latiendo frente a mis ojos. Fue un espectáculo silencioso, perfecto. En ese instante comprendí que estaba ante la mayor obra de ingeniería de la naturaleza: la mente humana.

Hasta entonces, la neurocirugía había sido para mí una disciplina fascinante, pero distante. Estudiar el cerebro en los libros es un ejercicio intelectual; contemplarlo directamente es una experiencia espiritual. Comprendí que esta especialidad no es únicamente ciencia, sino también arte: el arte de entrar en lo más sagrado del ser humano sin dañarlo. Me impresionó la delicadeza con la que cada integrante del equipo se movía. No había gestos bruscos ni palabras superfluas. Cada acción era precisa, como una nota dentro de una sinfonía quirúrgica. Observarlos me confirmó que la excelencia no surge por casualidad, sino por disciplina y sacrificio.

Aprendí que “mirar dentro de la mente” no consiste solo en ver un órgano físico, sino en asomarse a la esencia de lo humano: pensamientos, emociones, recuerdos, todo aquello que nos define. Tener el cerebro abierto frente a mí fue un acto de humildad. Sentí un respeto absoluto por la perfección con la que la naturaleza diseñó ese entramado de vida. Cada capa que el cirujano atravesaba —piel, hueso, duramadre— era una frontera simbólica entre lo visible y lo oculto. Cuando el microscopio descendía sobre el campo operatorio, el silencio se volvía aún más profundo. No había espacio para el error. Todo se reducía a precisión, equilibrio y dominio.

Aquel entorno me reveló una verdad contundente: para alcanzar la excelencia hay que descender al detalle, enfrentar el vértigo y encontrar serenidad en la presión. Me sentí desafiado intelectualmente como nunca antes. Entendí que la neurocirugía exige técnica, sí, pero también una mente disciplinada, capaz de controlar el pulso del alma. Supe entonces que ese era mi lugar. Que todo lo aprendido cobraba sentido frente a aquel órgano que late sin moverse, que habla sin voz, que siente sin músculo. Supe que no existe un campo más humano ni más cercano a lo divino que aquel donde la ciencia se encuentra con el misterio.

No todo fueron bisturíes ni microscopios. La dimensión humana de aquella experiencia fue igual de intensa. Aunque las conversaciones con los pacientes eran breves y las diferencias culturales marcaban distancia, existía un hilo invisible que nos unía: la confianza. Pensar que una persona entrega su cerebro o su médula a las manos de otro es un acto de fe. No existe contrato ni promesa que iguale esa entrega. Es la certeza absoluta en el conocimiento, en la preparación, en el criterio del otro. Esa realidad me reveló el valor de la

responsabilidad médica desde otra perspectiva: no como una obligación profesional, sino como un pacto moral.

El silencio del quirófano se convirtió en un maestro. No era un silencio tenso, sino solemne, un silencio que parecía contener la respiración de todos mientras el bisturí trazaba una línea sobre el límite entre la vida y la muerte. Entendí que ese silencio no era ausencia de ruido, sino presencia de respeto. Cuando regresé a la consulta diaria con pacientes que llegaban con cefaleas, vértigos o crisis de ansiedad supe que algo en mí ya no era el mismo. Dejé de ver simples síntomas y comencé a ver historias que nacen en un sistema tan complejo como frágil. Aquella experiencia me enseñó a escuchar de otro modo, a observar los signos discretos, a comprender que detrás de cada queja hay una mente pidiendo ayuda.

No siempre disfruto la rutina del consultorio tanto como la intensidad del quirófano, pero cada vez que un paciente habla imagino las redes neuronales que sostienen cada palabra, y recuerdo que, de alguna manera, sigo en el mismo viaje: comprender la mente, cuidarla, protegerla. Volver a mi realidad fue un golpe emocional. Pasar de un hospital lleno de tecnología y recursos a un centro con escasez de insumos, sin quirófanos disponibles y con interminables listas de espera fue como despertar de un sueño y estrellarme contra una pared. Dolió ver la distancia entre lo que la medicina puede lograr y lo que, en mi país, muchas veces apenas puede ofrecer.

En mi mente, aquella comparación se transformó en un motor. No como una queja, sino como impulso. Me propuse seguir aprendiendo y preparándome para, algún día, ayudar a reducir esa brecha. Ver cómo en un hospital de alta complejidad cada detalle estaba previsto, mientras que en otros lugares el

médico debe improvisar con lo que tiene, me hizo valorar aún más la resiliencia de quienes practican la medicina con pasión, incluso cuando el sistema parece jugar en contra. La diferencia tecnológica era evidente, sí, pero lo que realmente me marcó fue la diferencia en la mentalidad: el orden, la disciplina y el respeto absoluto por el tiempo. Comprendí que la excelencia no depende del país, sino de la actitud.

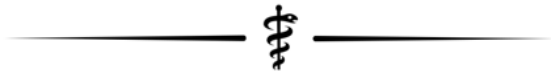
Sigo firme en mi vocación de convertirme en neurocirujano. No por prestigio ni reconocimiento, sino por el desafío intelectual que representa. Me guía una curiosidad inagotable por el sistema nervioso, por sus misterios y su elegancia. Cada día reafirmo mi propósito: llegar a ese punto donde el conocimiento se transforma en arte y el arte en vida. El silencio del quirófano continúa resonando en mí. Es distinto al del consultorio, donde la calma a veces se confunde con rutina, pero ambos me enseñan algo. El primero me recuerda la precisión del instante en que el bisturí altera la realidad; el segundo me invita a la paciencia, a esperar ese caso que vuelva a despertar la pasión por lo complejo. En los dos encuentro sentido.

Si debiera resumir lo vivido en una frase, diría: nunca te rindas; aún quedan territorios por explorar para alcanzar tu verdadero potencial. Mirar dentro de la mente fue, y sigue siendo, una metáfora de mi propia vida. Entendí que avanzar exige valor para explorar lo desconocido, no solo en los demás, sino también en uno mismo. Descubrí que la neurocirugía no se practica únicamente con las manos, sino con una mente entrenada y un corazón dispuesto. No se trata solo de abrir un cráneo; se trata de abrir la comprensión, de mirar más allá del tejido y reconocer lo invisible.

Cada paciente, cada intervención, cada silencio, fue una lección sobre lo que significa ser humano. Hoy, cuando miro

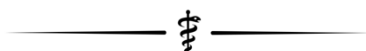
atrás, no veo únicamente una rotación o una experiencia académica: veo un punto de inflexión. Veo al joven médico que temía cruzar fronteras y terminó atravesando las de su propia mente. Veo a la persona que comprendió que los sueños no se cumplen por azar, sino por la valentía de perseguirlos con disciplina y propósito. Y cuando cierro los ojos, aún escucho esa quietud quirúrgica, ese instante suspendido en el que la ciencia se vuelve poesía y el ser humano se revela en toda su fragilidad y grandeza. Ese es el lugar al que pertenezco. Ese es el lugar desde donde, cada día, sigo mirando hacia dentro de la mente.

