

ESPECIALIDADES MÉDICAS

TOMO 5

CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA

Vocación, Ciencia y Práctica



FECIM - ECUADOR

- + Medicina Interna
- + Cardiología
- + Endocrinología
- + Nefrología
- + Reumatología
- + Neurología
- + Infectología
- + Imagenología



COAUTORES



- Carlos Andrés Acurio Segovia
- Nicole Stefany Aguilar Sanmartín
- Ivanna Alejandra Andrade Sangurima
- Mishell Esperanza Atiencia Tibanta
- Johan Javier Calle Cárdenas
- Maylin Tatiana Carrillo Pérez
- Geovanna Karolina Cercado Cedeño
- Rolando Fabricio Espinosa Masa
- Christian David Hernández Toro
- Geovanna Nicole Holguín Montenegro
- Pablo David Izquierdo Medina
- Juan Fernando Jumbo Bacuilima
- Christian Alexander Lema Guaraca
- Cinthya Lorena Muñoz Galarza
- Eduardo David Murillo Yépez
- María Daniela Paladines García
- Joselyn Katherine Pazmiño Espinoza
- Miguel Andrés Rodríguez Triana
- Brenda Mishell Ruiz Borja
- Marlon Andrés Suscal Orellana
- Anthony Sebastián Vallejo Guerra
- Carlos Alejandro Villamarín Aguirre



www.revistafecim.org

ISBN: 978-9907-9605-0-1





TOMO 5

CLÍNICA

MULTIDISCIPLINARIA

Vocación, Ciencia y Práctica

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

Coordinación y Producción

FACMED ECUADOR
Soluciones de Capacitación
en Salud Cía. Ltda.
www.hts.com.ec



Dirección Editorial

Diana Guevara Aguilera.

Comunicación

Lilibeth Castro Ramones.



Editorial

FECIM ECUADOR

ISBN

[978-9907-9605-0-1](https://www.isbn.org/978-9907-9605-0-1)

DOI

<https://doi.org/10.46721/tejom-vol5issbookmed19-2026>

Quito- Ecuador

Septiembre 2026

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

COAUTORES



Carlos Andrés Acurio Segovia
Nicole Stefany Aguilar Sanmartín
Ivanna Alejandra Andrade Sangurima
Mishell Esperanza Atiencia Tibanta
Johan Javier Calle Cárdenas
Maylin Tatiana Carrillo Pérez
Geovanna Karolina Cercado Cedeño
Rolando Fabricio Espinosa Masa
Christian David Hernández Toro
Geovanna Nicole Holguín Montenegro
Pablo David Izquierdo Medina
Juan Fernando Jumbo Bacuilima
Christian Alexander Lema Guaraca
Cinthya Lorena Muñoz Galarza
Eduardo David Murillo Yépez
María Daniela Paladines García
Joselyn Katherine Pazmiño Espinoza
Miguel Andrés Rodríguez Triana
Brenda Mishell Ruiz Borja
Marlon Andrés Suscal Orellana
Anthony Sebastián Vallejo Guerra
Carlos Alejandro Villamarín Aguirre



ÍNDICE

Prólogo

IMAGENOLOGÍA

EL SIGNO DE LA IDENTIDAD

Med. Christian David Hernández Toro 16

MÁS ALLÁ DE LOS OJOS

Med. Pablo David Izquierdo Medina 22

LO QUE UNA IMAGEN NO PUEDE MOSTRAR

Med. Nicole Stefany Aguilar Sanmartín 27

UNA ECOGRAFÍA QUE CAMBIÓ TODO

Med. Rolando Fabricio Espinosa Masa 32

APRENDER A MIRAR

Med. Carlos Andrés Acurio Segovia 37

ANTES DEL BISTURÍ, LA ECOGRAFÍA

Med. Geovanna Nicole Holguín Montenegro 42

MEDICINA INTERNA

EL RITMO DE LA ESPERA

Med. Mishell Esperanza Atiencia Tibanta 47

EL ARTE DE CUIDAR

Med. Joselyn Katherine Pazmiño Espinoza 51

UN ENEMIGO SILENCIOSO

Med. Cinthya Lorena Muñoz Galarza 56

EN LA GUARDIA Y EN EL CORAZÓN

Med. Carlos Alejandro Villamarín Aguirre 60

CUANDO EL CUERPO CEDE
Med. Geovanna Karolina Cercado Cedeño.....67

MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO
Med. María Daniela Paladines García72

LA MANO QUE NO SOLTÓ
Med. Miguel Andrés Rodríguez Triana77

CARDIOLOGÍA

EL PRECIO DEL CORAZÓN
Med. Anthony Sebastián Vallejo Guerra82

UN CORAZÓN DE HIERRO
Med. Marlon Andrés Suscal Orellana.....87

ENTRE LATIDOS Y SILENCIOS
Med. Maylin Tatiana Carrillo Pérez93

¿CÓMO ALGUIEN PUEDE LEER UN CORAZÓN?
Med. Juan Fernando Jumbo Bacuilima.....97

ENDOCRINOLOGÍA

MÁS ALLÁ DEL SÍNTOMA
Med. Brenda Mishell Ruiz Borja103

NEFROLOGÍA

MÁS ALLÁ DE LA ENFERMEDAD
Med. Eduardo David Murillo Yépez.....112

REUMATOLOGÍA

CUANDO LA PIEL CUENTA LA HISTORIA
Med. Ivanna Alejandra Andrade Sangurima.....118

NEUROLOGÍA

EL ECO DE LA GUARDIA

Med. Johan Javier Calle Cárdenas 123

INFECTOLOGÍA

UNA FIEBRE INESPERADA

Med. Christian Alexander Lema Guaraca..... 127



PRÓLOGO

La práctica clínica rara vez responde a una sola mirada. Cada paciente reúne síntomas, antecedentes, emociones y circunstancias que exigen integrar distintos conocimientos para comprender con mayor precisión lo que ocurre y decidir cómo acompañarlo.

Clínica Multidisciplinaria reúne relatos nacidos de la formación, la práctica y la reflexión de profesionales que ejercen la medicina desde diferentes campos. Sus páginas muestran que el diagnóstico no siempre aparece de manera evidente: a veces surge después de observar con detenimiento, escuchar aquello que parecía secundario o relacionar hallazgos que, vistos de forma aislada, no permitían comprender la totalidad del caso.

Las historias que conforman este volumen recorren escenarios diversos, desde la interpretación de una imagen y el seguimiento de una enfermedad crónica hasta la incertidumbre de una guardia o la búsqueda de respuestas frente a síntomas que no siguen un camino predecible. En cada experiencia permanece una misma responsabilidad: ofrecer una atención consciente, oportuna y centrada en la persona.

La atención multidisciplinaria no consiste únicamente en reunir especialidades. Implica reconocer los límites de la propia perspectiva, valorar el aporte de otros profesionales y construir decisiones que respondan de manera integral a las necesidades del paciente. También exige comprender que detrás de cada examen, procedimiento o tratamiento existe una persona que espera respuestas, orientación y confianza.

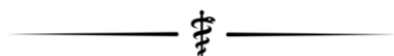
Al compartir sus experiencias, los autores transforman momentos de incertidumbre, aprendizaje y vocación en una oportunidad de reflexión colectiva. Sus relatos nos recuerdan que la medicina se construye tanto con conocimiento científico como con capacidad de observación, comunicación y trabajo conjunto.

Especialidades Médicas: Vocación, Ciencia y Práctica. ***Tomo 5: Clínica Multidisciplinaria*** reafirma que la excelencia clínica alcanza su verdadero sentido cuando distintas perspectivas se integran al servicio del cuidado humano.

Que estas páginas nos inviten a comprender la medicina como un ejercicio compartido, en el que cada conocimiento aporta, cada experiencia enseña y cada paciente permanece en el centro de nuestras decisiones.

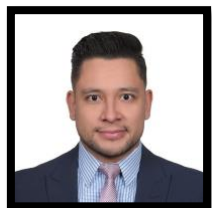


IMAGENOLOGÍA



EL SIGNO DE LA IDENTIDAD

Med. Christian David Hernández Toro



La mañana en la consulta externa no comienza con el amanecer, sino con el servicio. Mucho antes de que la primera luz consiga atravesar los amplios ventanales de vidrio esmerilado, el pasillo ya late con vida propia: inquieto, ruidoso, desbordado de historias. Al otro lado de la puerta de mi consultorio esa barrera necesaria entre el silencio interior y el mundo que espera afuera el ambiente se transforma en una sinfonía de impaciencia cotidiana. Un murmullo constante envuelve el lugar; decenas de voces se mezclan mientras los pacientes aguardan su turno, compartiendo, sin saberlo, fragmentos de sus vidas en una espera que a veces parece interminable.

Las conversaciones se entrecruzan unas con otras, y el aire se impregna del eco de estornudos secos que golpean las paredes impecables. Ese es el ruido blanco de mis jornadas, el escenario permanente de una rutina que, en ocasiones, amenaza con convertir el acto médico en algo automático. Hay días en los que la consulta se reduce a una cadena interminable de formularios, firmas digitales y documentos que se acumulan sobre el escritorio como si crecieran por sí solos.

Mi oficina conserva el aroma inconfundible de los espacios donde la limpieza es casi un ritual: una fragancia fresca, ligeramente floral, proveniente de los productos utilizados en la desinfección profunda, que impregna cada rincón con una sensación de orden y pulcritud. En un entorno así, resulta peligrosamente fácil olvidar la razón por la que un día decidimos vestir la bata blanca. Sin darnos cuenta, comenzamos a ver números de identificación,

diagnósticos y motivos de consulta, en lugar de personas. Sin embargo, la medicina tiene esa extraña y luminosa costumbre de sacudirte el hombro justo cuando crees que ya lo has visto todo, que detrás de cada síntoma existe un universo entero esperando ser escuchado.

Fue en medio de aquel bullicio, cuando el cansancio empezaba a insinuarse discretamente, que ella entró al consultorio. No hubo dramatismo ni señales de urgencia. Caminó con una lentitud serena, casi solemne, respetando el horario de una cita programada días antes. Se sentó en el borde de la silla con una calma desconcertante, como si el caos que vibraba al otro lado de la puerta no existiera para ella.

Me sostuvo la mirada y, por un instante, el tiempo pareció detenerse. Sus ojos no buscaban una receta ni un certificado médico; en ellos habitaba una necesidad más profunda, casi espiritual. Posó una mano sobre el vientre en ese gesto instintivo de protección que parece universal en todas las madres, y pronunció las palabras que transformaron el curso de aquella mañana.

—Doctor —dijo con la voz quebrada por una emoción cuidadosamente contenida—, yo sé que mi bebé se mueve. Cada mañana siento sus pequeños impulsos dentro de mí, suaves y constantes, como el aleteo delicado de una mariposa. Pero hoy no vine a confirmar si está sano, porque en mi corazón sé que lo está. Hoy necesito algo más... necesito conocer su identidad. Necesito saber quién nos espera al final de este camino.

En ese instante, el consultorio dejó de ser un espacio clínico para convertirse en un refugio íntimo y sagrado. El padre, que hasta entonces había permanecido en silencio, se acercó lentamente hacia la camilla. Sus movimientos eran cautelosos, suspendidos entre la ansiedad y la esperanza. En su rostro se reflejaba esa mezcla irreplicable de emociones que solo experimentan quienes están a punto de encontrarse, por primera vez, con el amor más grande de sus vidas.

Nos dispusimos a realizar el examen. Caminé hacia el ecógrafo de alta resolución, esa máquina que es un pequeño milagro de la física moderna, capaz de traducir ondas sonoras en el mapa de una vida. Luego me acerqué a la ventana y corrí las pesadas cortinas oscuras para bloquear la luz intensa del mediodía. El cambio fue inmediato: el consultorio quedó envuelto en una penumbra serena y acogedora. El murmullo del pasillo, las conversaciones lejanas y el movimiento del exterior comenzaron a desvanecerse lentamente, como si el mundo entero hubiese decidido guardar silencio para respetar aquel momento.

Apliqué el gel conductor sobre la tibieza de su abdomen y encendí el monitor. De inmediato, la luz azulada iluminó nuestros rostros, otorgándonos el aspecto de exploradores adentrándose en una caverna desconocida. El suspenso comenzó a ocupar cada rincón del consultorio mientras el transductor iniciaba su recorrido por aquel universo de sombras y matices grises que habita en el vientre materno.

El bebé parecía disfrutar del misterio. Giraba sobre sí mismo, cambiaba de posición y, por momentos, nos daba la espalda, obligando a sus padres a permanecer suspendidos entre la expectativa y el temor. Durante esos minutos, el único sonido que dominaba la habitación era el acompasado galope del corazón fetal captado por el Doppler: un latido rápido, firme y vibrante que llenaba el ambiente con la inconfundible fuerza de la vida.

Entonces, la paciencia encontró su recompensa.

El ultrasonido alcanzó el ángulo preciso que disipó las sombras y reveló el secreto que aquella pareja había esperado conocer con tanta ilusión. La imagen comenzó a definirse en la pantalla con una claridad sorprendente, como si el propio bebé hubiese decidido presentarse ante nosotros.

—Miren con atención — susurré, sintiendo esa descarga de adrenalina que aún permanece intacta pese a los años y la experiencia. —Ahí está lo que vinieron a buscar—.

Nítido e inconfundible apareció el llamado signo del grano de café: una estructura ovalada atravesada por la línea central característica que, en una gestación de dieciocho semanas, prácticamente no deja espacio para dudas. Para mi ojo clínico, era un hallazgo técnico que debía registrarse cuidadosamente en el protocolo ecográfico; para ellos, en cambio, era mucho más que un dato médico. Era la respuesta capaz de disipar toda incertidumbre y darle un rostro nuevo a sus sueños.

—Es una niña— anuncié finalmente.

La pantalla del monitor pareció llenarse de luz. El padre se quebró en una sonrisa limpia y luminosa, de esas capaces de borrar el cansancio acumulado durante años, mientras ella dejó escapar un suspiro profundo que terminó convertido en llanto; un llanto sereno, liberador, de esos que alivian el alma. Aquel pequeño destello en escala de grises no solo les entregaba un dato médico: les daba una identidad, un nombre que ahora podían pronunciar en voz alta, un color para las paredes de una habitación aún vacía y un futuro entero que comenzaba, por fin, a tener rostro.

Mientras procesaba el estudio en el sistema, registré cuidadosamente cada hallazgo. En el informe quedaron plasmados los términos técnicos que sustentaban el diagnóstico, pero dentro de mí solo resonaba una palabra: niña.

Cuando les entregué el reporte final junto con las imágenes térmicas, todavía tibias por el calor de la impresora, comprendí que aquel documento jamás terminaría olvidado en el fondo de una carpeta. Esa fotografía borrosa y grisácea, que para cualquier extraño no sería más que un conjunto de sombras indefinidas, para ellos representaba el tesoro más valioso que habían contemplado hasta entonces. Sabía que encontraría un lugar especial en su hogar: sobre la puerta del refrigerador, en un portarretratos junto a la cama o guardada entre las páginas más importantes de su historia familiar, como la primera evidencia tangible de un amor que ya era inmenso.

Salieron nuevamente al pasillo abarrotado de personas. Todo seguía igual: el murmullo constante, el movimiento incesante, los

estornudos resonando contra las paredes. Sin embargo, ellos ya no eran los mismos. Caminaban distintos, envueltos en una certeza nueva que parecía abrirse paso entre la multitud e iluminar discretamente su camino.

Cuando la puerta volvió a cerrarse y el silencio me concedió unos segundos de soledad antes de recibir al siguiente paciente, observé mis manos y luego la pantalla del ecógrafo todavía encendida. Aquella mañana comprendí que la tecnología no había sido únicamente un conjunto de cables, imágenes y dispositivos; se había convertido en una extensión silenciosa de mi vocación, permitiéndome transformar la incertidumbre en identidad, y la espera en un encuentro lleno de significado.

Entonces recordé que, pese a la rutina agotadora, los informes interminables y el peso de las tareas administrativas, la medicina continúa siendo, en su esencia más humana, el arte de acompañar a las personas en los instantes que marcan sus vidas para siempre.

Respiré hondo y salí nuevamente al pasillo para llamar al siguiente paciente. Esta vez llevaba una sonrisa distinta, renovada por la certeza de que, debajo de la bata blanca, lo que verdaderamente nos sostiene es la capacidad de seguir maravillándonos ante el milagro de la vida, un grano de café a la vez.



Fig. 1. Evaluación ecográfica morfológica que permite la identificación de los genitales externos femeninos. Se observa con claridad el signo del "grano de café", conformado por la visualización de los labios mayores, confirmando el sexo fetal femenino en una gestación de 27.6 semanas.

Fuente: Elaboración Propia (Dr. Christian Hernandez).

MÁS ALLÁ DE LOS OJOS

Med. Pablo David Izquierdo Medina



Todavía recuerdo aquellas visitas que realizaba durante mi año de servicio médico rural. En aquel momento pensaba que mi labor consistía principalmente en atender enfermedades, prescribir tratamientos y acompañar los procesos de recuperación. Sin embargo, la experiencia fue enseñándome que la medicina también significa entrar, aunque sea por un instante, en la historia de las personas que depositan su confianza en nosotros.

En la consulta diaria, cada paciente llegaba con una realidad diferente. Algunos buscaban alivio para un dolor; otros necesitaban orientación para controlar enfermedades que los acompañaban desde hacía años. Pero también descubrí que existen personas que no acuden únicamente por un síntoma o una molestia, sino en busca de algo mucho más sencillo y, a la vez, difícil de encontrar: alguien que las escuche sin prisa. Muchas veces, el consultorio termina convirtiéndose en el único lugar donde pueden hablar de sus temores, sus pérdidas o de aquello que llevan en silencio. Así comprendí que ejercer la medicina no consiste únicamente en interpretar signos, síntomas, exámenes de laboratorio o estudios de imagen, sino también en saber escuchar. Porque cuando un paciente se siente verdaderamente escuchado, encuentra alivio para una parte de su sufrimiento que ningún examen puede revelar y que trasciende los límites del conocimiento científico.

Pero hubo una persona en particular cuya historia permanece en mi memoria. Todavía puedo recordar el trayecto que recorría para llegar hasta su casa. No era una visita cualquiera; con el paso de

las semanas se había convertido en parte de mi rutina. Caminaba por senderos de tierra hasta llegar a una pequeña y humilde vivienda, donde siempre me recibía un cachorro inquieto y juguetón, «el guardián», como solía llamarlo aquel hombre que, sin proponérselo, terminaría cambiando mi manera de entender la medicina.

Cuando lo conocí, llevaba ya varios años sin poder mover las piernas debido a un accidente laboral sufrido durante su juventud. Desde entonces, permanecía la mayor parte del tiempo acostado en una cama, desde donde veía transcurrir los días. Con los años, la diabetes y la hipertensión se habían sumado a una condición que ya le había arrebatado demasiado, pero que nunca consiguió quitarle algo esencial: su capacidad para sonreír. Vivía junto a su esposa, sus dos hijas y cuatro nietos pequeños. La casa era modesta y el espacio apenas alcanzaba para todos; aun así, siempre encontraban un lugar para recibirme. Cada visita comenzaba de la misma manera, siguiendo una rutina que, con el tiempo, se volvió entrañable:

—Doctor, pase... ya lo estábamos esperando.