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA



DONDE LA VIDA SE FRAGMENTA ... Y RECONSTRUYE

Med. Vanessa Arias Bailón



Bajo las luces del quirófano, todo parece ser controlado por una conciencia, quien guía al equipo detrás de mascarillas y batas estériles. El equipo confluye sus esfuerzos al bienestar de un paciente, acompañados del tenue silencio que marca la precisión milimétrica del procedimiento. El sonido metálico de los instrumentos con rigor a utilizarse y el resplandor de las luces invocando la cronostasis.

Más allá de ese resplandor, cada elemento se integra con exactitud. El equipo de soporte vigila los signos vitales con atención incansable; el aspirador despeja el campo quirúrgico y permite una visión nítida; las bombas de infusión dejan correr un susurro químico de anestésicos que viajan con serenidad hacia el torrente sanguíneo, y la ventilación mecánica acompasa la respiración del paciente con un ritmo custodio.

A un costado, la mesa instrumental aguarda su turno en la gelidez del acero, con sus superficies rotatorias y autoajustables articulándose al compás de su llamado. Sostiene herramientas alineadas con precisión, que solamente la experiencia descifra para ser utilizadas en orden ceremonial. El bisturí orienta el trazo inicial, al mismo tiempo que las pinzas brillan para sostener los tejidos desgarrados. Las tijeras contemplan el primer corte, preparando el camino

para la reparación. Los separadores esperan para apartar los tejidos que ocultan el territorio anatómico a restaurar.

Los clamps, dispuestos a responder las súplicas del brote del flujo sanguíneo al ocluirlo temporalmente, se ayudan de los hemostáticos al controlar heridas de gran tamaño. Mientras tanto, las fresas metálicas, las brocas y las limas aspiran su turno pacientemente para la reconstrucción del hueso con análisis y precisión. Al margen, las placas acechan su momento para intervenir en el acoplamiento de la estructura anatómica, en conjunto con los tornillos decisivos para recuperar la estabilidad y la funcionalidad. Cada pieza comprende el papel que debe desempeñar en la esperanza que se le devolverá al individuo.

Y al final, los instrumentos metálicos, tras haber reconstruido el área, están prestos a restablecer la continuidad de lo expuesto mediante el portaagujas, que sostiene el hilo con fineza. Luego, las agujas curvas traspasan la piel con sus trazos imprescindibles, mientras las pinzas de disección acarician los bordes de la herida al realizar la sutura.

Esta coreografía dedicada a la restauración del paciente está orquestada por un personal que desafía sus habilidades con precisión y armonía. Cada decisión surge de la intuición labrada en años de estudio. Sin embargo, incluso con la preparación del equipo, se enfrentan a lo fortuito por la delicadeza de la estructura humana. En este espacio se entrelazan los límites de la teoría con los misterios patológicos que la práctica revela, esa maestra diligente que ilumina la comprensión entre lo desconocido y lo aprendido.

Desde ese cruce entre el concepto y la ejecución, descubrí la microcirugía de mano, donde cada elemento es esencial en un universo minúsculo visualizado a través de microscopios y

lupas. Se despliega un panorama arquitectónico de tendones que vinculan músculos con huesos, nervios que transmiten sensaciones y vasos sanguíneos fluyendo a su ritmo. Cada precisión milimétrica es una decisión definitiva para recuperar la movilidad y sensibilidad de las estructuras a reconectar.

Lo mencionado anteriormente no bastó para abarcar esta disciplina quirúrgica, pues todos los conocimientos adquiridos en la teoría se aplicarían para devolver la funcionalidad a estructuras que el paciente creyó que no volverían a operar con normalidad.

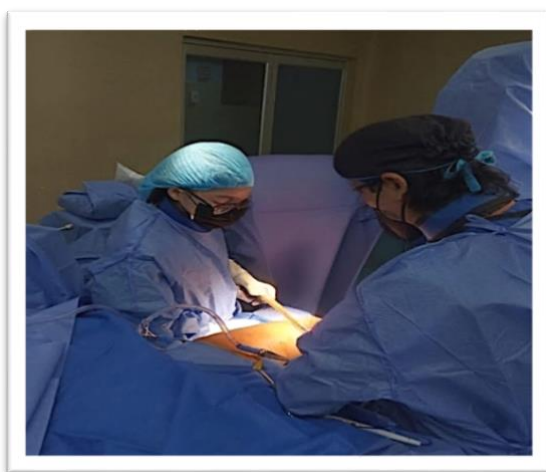
Cada procedimiento me enseñó que el cuerpo humano es distinto, independientemente del individuo. Hay libros que describen al cuerpo como una estructura rígida y estándar, pero en el quirófano las estructuras anatómicas cuentan su propia historia. Allí reposan a disposición del staff, que debe adaptarse a las circunstancias, a la identidad de los tejidos, a sus límites y a la fragilidad de su almacén. Ese almacén pende del hilo de la esperanza de su reconstrucción para recuperar su mejor desempeño, acompañado de rehabilitación constante mediante terapia y reentrenamiento motor.

La historia detrás de cada trauma, a veces, se narra por sí sola: en los gestos del paciente, en el recuerdo del mecanismo del traumatismo, en las consecuencias que marcó en su estado emocional, en su vida profesional y familiar. Todo ello constituye una motivación para reconstruir el almacén anatómico que se derrumbó en segundos por impactos violentos, fracturas que abrieron grietas o accidentes con maquinarias tan precisas para la labor como implacables con la integridad física.

Con el tiempo entendí que, en ese ambiente, se afianzaban tanto los conocimientos de los libros como los relatos de las experiencias de los docentes. Ese aprendizaje surgía en el silencio de las intervenciones o en las emergencias inesperadas, donde la determinación y la serenidad reinaban. La formación me permitió reconocer el tono del músculo, la textura de una ruptura tendinosa y el cambio en el color de la sangre conforme se avanzaba en profundidad.

Vale decir que cada intervención me dejó una enseñanza, tanto práctica como humanística, sin importar la densidad de la información adquirida en función del beneficio de las estructuras manipuladas en la penumbra del acero y del tiempo.

Este es un espacio donde el tiempo se distorsiona: se dilata convirtiendo los minutos en horas, o se comprime hasta convertir horas en minutos. El tiempo llama en silencio a la recuperación del cuerpo, a buscar respuestas en la forma de actuar, combinada con la imperiosa necesidad de ser infalible y con la entrega total hacia un equipo experimentado.



¡La ciencia revive tu instinto, exige tu presencia y demanda la sensibilidad hacia la vida!

Por consiguiente, a pesar de los avances de la ciencia, solo la sapiencia de la conciencia que orchestra esta danza discreta, permite obtener los resultados ambicionados. En ella coexisten la renuncia y la aflicción ante el mecanismo de la lesión, junto con la delgada silueta de la esperanza hacia la reconstrucción de la pieza anatómica y el potencial que puede recuperar. Ese potencial se reflejaba en la gratitud de los pacientes al acudir a la consulta, por la posibilidad de recuperar lo perdido: no solo su funcionalidad, sino también la relación con amigos, familiares y su reintegración al ambiente laboral. Esto permitió que muchos pacientes fortalecieran sus energías y se animaran a explorar nuevos horizontes.