Mientras conversábamos, alguno de los niños corría alrededor de la cama, otro jugaba en el suelo y, desde la cocina, casi siempre aparecía alguien ofreciéndome un plato de comida, una fruta o una taza de café; eso sí, bien cargado y sin azúcar, como le gustaba repetir a aquel hombre. Más de una vez intenté negarme, pero ellos insistían con una naturalidad que me conmovía. Sabía que no les sobraba nada y, precisamente por eso, cada gesto adquiría para mí un valor inmenso. Con el tiempo dejé de ver únicamente a un paciente con múltiples enfermedades y comencé a conocer al hombre detrás de ellas: un padre preocupado por el futuro de sus hijas, un abuelo que disfrutaba viendo crecer a sus nietos, aunque no pudiera correr detrás de ellos, y alguien que continuaba enfrentando cada día a pesar de todas sus limitaciones.

El motivo de mis visitas era realizar el seguimiento de dos úlceras por presión en la región sacra, ocasionadas por su inmovilidad. Las curaciones se habían convertido en parte de nuestra rutina.

Revisaba cuidadosamente cada herida, las limpiaba, cambiaba los apósitos y, mientras lo hacía, aprovechábamos para conversar de cualquier cosa menos de enfermedades. Tenía una habilidad particular para contar chistes y casi siempre guardaba uno nuevo para cada visita, de modo que buena parte de nuestras curaciones transcurría entre sonrisas. Durante el procedimiento rara vez se quejaba y, si sentía dolor, procuraba disimularlo con alguna ocurrencia. Había aprendido a convivir con limitaciones que para cualquier otra persona habrían resultado difíciles de sobrellevar.

Sin embargo, una mañana tomé mi maleta como de costumbre, cargada de apósitos, pinzas estériles y solución salina, pero al llegar comprendí que algo había cambiado. Incluso antes de acercarme a la cama advertí que no era el hombre de siempre: tenía la mirada apagada, respondía con pocas palabras, presentaba fiebre, había perdido el apetito, estaba diaforético y la debilidad era evidente. Mi primera sospecha fue que alguna de las heridas se hubiera complicado. Era una posibilidad razonable, pues la inmovilidad prolongada y la dependencia de otras personas para el cuidado y el aseo diario aumentaban considerablemente el riesgo de infección.

Inicié la valoración con detenimiento. Retiré cuidadosamente los vendajes, limpié las úlceras con solución salina, observé la piel y palpé los bordes de las lesiones. Una de ellas mostraba una evolución favorable: presentaba tejido de granulación, no tenía bordes necróticos y cicatrizaba como esperaba. La otra, en cambio, era más profunda y llevaba varias semanas evolucionando con lentitud. Aun así, tampoco presentaba los signos habituales de una infección local: no había dolor a la palpación, enrojecimiento, edema ni aumento de temperatura. La examiné nuevamente, pero algo seguía sin convencerme. Era una de esas sensaciones difíciles de explicar que aparecen en la práctica médica cuando ningún hallazgo aislado parece alarmante, pero el conjunto indica que algo no está bien.

Ante el deterioro súbito de su estado general, decidí derivarlo a una unidad de salud de mayor complejidad para continuar el

estudio. Necesitaba una valoración más amplia y, sobre todo, exámenes de laboratorio y estudios de imagen que permitieran encontrar aquello que, en ese momento, mis ojos y mis manos no podían alcanzar.

Para él y su familia, aquel viaje representó mucho más que un simple traslado. Significó organizar quién cuidaría a los niños, conseguir un medio de transporte adecuado para movilizar la silla de ruedas y recorrer un largo camino hasta un lugar que contara con los recursos necesarios para realizar estudios especializados.

Durante varios días no tuve noticias. Ni sus hijas ni los vecinos podían darme información precisa sobre su estado, hasta que, finalmente, una mañana regresó. Recuerdo perfectamente la expresión de alivio con la que volvió a recibirme. Después de saludarme, comenzó a contarme todo lo que había vivido: el cansancio del viaje, las largas horas de espera, la incertidumbre y, finalmente, el resultado. Había sido valorado por un cirujano que, tras revisar sus antecedentes, examinarlo y analizar los resultados de laboratorio, solicitó una resonancia magnética ante la sospecha de osteomielitis. El estudio descartó compromiso óseo, pero reveló una complicación que permanecía oculta bajo la superficie de aquella lesión: una fístula que se extendía hasta la base de la úlcera. Era un hallazgo imposible de identificar únicamente mediante la exploración física y que explicaba por qué la herida no evolucionaba como esperábamos. Gracias a ese diagnóstico recibió el tratamiento quirúrgico que necesitaba, sin complicaciones y con una evolución favorable. Mientras lo escuchaba, comprendí que aquella imagen había significado mucho más que un diagnóstico: había sido, finalmente, una respuesta.

Durante mucho tiempo pensé que llegar a ser un buen médico dependía, principalmente, de escuchar con atención, preguntar cada detalle, por mínimo que pareciera, y realizar una exploración física minuciosa. Aquel paciente me enseñó que todo eso sigue siendo indispensable, pero también que existen enfermedades que hablan en un lenguaje distinto, realidades que no se revelan a

simple vista y hallazgos que necesitan otra forma de ser observados. Esa experiencia cambió mi manera de mirar la medicina. Entendí que una imagen diagnóstica no representa únicamente órganos, huesos o tejidos; detrás de cada estudio existe una historia, una familia que espera respuestas y un médico que intenta comprender aquello que todavía permanece oculto.

Con los años, aquel recuerdo ha regresado muchas veces a mi memoria, no tanto por la enfermedad del paciente, sino por todo lo que me enseñó. Me mostró que la vulnerabilidad puede convivir con la fortaleza, que la gratitud puede mantenerse incluso en medio de las dificultades y que, muchas veces, son los propios pacientes quienes terminan dejándonos las lecciones más profundas.

Hoy, cuando pienso en aquella etapa de mi vida, una idea resume gran parte de lo aprendido: no siempre podemos ver todo lo que está ocurriendo, pero siempre debemos intentar comprenderlo. Algunas respuestas no se encuentran en la superficie; requieren una mirada más profunda y, en ocasiones, una imagen puede revelar aquello que el cuerpo llevaba tiempo intentando decir en silencio.

LO QUE UNA IMAGEN NO PUEDE MOSTRAR

Med. Nicole Stefany Aguilar Sanmartín



Hay imágenes que permanecen grabadas en la memoria mucho después de haber desaparecido de la pantalla. No siempre son las más complejas ni aquellas que desafían al diagnóstico o sorprenden por su rareza. Algunas perduran porque, detrás de cada sombra, de cada área hiperdensa y de cada órgano transformado por la enfermedad, existe una historia que ningún estudio logra revelar por completo.

Fue precisamente esa idea la que despertó en mí una profunda admiración por la Imagenología. Mientras muchos observan una tomografía computarizada y ven únicamente una sucesión de cortes anatómicos, quienes nos sentimos atraídos por esta especialidad aprendemos a descubrir algo distinto. Cada imagen establece una conversación silenciosa entre el cuerpo y quien sabe interpretarlo: un lenguaje preciso, elegante y extraordinariamente complejo, capaz de revelar alteraciones incluso antes de que aparezcan los primeros síntomas.

La Imagenología tiene algo casi poético: permite observar aquello que permanece oculto, hace visible lo que nuestros ojos no pueden alcanzar. Y, sin embargo, incluso una disciplina capaz de explorar las profundidades del cuerpo humano tiene sus límites.

A medida que avanzaba en mi formación, comprendí que existen realidades que ninguna resonancia magnética, ninguna tomografía multicorte, ningún PET-CT ni siquiera la tecnología más sofisticada puede mostrar. El sufrimiento es una de ellas.

Desde que inicié mi formación médica descubrí que la radiología era mucho más que interpretar imágenes. Me fascinaba pensar que una decisión terapéutica podía cambiar por completo a partir del hallazgo de un imagenólogo: un tumor detectado a tiempo, una metástasis que había pasado inadvertida o una complicación posquirúrgica identificada oportunamente. En muchos casos, la diferencia entre un tratamiento curativo y uno paliativo podía comenzar frente a un monitor de alta resolución.

Quizá por eso, cada vez que tengo la oportunidad de observar un estudio diagnóstico, vuelve aquella misma curiosidad que experimenté al inicio. Ya no veo únicamente órganos; veo preguntas esperando respuestas. Cada imagen plantea un desafío clínico y cada estudio revela una parte de la historia del paciente, pero nunca consigue contarla por completo.

Lo comprendí definitivamente una mañana en nuestro hospital oncológico.

Como ocurre cada día, el servicio de Imagenología comenzaba una jornada intensa. Tomografías contrastadas, resonancias magnéticas, ecografías, procedimientos intervencionistas y estudios de seguimiento se sucedían uno tras otro. En oncología, las imágenes rara vez representan únicamente un diagnóstico: permiten establecer la estadificación, valorar la respuesta al tratamiento, determinar posibilidades quirúrgicas y, muchas veces, orientar el pronóstico del paciente.

Aquella mañana, uno de los estudios llamó especialmente la atención del equipo. Se trataba de la tomografía de un paciente, solicitada para valorar la evolución de su enfermedad. Las imágenes aparecían progresivamente en la estación de trabajo mientras el especialista avanzaba corte por corte, con la serenidad de quien ha aprendido a reconocer detalles que para la mayoría pasarían inadvertidos.

Observé la pantalla. Primero apareció el tórax, después el abdomen y, finalmente, la pelvis. Las distintas reconstrucciones permitían comprender con mayor precisión la extensión del proceso tumoral. Las lesiones ya no se encontraban únicamente en

el sitio primario; habían avanzado. La enfermedad había encontrado nuevos caminos.

Mientras el radiólogo recorría meticulosamente cada corte, volví a dimensionar la enorme responsabilidad que recae sobre la Imagenología. Un informe radiológico no se limita a describir hallazgos anatómicos: detrás de cada observación puede existir una decisión clínica capaz de modificar el curso de una enfermedad. Identificar una nueva lesión, confirmar la respuesta al tratamiento o evidenciar una progresión tumoral puede redefinir estrategias terapéuticas y orientar las decisiones del equipo multidisciplinario. Aquella tomografía era contundente: la enfermedad había progresado.

Sin embargo, mientras las imágenes respondían con precisión dónde estaba el cáncer y hasta dónde había avanzado, dejaban intacta una pregunta imposible de resolver desde la pantalla: ¿cómo estaba viviendo aquel hombre esa noticia?

Ninguna tomografía puede revelar el miedo con el que un paciente recibe un diagnóstico, la esperanza que todavía conserva ni la manera en que intenta reconciliarse con su propia fragilidad. La Imagenología permite explorar el interior del cuerpo con una claridad extraordinaria, pero existen dimensiones de la enfermedad que permanecen invisibles incluso para la tecnología más avanzada.

Impulsada por esa inquietud, horas más tarde decidí visitarlo. Quería conocer a la persona detrás de aquellas imágenes que acabábamos de interpretar, porque comprendí que el estudio radiológico podía revelar con precisión la extensión del cáncer, pero no la historia del hombre que lo padecía. Al cruzar la puerta de su habitación entendí que interpretar una enfermedad y conocer a un paciente son actos profundamente distintos. Las imágenes habían descrito su cuerpo; el encuentro con él me permitiría acercarme a aquello que ninguna pantalla podía mostrar.

Lo encontré sentado junto a la ventana. La luz de la mañana iluminaba suavemente su rostro y su cuerpo evidenciaba el desgaste de la enfermedad, muy distinto al hombre fuerte que

había conocido meses atrás. Sin embargo, había algo que ninguna imagen había conseguido revelar: la serenidad con la que sostenía la mirada. Era una calma difícil de explicar, casi desconcertante, como si hubiese encontrado un lugar de paz en medio de una tormenta que todavía seguía avanzando.

Conversamos durante largo tiempo. Para mi sorpresa, no quiso hablar de su tomografía, tampoco preguntó por el tamaño de las lesiones ni por los resultados del estudio que acabábamos de revisar. Me habló de su hogar, del árbol que había sembrado cuando nació su hija, del aroma del café que preparaba cada amanecer y de la felicidad que encontraba al contemplar el atardecer desde la terraza de su casa. Mientras lo escuchaba, comprendí que, aunque la Imagenología había descrito con exactitud el estado de su enfermedad, ninguna imagen habría podido contarme quién era aquel hombre ni todo aquello que daba sentido a su vida.

Después guardó silencio durante varios minutos. Bajó la mirada y, con una serenidad que todavía hoy me conmueve, me preguntó:

—Doctora... ¿usted cree que una persona deja de amar la vida porque ya no quiere seguir sufriendo?

Sentí cómo todo el conocimiento científico que había acumulado parecía quedarse en silencio. Horas antes había observado una tomografía capaz de mostrar, con extraordinaria precisión, cada rincón invadido por el cáncer; sin embargo, ninguna imagen me había preparado para responder una pregunta nacida del sufrimiento. En ese momento comprendí que el verdadero desafío no consistía únicamente en interpretar correctamente un estudio diagnóstico, sino también en recordar que detrás de cada imagen existe una persona cuya historia jamás podrá resumirse en un informe radiológico.

Aquella conversación transformó mi manera de mirar la Imagenología. Desde entonces entendí que interpretar imágenes no significa únicamente identificar lesiones, medir tumores o describir hallazgos; significa aportar información que puede orientar decisiones capaces de cambiar profundamente la vida de

una persona. También comprendí que nuestra responsabilidad no debería agotarse frente a un monitor. La excelencia técnica debe caminar de la mano con la sensibilidad humana, porque las imágenes nos permiten conocer la enfermedad, mientras que la empatía nos acerca al paciente.

Hoy sigo sintiendo la misma fascinación cada vez que observo una tomografía, una resonancia o un PET-CT. Cada estudio representa una oportunidad para descubrir aquello que el cuerpo intenta comunicar antes de que las palabras puedan hacerlo. Sin embargo, aquel paciente me dejó una de las lecciones más importantes de mi formación: ninguna imagen, por precisa que sea, puede mostrar por completo la vida que existe detrás de un diagnóstico, con su familia, su historia, sus temores y su dignidad.

Quizá por eso elegí la Imagenología: porque quiero aprender a mirar más allá de lo que aparece en una pantalla, sin olvidar que el verdadero propósito de esta especialidad no es únicamente interpretar enfermedades, sino contribuir al cuidado de las personas.

UNA ECOGRAFÍA QUE CAMBIÓ TODO

Med. Rolando Fabricio Espinosa Masa



Hay experiencias de la práctica médica que permanecen en la memoria mucho después de terminada la jornada. No necesariamente por la complejidad del tratamiento, sino por ese instante en el que una pequeña pista permite descubrir algo mucho más importante. Una de ellas ocurrió durante una consulta en la que atendí a una paciente que acudió por molestias abdominales aparentemente inespecíficas.

Recuerdo aquel encuentro como si hubiera sucedido ayer. Era una adulta mayor, tranquila y de trato amable, aunque durante la anamnesis percibí cierta preocupación. Refería varios meses de epigastralgia, saciedad precoz y pérdida de peso. Al preguntarle por sus antecedentes, no mencionó enfermedades importantes ni antecedentes familiares relevantes.

Desde el primer momento, su aspecto físico llamó mi atención. No se trataba únicamente de aquello que relataba; su apariencia sugería que algo venía ocurriendo desde hacía tiempo. Su expresión reflejaba cansancio y preocupación. Se mostró colaboradora durante toda la consulta, pero era evidente que se encontraba físicamente debilitada. Mientras la escuchaba comprendí que no estaba frente a un dolor abdominal aislado. La pérdida involuntaria de peso y la saciedad precoz en una persona adulta mayor constituían signos de alarma que no debían minimizarse.

En principio, los síntomas podían corresponder a diversas enfermedades digestivas. Sin embargo, su persistencia y la ausencia de una explicación clínica suficientemente clara

despertaron mi inquietud. Después de valorar a la paciente, consideré necesario complementar el estudio con una ecografía abdominal.

La Imagenología ocupa un lugar especial en la práctica médica porque permite observar estructuras cuyas alteraciones apenas podemos sospechar mediante el examen físico. A veces una imagen confirma la hipótesis clínica; otras, modifica por completo el diagnóstico que teníamos en mente. En este caso ocurrió lo segundo.

Durante la evaluación observé cuidadosamente cada estructura. Para quien no está familiarizado con ella, la ecografía puede parecer una simple sucesión de imágenes en una pantalla. Para el médico, en cambio, cada variación de la ecogenicidad, cada irregularidad de los bordes y cada lesión pueden representar piezas de un rompecabezas diagnóstico.

Al explorar el abdomen encontré alteraciones que no esperaba. El hígado presentaba lesiones focales hipoeecogénicas de apariencia metastásica. Continué examinando las demás estructuras y observé una masa irregular e hipervascularizada en la cabeza del páncreas, además de otra masa dependiente de la cavidad gástrica. En ese instante comprendí que ya no me encontraba ante un cuadro digestivo sencillo. La imagen había establecido una conexión entre elementos que, al inicio, podían parecer independientes.

La experiencia reafirmó la importancia de no interpretar un estudio de imagen de manera aislada. La ecografía no sustituyó la historia clínica ni el examen físico; por el contrario, sus hallazgos adquirieron verdadero sentido porque correspondían a una paciente con signos y síntomas compatibles con una enfermedad orgánica importante. La información clínica había motivado el estudio y la imagen aportaba la evidencia necesaria para orientar el siguiente paso.

Le expliqué que había encontrado alteraciones que requerían una valoración especializada y exámenes complementarios. Intenté transmitirle la información con claridad, pero también con

prudencia, para no provocar una alarma innecesaria antes de contar con un diagnóstico definitivo.

—Doctor, ¿es algo grave? —preguntó. Hice una pausa antes de responder: —Hay algunas imágenes que no son normales y necesitamos investigar su causa. Lo importante es que las hemos identificado y podemos continuar el estudio de manera oportuna.

La paciente guardó silencio durante unos segundos y su expresión cambió. Era evidente que comprendía la importancia del resultado. Yo también confirmé que, en Medicina, la manera en que comunicamos una información puede ser casi tan importante como el contenido mismo. Había llegado pensando que probablemente sufría un problema digestivo común; ahora sabía que era necesario realizar una evaluación más profunda.

A partir de los hallazgos ecográficos se solicitaron estudios complementarios y se efectuó la derivación correspondiente. Posteriormente se confirmó una enfermedad oncológica de origen gástrico con compromiso metastásico, incluidas lesiones hepáticas y pancreáticas.

Aquella experiencia transformó mi manera de comprender la Imagenología dentro de la práctica médica. La ecografía no estableció por sí sola todo el diagnóstico, pero se convirtió en el punto de partida que cambió por completo la orientación del caso. Una consulta que parecía corresponder a un cuadro abdominal inespecífico condujo a la identificación de una enfermedad grave que requería atención especializada.

Desde entonces, cada vez que realizo o interpreto un estudio de imagen, recuerdo que detrás de la pantalla existen una persona y una historia clínica. Ninguna imagen debería analizarse al margen de los síntomas, los antecedentes y el examen físico. La vivencia también me enseñó a reconocer los signos de alarma y a no atribuir automáticamente ciertos síntomas a enfermedades comunes cuando existen elementos que sugieren algo distinto.