RESTAURAR EL AVANCE DE LA VIDA.

Santiago Cruz Miranda



Desde que inicié mi formación, y a medida que la medicina me revelaba la amplitud de su conocimiento, uno de los ámbitos que capturó de manera constante mi interés fue el sistema musculoesquelético, desde la complejidad de la biomecánica hasta la asombrosa capacidad de recuperación del cuerpo humano. Fueron estos los cimientos sobre los cuales comenzó a despertar mi atención un campo de la medicina que llegó a mis oídos: la Traumatología y Ortopedia, la cual se perfiló como la especialidad capaz de devolver al paciente la posibilidad de su desarrollo, restaurando y recuperando una funcionalidad que, en determinado momento, se vio limitada por una causa subyacente. Así, este trayecto fue construyendo un sendero claro y coherente que orientó mi vocación hacia esta disciplina, marcando el inicio de un recorrido donde todo comenzó a cobrar sentido.

La oportunidad de realizar una rotación práctica durante una semana permanece intacta en mi memoria, como si se tratara del primer capítulo de un libro cuyo autor aún ignoraba ser. Fue en ese tiempo breve en duración, inmenso en significado cuando aquella atracción difusa encontró forma, color y dirección. La teoría, repetida innumerables veces en aulas y libros, empezó a adquirir ritmo, textura y, sobre todo, humanidad.

El médico especialista con quien tuve el privilegio de trabajar paciente, firme, meticulado parecía dominar un lenguaje invisible para muchos. Las estructuras internas del cuerpo se revelaban ante él como un texto abierto. Los huesos, que suelen entenderse únicamente como soporte, eran para él páginas de una historia en permanente transformación. A su lado, yo intentaba descifrar ese mismo idioma, esforzándome por mantener el paso entre cada caso, cada explicación precisa y cada silencio cargado de enseñanza.

Aún recuerdo con claridad el primer día al ingresar al área de consulta. El entorno hospitalario estaba impregnado de esa mezcla particular de movimiento, urgencia y esperanza, siempre acompañada de una inquietud silenciosa. Los pacientes aguardaban con gestos contenidos: algunos con el ceño endurecido por el dolor, otros con la incertidumbre inevitable de quien teme un diagnóstico. Yo me encontraba allí, suspendida entre el estudiante que busca comprenderlo todo y la versión futura de mí misma que, algún día, deberá tomar decisiones firmes y certeras.

El doctor me permitió acompañarlo en cada etapa del proceso: desde las valoraciones físicas, donde sus manos calculaban con precisión cada movimiento para evitar el dolor, sin perder de vista aquello que necesitaban encontrar, hasta la interpretación de estudios de imagen. Me enseñó que una fractura no siempre se presenta como en los libros y que, en ocasiones, se manifiesta primero en el gesto del paciente antes que en una pantalla. Comprendí entonces que la Ortopedia no se limita a diagnosticar lesiones, sino que exige leer las historias que cada articulación relata.

Hubo un paciente que quedó profundamente grabado en mi memoria. Era un hombre de mediana edad que había sufrido una lesión durante sus actividades habituales. En su rostro se

mezclaban el cansancio y una dignidad serena. Mientras el médico evaluaba su extremidad, pude percibir en su mirada una pregunta muda, cargada de temor y esperanza: ¿volveré a caminar igual?

Esa inquietud, tan sencilla en su formulación como pesada en su significado, marcó un punto de inflexión en mi comprensión de la especialidad. Comprendí entonces que la Traumatología no se limita a reparar estructuras dañadas, sino que implica devolver proyectos interrumpidos y reconstruir futuros que, por un accidente inesperado, quedaron en suspenso. Mientras participaba en la valoración clínica, sentí por primera vez que mi presencia tenía un propósito: no solo observar, sino formar parte del esfuerzo colectivo por aliviar.

Días después, aquel hombre regresó para su control. La mejoría resultaba evidente. El gesto, antes rígido, había cedido lugar a una calma incipiente. En ese momento descubrí que uno de los mayores privilegios de esta profesión es ser testigo del progreso, de esa transformación silenciosa que ocurre entre una consulta y la siguiente. Sentí orgullo, aun sabiendo que mi aporte había sido pequeño.

La sala de procedimientos se reveló ante mí como un universo distinto. Allí, la precisión era constante. Cada acción se analizaba, se calculaba y se ensayaba mentalmente antes de llevarse a cabo. El médico me enseñó cómo sostener de forma adecuada un miembro lesionado, cómo anticipar un movimiento antes de que el paciente lo realizara, cómo reconocer reacciones que no se expresan con palabras.

Tras meses de estudiar los mecanismos de fractura en los libros, por fin podía observarlos en la realidad: no como esquemas perfectos, sino como expresiones humanas atravesadas por el dolor, la historia y las circunstancias. Hubo

un instante particular en el que sentí que la especialidad me hablaba de manera directa. Ocurrió durante una reducción simple, en la que cada gesto debía ser seguro, firme y controlado. Observaba con atención, intentando retener cada paso, mientras algo en mi interior se conectaba con la armonía de la técnica. Comprendí entonces que no se trataba solo de conocimiento, sino de un arte que exige paciencia, serenidad y una precisión casi coreográfica, forjada a través de la práctica constante y la experiencia.

A medida que la rotación avanzaba, comencé a reflexionar sobre mi propio recorrido académico. Cada tema que emergía en mi memoria —desde la histología del cartílago hasta las vías de inervación de los miembros— se articulaba como piezas de un rompecabezas que, por fin, revelaba una imagen coherente. Comprendí entonces que la medicina se construye como una estructura cuyo verdadero sentido solo se manifiesta cuando lo aprendido se experimenta en la práctica.

Cada día regresaba a casa repasando lo vivido. En ocasiones con entusiasmo, en otras con una sensación de sobrecogimiento, pero siempre acompañado de una certeza que se afianzaba de manera silenciosa: esta especialidad dialogaba con mi esencia. En ella encontraba un equilibrio preciso entre técnica y humanidad, entre forma y movimiento, entre el dolor y la posibilidad de recuperación.

También se reveló ante mí la dimensión emocional de la Traumatología. Detrás de cada yeso, cada férula y cada indicación clínica, había una persona enfrentando una transformación inesperada. La movilidad, tantas veces asumida como un hecho cotidiano, adquiere un valor incalculable cuando se ve amenazada. Participar en ese proceso, aun desde el rol humilde del estudiante, me hacía sentir parte de algo que trascendía lo individual.

El último día, mientras acompañaba al doctor en las consultas finales, experimenté un instante de claridad. No fue una revelación estruendosa, sino una confirmación serena: sabía que ese camino me apasionaba. Había encontrado un ámbito que resonaba profundamente conmigo. Me despedí del profesional con gratitud, por su paciencia, su enseñanza y por permitirme asomarme a un mundo tan complejo como fascinante. Abandoné el hospital con la certeza de haber vivido una experiencia que marcaría mi formación. Aquella semana fue breve en el calendario, pero extensa en aprendizaje y significado.