Al mirar la situación en retrospectiva, comprendo que el aprendizaje no estuvo únicamente en el resultado de la ecografía,

sino en el proceso que condujo hasta ella. La imagen fue el resultado de una cadena de decisiones clínicas: escuchar a la paciente, reconocer los signos de alarma, examinarla de forma completa, advertir que sus molestias no debían tratarse como un problema digestivo menor y solicitar el estudio adecuado para ampliar la valoración.

También comprendí que la oportunidad es un componente esencial de la atención. En las enfermedades de alta complejidad, cada paso que reduzca el tiempo entre la aparición de los síntomas y la valoración especializada puede resultar decisivo. En este caso, la identificación de hallazgos sospechosos permitió realizar una derivación oportuna a Oncología.

Uno de los aspectos más difíciles de nuestra profesión es aceptar que no siempre podemos resolver inmediatamente aquello que encontramos. En muchas ocasiones, nuestro papel consiste en reconocer que algo no está bien, identificar las señales que exigen avanzar y conducir al paciente hacia el nivel de atención apropiado.

La paciente llegó buscando una explicación para el dolor y la pérdida de peso. No era posible ofrecerle todas las respuestas en esa primera consulta, pero sí dar un paso fundamental: comprender que sus síntomas no eran normales para su edad y que no debían atribuirse, sin más, a una enfermedad digestiva común.

Esta vivencia reforzó en mí la idea de que la Medicina es, en gran medida, un ejercicio de observación: mirar al paciente, escuchar sus palabras, reconocer aquello que no encaja, explorar de manera sistemática y utilizar racionalmente las herramientas diagnósticas disponibles. Una imagen puede permanecer apenas unos segundos en la pantalla, pero sus implicaciones se extienden mucho más allá de ese instante.

La enseñanza fue sencilla y profunda: una buena práctica médica comienza mucho antes de obtener una imagen y continúa después de interpretarla. Se inicia con la escucha atenta y culmina cuando la información se transforma en una decisión clínica adecuada. Aquel día, la ecografía abdominal fue mucho más que un examen

complementario; fue la oportunidad de mirar más allá de los síntomas y orientar a la paciente hacia un diagnóstico que, de otro modo, podría haber tardado mucho más en descubrirse.

Con el paso del tiempo he comprendido que algunas imágenes permanecen en la memoria del médico no por su calidad técnica, sino por lo que significaron en la vida de un paciente. Esta es una de ellas.

APRENDER A MIRAR

Med. Carlos Andrés Acurio Segovia



Durante mi formación médica hubo áreas del conocimiento que despertaron de inmediato mi curiosidad y otras que, por el contrario, parecían levantar una pared y desvanecer mis deseos de aprender. Durante mucho tiempo, la Radiología perteneció al segundo grupo. Recuerdo mis primeros acercamientos a las imágenes médicas como una mezcla de desconcierto y frustración. Probablemente se debía a que, durante el pregrado, se presentaban ante mí radiografías, tomografías, ecografías y resonancias magnéticas de prácticamente todas las áreas de la Medicina, mientras mi mente todavía intentaba comprender la anatomía, la fisiología y la enfermedad.

Aquellas imágenes que para un médico experimentado mostraban con claridad una lesión eran, para mí, diferentes tonalidades de blanco, negro y gris que escondían una respuesta que aún no lograba encontrar.

El primer gran conflicto apareció con la ecografía. Hasta entonces estaba acostumbrado a estudiar Medicina relacionando síntomas, órganos y enfermedades; sin embargo, frente a la pantalla de un ecógrafo, aquella lógica parecía desaparecer. Observaba estructuras que cambiaban de forma con apenas desplazar unos milímetros el transductor y escuchaba términos como hiperecoico, hipoeicoico, anisotropía o sombra acústica, mientras intentaba reconocer una anatomía completamente distinta de la que había aprendido en los libros. Era como conocer a la perfección el mapa de una ciudad y descubrir, al llegar, que todas sus calles habían cambiado de lugar.

A esa dificultad se sumaba el desconocimiento de algo aún más elemental: nunca había comprendido verdaderamente cómo funcionaba el equipo que utilizaba. El efecto piezoeléctrico era para mí otro concepto estudiado de manera superficial, una definición memorizada para responder una evaluación y luego guardada en algún lugar remoto de la memoria. No entendía que aquel pequeño transductor colocado sobre la piel podía transformar energía eléctrica en ondas de ultrasonido, recibir los ecos producidos al atravesar los tejidos y convertirlos nuevamente en señales eléctricas hasta formar una imagen. Sin comprender ese proceso, intentar interpretar una ecografía era como querer leer un idioma sin conocer su alfabeto.

La consecuencia fue predecible: me alejé de la ecografía y, de alguna manera, también de la Radiología. Durante un tiempo asumí que se trataba simplemente de un área para la que no tenía habilidad. Cuando encontraba una imagen dentro de un caso clínico, esperaba de manera inconsciente que otra parte de la historia me condujera al diagnóstico. Prefería el examen físico, un resultado de laboratorio o cualquier dato que me evitara la incómoda confrontación con una imagen que parecía esconder más información de la que yo era capaz de obtener.

Paradójicamente, años después, la búsqueda de una especialidad médica me llevó directamente hacia aquello que había intentado evitar. La Traumatología comenzó a atraerme de forma progresiva. Al principio fueron los procedimientos quirúrgicos, la anatomía y la posibilidad de devolver función a una persona. Pronto comprendí que adentrarme en ese mundo también significaba regresar, inevitablemente, a la imagen.

Una fractura necesitaba ser observada; una articulación debía estudiarse más allá de lo que mis manos podían explorar, y muchas lesiones musculares, tendinosas o ligamentarias permanecían ocultas bajo una piel aparentemente normal. La Traumatología me obligó a reconciliarme con la Radiología. En medio de ese proceso reapareció la ecografía, esta vez con un apellido diferente: musculoesquelética.

Reconocer por primera vez un tendón en una ecografía produjo en mí una sensación difícil de describir. Aquella estructura fibrilar, que antes habría podido confundir con cualquier otra, adquirió sentido de pronto. Después conseguí identificar un músculo, la cortical ósea, una bursa y un nervio. La imagen dejó de parecer una colección desordenada de tonalidades y comenzó a transformarse en anatomía. No eran las imágenes las que habían cambiado; quien empezaba a cambiar era la persona que las observaba.

Más adelante tuve la oportunidad de realizar un curso de ecografía musculoesquelética fuera del país. Llegué con la expectativa de mejorar una destreza técnica, pero terminé encontrando algo mucho más importante: comencé a comprender de verdad el examen que realizaba. Durante aquellos días regresé al efecto piezoeléctrico que alguna vez había memorizado sin entenderlo. Aprendí cómo se comporta el sonido al atravesar los tejidos, por qué algunas estructuras se observan oscuras y otras brillantes, por qué la cortical del hueso detiene casi por completo el ultrasonido y por qué un tendón puede aparentar una lesión solo por modificar el ángulo del transductor.

Entonces entendí una de las lecciones más importantes que la imagen me ha dejado: solo encuentro aquello que busco y solo busco aquello que conozco. Esta idea modificó por completo mi relación con la ecografía. El equipo que antes parecía esconder información comenzó a convertirse en una extensión del examen físico. Podía colocar el transductor sobre el lugar exacto donde el paciente refería dolor y observar en tiempo real aquello que mis dedos apenas podían sospechar. También podía pedirle que movilizara una articulación, contrajera un músculo o desplazara un tendón mientras contemplaba directamente su comportamiento. Esa posibilidad dinámica otorgó al ultrasonido un significado distinto del de otros estudios de imagen.

La sonoanatomía terminó convirtiéndose, además, en otra forma de estudiar anatomía. Las estructuras que durante años había visto en dibujos perfectamente delineados comenzaron a mostrarse

como existen en una persona viva: rodeadas de tejido celular subcutáneo, músculos, grasa, vasos y nervios. Un cambio mínimo en la posición del transductor podía transformar por completo la imagen. Comprendí que conocer la anatomía no significa únicamente memorizar la ubicación de una estructura, sino reconocerla desde diferentes planos y entender sus relaciones con los tejidos vecinos.

Poco a poco, la herramienta que durante el pregrado había contribuido a alejarme de la Radiología terminó acercándome profundamente a ella. Empecé a disfrutar el proceso de buscar una estructura y encontrarla, comparar el lado sintomático con el contralateral y correlacionar cada hallazgo con la historia clínica y el examen físico. También aprendí que identificar una alteración en una imagen no significa necesariamente haber encontrado la causa del problema. Una lesión puede existir sin producir síntomas y, de manera inversa, un paciente puede experimentar un dolor intenso sin que la imagen muestre una alteración proporcional.

Hoy observo la Radiología de una forma completamente distinta de aquella con la que inicié mi formación. Lo que durante años representó una barrera se convirtió en una de las herramientas que más curiosidad despierta en mí. Probablemente todavía esté lejos de dominarla, sobre todo frente a estudios complejos, pero ahora disfruto la incomodidad inicial de no reconocer algo porque sé que detrás de ella existe una oportunidad para aprender.

Cada ecografía constituye un pequeño entrenamiento para mis ojos y mis manos. Me obliga a regresar a la anatomía y comprender una estructura desde otro punto de vista. Al mirar retrospectivamente este proceso, comprendo que mi problema inicial con la Radiología quizá nunca estuvo en las imágenes, sino en mi forma de aproximarme a ellas. Intentaba interpretar antes de comprender y reconocer antes de saber cómo se había formado aquello que observaba. Tuve que regresar al principio para descubrir que detrás de cada tonalidad existen física, anatomía y enfermedad.

Considero que una imagen correctamente obtenida, interpretada y relacionada con la clínica es una aliada esencial de la Medicina y adquiere un valor todavía mayor en la Traumatología. Nos permite observar lo que permanece escondido bajo la piel, confirmar algunas sospechas, descartar otras y planificar mejor nuestras decisiones. Sin embargo, su verdadero valor no reside únicamente en la tecnología que la produce, sino en la capacidad del profesional para comprender lo que está mirando.

Mi camino para convertirme en traumatólogo continúa y, junto con él, también mi aprendizaje de la Radiología. Seguramente todavía encontraré ecografías que no pueda interpretar de inmediato. Lejos de considerarlo una debilidad, ahora comprendo que esa dificultad forma parte del mismo recorrido que alguna vez transformó el rechazo en curiosidad. Porque aprender Radiología no ha significado para mí únicamente aprender a interpretar imágenes; ha significado aprender a mirar.

ANTES DEL BISTURÍ, LA ECOGRAFÍA

*Med. Geovanna Nicole Holguín
Montenegro*



Hay consultas que parecen sencillas hasta que un detalle cambia por completo la dirección del caso. Recuerdo a una paciente joven que llegó con dolor abdominal de pocas horas de evolución. Al principio describía una molestia difusa, difícil de localizar, acompañada de inapetencia y náuseas. No tenía un aspecto dramático ni pedía atención con urgencia; de hecho, trataba de restarle importancia a lo que sentía. Mientras conversábamos, repetía que quizá había comido algo que le cayó mal. Sin embargo, la forma en que se movía, con cuidado y evitando estirar por completo el tronco, me hizo observarla con mayor atención.

Durante la entrevista, el dolor comenzó a adquirir una historia más clara. Había iniciado alrededor del centro del abdomen y, con el paso de las horas, se había desplazado hacia el lado inferior derecho. Al preguntarle si tenía hambre, respondió con una sonrisa breve: «Ni siquiera quiero pensar en comida». Esa frase, aparentemente pequeña, se sumó a otros datos que empezaban a formar un patrón. Al examinarla encontré sensibilidad localizada y una respuesta dolorosa más evidente en esa zona. No era necesario convertir la consulta en una demostración de maniobras; lo importante era reconocer que el cuadro merecía una evaluación más cuidadosa.

Como médica general, mi tarea en ese momento no era apresurar una conclusión, sino ordenar la información y decidir cuál era el siguiente paso más seguro. El dolor abdominal puede tener muchas causas, y algunas se parecen entre sí durante las primeras horas. Por eso pensé en la utilidad de una imagen que pudiera

acercarnos a una respuesta sin perder tiempo. La paciente estaba estable y podía colaborar con la exploración, de modo que se solicitó una ecografía abdominal dirigida a la región dolorosa. Le expliqué que no se trataba de pedir un examen por rutina, sino de intentar mirar aquello que el examen físico solo podía sugerir.

Recuerdo con claridad el momento en que observé el estudio. La pantalla mostraba una estructura tubular que no se comprimía con la presión del transductor y terminaba en fondo ciego. Alrededor se apreciaban cambios inflamatorios. Ya no estábamos frente a un dolor inespecífico: la imagen ofrecía una explicación coherente para lo que la paciente venía sintiendo. En pocos minutos, la ecografía transformó una sospecha clínica en información mucho más concreta. No substituyó la historia ni el examen físico; los fortaleció al colocarlos en la misma dirección.

La paciente me miró buscando una respuesta antes de que yo terminara de explicarle. «¿Es el apéndice?», preguntó. Le dije que los hallazgos eran compatibles con una apendicitis y que necesitaba una valoración inmediata para definir la resolución del cuadro. Su expresión cambió: primero apareció el miedo y luego, casi de inmediato, una especie de alivio. Saber qué estaba ocurriendo parecía menos angustiante que continuar imaginando posibilidades. Le expliqué que, en este tipo de situaciones, reconocer el problema oportunamente era importante porque la inflamación podía progresar y el tiempo tenía un papel real en las decisiones posteriores.

Entonces comprendí, una vez más, que una imagen puede tener un valor mucho mayor que el de confirmar un diagnóstico. La ecografía no solo permitió identificar el apéndice inflamado; también ayudó a justificar una conducta rápida y a comunicar el caso con mayor claridad al equipo que continuaría el manejo. La descripción de un dolor podía prestarse a interpretaciones, pero una imagen compatible con el cuadro clínico ordenaba la conversación y reducía la incertidumbre. Desde ese momento, el camino dejó de ser observar y esperar. El objetivo pasó a ser resolver.

Mientras se coordinaba la atención posterior, pensé en cuántas decisiones quirúrgicas comienzan mucho antes de entrar a un quirófano. El bisturí es quizá la parte más visible del proceso, pero antes de llegar a él deben responderse varias preguntas: qué está ocurriendo, dónde se encuentra el problema, qué tan probable es que necesite una intervención y con qué urgencia debe actuarse. En aquella paciente, la ecografía ayudó a responderlas sin grandes preparativos y en poco tiempo. Esa capacidad de acercar el diagnóstico al lugar donde se toma la decisión es una de las razones por las que la imagen resulta tan valiosa.

Horas más tarde supe que el cuadro se había confirmado y que se había decidido la resolución quirúrgica. No estuve detrás del bisturí ni era mi función hacerlo. Mi participación había ocurrido antes: escuchar, examinar, sospechar, indicar el estudio correcto y no demorar la derivación. A veces se piensa que el acto decisivo empieza cuando el paciente entra al quirófano, pero aquella experiencia me recordó que la seguridad de una cirugía también depende de todo lo sucedido previamente. Una indicación oportuna puede evitar horas de duda y permitir que la intervención se realice cuando el problema todavía es manejable.

Días después, la paciente volvió para un control general. Caminaba con más confianza y, aunque todavía estaba en recuperación, su expresión era completamente distinta a la de aquella primera consulta. Me dijo que lo que más recordaba era el momento en que le habían mostrado que el dolor tenía una causa visible. «Ahí entendí que no era solo algo que yo sentía», comentó. Esa frase se quedó conmigo. Para ella, la ecografía había convertido el dolor en algo comprensible; para mí, había convertido una sospecha en una decisión clínica mejor sustentada.

Desde entonces, cuando pienso en el valor de la ecografía en el abdomen agudo, no la imagino únicamente como una pantalla con tonos grises. Pienso en ese instante en que una estructura pequeña, escondida entre tejidos, puede cambiar el rumbo de una persona. Pienso en la posibilidad de confirmar a tiempo, evitar demoras y entregar información útil para que la conducta sea más precisa.

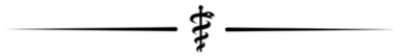
También recuerdo que la imagen nunca debe interpretarse de manera aislada: adquiere sentido cuando coincide con la historia, el examen físico y la evolución del paciente.

Aquella vivencia me enseñó que la tecnología no necesita desplazar el criterio clínico para ser protagonista: puede acompañarlo. La ecografía fue importante porque apareció en el momento correcto y respondió a una pregunta concreta. No se pidió para llenar un formulario ni para reemplazar la valoración médica. Se utilizó para decidir. Esa diferencia es fundamental. Cuando una imagen parte de una pregunta clínica, puede convertirse en una herramienta que acorta la distancia entre la consulta inicial y la solución definitiva.

También aprendí a valorar la sencillez de la secuencia: una paciente con dolor, una sospecha razonable, una imagen bien dirigida y una conducta oportuna. Nada de aquello parecía extraordinario por separado. Sin embargo, en conjunto construyó una atención segura. La medicina cotidiana está llena de historias así, en las que el resultado depende menos de un gesto espectacular que de reconocer el momento exacto en que debemos avanzar hacia el siguiente paso.

Por eso, si tuviera que resumir lo que me dejó esa paciente, diría que antes del bisturí existió una imagen que orientó el camino. La ecografía permitió ver lo que el abdomen no podía contar por completo, reforzó el diagnóstico de apendicitis y contribuyó a que la resolución se tomara oportunamente. Como médica general, esa experiencia reafirmó mi responsabilidad de identificar cuándo una imagen puede cambiar la conducta. No siempre somos quienes realizamos el procedimiento definitivo, pero muchas veces podemos reconocer la señal, pedir el estudio adecuado y contribuir a que el paciente llegue a tiempo a la solución que necesita.

MEDICINA INTERNA



EL RITMO DE LA ESPERA

Med. Mishell Esperanza Atiencia Tibanta



Aquel día, el calor de la selva tropical se sentía más denso de lo habitual.

En mi pequeño centro de salud, rodeado por el verde infinito, la tecnología era un lujo escaso. No había pantallas brillantes ni sonidos electrónicos; allí, las herramientas más valiosas seguían siendo el estetoscopio y, sobre todo, la capacidad de interpretar aquello que el cuerpo intenta decir sin palabras.

El aire caliente entraba lentamente por las ventanas abiertas, mezclándose con el olor húmedo de la tierra y el murmullo lejano de los insectos. Afuera, la vida seguía su curso habitual: personas caminando bajo el sol intenso, motocicletas levantando polvo en el camino y agricultores regresando exhaustos de sus jornadas. Adentro, en cambio, cada consulta se convertía en un pequeño mundo de decisiones silenciosas, en un entorno de recursos limitados y distancias interminables donde el juicio clínico y la observación eran fundamentales.

El sonido metálico de una silla de ruedas sobre el suelo anunció la llegada de un hombre de rostro alargado y noble, cuya piel, surcada por arrugas profundas, parecía un mapa de décadas de esfuerzo bajo el sol. Tenía el cabello completamente blanco y las manos descansaban sobre su regazo. A su lado caminaba su esposa, empujando la silla con una tranquilidad silenciosa que evidenciaba que aquella rutina llevaba mucho tiempo formando parte de sus vidas.