Hoy, al evocar esos días, comprendo que la medicina no solo se estudia: se vive, se siente y se respira. Cada rotación constituye un capítulo que aporta profundidad a la historia que comenzamos a escribir como futuros médicos. La Traumatología me enseñó que el cuerpo puede romperse, pero también posee una extraordinaria capacidad de reconstrucción cuando se encuentra en las manos adecuadas. Y en ese proceso reconocí un reflejo de mi propio camino: un estudiante que se forma, se cuestiona y se fortalece con cada paso.

HISTORIAS DETRÁS DE UN DIAGNÓSTICO

Med. Jonathan Túqueres Cevallos



Quienes elegimos la carrera de medicina solemos transitar una frontera delicada entre el agotamiento y aquellos instantes fructíferos que terminan por moldear nuestra identidad. Llegué al servicio de traumatología con el cuerpo vencido por las guardias acumuladas y la mente opacada por el sueño postergado. Provenía de otra especialidad, con su propio ritmo y urgencias. Este nuevo escenario me recibió con un cúmulo de historias clínicas aún sin revisar y la cercanía del pase de visita. Las seis primeras camas serían mi responsabilidad y, sin saberlo entonces, mi escuela más profunda.

Recuerdo con nitidez la ansiedad de esos primeros minutos. ¿Cómo presentar a un paciente cuya historia apenas había logrado conocer? El médico tratante, con una autoridad serena, señaló la primera cama. Allí permanecía un paciente con el rostro contraído por un dolor que excedía lo físico. “Artritis séptica”, pensé mientras repasaba mentalmente los criterios diagnósticos estudiados con premura. Mi exposición fue técnicamente correcta, pero carente de narrativa. La primera pregunta del especialista no se centró en los criterios, sino en algo esencial: cómo había llegado el paciente a la sala de emergencias. No supe responder. En ese instante comprendí que la enfermedad es apenas una parte del relato; el paciente, en cambio, es una historia completa.

Aquella corrección, que en otro momento habría sentido como un reproche, se transformó en un compromiso personal. Decidí que, pese al cansancio mental y al peso del desvelo, conocería la historia íntegra de cada persona a mi cargo. No solo los valores de laboratorio, los diagnósticos o las imágenes radiológicas, sino el instante preciso de la caída, los días transcurridos desde el trauma, el recorrido hasta llegar a emergencias y los procedimientos previos realizados. Quería entender qué perdían con la inmovilización y qué anhelaban recuperar.

Con esa convicción, las tres semanas que tenía por delante dejaron de ser una simple rotación final. Se convirtieron en una lección silenciosa sobre el arte de recomponer no solo huesos, sino también esperanzas.

El verdadero punto de inflexión llegó en la quietud engañosa de una guardia festiva. El aire, saturado de alcohol y desinfectante, se vio súbitamente interrumpido por gritos desgarradores. Ingresó un hombre con una fractura expuesta en la pierna, consecuencia de un accidente en motocicleta. La escena era brutal: el hueso atravesando la piel, familiares clamando ayuda y un paciente cuya mirada apagada parecía implorar retroceder el tiempo para no habitar aquel instante.

Un estremecimiento interno, difícil de contener, me recorrió el cuerpo. Sin embargo, las manos, entrenadas por la rutina, actuaron casi de manera automática: valoración inicial, reconstrucción de la historia clínica, preparación para el quirófano. Tras completar ese proceso, y movido por una entrega absoluta al caso, un residente me ofreció acompañarlos. Acepté sin vacilar.

Dentro del quirófano, bajo la luz blanca y en un ambiente gélido, observé el hueso de la extremidad inferior devastado

y rodeado por manos expertas. “Colocaremos un fijador externo”, anunció el tratante mientras iniciaba el procedimiento. Miraba con atención casi hipnótica cómo los rayos X guiaban cada paso, transformando la pantalla en un mapa preciso. Era una coreografía tan bella como implacable: la violencia del trauma sometida a la exactitud de la ciencia. No se trataba solo de reparar, sino de realinear, de ofrecer una segunda oportunidad a la arquitectura del movimiento y devolverle al paciente la esperanza de volver a caminar.

Esa fascinación por el “cómo” se concretó días después, cuando me permitieron sostener una pierna durante la colocación de un clavo intramedular. Mi tarea era simple en apariencia: mantener el miembro estable, ser un punto fijo en medio del dinamismo quirúrgico. El peso de esa responsabilidad se instaló en mis brazos; comprendí entonces que mi quietud era la base de su precisión. Luego ocurrió algo inesperado: me entregaron la broca para los tornillos de bloqueo. La vibración del metal atravesando el hueso resonó en mi mano y en el pecho. Al fijar uno de aquellos tornillos, sentí el crujido seco de la estructura afirmándose. Fue una experiencia intensa y cruda, pero profundamente reveladora. Participar, aunque fuera de forma mínima, en la restitución de la integridad de un cuerpo encendió en mí una vocación definitiva e irreversible.

De manera casi imperceptible, aquellas tres semanas finales en el servicio se transformaron en un verdadero tesoro. El interés por la especialidad nació, paradójicamente, cuando estaba a punto de concluirla. El anhelo intenso de terminar el internado dio paso a una añoranza anticipada por permanecer, por aprender más, por seguir el hilo invisible que une la fractura con la rehabilitación, el dolor con el alivio.

Cada rotación ofrecía historias nuevas por descubrir. Aún recuerdo una jornada de consulta externa que parecía destinada a transcurrir sin sobresaltos, entre diagnósticos habituales: lumbalgias, escoliosis, controles postoperatorios y múltiples motivos de evaluación. Sin embargo, al final del turno, cuando ya recogía mis pertenencias, ingresó un joven cuyo rostro me resultó familiar. En su mirada se mezclaban la expectativa y un dolor contenido que detuvo mi prisa y me dispuso a escucharlo con atención.

Durante la exploración física, al realizar las maniobras específicas para valorar la estabilidad articular, percibí esa laxitud inconfundible que despertó en mí la sospecha clínica de una ruptura de ligamentos cruzados. Al revisar la resonancia magnética que traía consigo, la imagen fue concluyente: la confirmación visual de aquello que mis manos ya habían reconocido. El diagnóstico, ahora firme e incuestionable, se convertía en el primer paso concreto hacia la solución.

Lo que siguió fue una lección silenciosa pero profunda sobre la gestión clínica integral. Junto al residente responsable, analizamos el caso con detenimiento, delineando de forma conjunta el camino hacia su recuperación. Comprendí entonces que toda indicación quirúrgica está precedida por un proceso que también cura: la preparación preoperatoria, las valoraciones necesarias, la documentación rigurosa que asegura continuidad y seguridad. Me involucré de manera activa, completando cada formulario con cuidado, consciente de que en esos detalles también se sostiene la calidad del cuidado brindado.

La gratitud del paciente, al explicarle el plan terapéutico establecido, fue profunda y sincera. “De verdad te agradezco por todo”, expresó, y en esas palabras reconocí el poder

transformador de una atención ejercida con presencia plena. Comprendí entonces que la medicina auténtica ocurre en ese punto de encuentro donde el conocimiento técnico se fusiona con la humanidad del cuidado. Cada formulario completado, cada explicación ofrecida y cada minuto adicional dedicado dejaban de ser una obligación para convertirse en cimientos sólidos de confianza.