A diferencia de otras ocasiones, ese día la pareja no llegó con la energía que solía precederla. Sobre todo él. Aunque permanecía consciente y tranquilo, había algo distinto en su presencia. Lo

observé envuelto en un cansancio profundo, con movimientos lentos y una expresión marcada por el agotamiento.

Mientras intentaba acomodarse en su silla, me explicó con voz pausada que desde hacía varias horas sentía que el aire no le alcanzaba.

Al iniciar la toma de signos vitales, el primer hallazgo me hizo detenerme. Su frecuencia cardíaca y su presión arterial eran peligrosamente bajas.

Mi reacción inmediata fue repetir la medición. Verifiqué nuevamente los valores, intentando descartar cualquier error. Sin embargo, el resultado se mantenía sin cambios. El ritmo cardíaco descendía a cifras alarmantes y oscilaba de manera irregular, como si aquel corazón dudara entre sostener el latido o rendirse lentamente.

En ese instante, la atmósfera de la consulta cambió por completo. La sospecha clínica dejó de ser una posibilidad para convertirse en una urgencia evidente. Comprendí que, a partir de ese momento, cada decisión tendría un peso determinante en un entorno donde el tiempo y la distancia podían convertirse en nuestros mayores enemigos.

En un lugar donde no disponíamos de monitores cardíacos ni estudios complementarios, la observación clínica se convirtió en mi principal herramienta. Mientras coordinaba junto al equipo de enfermería las medidas necesarias para mantener al paciente estable, confirmé una realidad que la práctica rural enseña constantemente: en lugares alejados de los grandes centros urbanos y con recursos limitados, el trabajo conjunto deja de ser una opción para convertirse en una necesidad.

Aseguramos una vía venosa periférica y permanecemos atentos a cualquier cambio en su estado. Vigilaba cuidadosamente su respiración, su nivel de conciencia y la evolución de cada signo clínico, pendiente de cualquier indicio que sugiriera un deterioro inminente.

En medio de aquel silencio, la medicina parecía volver a su forma más esencial: el contacto directo con el paciente, la observación constante y la responsabilidad de actuar con serenidad.

En ese punto, mi labor se desplazó del manejo clínico a la coordinación logística, una etapa igualmente importante para garantizar la continuidad del tratamiento. Solicité el traslado inmediato a un hospital de mayor complejidad, una decisión indispensable que chocó de inmediato con las limitaciones propias del entorno.

El centro de salud se encontraba a una hora y media de la ciudad más cercana y las opciones de transporte eran prácticamente inexistentes. El único bus que conectaba la zona pasaba cada dos horas, dejándonos sin alternativas reales de movilización.

La respuesta de la red fue contundente: no había ambulancias disponibles en ese momento. Realicé una llamada tras otra buscando una solución que no aparecía, mientras cada minuto de espera parecía prolongarse más de lo normal. Consciente de que el aislamiento geográfico y el tiempo podían convertirse en factores decisivos para la evolución del paciente, evalué otras vías de apoyo institucional.

Fue entonces cuando decidí contactar a los bomberos e integrar su capacidad de respuesta al operativo de traslado.

Mientras la logística avanzaba, la dimensión más humana de la urgencia se reflejaba en la mirada de la esposa del paciente. Como ocurre cuando la vida de un ser querido se encuentra en riesgo, su preocupación iba más allá del diagnóstico. También existía el temor de abandonar lo conocido para buscar ayuda lejos de casa.

Yo comprendía perfectamente ese sentimiento.

Ellos pertenecían a una comunidad ubicada aún más adentro del territorio, donde las viviendas permanecen dispersas entre extensos tramos de vegetación y donde el río forma parte inevitable del camino cotidiano. Sin embargo, la realidad clínica imponía su propio ritmo y ya no permitía retroceder.

En aquel momento comprendí que mi presencia se había convertido en el único puente entre la esperanza de aquella familia y la lucha silenciosa de su esposo por mantenerse estable.

El estruendo de un motor interrumpió finalmente la larga espera. La unidad de apoyo había llegado. Sin perder tiempo, coordinamos la movilización del paciente y aseguramos las medidas necesarias antes de abandonar el centro de salud. Cuando las puertas del vehículo se cerraron, el mundo exterior quedó atrás y toda nuestra atención se concentró en el interior de aquella unidad en movimiento.

Durante el trayecto casi no hubo palabras. El silencio solo era interrumpido por el ruido del motor y las sacudidas provocadas por las irregularidades del camino. Mi atención permanecía fija en su respiración, en el pulso y en la presión arterial que, aunque peligrosamente baja y lenta, todavía se mantenía presente.

Finalmente, después de una travesía que pareció interminable, las luces de la ciudad aparecieron en el horizonte como un alivio necesario. Al cruzar las puertas del hospital y entregar al paciente al equipo receptor, la tensión acumulada comenzó a disiparse lentamente.

Afuera quedaban atrás la distancia, la incertidumbre y el aislamiento. Adentro permanecía la certeza de haber sostenido lo esencial en el momento crítico.

Aquella experiencia me recordó que, más allá de los algoritmos, la tecnología y los centros de alta complejidad, la medicina continúa sosteniéndose en la capacidad de observar, interpretar y tomar decisiones en circunstancias difíciles. Es en esos escenarios donde el conocimiento deja de ser teoría para transformarse en responsabilidad.

También reafirmó algo que la práctica clínica enseña una y otra vez: en situaciones críticas, el tiempo deja de ser una cifra y se convierte en un factor decisivo. Cada minuto cuenta para evitar un desenlace fatal.

Al final, incluso el diagnóstico más preciso pierde valor si no logra traducirse en una intervención oportuna.

EL ARTE DE CUIDAR

Med. Joselyn Katherine Pazmiño Espinoza



Durante mi formación médica tuve la oportunidad de vivir experiencias que transformaron profundamente mi manera de comprender la profesión y el verdadero sentido del servicio. En una de mis rotaciones clínicas participé activamente en la atención de pacientes adultos hospitalizados con patologías crónicas complejas, principalmente diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Esta etapa me permitió conocer de cerca la labor desarrollada en el área de Medicina Interna y comprender la importancia de abordar a cada persona desde una visión integral. Más allá de tratar una enfermedad determinada, el propósito consistía en entender cómo las distintas condiciones coexistían, se influían mutuamente y repercutían en el bienestar global del paciente.

Desde los primeros días observé que gran parte de los ingresos hospitalarios estaban relacionados con descompensaciones de enfermedades crónicas que demandaban una valoración minuciosa. Con frecuencia coexistían múltiples diagnósticos, situación que obligaba a analizar cada caso con detenimiento antes de establecer una conducta terapéutica. Esta realidad me enseñó que la Medicina Interna requiere una mirada amplia y reflexiva, pues los problemas de salud rara vez se presentan de forma aislada.

Una de las experiencias más enriquecedoras fue participar en la evaluación inicial de los pacientes. La elaboración de una historia clínica completa y la realización de un examen físico exhaustivo constituían herramientas esenciales para orientar el proceso

diagnóstico. Aprendí que escuchar con atención el relato de los síntomas, explorar los antecedentes personales e interpretar cuidadosamente los hallazgos clínicos permitía construir una impresión diagnóstica fundamentada, la cual posteriormente debía corroborarse y complementarse mediante estudios adicionales.

El razonamiento clínico constituía un elemento fundamental en cada valoración. Antes de solicitar estudios complementarios, era indispensable formular hipótesis diagnósticas y determinar qué información resultaba necesaria para confirmarlas o descartarlas. Esta metodología me enseñó que la medicina no consiste únicamente en recopilar datos, sino en analizarlos de forma crítica y estructurada para sustentar decisiones acertadas.

Una parte significativa de mi aprendizaje estuvo vinculada con la interpretación de pruebas de laboratorio. Cada jornada revisábamos resultados relacionados con niveles de glucosa, función renal, electrolitos, biometría hemática y otros indicadores de relevancia clínica. Estos parámetros proporcionaban información esencial sobre la condición del paciente, permitiendo valorar tanto la evolución de la enfermedad como la eficacia de las medidas terapéuticas implementadas.

El análisis de dichos estudios exigía una visión integral. Ningún resultado podía interpretarse de manera independiente; era imprescindible correlacionarlo con la sintomatología, los antecedentes médicos y los hallazgos obtenidos durante la exploración física. Esta capacidad para integrar múltiples fuentes de información fue una de las competencias que más fortalecí durante la rotación y que considero indispensable para una adecuada práctica profesional.

Asimismo, las pruebas de imagen desempeñaban un papel crucial dentro del proceso diagnóstico. Con frecuencia se recurría a radiografías, ecografías y otros métodos complementarios que permitían obtener una comprensión más amplia del cuadro clínico. Participar en el análisis de estos estudios me ayudó a comprender cómo los hallazgos imagenológicos pueden respaldar una sospecha diagnóstica, orientar nuevas líneas de investigación

clínica o incluso modificar el plan terapéutico inicialmente establecido.

Recuerdo de manera especial la atención de un paciente que ingresó con niveles de glucosa y presión arterial persistentemente elevados. Conforme avanzó el proceso diagnóstico, se evidenciaron alteraciones en la función renal que obligaron a reconsiderar parte de la estrategia terapéutica. Este caso me permitió comprender cómo múltiples afecciones pueden coexistir en una misma persona y condicionarse mutuamente, influyendo de forma significativa en su evolución clínica. Lo más enriquecedor fue observar el análisis minucioso que realizaba el equipo médico antes de implementar cualquier cambio, valorando cuidadosamente los beneficios potenciales y los riesgos asociados a cada decisión.

Durante la estancia hospitalaria participé en las visitas médicas diarias, espacios en los que se revisaban la evolución de los pacientes, los hallazgos obtenidos en estudios complementarios y las posibles modificaciones del plan de manejo. Estas actividades constituyeron una valiosa oportunidad para comprender cómo se construye el razonamiento clínico a partir de la evidencia disponible y cómo cada decisión surge de un proceso de análisis riguroso y fundamentado.

Asimismo, esta experiencia me permitió apreciar la relevancia del trabajo interdisciplinario. Aunque el médico internista lideraba la atención, existía una interacción permanente con otros profesionales de la salud, cuyas perspectivas y conocimientos contribuían de manera significativa a una comprensión más completa de cada caso y a una atención más integral.

Otro aspecto que marcó mi aprendizaje fue reconocer la importancia del seguimiento continuo durante la hospitalización. La condición de los pacientes exigía una vigilancia constante para detectar cambios oportunamente y ajustar las intervenciones según las necesidades individuales. En cada valoración se analizaban parámetros clínicos, manifestaciones sintomáticas, resultados de laboratorio y respuesta a los tratamientos

instaurados, permitiendo un abordaje dinámico, personalizado y orientado a favorecer la mejor evolución posible.

Además de los conocimientos clínicos adquiridos, esta experiencia me permitió comprender el valor de la comunicación como uno de los pilares fundamentales de la atención médica. Explicar de forma clara y comprensible el diagnóstico, las alternativas terapéuticas y las recomendaciones para el cuidado posterior constituía una parte esencial del proceso asistencial. Una comunicación efectiva no solo facilitaba la comprensión de la enfermedad, sino que también fortalecía la confianza y promovía una participación más activa de los pacientes en el cuidado de su propia salud.

Con frecuencia surgían inquietudes relacionadas con el control de las enfermedades crónicas, los hábitos alimentarios, la actividad física y el uso adecuado de los medicamentos. Escuchar atentamente estas preocupaciones y ofrecer orientación basada en evidencia formaba parte de una atención integral y centrada en la persona. Esta interacción me permitió reconocer el impacto que tiene la educación sanitaria en la adherencia al tratamiento, el autocuidado y la prevención de complicaciones a largo plazo.

El proceso de egreso hospitalario representó igualmente una valiosa oportunidad de aprendizaje. Comprendí que la labor médica no concluye cuando se alcanza la estabilidad clínica; resulta indispensable garantizar la continuidad del cuidado mediante controles periódicos, ajustes terapéuticos oportunos y recomendaciones orientadas a mantener la evolución favorable del paciente. Este enfoque permite reducir el riesgo de nuevas descompensaciones y favorece una mejor calidad de vida tras el alta.

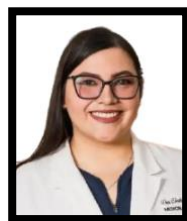
Sin duda, esta vivencia marcó de manera significativa mi formación profesional. Me permitió desarrollar una comprensión más profunda de la atención hospitalaria, valorar la complejidad inherente a las enfermedades crónicas y reconocer la importancia de analizar cada situación desde una perspectiva global. Al recordar todo lo aprendido, considero que fue una de las etapas

más enriquecedoras de mi formación clínica. No solo fortaleció mis conocimientos sobre el manejo de diversas patologías agudas y crónicas, sino que también reafirmó la relevancia de la empatía, la observación rigurosa y el razonamiento integral en la práctica médica.

Acompañar a los pacientes durante su proceso de recuperación, ser testigo de su mejoría y participar en la planificación de su seguimiento posterior constituyó una experiencia profundamente significativa. Cada encuentro fortaleció mi vocación y mi interés por brindar una atención médica de calidad centrada en las necesidades de cada persona.

UN ENEMIGO SILENCIOSO

Med. Cinthya Lorena Muñoz Galarza



La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más frecuentes y una de las principales causas de complicaciones de salud a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), millones de personas viven con esta enfermedad sin ser plenamente conscientes del daño progresivo que ocasiona en su organismo. Se la conoce como un enemigo silencioso, ya que puede avanzar durante años sin manifestar síntomas evidentes, hasta que aparecen complicaciones graves e, incluso, irreversibles.

La hiperglucemia crónica deteriora de forma progresiva los vasos sanguíneos, los nervios y órganos vitales como el corazón y los riñones. Lo más preocupante es que muchas de estas complicaciones pueden prevenirse o retrasarse significativamente mediante un diagnóstico oportuno, una adecuada adherencia al tratamiento y la adopción de hábitos de vida saludables.

Sin embargo, detrás de cada cifra y cada estadística existe una historia humana. Esta es una de ellas.

Conocí a una paciente de 69 años que acudió a mi consulta por cefalea intensa, acúfenos y episodios recurrentes de mareo. Tenía antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, ambas mal controladas. Su problema no radicaba en la falta de acceso a la atención médica ni en limitaciones económicas, pues su hijo se encargaba de proporcionarle puntualmente todos sus medicamentos y los recursos necesarios para su cuidado.

El verdadero problema era otro: la falta de adherencia al tratamiento y la negación de su enfermedad. Según sus propias

palabras, disfrutaba asistir a reuniones sociales, consumir bebidas alcohólicas y fumar cada fin de semana. Le resultaba muy difícil aceptar las limitaciones y responsabilidades que implicaba convivir con enfermedades crónicas.

Con el tiempo, se convirtió en una paciente a la que valoraba mensualmente. En cada consulta insistía en la importancia de controlar sus enfermedades de base. Cada encuentro representaba una nueva oportunidad para educarla, orientarla y hacerle comprender que cuidarse no significaba perder su libertad, sino conservar su calidad de vida.

Lamentablemente, mientras intentábamos cambiar su percepción, el daño continuaba avanzando en silencio. Con el paso de los meses, su estado clínico se deterioró progresivamente. Los controles glucémicos permanecían persistentemente elevados y sus cifras de presión arterial continuaban fuera de rango, hasta que, finalmente, su organismo colapsó.

Presentó un evento cerebrovascular isquémico con afectación de la región parietal. Al momento de la evaluación, su glucosa era superior a 500 mg/dL y su presión arterial alcanzaba los 190/100 mmHg. No era la primera vez que sufría una complicación de esta magnitud. Años antes había presentado un infarto cerebral en la región occipital, que le dejó como secuela una importante pérdida de la visión.

Su enfermedad ya le estaba cobrando un precio devastador.

A partir de ese momento, gestioné una atención multidisciplinaria con distintos especialistas, buscando ofrecerle dignidad, alivio y la mejor calidad de vida posible dentro de la gravedad de su condición.

Su salud física se deterioró al mismo tiempo que su bienestar emocional. Desarrolló una profunda depresión; la tristeza, la frustración y la impotencia comenzaron a apagar lentamente su voluntad de vivir.

Aquella mujer, acostumbrada a ser independiente, activa y dueña de su propia vida, de un momento a otro dejó de poder valerse por

sí misma. Comenzó a depender de su familia para movilizarse, alimentarse y realizar las actividades más básicas. Sus hijos fueron un pilar fundamental: con amor y disciplina administraban sus medicamentos, cuidaban su alimentación y cumplían rigurosamente todas las indicaciones de los médicos tratantes. Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos, la enfermedad continuó avanzando.

Su visión empeoró aún más. Perdió peso de forma significativa, hablaba cada vez menos, perdió el interés por la fisioterapia y dejó de mostrar voluntad para seguir luchando.

Posteriormente desarrolló úlceras en los miembros inferiores, una de las complicaciones más temidas de la diabetes. A pesar de las curaciones diarias y del manejo intensivo, las lesiones progresaron debido al daño irreversible de la circulación periférica y al compromiso neurológico, hasta evolucionar a necrosis.

Solicité de inmediato una valoración por cirugía vascular. Tras la evaluación del especialista, se programó una amputación con el propósito de evitar complicaciones mayores, entre ellas una infección sistémica y la sepsis.

Sin embargo, ese no fue el único hallazgo. Durante los exámenes prequirúrgicos observé una elevación de los niveles de creatinina, compatible con un deterioro de la función renal. Además, su presión arterial comenzó a descender progresivamente, incluso después de suspender la medicación antihipertensiva por indicación del servicio de Cardiología.

Durante la semana siguiente quedó todo preparado para la cirugía. Nuestro objetivo era intervenir a tiempo y evitar un desenlace aún más complejo. Sin embargo, la vida tenía otros planes. Antes de que pudiera realizarse el procedimiento, la paciente falleció.

Su muerte me marcó profundamente.

Como médico, hice todo lo que estuvo a mi alcance para ayudarla. Utilicé mis conocimientos, busqué el apoyo de un equipo multidisciplinario y procuré ofrecerle el mejor manejo posible.

Tal vez lo más doloroso fue comprender que gran parte de sus complicaciones pudieron haberse evitado.

Si hubiese controlado su diabetes desde etapas tempranas...

Si hubiese seguido su tratamiento...

Si hubiese entendido que cada pastilla, cada dosis de insulina y cada control médico representaban una oportunidad para preservar su vida...

Quizás la historia habría sido distinta.

Acompañarla como médica recién graduada fue uno de los mayores desafíos de mi vida, no solo por la gravedad de su enfermedad, sino porque aquella paciente era también mi gran amiga: mi abuela. Perderla fue devastador.

Su historia me enseñó que la diabetes no destruye de un día para otro. Lo hace lentamente, en silencio, acumulando daño hasta que las consecuencias se vuelven irreversibles.

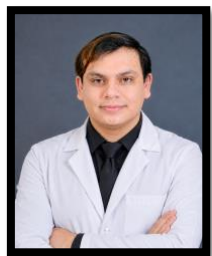
La diabetes mellitus es mucho más que una alteración de la glucosa. Es una enfermedad sistémica capaz de comprometer el cerebro, el corazón, los riñones, los ojos y las extremidades cuando no se controla adecuadamente.

Este caso demuestra que el diagnóstico oportuno, la adherencia al tratamiento y los cambios en el estilo de vida constituyen pilares fundamentales para prevenir complicaciones devastadoras.

Como médicos podemos orientar, tratar y acompañar, pero también necesitamos que el paciente comprenda que el autocuidado es una parte esencial del tratamiento. Porque, cuando la diabetes habla a través de sus complicaciones, muchas veces ya es demasiado tarde.

EN LA GUARDIA Y EN EL CORAZÓN

Med. Carlos Alejandro Villamarín Aguirre



Hay noches que no se olvidan. No porque hayan sido perfectas ni porque hayan transcurrido con la calma que uno, ingenuamente, espera al inicio de una guardia. Algunas permanecen en la memoria porque nos ponen a prueba, nos sacuden, nos desordenan y nos cansan hasta los huesos. Y, aun así, cuando el silencio finalmente se asoma por algún pasillo, uno descubre algo importante: está justo donde quiere estar.

Yo era interno rotativo de medicina, todavía en formación y aprendiendo no solo de libros y diagnósticos, sino también de los pasillos, de los pacientes, de sus familiares, del cansancio y de esa forma particular en la que los hospitales parecen respirar durante la noche. Aquella guardia en Medicina Interna comenzó como tantas otras: con pendientes acumulados, pacientes por valorar, evoluciones por revisar, indicaciones que confirmar, familiares haciendo preguntas, enfermería solicitando apoyo y emergencias que no esperaban a que uno terminara lo anterior. Sin embargo, esa noche tenía algo distinto.

Desde temprano se percibía que sería una jornada intensa. Los pendientes se acumulaban tanto en el piso como en emergencia, y las valoraciones de nuevos pacientes parecían multiplicarse: cada vez que resolvíamos una, aparecían varias más. En Medicina Interna uno aprende pronto que el trabajo rara vez llega en una fila ordenada. Llega todo a la vez, sin pedir permiso, mezclando lo urgente con lo importante y aquello que parece pequeño hasta que, de pronto, deja de serlo.

En medio de aquel movimiento, y por distintas circunstancias, terminé quedándome solo en el piso de Medicina Interna durante el pase nocturno. Estaba frente a más de cuarenta camas, revisando historias clínicas e intentando organizar mentalmente cada caso, cada indicación y cada pendiente. Había pacientes delicados y otros estables; algunos estaban confundidos, otros dormían y varios parecían no tener intención alguna de hacerlo durante toda la noche.

Me senté un momento con las historias clínicas frente a mí. Necesitaba respirar y ordenar el caos en una lista, hacer aquello que solemos intentar cuando la realidad amenaza con desbordarnos: convertir el desorden en tareas concretas. Pero el hospital tenía otros planes. De pronto, comenzaron los gritos.

No fue un grito aislado, sino varios. Las voces provenían de distintas habitaciones y atravesaban el pasillo, como si la noche tuviera la capacidad de amplificarlo todo. Teníamos varios pacientes con condiciones psiquiátricas, cada uno inmerso en su propio mundo y enfrentando una batalla que los demás no siempre podían comprender. Algunos estaban agitados, otros desorientados y otros simplemente asustados. Y yo, solo en el piso, intentaba acudir a uno, tranquilizar a otro, solicitar apoyo, revisar indicaciones y asegurarme de que ninguno pudiera hacerse daño.

Iba de un lado a otro, de una habitación a la siguiente, del pasillo a la estación de enfermería y, enseguida, nuevamente al pasillo. Sentía que mis pasos no terminaban nunca. En una habitación alguien gritaba pidiendo ayuda; en otra, una paciente decía frases sin sentido para nosotros, pero completamente reales dentro de su propia percepción. A veces creemos que la medicina consiste solamente en saber qué medicamento indicar, qué examen solicitar o qué diagnóstico escribir. Esa noche entendí que también consiste en mirar a los ojos a alguien que está perdiendo el control y decirle con la mayor serenidad posible, aunque por dentro uno también esté corriendo:

—Tranquilo, estoy aquí.

Y entonces ocurrió lo de la abuelita. Era una paciente mayor con demencia, de esas personas que parecen habitar entre dos tiempos: el presente del hospital y algún recuerdo lejano al que solo ellas pueden regresar. Mientras yo corría atendiendo una situación tras otra, se retiró la vía venosa y comenzó a caminar por el piso, tranquila dentro de su confusión, mientras la sangre iba dejando un rastro por los pasillos.

La escena parecía extraída de una película absurda: una abuelita caminando como si nada ocurriera, la sangre marcando su recorrido, enfermería intentando alcanzarla y yo llegando con el corazón acelerado, procurando no asustarla todavía más. Había que detener el sangrado, limpiarla, tranquilizarla, comprobar que no se hubiera lesionado y valorar si era necesario canalizarla nuevamente. Pero, sobre todo, había que devolverle algo de seguridad a ese cuerpo frágil que no comprendía del todo dónde estaba ni por qué intentábamos detenerla.

Apenas conseguimos controlar aquella situación, surgió otra. Una señora presentó un episodio psicótico y cayó de la silla. Tuvimos que acudir de inmediato, evaluarla, descartar lesiones, ayudarla a incorporarse con cuidado y hablarle despacio, intentando devolverla a un entorno seguro. Al mismo tiempo, una paciente que había ingresado por un intento autolítico gritaba por todo el piso. Sus gritos no eran simples sonidos; expresaban dolor, angustia y una forma desesperada de exteriorizar aquello que no conseguía decir de otra manera.

Y, como si el hospital quisiera comprobar hasta dónde podía llegar aquella noche, un paciente terminó encerrado en el baño. Por un instante me detuve en medio del pasillo y pensé: «Esto es una locura, una verdadera sala de locos, de locos, de locos».

No lo pensé con desprecio, sino desde esa mezcla extraña de cansancio, sorpresa y adrenalina que aparece cuando todo sucede al mismo tiempo y, aun así, hay que responder. En el hospital no basta con sentirse abrumado. Uno puede estar exhausto, puede sentir miedo o desear sentarse cinco minutos, pero los pacientes continúan allí. Y si uno está de guardia, también debe continuar.

Así que seguí recorriendo el piso, entrando y saliendo de habitaciones, intentando atender cada situación conforme aparecía: tranquilizar a una paciente, revisar a otra, solicitar apoyo para movilizar a alguien, coordinar con enfermería, comprobar indicaciones y procurar que, en medio de aquel desorden, nada terminara por escaparse de nuestras manos.

Entonces apareció otro problema: la medicación de los pacientes se había extraviado. En una noche normal aquello ya habría representado un contratiempo importante; en esa guardia, fue simplemente otra carga sobre una jornada que ya parecía estar al límite. Me correspondió rehacer recetas, revisar tratamientos, confirmar dosis y horarios, y asegurarme de que ningún paciente quedara sin la medicación que necesitaba. Más de cuarenta camas no eran solo números: eran más de cuarenta historias y más de cuarenta personas que, de una u otra manera, dependían de que pudiéramos mantener el orden en medio del caos.

Mientras escribía y revisaba historias clínicas, volví a escuchar voces en el pasillo. Algunos familiares habían ingresado a visitar a los pacientes fuera del horario establecido. Comprendía su angustia; nadie quiere permanecer lejos de un ser querido cuando está enfermo. Sin embargo, también sabía que las normas de un hospital no existen para incomodar, sino para mantener el orden y proteger a quienes permanecen allí. Me correspondió hablar con ellos, explicarles la situación con respeto y pedirles que colaboraran. También conversé con los guardias para reforzar el control de ingreso, porque en una noche como aquella cualquier pequeño desorden podía convertirse rápidamente en un problema mayor.

No era sencillo conservar la paciencia. Por momentos quería limitarme a decir: «Por favor, no compliquen más las cosas». Pero la medicina también enseña que detrás de la insistencia de un familiar suele esconderse el miedo: miedo a perder a alguien, a no estar presente si algo ocurre o a que el paciente se sienta solo. Así que respiré y traté de hablar con firmeza, pero sin perder la humanidad.

Después llegó otra escena que, en circunstancias distintas, quizá habría provocado alguna risa, pero aquella noche solo se sumaba al caos: algunos abuelitos habían volcado los patos junto a sus camas. El piso estaba sucio y había que ayudar a resolverlo. Puede parecer una tarea menor, muy alejada de esa imagen heroica del médico salvando vidas, pero la medicina real también está hecha de esos momentos: limpiar, acomodar, levantar, sostener, buscar una sábana, pedir una bata, ofrecer una mano o evitar que alguien resbale. Aquella guardia me recordó que ningún acto de cuidado es demasiado pequeño.

También había pacientes que debían ser trasladados para sus respectivas cirugías. Era necesario coordinar su movilización, confirmar que estuvieran preparados, revisar las indicaciones preoperatorias y asegurarnos de que nada quedara pendiente. Mientras tanto, las historias clínicas continuaban abiertas sobre la mesa, las tareas seguían acumulándose y el reloj avanzaba con esa particular crueldad de las guardias: demasiado rápido cuando uno necesita tiempo y demasiado lento cuando lo único que desea es que amanezca.

Poco a poco, sin embargo, algo comenzó a cambiar. No fue el hospital; seguía siendo el mismo lugar impredecible, ruidoso y demandante. Lo que cambió fue mi manera de enfrentar aquella noche. En algún momento dejé de intentar resolverlo todo al mismo tiempo y empecé, simplemente, a ocuparme de una cosa a la vez.

Así fui avanzando: una vía, una caída, una receta, un familiar, un traslado, una paciente agitada, una indicación pendiente, una historia clínica, un pasillo por limpiar y, sobre todo, una voz que necesitaba ser calmada. Poco a poco, como quien desenreda un nudo enorme procurando no romper el hilo. Al principio, todo parecía imposible; pero cuando dejé de mirar la montaña completa y concentré mi atención en el siguiente paso, la noche comenzó a parecer manejable. No fácil, nunca fácil, pero sí posible.

Y en medio de aquel movimiento constante, con el cansancio acumulándose en la espalda y pesándome en los ojos, empecé a sentir algo que no esperaba: alegría.

No era una alegría ruidosa ni evidente. Era una alegría extraña, serena, casi escondida. La alegría de saber que lo que estaba haciendo importaba; de entrar a una habitación y conseguir que alguien se calmara un poco; de ver cómo una situación que parecía descontrolada comenzaba a ordenarse. Era también la satisfacción de descubrir que, aunque no tuviera todas las respuestas, podía estar presente, ayudar y servir.

En algún momento de la madrugada, después de haber corrido tanto, me detuve unos segundos en el pasillo. El ruido había disminuido. No había desaparecido, porque en un hospital el silencio absoluto casi nunca existe, pero ya no era el mismo caos de unas horas antes. Algunos pacientes dormían; otros seguían inquietos, pero estaban contenidos. Las indicaciones estaban más claras, las recetas rehechas, los familiares orientados y los traslados encaminados. La sangre de la abuelita ya no marcaba el piso.

Respiré y pensé, casi riéndome por dentro: «Loco, qué bonito está esto... y lo hice yo».

No porque la noche hubiera sido bonita en el sentido tradicional. No lo fue. Había sido agotadora, complicada y, por momentos, absurda. Pero encontré belleza en otro lugar: en sentirme útil, en la entrega y en ese extraño privilegio de ser necesario en medio del desorden. También estaba en la confianza que los pacientes depositaban en nosotros, incluso sin conocer nuestros nombres, y en la complicidad con enfermería y con todo el equipo que sostenía el hospital mientras la ciudad dormía.

Fue allí cuando entendí que me estaba enamorando de Medicina Interna. Me atrajo la amplitud de la especialidad y su manera de mirar al paciente como un todo, no como un órgano aislado ni como un conjunto de síntomas. Me gustaba esa necesidad constante de pensar, priorizar, escuchar, acompañar y decidir. También el piso hospitalario y las guardias, ese espacio donde la

teoría se encuentra con la realidad y cada paciente obliga a aprender algo diferente.

Pero, sobre todo, me estaba enamorando del cuidado de los pacientes. De la abuelita con demencia, que me recordó la fragilidad del cuerpo y la delicadeza que exige la confusión; de la paciente en crisis, que me mostró que la mente también puede doler; de quienes gritaban porque, detrás de sus voces, había una necesidad de ayuda; de los familiares que entraron fuera de horario, movidos por el miedo y el cariño; y de aquellos pacientes que esperaban ser trasladados a cirugía, confiando en que el siguiente paso pudiera significar una nueva oportunidad.

Aquella noche me enseñó que la Medicina Interna no consiste solamente en diagnosticar enfermedades complejas o ajustar tratamientos. También implica aprender a sostener el caos, priorizar cuando todo parece urgente y comprender que no siempre es posible resolverlo todo de inmediato, pero siempre se puede comenzar por algo. Aquella guardia me mostró, además, cuánto significaba para mí permanecer cerca del paciente incluso en los momentos más difíciles.

Al amanecer estaba cansado, muy cansado. Tenía la sensación de haber vivido tres días en una sola noche. Sin embargo, también llevaba conmigo una certeza que hasta entonces no había sido tan clara: quería aquello para mi vida. Quería el hospital, las guardias y Medicina Interna; quería seguir aprendiendo a permanecer en medio de la tormenta sin perder la humanidad.

Porque aquella noche, entre gritos, sangre, recetas perdidas, pacientes encerrados, familiares preocupados, traslados quirúrgicos y pasillos que parecían interminables, descubrí que el amor por una carrera no siempre nace en los momentos tranquilos. A veces aparece en medio del desorden, cuando uno está cansado y abrumado, pero decide continuar. Aquella noche miré hacia atrás y comprendí que, a pesar de todo, no había querido huir.

Me había quedado. Y quedarse, en medicina, también puede ser una forma de amar.

CUANDO EL CUERPO CEDE

Med. Geovanna Karolina Cercado Cedeño



Cuando descubres que padeces una enfermedad que ya no tiene cura, puedes entrar en un estado de negación tan profundo que ni siquiera el familiar más cercano consigue sacarte de ese abismo. Pero ¿qué ocurre cuando quien recibe el diagnóstico es un adulto mayor que todavía conserva la esperanza de que unas cuantas pastillas bastarán para recuperar la vida que conocía?

Esta historia comenzó hace varios años. Su protagonista era un adulto mayor, esposo de una mujer de baja estatura que padecía una enfermedad ósea asociada a la menopausia y padre de seis hijos, cinco de ellos con albinismo. Recordaba con frecuencia sus años de juventud, cuando disfrutaba del cigarrillo y las bebidas alcohólicas, hasta que aquella etapa de excesos se vio interrumpida por el diagnóstico de hipertensión arterial y, más tarde, de cáncer de próstata, tratado mediante una intervención quirúrgica exitosa.

Inició el tratamiento correspondiente para ambas enfermedades y mantuvo controles rutinarios con varias especialidades, sin presentar novedades durante años. Tiempo después advirtió cambios en sus deposiciones, aunque al principio no les concedió importancia. Un día notó el abdomen más distendido que de costumbre. Pensó que podía tratarse de acumulación de gases, estreñimiento asociado a la alimentación o, incluso, ascitis.

Pocos días antes de la aparición de estos síntomas se había realizado exámenes de laboratorio. Entre los resultados anormales constaban hemoglobina de 10 g/dL, hematocrito de 32,3 %, volumen corpuscular medio de 70,30 fL, plaquetas de $387 \times$

10³/μL, neutrófilos de 16,2 %, glucosa de 123 mg/dL y creatinina de 2,2 mg/dL. La gamma-glutamyl transferasa, la lipasa, la bilirrubina sérica, las transaminasas y la fosfatasa alcalina se encontraban dentro de los parámetros normales. Sin embargo, aquello no descartaba una enfermedad estructural hepática que todavía no produjera alteraciones bioquímicas significativas.

Con el paso de los días, el tránsito intestinal se volvió cada vez más lento, pese a una adecuada ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra. Aparecieron deposiciones semejantes al alquitrán, debilidad muscular, palidez generalizada, cólicos abdominales recurrentes y vómitos frecuentes. Durante la palpación llamaban la atención un ligero peloteo en el lado izquierdo del abdomen y el dolor, que disminuía después de la evacuación. Los hallazgos eran compatibles con una anemia microcítica, posiblemente relacionada con una pérdida crónica de sangre por el tracto gastrointestinal.

Ante la frecuencia de los vómitos, finalmente acudió al servicio de Gastroenterología. Una tomografía de abdomen con contraste reveló esteatosis hepática y edema concéntrico focalizado en el ángulo hepático del colon y el colon transverso, de posible origen inflamatorio. Debido a la sospecha de masas o pólipos, se tomaron biopsias de estómago y colon. Después de varios días de una espera angustiante y de restricciones alimentarias, llegaron los resultados.

La palabra carcinoma suele poner en marcha la imaginación. Anticipa desenlaces, obliga a pensar en la propia ausencia y lleva a proyectar cómo sería la vida de los demás sin nosotros, casi siempre desde el peor escenario posible. La biopsia gástrica reveló gastritis crónica moderada; sin embargo, el estudio histopatológico del colon confirmó un adenocarcinoma bien diferenciado, desarrollado en el contexto de un adenoma tubulovelloso.

La noticia devastó a la familia, aunque todos conservaron la esperanza de que un tratamiento oportuno permitiera mejorar su condición. El paciente fue derivado a otro especialista y, como

primera medida terapéutica, se practicó una resección parcial del colon ascendente que terminó en una colostomía.

Los días de cirugía, reposo y recuperación se convirtieron en una verdadera tortura para él. Ya no podía disfrutar de los alimentos que antes consideraba un deleite: debía cumplir una dieta líquida estricta y tomar decenas de medicamentos. Durante el primer mes, la evolución pareció favorable; sin embargo, la calma que esperábamos después de la tormenta estaba todavía muy lejos.

Pocos días más tarde, su condición comenzó a deteriorarse. Presentó tos seca, disminución de los ruidos respiratorios, distensión abdominal y una evacuación mínima a través de la colostomía. A ello se sumaron facies pálida, dolor en la fosa ilíaca derecha, dolor difuso a la digitopresión del marco colónico, náuseas y vómitos fecaloideos. Este último signo se convirtió en una advertencia para sus cuidadores y familiares. Desde entonces, la vida de sus hijos también cambió radicalmente.

Una nueva tomografía evidenció derrame pleural laminar bibasal e incremento de la dilatación de las asas del intestino delgado. Mientras el derrame podía interpretarse inicialmente dentro del contexto posoperatorio, la dilatación progresiva planteaba otra interrogante: ¿se trataba de una complicación funcional posterior a la cirugía o existía una nueva causa mecánica de obstrucción? El paciente regresó al quirófano para una laparotomía exploratoria que concluyó con la realización de una ileostomía. Después del procedimiento, su condición hemodinámica mejoró notablemente.

Tras un mes de recuperación fue derivado al servicio de Oncología, donde inició terapia adyuvante por tiempo indeterminado. Llegaron nuevas restricciones alimentarias, más tratamientos y la necesidad de adaptarse a un estilo de vida y a un entorno diferentes. A lo largo de todo el proceso, él continuó convencido de que sus enfermedades podían curarse y de que algún día regresaría a la normalidad del campo, a las comidas hogareñas preparadas a leña y a la vida que recordaba.