Al despedirme del servicio por última vez, supe que me llevaba mucho más que aprendizajes académicos. Conservaba la certeza de que la medicina, en su esencia más genuina, no habita únicamente en la destreza técnica, sino en la capacidad de escuchar la historia que subyace al diagnóstico. En saber estar, a veces, como el único interlocutor dispuesto a recibir las preocupaciones de quien aguarda en una cama hospitalaria o en una sala de consulta. En ese espacio sutil entre los protocolos y las palabras de aliento, entre la imagen diagnóstica y la explicación empática, reencontré la respuesta a una pregunta que siempre me ha acompañado: ¿por qué elegí la medicina? Tras ser testigo y partícipe de la fragilidad humana, finalmente lo comprendí.

EL QUIRÓFANO: TÉCNICA, SILENCIO Y PENSAMIENTO

Med. José Adalberto Mendoza Ariza



La cirugía traumatológica se ejerce en un escenario donde la precisión técnica y el razonamiento biomecánico son inseparables del juicio clínico. En el quirófano, el traumatólogo enfrenta lesiones que comprometen la continuidad ósea, la estabilidad articular y la función integral del sistema musculoesquelético, con frecuencia consecuencia de traumatismos de alta energía. Cada intervención pone a prueba la planificación preoperatoria; sin embargo, más allá de protocolos y guías, el acto quirúrgico exige una adaptación constante a la anatomía real del paciente. Es el pensamiento clínico el que orienta cada decisión con un objetivo claro: restituir la función con el menor costo biológico posible.

El quirófano es uno de los pocos espacios donde el tiempo adquiere una densidad distinta. No avanza: se concentra. Antes de la incisión, mientras el paciente permanece inmóvil bajo la anestesia, el silencio no es vacío, sino expectante. En ese instante, el traumatólogo no solo repasa mentalmente la técnica, sino que asume el peso invisible de la responsabilidad que sostiene entre sus manos.

Cada cirugía ortopédica es una coreografía precisa entre conocimiento anatómico, experiencia acumulada y decisiones que no siempre permiten rectificación. El bisturí avanza con la seguridad que otorgan los años de formación, pero también

con el respeto que impone saber que un milímetro puede marcar la diferencia entre la recuperación funcional y una secuela permanente. En el quirófano, la técnica no es solo destreza manual: es pensamiento aplicado en tiempo real.

El silencio que domina la sala no es casual. Funciona como un lenguaje compartido por el equipo quirúrgico. En él conviven la concentración absoluta, la confianza mutua y una tensión controlada que mantiene alerta cada sentido. En traumatología y ortopedia, donde se disecciona sobre la extensión misma del cuerpo humano para corregir fracturas, reconstruir articulaciones o devolver estabilidad a una extremidad, ese silencio permite escuchar lo esencial: el propio criterio clínico.

Durante la cirugía, la mente oscila entre lo estrictamente técnico y lo profundamente humano. Mientras se reduce una fractura o se fija una placa, aparece la imagen del paciente recuperando la marcha, retomando su vida. Al mismo tiempo, surge la conciencia inevitable de los riesgos: infección, fallo del implante, rigidez o dolor persistente. El quirófano es el lugar donde el médico dialoga consigo mismo, donde la seguridad convive con la duda razonable y donde cada decisión adquiere un peso definitivo.

Existe un momento específico, casi imperceptible, en el que el cirujano queda a solas con su pensamiento aun estando rodeado de personas. Ocurre cuando las manos trabajan de forma automática y la mente observa desde una distancia crítica, evaluando, anticipando y corrigiendo. En ese estado, el quirófano se convierte en un espacio de introspección activa, donde pensar es tan libre como actuar.

La formación del traumatólogo sucede, en gran medida, dentro de ese silencio. Ningún libro, clase magistral o

congreso puede reemplazar la enseñanza que deja una cirugía compleja. El quirófano educa con crudeza: expone las consecuencias reales de cada decisión y obliga a asumirlas. Allí se aprende que la técnica sin criterio es peligrosa, y que el criterio sin humanidad resulta insuficiente.

Es también en ese entorno donde se ejerce una de las formas más profundas de liderazgo médico. No se basa en impartir órdenes, sino en transmitir calma, claridad y confianza. El tono de voz, la firmeza de un gesto y la capacidad de resolver imprevistos sin alterar al equipo son cualidades que no se evalúan en exámenes, pero que definen al cirujano.

No todas las intervenciones transcurren según lo planificado. Surgen hallazgos inesperados, tejidos más frágiles de lo previsto o sangrados que obligan a replantear la estrategia. En esos momentos, el silencio se vuelve más denso y el pensamiento más preciso. La técnica se ajusta, la experiencia orienta y la humildad se impone.

El quirófano enseña que no todo está bajo control y que saber reaccionar es tan importante como saber planificar.

Al concluir la intervención, cuando el campo quirúrgico se cierra y el paciente es trasladado a recuperación, el silencio adquiere otra tonalidad. Ya no es tensión, sino reflexión. El cirujano repasa cada paso, evalúa decisiones y anticipa el curso posoperatorio. Aunque la cirugía haya finalizado, la responsabilidad continúa. El quirófano deja una huella invisible que acompaña al médico más allá de sus paredes.

Al salir, la bata se retira, pero el pensamiento permanece. Las decisiones reaparecen horas después, durante el pase de visita, al analizar una radiografía posoperatoria o al escuchar al paciente describir su dolor. El acto quirúrgico no termina con

la última sutura; continúa con la vigilancia, la autocrítica y el acompañamiento.

En traumatología y ortopedia, el quirófano es mucho más que un espacio técnico. Es un escenario donde confluyen ciencia, ética y humanidad. Allí, entre el acero de los instrumentos y el silencio compartido, el pensamiento médico se transforma en acción. En cada intervención, el traumatólogo no solo busca reparar huesos y articulaciones, sino también honrar la confianza absoluta que un paciente deposita en manos que, por unas horas, sostienen su futuro.

Con el paso del tiempo, el quirófano deja de ser un ámbito intimidante para convertirse en un espacio conocido, aunque nunca trivial. La familiaridad no elimina el respeto; lo profundiza. Cada paciente es único y cada cirugía exige una atención renovada. La experiencia no adormece la conciencia: la afina.

DEL AULA AL SERVICIO

SOCIAL RURAL

Med. Daniela Zambrano



El ejercicio de la medicina transforma de manera profunda la percepción de la vida. A lo largo del camino, enfrentamos situaciones complejas que dejan aprendizajes duraderos y experiencias que nos marcan como personas. Para mí, ese punto de quiebre fue el servicio social rural. Podría dedicar incontables horas a rememorar lo valioso que resultó aquel año como médica rural, cuando la medicina dejó de ser una idea idealizada para convertirse en una experiencia intensa, cruda, esperanzadora y profundamente humana. Cada jornada estuvo atravesada por vivencias difíciles y decisiones que pesaban más de lo que jamás imaginé, pero también por enseñanzas que moldearon mi forma de ejercer la profesión.