Con frecuencia, los cuidadores y los familiares creen comprender por completo las reacciones de una persona con cáncer. Sin

embargo, ante la pregunta «¿cómo se siente?», la respuesta suele ser vaga y breve. En su caso, contestaba: «Quiero comer como antes» o «¿Cuándo me van a quitar esto?». Depositaba su honestidad y su confianza en las personas más cercanas, quienes se convertían en traductoras de sus emociones frente al resto del mundo.

Después de tres meses de tratamiento adyuvante, su semblante había mejorado de manera notable y mantenía la esperanza de que algún día pudieran retirarle los estomas. Durante el tratamiento presentó infecciones respiratorias recurrentes, que obligaron a suspender temporalmente algunas sesiones. También desarrolló disminución de la fuerza muscular, fragilidad ungueal y termoanalgesia como efectos asociados a la terapia.

Una tomografía cerebral de control mostró microangiopatía crónica subcortical y periventricular confluyente en regiones frontal y parietooccipital, infartos lacunares bilaterales en los ganglios basales, atrofia corticosubcortical global, disminución del diámetro de los hipocampos y un quiste de retención en el receso del seno maxilar izquierdo. Estos hallazgos eran compatibles con cambios cerebrovasculares crónicos y atrofia corticosubcortical asociada al envejecimiento.

Dos meses después, otro estudio de control reveló un hígado de tamaño normal, pero con varias lesiones nodulares hipodensas y mal delimitadas. Las de mayor tamaño se encontraban en el segmento IV, con 29 mm, y en el segmento VIII, con 25 mm. Aunque sus características requerían correlación con los antecedentes oncológicos y los estudios previos, el hallazgo adquiría especial relevancia ante el diagnóstico de adenocarcinoma de colon.

El paciente continuó con un tratamiento más intenso. En el aparato gastrointestinal no se observaron nuevas masas ni anomalías distintas de los estomas; no obstante, los resultados hepáticos eran poco alentadores. Seis meses más tarde, el control imagenológico evidenció un aumento significativo de las lesiones del hígado. La mayor alcanzaba aproximadamente 58×40 mm, lo

que consolidó la sospecha radiológica de progresión metastásica hepática.

La progresión de estas lesiones, pese a la terapia adyuvante, planteaba distintas posibilidades, entre ellas la presencia de enfermedad micrometastásica preexistente que no había sido detectable en los estudios iniciales o la resistencia tumoral al tratamiento. Con la información disponible, no era posible establecer retrospectivamente cuál de estos mecanismos había predominado.

Comunicar noticias desalentadoras es una de las tareas más difíciles que enfrenta un médico, sobre todo cuando debe explicar que la enfermedad continúa avanzando y que existen pocas posibilidades de detenerla. El tratamiento había permitido controlar el proceso obstructivo intestinal, pero la enfermedad oncológica seguía progresando en el hígado. Debido a la edad y al deterioro del paciente, resultaba probable que no pudiera resistir una nueva intervención quirúrgica.

Quizá nunca vuelva a comer como antes. Quizá los estomas no lleguen a retirarse. Pero mientras todavía pueda decir que quiere regresar a casa, permanece algo que ningún informe tomográfico consigue medir: la esperanza. En el adulto mayor, síntomas aparentemente inespecíficos pueden ser las primeras manifestaciones de una enfermedad oncológica significativa; detrás de ellos también existe una persona que intenta aferrarse a la vida que conocía mientras su cuerpo comienza a ceder.

MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO

Med. María Daniela Paladines García



Era un día más en la vida de una interna rotativa de Medicina. Cursaba mi tercera rotación, Cirugía, y después de terminar la práctica asistencial bajé al área de Emergencia porque tenía turno. La tarde transcurría como tantas otras: pacientes entrando y saliendo, personal caminando de un lado a otro y casi todos ocupados. Mientras realizaba algunos ingresos, apareció un guardia acompañado de una madre y su hija, una adolescente de aproximadamente diecisiete años.

Al entrar, la joven repetía una y otra vez: «No puedo abrir mis ojos, me duele mucho el cuerpo, siento que mi piel se cae». A su lado, la madre, visiblemente angustiada, intentaba explicar lo ocurrido: «Estaba con resfriado, solo tomó una medicación, por favor ayúdenla». Alguna vez había estudiado el síndrome de Stevens-Johnson en una clase de Medicina Interna. Había visto fotografías en libros, artículos e internet, y siempre me había parecido impactante. Sin embargo, tener frente a mí a una persona atravesando aquel cuadro superaba cualquier imagen que hubiera observado.

Por un momento me quedé en blanco, en estado de shock. Todos estaban ocupados y yo no sabía con exactitud qué hacer, pero reaccioné y pedí ayuda al médico tratante. En pocos minutos llegaron enfermeras, residentes, tratantes e incluso algunos de mis compañeros. El ambiente cambió de inmediato. Mientras se daban indicaciones y se preparaban los medicamentos, el tratante preguntaba a la madre cómo había comenzado todo y qué había sucedido antes de llegar. Ella respondía entre lágrimas; yo

registraba la información e intentaba ordenar en mi mente cuanto había leído sobre el síndrome.

Las enfermeras trataban de canalizar una vía venosa, pero la condición de la paciente dificultaba mucho el procedimiento. Su piel estaba gravemente lesionada: algunas zonas presentaban vesículas y otras se encontraban intensamente irritadas. La madre observaba cada intento y repetía: «Ayúdenla, por favor». Después de varios minutos y mucho esfuerzo se consiguió un acceso venoso. Mientras tanto, los médicos buscaban la posibilidad de ingresarla a cuidados intensivos, pero no había disponibilidad.

Tras varias horas de valoración y manejo inicial, se explicó a la madre que, debido a la complejidad del cuadro y a las necesidades de atención de su hija, una alternativa era trasladarla a una institución privada que pudiera recibirla. Ella aceptó entre lágrimas. Las vi marcharse y aquella escena permaneció conmigo. Durante los días siguientes me pregunté en más de una ocasión qué habría sucedido con la joven y si habría logrado recuperarse.

Aproximadamente un mes después inicié mi rotación por Medicina Interna. En los pasillos escuché hablar de una paciente joven con síndrome de Stevens-Johnson que había requerido múltiples procedimientos, atención en una unidad especializada y, posteriormente, cuidados intensivos. Pensé en ella de inmediato. Comencé a investigar más sobre el síndrome, los tratamientos recibidos y su evolución. Poco después supe que, debido al elevado costo de continuar en una unidad de cuidados intensivos privada, la familia había decidido trasladarla nuevamente a nuestra casa de salud.

Durante la rotación me correspondió atenderla. Seguía acompañada por su madre. Cuando volví a verla, lucía más recuperada que aquella primera tarde; sin embargo, todavía le esperaba un proceso largo y doloroso. Su piel continuaba sensible y lastimada. Ya podía abrir los ojos, pero acciones que solemos considerar sencillas, como pasar saliva, aún podían causarle dolor. Volver a encontrarla me produjo alivio porque estaba viva y

evoluciona, pero también me permitió comprender con mayor claridad la magnitud de cuanto había atravesado.

Había algo más que llamó mi atención. Su madre continuaba confundida y tenía muchas preguntas. Había acompañado a su hija durante todo el proceso, pero todavía no comprendía por qué había llegado a aquella condición ni cómo algo que comenzó de manera aparentemente cotidiana pudo volverse tan grave. Me senté con ella y traté de explicarle, con palabras sencillas y paso a paso, qué había ocurrido y por qué se había producido aquella reacción.

Todo el equipo estaba concentrado en estabilizar a la paciente y tratar sus complicaciones, pero su madre también atravesaba una situación difícil. Llevaba semanas acompañándola, con miedo y muchas dudas, sin entender por completo lo sucedido. Mientras hablábamos comprendí que no necesitaba términos complejos ni una explicación cargada de tecnicismos. Necesitaba que alguien se tomara unos minutos para contarle con calma qué había pasado con su hija. Pensé que, si yo viviera una situación similar con alguien de mi familia, también querría recibir una explicación clara.

La conversación fue sencilla y probablemente no duró mucho, pero aún la recuerdo. Al terminar, la madre me agradeció que le hubiera explicado lo sucedido. Ese momento me permitió entender que la atención no debería limitarse a medicamentos, procedimientos y controles. Escuchar una duda y responderla con paciencia también puede acompañar a un paciente y a su familia.

Desde entonces comencé a mirar de otra manera a quienes permanecen junto a la cama del paciente. Los familiares también sienten miedo, se cansan y, muchas veces, no comprenden todo lo que ocurre. El personal de salud puede atender a numerosas personas durante un turno, pero para una madre, un padre o cualquier familiar, quien está en esa cama ocupa toda su atención.

Con el paso de los días observé pequeños cambios. Poco a poco, la joven podía abrir mejor los ojos, hablar y pasar saliva con menos dolor. Son acciones que realizamos sin detenernos a pensar

en ellas, pero para ella cada una representaba un avance. Como la había visto desde aquella primera tarde en Emergencia, notar esas mejorías me alegraba y me permitía dimensionar el camino que había recorrido para llegar hasta ese punto.

Sin embargo, la recuperación no era únicamente física. Era una adolescente y su aspecto y su movilidad habían cambiado de un momento a otro. Todavía se percibía el impacto que le provocaba observar su piel y reconocer lo ocurrido con su cuerpo. Había atravesado procedimientos dolorosos, cuidados intensivos y varias semanas de hospitalización. Comprendí entonces que también necesitaba apoyo y acompañamiento para asimilar lo vivido.

Aprendí que decir que un paciente está «mejor» puede abarcar realidades distintas. Sus lesiones podían estar cicatrizando y su condición clínica evolucionaba, pero emocionalmente todavía tenía mucho que procesar. Dejé de verla únicamente como una paciente con síndrome de Stevens-Johnson y comencé a reconocer a una joven que intentaba recuperar su vida cotidiana y volver a realizar sus actividades.

Hasta entonces solo había conocido el síndrome de Stevens-Johnson desde la teoría. Las imágenes eran impactantes, pero ninguna transmitía la dimensión del sufrimiento que tenía frente a mí. Durante la carrera nos preparan para reconocer signos y síntomas, establecer diagnósticos y conocer tratamientos. Aun así, nada nos prepara por completo para encontrarnos con una persona cuyo cuerpo y cuya vida se transforman de un día para otro.

Si para mí resultaba difícil asimilar la situación, pese a que muchas veces se dice que los médicos están acostumbrados a verlo todo, no podía dejar de pensar en lo que aquello significaba para la paciente, su madre y su familia. Intentaba imaginar el desconcierto de despertar y descubrir que la piel, el rostro y acciones tan simples como abrir los ojos o tragar se habían convertido en una fuente constante de dolor.

Cuando mi rotación estaba por terminar, la paciente continuaba evolucionando favorablemente. No sé si ella o su madre llegaron a conocer cuánto aprendí de aquel caso. Tal vez para ellas fui una

interna más que pasó por la habitación durante esas semanas, pero para mí fue una experiencia que permaneció presente incluso después de finalizar la rotación.

Durante el internado conocí a muchos pacientes y viví situaciones difíciles, pero algunos casos permanecen con mayor claridad. Este fue uno de ellos, no porque hubiera realizado un procedimiento extraordinario, sino porque transformó mi manera de pensar en el trato que deseo ofrecer a los pacientes y a sus familias.

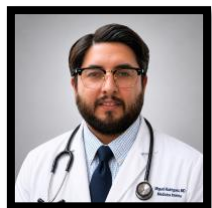
La experiencia me enseñó que el manejo de una enfermedad va más allá de lo clínico. Detrás de cada diagnóstico hay una persona con miedo, preguntas y una vida que puede cambiar en un instante. Junto a ella suele haber una familia que también necesita apoyo y respuestas. Aunque para nosotros una enfermedad sea un diagnóstico conocido o un caso estudiado, para quien ocupa la cama puede representar uno de los momentos más difíciles de su vida.

Los libros me enseñaron a reconocer el síndrome de Stevens-Johnson, pero esta paciente y su madre me ayudaron a comprender que conocer una enfermedad no equivale a entender lo que significa vivirla. Cuidar también puede significar detenerse unos minutos, escuchar y explicar lo que está sucediendo. Puede parecer un gesto pequeño dentro de todo cuanto se hace en un hospital, pero para un paciente o su familia puede ser una forma necesaria de acompañamiento.

Cuando recuerdo aquella tarde en Emergencia, no pienso primero en las fotografías de los libros. Recuerdo a la joven diciendo que no podía abrir los ojos, a su madre pidiendo que la ayudáramos y, semanas después, a esa misma mujer agradeciéndome por haberme tomado el tiempo de explicarle lo ocurrido. Esa fue la enseñanza que permaneció conmigo: por más ocupados que estemos tratando una enfermedad, no debemos olvidar a la persona que la está viviendo.

LA MANO QUE NO SOLTÓ

Med. Miguel Andrés Rodríguez Triana



Llevo años acumulando historias de guardia, pero hay una que vuelve a mí cada vez que cae la tarde y sé que me corresponde un turno. No fue la más grave ni la más compleja desde el punto de vista médico. Fue, sin embargo, la que más me hizo pensar en lo que significa acompañar a alguien cuando la medicina ya no tiene mucho más que ofrecer.

En aquella época trabajaba en Medicina Interna, en un hospital de mediana complejidad. La guardia comenzó como tantas otras: neumonías que no terminaban de resolverse, algún trastorno metabólico y un par de cuadros confusos que obligaban a pensarlos dos veces antes de escribir la primera indicación. Había café recalentado, un pase de sala rápido y la habitual discusión con algún colega sobre si determinado paciente recibiría el alta al día siguiente. Uno se acostumbra a ese ritmo casi sin darse cuenta y, si soy honesto, hay noches en las que, entre tanto papel y tanta prisa, deja de mirar con atención a quien tiene delante. Todo siguió así hasta que llegó ella.

La llamaré doña Rosa, aunque ese no era su nombre real. Tenía más de ochenta años y una historia clínica que parecía un expediente completo: insuficiencia cardíaca avanzada, cierto deterioro cognitivo que la llevaba a confundir el día con la noche y una fragilidad perceptible apenas se entraba en la habitación. Había ingresado por otra descompensación, una más entre muchas, y todo el equipo sabía, aunque nadie lo dijera en voz alta, que esta vez el margen era muy estrecho.

Sus manos eran delgadas y estaban recorridas por venas marcadas; parecían manos que habían trabajado durante toda una vida. Hablaba poco y, cuando lo hacía, mezclaba frases sueltas de otra época con nombres que no correspondían a nadie presente. A veces tarareaba una canción que yo no reconocía y se detenía a mitad de un verso. Aun así, conservaba una dignidad que imponía respeto incluso allí, en medio de su fragilidad.

Sobre la mesa de noche había una fotografía pequeña y amarillenta de un grupo numeroso reunido en lo que parecía una celebración familiar. Nunca supe quiénes aparecían en ella, aunque imaginaba que allí estaría su hija cuando era niña y quizá también un esposo, algún hermano o personas que ya no estaban. Aquella imagen, más que cualquier dato del expediente, me recordaba que detrás de cada paciente existe una vida entera que apenas alcanzamos a mirar desde un costado.

Lo que hizo diferente aquella guardia no fue la gravedad del cuadro —situaciones así ocurren con frecuencia en el servicio—, sino la persona que permanecía a su lado. Su hija no se había apartado de la cama durante varios días. Dormía sentada, comía lo que alguien le acercaba de paso y, cada vez que entrábamos a revisar a la paciente, se levantaba con esa mezcla de esperanza y miedo que uno aprende a reconocer con los años.

Hacia la madrugada me correspondió evaluarla nuevamente. Los signos vitales mostraban un deterioro lento, de esos que uno aprende a interpretar aunque nadie se lo enseñe por completo. Le expliqué a la hija, con toda la claridad y delicadeza que pude encontrar a esa hora, que estábamos llegando a un punto en el que insistir con medidas invasivas probablemente no devolvería calidad de vida a su madre. Quizá había llegado el momento de acompañarla en lugar de seguir luchando contra lo inevitable.

No fue una conversación sencilla. Hubo silencios prolongados, lágrimas contenidas y una misma pregunta formulada de distintas maneras, como si al repetirla pudiera aparecer otra respuesta. Poco a poco, sin embargo, surgió una calma que pocas veces había observado en una familia. La hija decidió continuar

únicamente con medidas de confort y, en determinado momento, me preguntó con una voz que todavía recuerdo si podía quedarme un rato con ellas.

Antes de sentarme salí un momento al pasillo, quizá para ordenar mis pensamientos. El hospital continuaba con su ritmo: los pasos apresurados de algún colega, un monitor que sonaba a lo lejos y el olor habitual mezclado con café recalentado. Pensé en cuántas veces había estado en habitaciones similares sin mirar realmente a la persona frente a mí, ocupado en corregir un valor de laboratorio. Aquella vez decidí no apresurarme.

Me senté en la silla incómoda que durante días había sostenido a aquella mujer agotada y, por un momento, dejé de ser el médico que revisa signos vitales y ajusta dosis. Entre instantes de lucidez y confusión, doña Rosa tomó mi mano. Creo que me confundió con algún familiar. Preguntó si los demás ya habían llegado y si era hora de regresar a casa. Le respondí que sí, que faltaba poco y que no estaba sola.

No sé cuánto tiempo permanecimos allí. En esas guardias el reloj deja de importar y el tiempo comienza a medirse de otra manera: en la respiración que se hace más pausada y en los silencios cada vez más largos entre una frase y la siguiente. En algún momento de la madrugada, doña Rosa se apagó lentamente, sin sobresaltos, con su hija sosteniendo una de sus manos y yo la otra, sin soltarla.

Cuando todo terminó, la hija me abrazó con una fuerza que no esperaba. Entre lágrimas, agradeció que su madre no hubiera muerto sola entre cables y máquinas, sino acompañada, escuchada y tratada como persona hasta el final. Yo, que durante años había pensado que mi trabajo consistía principalmente en resolver problemas, comprendí esa madrugada que a veces lo más importante que podemos ofrecer no aparece en ningún protocolo: quedarse y no soltar la mano.

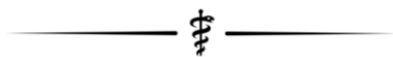
Todavía me pregunto de vez en cuando si aquella madrugada hablé con la hija de la mejor manera o si pude explicarle algo de otro modo. Meses después la encontré por casualidad en un pasillo del hospital; había regresado para agradecer al personal.

Me dijo que seguía recordando esa noche como algo bueno en medio de una experiencia muy difícil. Aquella frase quedó en mí con más claridad que cualquier otro momento del episodio.

Han pasado varios años y he vivido otras guardias parecidas, con desenlaces distintos, pero ninguna permaneció conmigo de la misma forma. Sigo siendo tan riguroso como antes con los exámenes y los diagnósticos. Eso no cambió ni debería cambiar. Desde aquella noche, sin embargo, procuro sentarme un momento junto a quien más lo necesita, aunque el resto del servicio siga esperando. Tal vez no sea la única lección que me ha dejado la Medicina Interna, pero es la que más recuerdo cuando alguien se acerca al final y su familia me mira en busca de certezas que, la verdad, no siempre tengo.

A los médicos más jóvenes que están comenzando les insisto en que revisen bien los exámenes y no omitan ningún dato de la historia clínica. Nunca dejaré de repetirlo. Pero, cuando surge la oportunidad, también les cuento —sin demasiados detalles— la historia de aquella guardia. Uno nunca sabe qué enseñanza permanecerá en otra persona, y tampoco espero que todos la comprendan como yo. A mí, doña Rosa me dejó algo que ninguna clase había conseguido enseñarme: ser médico no consiste solamente en tratar enfermedades, sino también en no dejar solas a las personas cuando más lo necesitan.

CARDIOLOGÍA



EL PRECIO DEL CORAZÓN

Med. Anthony Sebastián Vallejo Guerra



Al regresar de mi año rural, comencé a trabajar en un servicio de ambulancias. Gran parte de mis días transcurría recorriendo distintos sectores de la ciudad, cruzando las puertas de hogares ajenos en los momentos más frágiles y dolorosos de la vida de las personas. La ambulancia no solo me permitió atender enfermedades; también me enfrentó a realidades profundamente distintas entre sí, mostrándome que el sufrimiento humano adopta formas diferentes según el lugar donde ocurre.

Con el tiempo entendí que la medicina cambia dependiendo de la puerta que uno toque. Hay pacientes que esperan rodeados de familiares, comodidades y acceso inmediato a especialistas. Otros, en cambio, permanecen solos, intentando decidir si el dolor que sienten justifica realmente el gasto de pedir ayuda. Ambos pueden compartir el mismo diagnóstico, el mismo miedo e incluso la misma edad, pero no necesariamente las mismas oportunidades ni el mismo destino.

La experiencia que más permanece en mi memoria nació de una coincidencia aparentemente simple. Durante un turno, la primera llamada de emergencia fue para una mujer de aproximadamente ochenta años. Vivía con su hijo en un pequeño departamento de una sola habitación. El espacio era tan reducido que apenas una cama y una mesa antigua ocupaban casi todo el lugar. La encontré sentada al borde de la cama, inclinada hacia adelante, con una mano presionando el pecho y el rostro cubierto por un sudor frío que revelaba el sufrimiento incluso antes de pronunciar una palabra.

Su hijo caminaba de un lado a otro, atrapado en una desesperación silenciosa, sin saber cómo ayudarla. Mientras realizaba la valoración médica, la paciente apenas lograba responder mis preguntas. El dolor torácico se irradiaba hacia el brazo izquierdo y su respiración era corta, fatigosa e irregular. El electrocardiograma mostró signos claros de un infarto agudo de miocardio, por lo que iniciamos el traslado de inmediato.

Durante el trayecto, el hijo no dejó de hablar ni un solo momento. Su angustia iba mucho más allá del temor a perder a su madre; también estaba aterrado por todo lo que vendría después. Preguntaba si el hospital tendría los medicamentos necesarios, si habría que comprarlos por fuera y si ella tendría alguna posibilidad de sobrevivir aunque no contaran con dinero suficiente. Recuerdo haber intentado tranquilizarlo mientras continuaba monitoreando a la paciente, aunque, en el fondo, ni siquiera yo tenía certeza de lo que encontraríamos al llegar al hospital.

Al llegar al hospital público, la realidad nos golpeó de inmediato. A pesar de tratarse de una paciente en estado crítico, la atención no fue inmediata. Se hablaba de falta de camas, escasez de insumos y de la posibilidad de derivarla a otra institución. Finalmente, después de insistir y conversar con el personal médico de turno, logramos que fuera ingresada para su hospitalización. Continué el resto de la jornada con la incómoda sensación de haber dejado a alguien suspendido en una incertidumbre que iba mucho más allá de la enfermedad.

Horas más tarde recibimos una nueva llamada de emergencia. La dirección correspondía a una elegante vivienda ubicada en una de las zonas más exclusivas de la ciudad. Al ingresar, encontré a otra mujer de edad similar: alrededor de ochenta años. También presentaba dolor torácico. También estaba atravesando un infarto. Sin embargo, todo a su alrededor era completamente distinto.

La paciente se encontraba acompañada por su esposo, sus hijos, nietos e incluso personal doméstico. Había preocupación en el ambiente, pero no desesperación. Cada decisión se tomaba con

rapidez y seguridad. Mientras realizábamos la monitorización y estabilización inicial, los familiares ya coordinaban llamadas, autorizaciones y el ingreso inmediato a una clínica privada.

El traslado se realizó sin demora. Cuando llegamos, un equipo médico completo aguardaba en la entrada. La paciente fue conducida directamente al área crítica y, en cuestión de minutos, comenzaron las valoraciones especializadas, los estudios complementarios y la preparación para un procedimiento de reperfusión coronaria. Todo funcionaba con una precisión casi automática. Recuerdo haber pensado, mientras observaba aquella escena, que ambas mujeres tenían el mismo corazón lesionado, el mismo dolor y el mismo riesgo de morir, pero no las mismas oportunidades.

Como médico de ambulancia, mi vínculo con los pacientes terminaba en el momento en que los entregábamos en el hospital. Muchas veces nunca volvía a saber de ellos. Algunos quedaban convertidos en preguntas suspendidas en el tiempo: si sobrevivieron, si lograron recuperarse o si alguna vez regresaron a casa. Sin embargo, un mes después, el destino volvió a cruzarme con una de aquellas mujeres.

Nuevamente acudimos al pequeño departamento de una sola habitación. Esta vez, la llamada había sido por dificultad respiratoria y episodios de mareo. Al entrar, la encontré postrada en la cama, mucho más delgada y visiblemente debilitada. Sobre un velador descansaban varias cajas de medicamentos desordenadas, algunas abiertas, otras a medio terminar. Estaba sola. Su hijo había tenido que salir de la ciudad para trabajar y reunir dinero con el que pudiera sostener el tratamiento.

La señora me reconoció apenas me acerqué a la cama. Hablaba despacio, con una voz debilitada por el cansancio y la enfermedad. Me contó que recordaba muy poco de aquellos días en el hospital: luces intensas sobre su rostro, cables adheridos al pecho, pinchazos constantes y personas entrando y saliendo de la habitación sin descanso. Nunca llegó a comprender del todo lo

que había sucedido; lo único que sabía con certeza era que su corazón ya no volvía a sentirse igual.

Me explicó que, al momento del alta, recibió algunas medicaciones básicas junto con varias recetas que debía comprar por su cuenta. Recordaba con angustia las advertencias médicas: si suspendía ciertos fármacos, corría el riesgo de sufrir otro evento cardíaco. Sin embargo, adquirir todo el tratamiento era simplemente imposible. Mientras hablaba, observé cómo intentaba organizar las pastillas según sus colores y tamaños para evitar confundirse. No lograba recordar bien los horarios y, en ocasiones, prefería omitir algunas dosis por miedo a quedarse sin dinero antes de terminar el mes.

Lo que más la atormentaba no era el dolor físico, sino la sensación de estar atrapada dentro de un cuerpo que había dejado de responderle. Me contó que caminar unos pocos pasos hasta la cocina bastaba para dejarla sin aire. Levantarse para servirse un vaso de agua le provocaba mareos y salir a la calle se había convertido en un esfuerzo casi imposible. El cardiólogo le había recomendado iniciar rehabilitación cardíaca, explicándole que sería fundamental para recuperar movilidad, fuerza y calidad de vida. Pero no existían turnos disponibles dentro del sistema público, y acceder a un centro privado estaba completamente fuera de su alcance.

Recuerdo la culpa con la que pronunciaba cada frase. Sentía que no mejoraba porque no hacía lo suficiente, como si la recuperación dependiera exclusivamente de esfuerzos que ella ya no podía sostener. En un momento, con una mezcla de resignación y vergüenza, dijo algo que aún permanece en mi memoria: que quizás la pobreza también enfermaba el corazón.

Mientras la escuchaba, sentí una impotencia difícil de explicar. Pensé inevitablemente en la otra paciente. Imaginé controles periódicos, especialistas disponibles, rehabilitación supervisada y una familia acompañando cada etapa del proceso. Dos mujeres con diagnósticos similares habían iniciado trayectorias

completamente distintas: una encaminada hacia la recuperación; la otra, apenas intentando sobrevivir día tras día.

Aquella tarde comprendí algo que jamás aparecía en los libros de medicina: muchas veces, la diferencia entre recuperarse o empeorar no depende únicamente del diagnóstico, sino de todo lo que ocurre alrededor del paciente después del alta hospitalaria. La rehabilitación cardíaca no consiste solo en ejercicios físicos. También implica educación, seguimiento médico, apoyo emocional y acompañamiento constante. Significa enseñarle a una persona a reconciliarse con un cuerpo que de pronto siente frágil y desconocido. Sin embargo, para muchos, acceder a ese proceso continúa siendo un privilegio inalcanzable.

Yo no podía transformar su realidad económica ni resolver las limitaciones de un sistema profundamente desigual. Mis recursos eran limitados y, en aquel momento, mis conocimientos parecían insuficientes frente a una necesidad tan inmensa. Entonces hice lo único que estaba verdaderamente a mi alcance.

Me senté junto a ella y, con paciencia, le expliqué cómo debía tomar cada medicamento. Fuimos ordenando las cajas una por una, intentando construir algo de claridad en medio del desorden y el miedo. Le hablé de metas pequeñas, casi invisibles para otros, pero enormes para alguien en su situación: caminar unos pasos más cada día, levantarse lentamente para evitar mareos, reconocer los signos de alarma y pedir ayuda sin sentir vergüenza ni culpa. Intenté transmitirle que incluso los avances más modestos seguían siendo victorias importantes.

Antes de irnos, tomó mi mano con una fuerza inesperada para alguien tan debilitada. No logro recordar con exactitud las palabras que pronunció, pero sí la sensación que dejaron en mí. A veces, la medicina no consigue curar todas las enfermedades. Lo que nunca deberíamos permitir es que alguien tenga que enfrentar el miedo, el dolor o la posibilidad de morir únicamente porque nació con menos oportunidades.

UN CORAZÓN DE HIERRO

Med. Marlon Andrés Suscal Orellana



Hay sonidos que uno aprende a reconocer incluso antes de comprenderlos por completo: el cambio de ritmo de un monitor, el breve silencio que precede a una alarma insistente, la respiración de alguien que lucha por mantenerse estable y ese sonido casi imperceptible que, dentro de una unidad de cuidados críticos, puede significarlo todo: un corazón que continúa latiendo. Cuando llegué por primera vez a trabajar en una de estas unidades, había transcurrido muy poco tiempo desde que terminé mi medicatura rural. Era una de mis primeras experiencias laborales formales y, al mismo tiempo, uno de los primeros escenarios en los que debía enfrentar de manera directa la fragilidad de la vida. Había aprendido medicina en las aulas, en los hospitales durante mi formación y a lo largo de aquel año de servicio que me acercó a realidades muy distintas; sin embargo, una unidad de cuidados críticos imponía otras exigencias. Allí las decisiones tenían otra velocidad, la condición de un paciente podía cambiar en cuestión de minutos y cada monitor parecía hablar un lenguaje propio que yo todavía estaba aprendiendo a interpretar.

Recuerdo especialmente a un paciente que ingresó durante aquellos primeros meses. Era un hombre relativamente joven en comparación con quienes acostumbrábamos recibir y quizá por eso su historia me impactó aún más. Al principio, nada hacía pensar que aquel caso terminaría ocupando un lugar tan importante en mi formación, pero durante la vigilancia su condición comenzó a cambiar. La frecuencia cardíaca descendió progresivamente y el monitor mostró un patrón que llamó de

inmediato nuestra atención: las ondas auriculares continuaban apareciendo, mientras los ventrículos habían dejado de responder a ellas de manera coordinada. El electrocardiograma confirmó la sospecha de un bloqueo auriculoventricular completo, una alteración en la que la actividad eléctrica de las aurículas deja de conducirse hacia los ventrículos, obligándolos a depender de un ritmo de escape para mantener la contracción.

Permanecí observando aquel trazado durante unos segundos más de lo habitual. Había estudiado el bloqueo auriculoventricular completo durante mi formación, conocía sus características electrocardiográficas y sus posibles implicaciones clínicas, pero contemplarlo en un paciente era muy distinto a reconocerlo en la imagen de un libro. Cada complejo ventricular que aparecía en la pantalla dejaba de ser una representación académica para convertirse en la expresión de un corazón que intentaba mantener su función. El problema no consistía únicamente en que estuviera latiendo con lentitud; se había perdido la comunicación eléctrica que permite a aurículas y ventrículos trabajar de manera coordinada. Mientras las aurículas conservaban su actividad, los ventrículos debían sostenerse mediante un ritmo propio que podía resultar insuficiente para responder las necesidades del organismo.

A medida que la frecuencia disminuía, también aumentaba el riesgo de comprometer la perfusión y el margen para actuar se volvía cada vez más estrecho. Aquello que durante años había estudiado como fisiología, sistema de conducción y patrones electrocardiográficos adquiriría frente a mí una dimensión completamente distinta. La cardiología ya no podía reducirse a reconocer ondas, intervalos y complejos sobre una cuadrícula; interpretar correctamente aquel trazado significaba advertir que detrás de una alteración eléctrica podía existir una amenaza inmediata para la vida.

Los días siguientes transcurrieron bajo una estabilidad siempre provisional. El paciente necesitó vigilancia permanente, soporte hemodinámico y un manejo progresivamente más complejo. Por momentos respondía de manera favorable, pero bastaba una nueva

disminución de la frecuencia cardíaca o una variación de la presión arterial para recordarnos lo frágil que seguía siendo su condición. Finalmente requirió soporte avanzado de sus funciones vitales, incluida ventilación mecánica mediante intubación endotraqueal. Aquel hombre que había ingresado para permanecer bajo vigilancia se encontraba ahora rodeado de monitores, cables, dispositivos y tubos. En medio de toda esa tecnología, resultaba fácil concentrarse en cifras y parámetros, pero detrás de ellos seguía estando la misma persona, con una familia que esperaba noticias y una vida que había comenzado mucho antes de que nosotros la conociéramos a través de una historia clínica.

Para mí, aquellos días se convirtieron en una intensa etapa de aprendizaje. Era mi primer año después de la medicatura rural y todavía enfrentaba situaciones que me obligaban a detenerme, preguntar y observar con atención. Conocía la fisiología cardíaca, los mecanismos de conducción eléctrica y podía identificar un bloqueo auriculoventricular completo, pero atender a un paciente que dependía de un equilibrio tan delicado mientras esperaba una solución definitiva era muy distinto. Reconocer el diagnóstico era apenas el comienzo; después había que anticipar complicaciones, identificar los primeros signos de descompensación y trabajar junto al equipo para sostener al paciente mientras se conseguía el tratamiento necesario.

También cambió mi manera de observar el monitor. Una frecuencia cardíaca dejó de ser simplemente un número para convertirse en un dato que debía interpretar dentro de un contexto clínico mucho más amplio. Detrás de aquella cifra estaban el gasto cardíaco, la perfusión de los órganos y la capacidad del organismo para compensar una alteración que podía agravarse en cualquier momento. El corazón necesita un sistema eléctrico capaz de generar y conducir el impulso, un músculo que lo transforme en contracción y una circulación que lleve el flujo sanguíneo hacia los tejidos. Cuando alguno de esos componentes falla, el organismo intenta adaptarse, pero esa capacidad tiene un límite. En nuestro paciente, ese límite parecía acercarse cada vez que volvía a deteriorarse.

Sabíamos que necesitaba un marcapasos, pero conocer la solución no significaba disponer de ella de inmediato. Hasta entonces, nuestra tarea consistía en ganar tiempo: mantenerlo estable durante cada hora, cada noche y cada nuevo episodio de inestabilidad. Hubo momentos especialmente difíciles en los que su condición volvió a deteriorarse y el ambiente de la unidad cambió en cuestión de segundos. Quien ha trabajado en cuidados críticos reconoce ese instante en el que todos perciben que algo está ocurriendo antes incluso de que alguien lo diga: las miradas se concentran, las indicaciones se aceleran y el monitor, hasta entonces parte del entorno, se convierte en el centro de la atención. Durante aquellas jornadas tuve miedo de que no alcanzáramos a llegar a tiempo.

Aun así, continuamos trabajando sin la certeza de cuál sería el desenlace. En medicina pocas veces existen garantías; se trabaja con conocimiento, experiencia, recursos y con aquello que todavía es posible modificar. Para aquel paciente, cada hora de estabilidad era valiosa porque lo acercaba al momento en que podría recibir el tratamiento definitivo. Su familia permanecía pendiente de la evolución, preguntando, esperando y confiando. Cada pequeña mejoría tenía para ellos un significado enorme y para nosotros también, aunque sabíamos que podía ser transitoria y que, mientras no se resolviera el problema de fondo, la vigilancia no podía detenerse.

Finalmente llegó el momento de colocar el marcapasos. Después de tantos días de incertidumbre, teníamos frente a nosotros la solución que habíamos esperado. Recuerdo con claridad la sensación de alivio. No significaba que todo estuviera resuelto de inmediato, pero aquel corazón contaba por fin con una fuente de estimulación capaz de restablecer una frecuencia adecuada y organizada, sin depender exclusivamente de un ritmo de escape incierto. Después de tantas horas pendientes de cada variación en el monitor, aquello representaba un cambio decisivo.

La recuperación no fue inmediata, sino progresiva. Poco a poco comenzaron a disminuir los soportes y el paciente pudo dejar atrás

la ventilación mecánica, recuperar autonomía y prescindir de los dispositivos que durante tantos días habían sido indispensables. Hasta que llegó el momento que todos esperábamos: pudo salir de la unidad. Recuerdo verlo marcharse acompañado por su familia y sentir una mezcla difícil de describir. Durante días habíamos vigilado cada latido y respondido a cada episodio de inestabilidad; ahora podía alejarse de nosotros sin necesitar aquella supervisión permanente. No había sido un proceso sencillo, pero finalmente regresaba con los suyos.

Aquel paciente se convirtió en una de las primeras grandes experiencias de mi vida profesional. Llegó cuando todavía estaba aprendiendo a desenvolverme en cuidados críticos y me mostró la distancia que puede existir entre conocer una enfermedad y atender a quien la padece. Un bloqueo auriculoventricular completo había dejado de ser para mí un trazado característico sobre el papel. Ahora tenía un rostro, una evolución incierta y una familia pendiente de cada noticia. También aprendí que reconocer el problema no siempre significa poder resolverlo inmediatamente. En ocasiones, nuestra responsabilidad consiste en mantener al paciente estable, anticiparnos a las complicaciones y sostenerlo el tiempo necesario hasta que pueda recibir el tratamiento definitivo.

Con el tiempo, aquella experiencia terminó influyendo también en la especialidad que hoy deseo seguir. La cardiología me atrae precisamente por la forma en que combina la precisión científica con la vulnerabilidad humana. El corazón puede estudiarse desde la anatomía, la fisiología, la electrofisiología, la hemodinámica y la imagen; podemos interpretar sus ritmos, analizar sus estructuras, comprender sus mecanismos y tratar muchas de sus enfermedades con una precisión que hace apenas unas décadas habría parecido imposible. Sin embargo, incluso frente a todos esos avances, los pacientes continúan recordándonos que el conocimiento médico alcanza su verdadero propósito cuando se pone al servicio de una persona.