Durante mi año de servicio rural en un subcentro de salud de primer nivel en Ecuador, una de las áreas que representó mayor desafío fue la traumatología. La elevada incidencia de accidentes laborales, caídas y siniestros de tránsito, sumada a la limitada capacidad resolutive del establecimiento, exigía un manejo clínico preciso y oportuno, sustentado principalmente en la evaluación clínica, la estabilización inicial y la adecuada referencia de los pacientes.

El subcentro donde laboré contaba con atención médica general, personal de enfermería y un stock básico de medicamentos e insumos. Al tratarse de un establecimiento

de primer nivel tipo B, no disponíamos de estudios de imagen, como radiografías, ni de laboratorio permanente. El hospital de referencia más cercano se encontraba a aproximadamente dos horas de distancia, dependiendo de las condiciones climáticas y del estado de las vías. En este contexto, el abordaje inicial del trauma adquiriría una importancia crucial, en especial frente a lesiones osteomusculares.

Una de las experiencias más enriquecedoras ocurrió a mediados de mi año como médica rural. Me encontraba en el área de emergencias, a pocos minutos de finalizar un turno diurno de doce horas, cuando escuchamos el sonido insistente de una camioneta aproximándose al subcentro. En ella trasladaban a un hombre de mediana edad, de aproximadamente cuarenta años, agricultor según refirieron sus familiares, quien había sufrido una caída desde una altura cercana a los tres metros mientras realizaba actividades laborales.

Al ingresar al área de emergencia, el paciente se encontraba consciente y orientado, con signos vitales estables. Sin embargo, refería dolor intenso en el muslo derecho y presentaba una evidente limitación funcional de dicha extremidad, lo que orientaba a una lesión traumática de consideración y exigía una valoración inmediata y cuidadosa.

Durante la evaluación primaria se descartaron lesiones que comprometieran la vía aérea, la ventilación o la circulación. El paciente presentaba un estado neurológico íntegro, sin signos que sugirieran deterioro cognitivo agudo. En la evaluación secundaria se evidenció deformidad y aumento de volumen en el muslo derecho, acompañados de dolor a la palpación y a la movilización. La valoración neurovascular distal se encontraba conservada. Con base en los hallazgos

clínicos, se planteó como diagnóstico presuntivo una fractura de fémur.

Se inició manejo analgésico de acuerdo con la disponibilidad del establecimiento y se procedió a la inmovilización del miembro afectado mediante férulas improvisadas, confeccionadas con tablillas rígidas y material de vendaje. Se mantuvo una vigilancia estrecha del estado hemodinámico del paciente. Ante la ausencia de medios diagnósticos complementarios y la complejidad del cuadro, se coordinó una referencia urgente al hospital de segundo nivel. No obstante, el traslado se retrasó varias horas debido a condiciones climáticas adversas y limitaciones logísticas, lo que obligó a mantener al paciente en observación, reforzando la analgesia y el control clínico hasta su derivación definitiva.

Días después se confirmó el diagnóstico de fractura diafisaria de fémur y el paciente fue sometido a tratamiento quirúrgico, con una evolución favorable. Este caso reafirmó la importancia de un manejo inicial adecuado del trauma, incluso en contextos con recursos limitados, para prevenir complicaciones durante el traslado y optimizar el pronóstico.

Otro escenario frecuente durante el año de servicio rural fue la atención de pacientes jóvenes involucrados en accidentes de tránsito, predominantemente relacionados con el uso de motocicletas. En una ocasión, durante una guardia nocturna, atendí a una paciente de 16 años que acudió al subcentro tras sufrir una caída mientras se desplazaba en motocicleta sin equipo de protección. Presentaba dolor intenso e inflamación en el antebrazo izquierdo, con limitación para la movilización activa.

En la evaluación física no se evidenciaron heridas abiertas ni deformidad evidente; sin embargo, existía dolor localizado a

la palpación ósea y compromiso funcional. Ante la imposibilidad de realizar estudios de imagen, se decidió manejar el caso como una fractura cerrada no desplazada hasta descartar lo contrario. Se realizó inmovilización con férula braquiopalmar, se indicó analgesia y reposo, y se explicó tanto a la paciente como a sus familiares la necesidad de una valoración especializada y de estudios diagnósticos que confirmaran el diagnóstico presuntivo.

Uno de los principales desafíos en este caso fue la resistencia inicial de la familia para aceptar la referencia, motivada por limitaciones económicas. Fue necesario brindar una consejería clara y directa sobre las posibles complicaciones de un manejo inadecuado, incluyendo el riesgo de consolidación viciosa y limitación funcional permanente. Finalmente, se logró la derivación y, en el hospital de referencia, se confirmó una fractura distal de radio, la cual fue manejada de forma conservadora mediante una inmovilización adecuada con insumos médicos.

La atención de adultos mayores con traumatismos secundarios a caídas también fue una constante durante el servicio rural. En una guardia nocturna ingresó un paciente masculino de 72 años, con antecedente de hipertensión arterial, quien había sufrido una caída desde su propia altura en el domicilio. Presentaba dolor intenso en la cadera izquierda e imposibilidad para la marcha.

Al examen físico se encontraba consciente y orientado, con estado neurológico íntegro y una puntuación de Glasgow de 15/15. La hemodinamia se mantenía estable. En la extremidad afectada se evidenció acortamiento del miembro inferior izquierdo y rotación externa, acompañados de dolor significativo a la movilización pasiva. Con base en estos

hallazgos, se estableció como diagnóstico presuntivo una fractura de cadera.

Se inició manejo analgésico, inmovilización y control estricto de signos vitales, y se coordinó una referencia urgente al hospital de segundo nivel. Durante el tiempo de espera se mantuvo una vigilancia estrecha, considerando el mayor riesgo de complicaciones asociado a la edad y a las comorbilidades del paciente.

Este tipo de situaciones permitió dimensionar la relevancia del diagnóstico clínico oportuno y de la referencia precoz en poblaciones vulnerables, así como la necesidad de una comunicación clara y empática con el paciente y su familia respecto al pronóstico y a las posibles implicaciones funcionales de este tipo de lesiones.

A lo largo del servicio rural, la traumatología constituyó una de las áreas de mayor demanda asistencial. La mayoría de los casos requirió manejo inicial, estabilización, inmovilización adecuada y derivación oportuna. Estas experiencias fortalecieron mis competencias en la evaluación clínica del trauma, la toma de decisiones en contextos con recursos limitados y el trabajo coordinado con el equipo de salud.

El ejercicio de la traumatología en el primer nivel de atención durante el servicio rural permitió desarrollar habilidades fundamentales, como la priorización de pacientes, el abordaje inicial de lesiones osteomusculares, la comunicación efectiva con pacientes y familiares, y el uso racional de los recursos disponibles. Estas competencias resultan esenciales para el ejercicio médico en cualquier nivel de complejidad y han influido de manera significativa en mi formación profesional.

UNA VIVENCIA COMO RESIDENTE DE TRAUMATOLOGÍA

Med. Cristhian Kirby



Ser residente de Traumatología en un hospital público implica atravesar una etapa de formación intensa, en la que el aprendizaje técnico convive de forma constante con la realidad social de los pacientes. Desde el inicio de la residencia comprendí que el hospital no es solo un espacio de adquisición de conocimientos médicos, sino también un escenario donde se ponen a prueba la vocación, la empatía y la capacidad de acompañar al otro en momentos de extrema vulnerabilidad. En ese marco se inscribe una experiencia que marcó profundamente mi proceso formativo y transformó mi manera de concebir el ejercicio de la medicina.

Recuerdo con nitidez una guardia particularmente exigente. El servicio se encontraba saturado, como ocurre con frecuencia en el sistema público, y el ritmo de atención era ininterrumpido. Ingresaban pacientes con politraumatismos, fracturas por caídas, accidentes laborales y siniestros viales. Como residente, debía actuar con rapidez, aplicar lo aprendido y, al mismo tiempo, reconocer mis límites y apoyarme en el equipo de médicos de planta. En medio de esa dinámica, ingresó un paciente adulto mayor con una fractura de cadera secundaria a una caída en su domicilio.

Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico se confirmó de manera oportuna mediante estudios de imagen, y la

indicación quirúrgica fue clara. Sin embargo, lo que más me impactó en ese primer encuentro no fue la complejidad del cuadro, sino la expresión de temor en el rostro del paciente. Había llegado solo, sin familiares que lo acompañaran, y manifestaba una profunda preocupación por su futuro. Repetía insistentemente que temía no volver a caminar y convertirse en una carga para los demás. Para mí, acostumbrado a centrarme en protocolos y conductas médicas, aquella escena me obligó a detenerme y mirar más allá de la fractura.

Durante la internación prequirúrgica fui quien realizó varias de las evaluaciones diarias. En cada encuentro, el paciente buscaba respuestas que no siempre se encuentran en los libros: quería saber si volvería a ser el mismo, si podría valerse por sí mismo, si su vida cambiaría de manera irreversible. Procuré explicarle el procedimiento y el proceso de rehabilitación con un lenguaje claro, evitando tecnicismos innecesarios. Con el paso de los días comprendí que esas conversaciones tenían un valor tan significativo como cualquier indicación médica.

En uno de esos días me acerqué al paciente con la intención de ofrecerle una palabra de aliento y, sobre todo, de escucharlo. Le expliqué con calma el procedimiento, los posibles riesgos y el plan de recuperación, procurando aliviar sus inquietudes. Fue entonces cuando comprendí que, más allá de la técnica, el acto de acompañar y reconocer la angustia del otro puede influir de manera significativa en su proceso de recuperación.

La intervención quirúrgica se llevó a cabo según lo previsto y sin complicaciones. Para mí, como residente, representó una instancia de aprendizaje esencial desde el punto de vista técnico. Sin embargo, el verdadero desafío comenzó en el

período postoperatorio. Acompañar al paciente en sus primeros intentos por sentarse y luego incorporarse me permitió dimensionar el impacto concreto de nuestro trabajo. Cada pequeño avance simbolizaba para él la recuperación de la esperanza.

Durante una de las guardias, el paciente expresó su agradecimiento por haberme dedicado tiempo para explicarle y escucharlo. Comentó que sentirse tratado con paciencia y respeto había hecho más llevadera su internación. Ese gesto sencillo, pero genuino, generó en mí una reflexión profunda. Me hizo reconsiderar el rol del residente, a menudo percibido solo como un aprendiz técnico, cuando en la práctica ocupa un lugar central en el acompañamiento cotidiano del paciente.

En los días siguientes observé cómo su evolución favorable se relacionaba estrechamente con la actitud asumida frente a la rehabilitación. La confianza construida en el vínculo médico-paciente influyó positivamente en su compromiso con el tratamiento. Esta experiencia me permitió comprender que la recuperación no depende únicamente de una cirugía bien ejecutada, sino también del sostén emocional que el equipo de salud logra brindar.

El día del alta tuvo un significado especial. El paciente dejó el hospital con indicaciones claras y un plan de seguimiento ambulatorio. Antes de retirarse, volvió a agradecer el trato recibido y expresó que, pese a las limitaciones del sistema público, se había sentido acompañado. Para mí, como residente, esas palabras tuvieron un valor formativo incalculable. Confirmaron que el aprendizaje médico no se limita a adquirir destrezas técnicas, sino que también se construye a partir de experiencias profundamente humanas.

La residencia en Traumatología dentro del sistema público es una etapa exigente, atravesada por jornadas prolongadas, guardias extensas y una presión asistencial constante. Sin embargo, también constituye un espacio privilegiado de crecimiento personal y profesional. El contacto cotidiano con pacientes de realidades diversas ofrece enseñanzas que no figuran en los manuales y refuerza, día a día, el sentido social de la medicina.

Con el paso del tiempo, esta vivencia se transformó en un punto de referencia dentro de mi formación. Me recordó que cada paciente es una persona con temores, expectativas y una historia propia, y que el rol del residente trasciende la simple ejecución de indicaciones. Escuchar, explicar y acompañar constituyen pilares fundamentales del aprendizaje y del acto médico.

La experiencia relatada reafirma que la formación en Traumatología no puede limitarse a la adquisición de conocimientos técnicos y destrezas quirúrgicas. En el ámbito hospitalario, el residente ocupa un lugar clave en la atención integral, ya que suele ser el primer y más constante interlocutor del paciente. La calidad del vínculo que se construye influye de manera directa tanto en la vivencia de la internación como en el proceso de recuperación.

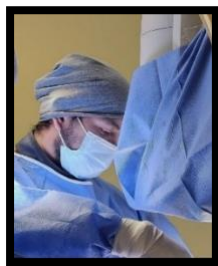
El principal aprendizaje que extraigo de este recorrido es que la residencia no solo forma especialistas, sino también profesionales con una profunda responsabilidad ética y social. Ser residente de Traumatología implica aprender a reparar lesiones, pero también a sostener al paciente en su fragilidad. Integrar el rigor científico con la empatía y el respeto por la dignidad humana constituye una de las enseñanzas más valiosas de esta etapa y un pilar esencial para el ejercicio futuro de la medicina.

Al reflexionar sobre este proceso, comprendí que el acompañamiento cercano no solo disminuye la ansiedad del paciente, sino que también fortalece la confianza en el equipo de salud. Este lazo empático facilita la comunicación y permite adaptar las indicaciones a las necesidades y preocupaciones reales de quien atraviesa una recuperación. Asimismo, ser testigo del esfuerzo y la perseverancia del paciente se convierte en un estímulo constante para perfeccionar tanto las habilidades clínicas como la calidad humana en la atención.

La etapa previa a la cirugía representó una oportunidad para consolidar el vínculo terapéutico. Descubrí que gestos simples una sonrisa, una escucha atenta o la presencia sincera pueden resultar tan significativos como cualquier intervención médica. Estas acciones generan confianza y reducen el temor frente a lo desconocido. Finalmente, comprendí que acompañar al paciente en su incertidumbre forma parte esencial del cuidado y que la empatía y el compromiso no solo brindan calma, sino que también transmiten fortaleza a quienes atraviesan momentos de especial vulnerabilidad.

BAJO LA LUZ DEL QUIRÓFANO

Med. Christian Lema Guaraca



El quirófano posee una cadencia propia. No proviene de los monitores ni del aspirador, tampoco del bisturí eléctrico con su inconfundible olor a tejido cauterizado. Es un pulso más discreto: respiraciones contenidas, pasos precisos y miradas que se entienden sin palabras. Bajo esa luz implacable comprendí que ser residente de Traumatología y Ortopedia no significa únicamente dominar procedimientos, sino reconocer que cada hueso lesionado encierra una vida momentáneamente suspendida.

Evoco mi primera guardia como residente. Había memorizado con disciplina las clasificaciones de fracturas — AO, Gustilo, Garden— como si fueran fórmulas infalibles. Sin embargo, nada me preparó para sostener el miembro inferior de un paciente politraumatizado tras un accidente de tránsito. La radiografía revelaba una fractura expuesta de tibia y peroné: desplazada, contaminada, compleja. El médico adjunto me observó y dijo con serenidad: “Doctor, comencemos”. Aquella invitación tuvo más peso que cualquier tratado.

La experiencia quirúrgica enseña humildad. Se puede comprender la biomecánica de la cadera y las fuerzas que atraviesan el fémur durante la marcha, pero ante una fractura intertrocanterica en un adulto mayor vulnerable se descubre

que intervenir no es solo reducir y fijar. Es restituir independencia, ofrecer la posibilidad de volver a caminar sin temor y, en muchos casos, evitar que una caída marque el inicio de un deterioro irreversible.

Durante la residencia, las jornadas empiezan antes del amanecer. La visita matutina se convierte en un acto casi ceremonial: revisar drenajes, valorar heridas, comprobar movilidad y sensibilidad distal. Entre el cansancio acumulado y la responsabilidad constante, cada habitación recuerda que detrás de cada procedimiento hay una persona que confía en nuestras manos.

Cada paciente nos confronta con las repercusiones reales de lo realizado en sala: un edema persistente, un dolor que no cede o, en el mejor de los casos, una herida que progresa mejor de lo previsto. Comprendí pronto que el resultado quirúrgico no concluye con el último punto; comienza en ese instante. El desafío auténtico surge en el posoperatorio inmediato, cuando el paciente despierta y el organismo responde —o se resiste— a la intervención. Hay jornadas en que todo transcurre según lo planificado y otras en las que una fiebre inesperada o una molestia persistente obligan a reconsiderar decisiones.

Un caso marcó mi segundo año de residencia. Un obrero de poco más de treinta años ingresó con fractura diafisaria de fémur tras caer desde altura. Mientras lo preparábamos, me contó que era el único sostén de su familia. Esa confesión transformó mi perspectiva: no se trataba únicamente de colocar un clavo endomedular bien alineado, sino de reducir el tiempo de inmovilización, prevenir complicaciones y asegurar una rehabilitación eficaz.

En el quirófano, cada gesto —la incisión precisa, el acceso al canal medular, el fresado progresivo— adquiría un significado que superaba la destreza técnica. Entendí entonces que la cirugía ortopédica no es un procedimiento mecánico, sino una intervención directa sobre el porvenir de alguien que necesita volver a ponerse de pie, en sentido literal.

La Traumatología también enseña a convivir con la inmediatez. Las fracturas no esperan; no distinguen horarios ni fines de semana. Las guardias se convierten en escenarios imprevisibles: luxaciones reducidas de madrugada, fracturas de muñeca tras caídas domésticas, lesiones deportivas que frustran un torneo el domingo siguiente.

Existen noches extensas, cuando el agotamiento pesa y las horas parecen inmóviles. Sin embargo, la llegada de una nueva urgencia lo transforma todo. El ingreso de un politraumatizado altera el pulso del servicio: se activan protocolos, se disponen quirófanos, se revisan imágenes. Cada integrante del equipo asume su función con precisión, consciente de que la coordinación puede marcar la diferencia.

La residencia exige asumir que el aprendizaje es continuo y, en ocasiones, incómodo. Recuerdo la primera vez que una reducción no resultó adecuada en el control radioscópico. El adjunto detuvo la intervención y, con firme serenidad, me explicó la relevancia de la alineación rotacional. “Un mínimo error hoy puede convertirse en una limitación permanente”, advirtió. Desde entonces, comprendí la importancia de verificar cada detalle, medir sin precipitación y no permitir que la prisa sustituya al criterio.

El quirófano es también un espacio colectivo. Instrumentadoras, anestesiólogos, enfermeros y especialistas integran una secuencia coordinada donde cada gesto cuenta.

Existen momentos de tensión, pero también instantes de complicidad que alivian la carga: una observación precisa, una mirada de aprobación cuando la reducción encaja, el alivio compartido al fijar el último implante.

La ortopedia, además, enfrenta afecciones crónicas que demandan planificación rigurosa. Las artroplastias de cadera o rodilla representan más que cirugías programadas; son oportunidades para recuperar calidad de vida. Acompañé a una paciente con gonartrosis avanzada que había postergado durante años su decisión por temor. Estuve presente desde la valoración preoperatoria hasta sus primeros pasos con andador. Su expresión al apoyar el pie sin dolor confirmó que el esfuerzo invertido tenía sentido. Comprendí entonces que, aunque no se restituya la juventud, sí es posible devolver autonomía y dignidad.

La formación implica renunciaciones: celebraciones ausentes, encuentros interrumpidos por llamadas urgentes, madrugadas dedicadas a revisar protocolos o preparar sesiones clínicas. Con el tiempo se aprende a equilibrar la vocación con la vida personal, aceptando esa tensión constante.

En Traumatología y Ortopedia, el cuerpo se revela como una estructura compleja: huesos que sostienen, articulaciones que articulan movimiento, ligamentos que estabilizan fuerzas invisibles. Intervenir es restaurar esa arquitectura dañada con precisión y respeto.

Cada guardia deja una enseñanza; cada procedimiento amplía la experiencia. La preparación no concluye al cerrar la piel, sino que continúa en la revisión crítica, en el estudio actualizado y en el intercambio con colegas. Incluso las técnicas que parecen habituales requieren planificación

meticulosa. Una fijación mal orientada puede alterar la biomecánica y comprometer el resultado funcional.

Hoy, al ingresar al quirófano bajo la luz intensa que delimita el campo operatorio, reconozco cuánto he avanzado desde aquella primera guardia. Permanece como recordatorio del inicio de un trayecto que integra ciencia, destreza y sensibilidad.

Ser residente de Traumatología y Ortopedia significa asumir la responsabilidad de reconstruir no solo estructuras óseas, sino también proyectos vitales. Más allá de placas y tornillos, la verdadera finalidad es restituir movimiento, mitigar el sufrimiento y acompañar la recuperación.

Porque detrás de cada lesión existe una historia en pausa y, en cada intervención, la posibilidad de ponerla nuevamente en marcha.



#LineaEditorial

**Participa en nuestros próximos
proyectos editoriales!**

+593 985022502