Aquel hombre también cambió mi manera de entender el corazón. Es mucho más que una bomba: es electricidad que se convierte en movimiento, movimiento que genera flujo y flujo que permite sostener la vida. Cuando esa secuencia se interrumpe, la medicina intenta restablecerla y, cuando lo consigue, no se limita a corregir un trazado electrocardiográfico. También ofrece una oportunidad: volver a casa, reencontrarse con la familia y recuperar una parte de la vida que, durante los días más difíciles, parecía haberse detenido.

Desde entonces, cada vez que observo un electrocardiograma y encuentro un ritmo alterado, procuro recordar que detrás de esas ondas existe una persona, un paciente que espera, una familia que confía y una historia que todavía desconocemos. Quizá esa sea una de las razones por las que quiero dedicar mi vida a la cardiología. Quiero aprender a interpretar con mayor precisión el lenguaje eléctrico del corazón, pero sin olvidar nunca lo que ese lenguaje representa fuera de una pantalla.

Aquel paciente llegó a mi vida profesional cuando apenas comenzaba a descubrir qué clase de médico quería ser y terminó enseñándome mucho más de lo que probablemente habría imaginado. Cuando finalmente salió de la unidad, acompañado por su familia y con un corazón nuevamente guiado por un ritmo adecuado, confirmé que algunas de las experiencias que más nos forman no ocurren en los libros ni durante las horas de estudio. Suceden frente a nosotros, junto a la cama de un paciente, mientras observamos su evolución y esperamos que el tratamiento consiga devolverle la estabilidad.

Por eso, cuando pienso en mi futuro como médico, no recuerdo únicamente el electrocardiograma de aquel bloqueo auriculoventricular completo. Recuerdo al hombre que estaba detrás de él, los días difíciles, la incertidumbre, el esfuerzo del equipo, la espera de su familia y el momento en que finalmente pudo marcharse. Para mí, la cardiología dejó de consistir solamente en comprender por qué un corazón pierde la capacidad de conducir adecuadamente un impulso; también pasó a significar todo lo que podemos hacer para ayudarlo a recuperar su ritmo y permitir que la persona detrás de ese corazón continúe su camino.

Aquel día, afortunadamente, había una familia esperándolo al otro lado.

ENTRE LATIDOS Y SILENCIOS

Med. Maylin Tatiana Carrillo Pérez



La medicina nos enseña desde el inicio que detrás de cada diagnóstico existe una persona. Sin embargo, comprender el alcance de esas palabras requiere algo más que años de estudio: exige tiempo, experiencia y la disposición de mirar al paciente más allá de la enfermedad que lo lleva a consulta. Durante mi formación y mi práctica profesional entendí que ser médica no consiste únicamente en identificar síntomas, interpretar exámenes o elegir un tratamiento. También implica escuchar, acompañar y aprender de historias que, aunque ocupen pocos minutos dentro del consultorio, pueden permanecer mucho tiempo en la memoria.

Uno de esos aprendizajes nació del encuentro con una paciente adulta mayor que llegó al servicio acompañada por un familiar. Su rostro llevaba las huellas de los años y de las dificultades de una vida que, seguramente, había atravesado momentos muy distintos al de aquella consulta. Mientras conversábamos, advertí que detrás de sus molestias había algo más que un conjunto de síntomas: preocupación, cansancio y ese temor silencioso que aparece cuando el cuerpo comienza a responder de una manera diferente.

Mi atención se dirigió especialmente hacia su corazón. La cardiología siempre me había fascinado desde el punto de vista académico: estudia un órgano que trabaja sin descanso, puede enfermar de múltiples formas y repercute en casi todo el organismo. Frente a aquella paciente, sin embargo, comprendí que el corazón no podía reducirse a la descripción de un libro de

fisiología ni a un trazado electrocardiográfico. Aquel corazón también representaba una historia.

Durante la valoración, cada dato adquirió un sentido distinto. La edad, los antecedentes, los síntomas, los medicamentos y las preocupaciones de la paciente no eran elementos aislados; conformaban una historia clínica y, a la vez, una historia de vida. Comprendí que la atención del adulto mayor exige detenerse, escuchar y observar, porque la enfermedad no siempre se presenta como la aprendemos en los libros y el síntoma que más inquieta al paciente no necesariamente explica todo lo que ocurre.

Su familiar permanecía atento a cada palabra. Preguntaba, buscaba respuestas y quería saber qué podía hacer para ayudarla. Con el tiempo entendí con mayor claridad lo que ya se insinuaba en aquella consulta: cuando una persona enferma, la preocupación también alcanza a quienes la acompañan, y el médico debe aprender a comunicarse con ellos. El conocimiento adquiere valor cuando permite ofrecer claridad a alguien que siente miedo. Explicar un diagnóstico de manera comprensible, escuchar una inquietud y hacer que la persona se sienta atendida también forman parte del tratamiento.

Fue entonces cuando empecé a comprender de otra manera mi interés por la cardiología. Me atraían la complejidad de las enfermedades cardiovasculares y el desafío de interpretar los hallazgos clínicos, pero también la posibilidad de acompañar a las personas en momentos decisivos. Detrás de cada frecuencia cardíaca, presión arterial, electrocardiograma o ecocardiograma existe alguien que espera continuar con su vida, regresar junto a su familia y conservar aquello que considera importante.

Con los días aprendí que las historias clínicas no siempre terminan de la misma forma. En algunas ocasiones, el esfuerzo sostenido de todo un equipo se convierte en una noticia que devuelve la esperanza. Recuerdo a un paciente joven cuya evolución había requerido tiempo, seguimiento y constancia. Al verlo, resultaba difícil imaginar todo lo que había atravesado antes de llegar a ese momento. Frente a mí estaba una persona que había enfrentado

dificultades importantes y que, poco a poco, había logrado avanzar.

A su lado permanecía su madre, una presencia constante durante todo el proceso. Había acompañado las consultas, recibido indicaciones, planteado dudas y aprendido a reconocer cada señal de alerta. Su participación había sido una parte fundamental del camino recorrido. En medicina hablamos con frecuencia de adherencia, seguimiento y corresponsabilidad, pero observarlos en la vida cotidiana me permitió comprender que esas palabras adquieren otro sentido cuando se encarnan en personas que sostienen un tratamiento día tras día.

Finalmente llegó el momento de comunicarles que la evolución era favorable. Recuerdo el alivio en el rostro de aquella madre; no necesitó decir demasiado, porque su expresión contenía la preocupación, el cansancio y la alegría acumulados durante los meses anteriores. Esa escena me mostró otra dimensión de la medicina. La recompensa no siempre reside en realizar un procedimiento complejo o resolver un caso difícil. A veces aparece en una mirada agradecida, en una familia que vuelve a casa con esperanza o en un paciente que recupera la confianza en su propio cuerpo.

Aquellas experiencias transformaron mi manera de entender la profesión. Al inicio de la formación podía pensar que el conocimiento era la herramienta principal para enfrentar la enfermedad, y sin duda lo es, pero no resulta suficiente. El conocimiento orienta las decisiones; la empatía ayuda a comprender a quién van dirigidas. La experiencia permite reconocer patrones, mientras la escucha revela aquello que no aparece en ningún examen. El crecimiento profesional tampoco ocurre solo al adquirir habilidades técnicas: también se construye al comunicar una noticia difícil, comprender el miedo de un familiar, reconocer los propios límites o descubrir la preocupación escondida detrás de una pregunta sencilla.

La medicina me enseñó a observar los latidos de otra manera. Ya no los percibo únicamente como una frecuencia que debe

registrarse o como un dato útil para orientar un diagnóstico. Pienso en todo lo que representan: años de vida, familias, proyectos, pérdidas, preocupaciones y esperanzas. Por eso la cardiología adquirió para mí un significado especial. Estudiar el corazón es acercarse a una parte esencial de la vida, pero ejercer la medicina me recordó que ningún corazón existe de forma aislada; cada uno pertenece a una persona y cada persona forma parte de una historia más amplia.

Hoy entiendo que ser médica no significa tener siempre todas las respuestas, sino estar dispuesta a buscarlas, continuar aprendiendo y recordar a quién intentamos ayudar. Entre la salud y la enfermedad hay incertidumbre, miedo y cansancio, pero también instantes en los que una noticia favorable, una recuperación o una palabra de agradecimiento devuelven sentido al esfuerzo. Esos momentos permanecen. Entre todo lo aprendido, una de las lecciones más importantes ha sido reconocer que detrás de cada diagnóstico hay una historia que merece ser escuchada, detrás de cada corazón hay una vida y, antes de tratar enfermedades, debemos aprender a cuidar personas.

¿CÓMO ALGUIEN PUEDE LEER UN CORAZÓN?

Med. Juan Fernando Jumbo Bacuilima



Mi acercamiento a la medicina nació de una experiencia profundamente personal. En una etapa de mi vida, una persona muy cercana padeció una condición médica grave. Recuerdo la incertidumbre de aquellos días y la manera en que los médicos que la atendían, incluidos varios especialistas, transmitían un pronóstico extremadamente desfavorable. Nos explicaban que su fallecimiento era cuestión de tiempo y que las posibilidades de superar la enfermedad eran prácticamente inexistentes. Para quienes estábamos a su alrededor, escuchar aquello resultaba devastador. Yo me encontraba frente a una persona que quería y, más allá de acompañarla y ofrecerle palabras de ánimo, no contaba con ninguna herramienta para hacer algo más.

La historia, sin embargo, tuvo un desenlace diferente al anticipado. Han pasado diez años y esa persona continúa con vida y mantiene una vida funcional. Para mí, aquello significó mucho más que la recuperación de alguien querido. Fue una de las primeras experiencias que me llevaron a comprender que la enfermedad posee una dimensión que no puede reducirse a un pronóstico. Existen el conocimiento, la ciencia, distintas posibilidades terapéuticas y una realidad biológica capaz de sorprender incluso ante expectativas desfavorables. No pretendo interpretar hoy las decisiones médicas de aquel momento ni afirmar que existió un error. Recuerdo, más bien, lo que esa experiencia provocó en mí: la convicción de que detrás de cada enfermedad todavía hay algo por comprender y que nuestra

responsabilidad como médicos es reunir el mayor conocimiento posible para ofrecer a cada paciente una oportunidad.

Entonces apareció una pregunta que terminaría por orientar mi camino: ¿qué pasaría si algún día adquiriera los conocimientos y las habilidades necesarias para actuar realmente frente a una enfermedad? Ya no quería limitarme a observar desde fuera ni volver a sentir aquella impotencia. Quería entender qué ocurría, por qué sucedía y qué podía hacerse para cambiar, cuando fuera posible, el curso de una enfermedad y devolver vitalidad y energía a una persona que antes convalecía en la cama fría de un hospital.

Así nació mi decisión de estudiar medicina. No se trataba solamente del interés que siempre me había generado el cuerpo humano, sino de un deseo genuino de comprenderlo y ayudar a otras personas mediante ese conocimiento. Me fascinaba pensar que detrás de cada síntoma, signo y alteración existía una explicación fisiológica. Aprender medicina significaba reconocer la diferencia entre un organismo sano y uno enfermo y, a partir de allí, encontrar herramientas para recuperar, cuando fuera posible, la salud, la funcionalidad y la calidad de vida.

Durante la carrera descubrí que ciertos órganos y sistemas despertaban en mí una curiosidad especial. El aparato cardiovascular ocupó progresivamente ese lugar. El corazón me parecía extraordinario por su funcionamiento complejo, preciso y esencial para sostener la vida. La circulación depende de una interacción constante entre anatomía, fisiología, electricidad, mecánica y metabolismo. Cuanto más aprendía, más preguntas aparecían; sin embargo, fue durante el internado cuando aquella curiosidad comenzó a adquirir una forma concreta.

Muchos de los pacientes con quienes tuve contacto presentaban patologías cardiovasculares. Recuerdo una situación aparentemente sencilla que terminó siendo significativa: la realización de un electrocardiograma. Frente al trazado veía una serie de líneas que todavía no lograba interpretar y debía llevar el estudio para que el cardiólogo lo revisara. Me sorprendía la rapidez con la que encontraba sentido en aquello que para mí

parecía incomprensible. Le bastaban unos segundos para identificar alteraciones y construir una primera impresión de lo que ocurría en el corazón del paciente.

Me preguntaba cómo era posible encontrar tanta información en un papel que yo aún no sabía leer. La curiosidad se convirtió en un reto. Quería comprender algún día un electrocardiograma de esa manera, no como quien memoriza patrones, sino como quien aprende a reconocer en ellos la historia fisiológica de un corazón.

Mi primer contacto como médico ocurrió durante el año de servicio rural. Aunque se desarrolló en un contexto distinto de la imagen tradicional de la atención rural, gran parte de mi actividad estuvo vinculada con emergencias. Attendía con frecuencia dolor torácico, palpitaciones y otros cuadros en los que debía considerarse una causa cardiovascular. Disponíamos de electrocardiogramas, una herramienta sencilla pero fundamental. Ante cada sospecha de enfermedad cardiovascular aguda, el conocimiento adquirido durante la carrera debía transformarse en decisiones concretas. Esa responsabilidad no debilitó mi interés; me impulsó a aprender todavía más.

Muchos casos continuaban conmigo después de terminar la jornada. Si atendía a un paciente con sospecha de infarto, buscaba información, revisaba guías, estudiaba el electrocardiograma e intentaba comprender mejor lo ocurrido. Cada situación clínica se convertía en una oportunidad de aprendizaje. Incluso las emergencias que al principio generaban temor o incertidumbre terminaron siendo desafíos para los que quería estar mejor preparado la próxima vez.

Durante ese período entendí que la medicina no consiste únicamente en saber qué hacer en una emergencia, sino también en preguntarse qué sucede después. Una vez diagnosticado y estabilizado un paciente con síndrome coronario agudo, ¿cómo continúa el tratamiento?, ¿cómo se decide una estrategia de reperfusión?, ¿qué ocurre dentro de una sala de hemodinamia?, ¿de qué manera una intervención sobre una arteria coronaria

puede cambiar su evolución? Estas preguntas comenzaron a acompañar mi formación.

Más adelante trabajé en distintos ámbitos clínicos, incluidas áreas relacionadas con la atención geriátrica. El contacto con personas mayores profundizó mi comprensión de que una enfermedad no puede analizarse solo desde el diagnóstico. Cada paciente tiene una historia, una familia, actividades cotidianas, proyectos y vínculos que pueden verse afectados. Recuperar o preservar la funcionalidad y la independencia puede ser tan importante como tratar la enfermedad.

También trabajé en el ámbito prehospitalario como médico de ambulancia. Allí volví a encontrar una situación presente en diferentes etapas de mi formación: el dolor torácico como una emergencia que exige rapidez. Entre los códigos rojos atendía a pacientes con síndromes coronarios agudos, incluidos cuadros con elevación del segmento ST. Las enfermedades cardiovasculares parecían aparecer una y otra vez en mi camino: primero como estudiante que no comprendía un electrocardiograma; luego como médico rural frente a un paciente con dolor torácico; después en los ámbitos hospitalario y geriátrico; y finalmente en la atención prehospitalaria, donde cada minuto podía ser decisivo.

Con el tiempo comprendí que mi interés por la cardiología no provenía de un solo momento. Se había construido mediante experiencias repetidas que despertaban nuevas preguntas. Una de las características que más me acercó a esta especialidad fue precisamente su dificultad. La cardiología exige comprender con profundidad la anatomía, la fisiología, la fisiopatología, la electrofisiología y la farmacología. Al principio puede resultar abrumadora, pero cuando encuentro un concepto que no comprendo, tras la frustración inicial aparece la necesidad de estudiarlo hasta entenderlo. La dificultad termina convertida en un desafío intelectual.

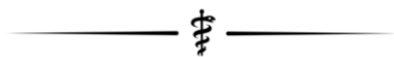
He descubierto que puedo pasar horas leyendo sobre electrocardiografía, fisiología cardiovascular, anatomía cardíaca, fisiopatología o tratamiento farmacológico sin sentir que el

conocimiento es una carga. Cada respuesta genera nuevas preguntas. Mi interés también ha trascendido la literatura estrictamente científica. Leer experiencias de cardiólogos, acercarme a la especialidad desde una perspectiva humana y comprender cómo otros médicos han vivido su relación con el corazón enriqueció mi visión de esta profesión.

Cuando pienso en el cardiólogo que quisiera llegar a ser, no considero únicamente los procedimientos que deseo aprender ni la cantidad de conocimientos que podría acumular. Pienso, sobre todo, en lo que ese conocimiento puede significar para una persona. Quisiera utilizar la ciencia y las herramientas de la cardiología para ayudar a mis pacientes a recuperar o conservar aquello que da sentido a sus vidas: caminar sin miedo, hacer ejercicio, trabajar, compartir una comida con sus amigos, acompañar a sus hijos o simplemente disfrutar de la vida cotidiana.

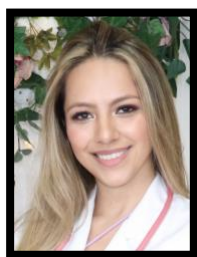
Tal vez esa sea la conexión más profunda entre la razón por la que estudié medicina y la que hoy me impulsa hacia la cardiología. Al inicio de mi historia, frente a la enfermedad de una persona querida, sentí la impotencia de no poder hacer más que acompañarla. Después de recorrer distintos escenarios de la medicina, sigo buscando lo mismo: adquirir las herramientas, el conocimiento y la capacidad necesarios para ayudar. Ahora sé que el aprendizaje nunca termina. Cada paciente traerá una nueva pregunta, cada electrocardiograma una nueva posibilidad de aprender y cada situación clínica un nuevo desafío. Esa búsqueda constante de conocimiento, unida al deseo de mejorar la vida de quienes confían en mí, es la que me lleva a querer recorrer el camino de la Cardiología.

ENDOCRINOLOGÍA



MÁS ALLÁ DEL SÍNTOMA

Med. Brenda Mishell Ruiz Borja



Durante la formación médica aprendemos que la Endocrinología es la especialidad encargada del estudio de las hormonas y de las enfermedades derivadas de sus alteraciones. Con el paso del tiempo, esa definición, aunque correcta, empezó a parecerme insuficiente. La Endocrinología no solo estudia glándulas o moléculas; explora los mecanismos que permiten al organismo conservar su equilibrio frente a un entorno en permanente cambio. Detrás de cada eje hormonal existe un sistema de regulación diseñado para mantener la homeostasis, esa extraordinaria capacidad del cuerpo para adaptarse continuamente y preservar la vida.

En aquella etapa, la homeostasis era para mí un concepto exclusivamente fisiológico. La encontraba en los libros, las clases y los exámenes, asociada a complejos mecanismos de retroalimentación y regulación endocrina. Conocía la función del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, la participación del sistema nervioso autónomo en la respuesta al estrés y el papel del cortisol como hormona adaptativa. Sin embargo, todo ese conocimiento permanecía limitado al ámbito académico. Sabía cómo funcionaban aquellos procesos, pero todavía los observaba como conceptos científicos, no como experiencias humanas.

Como ocurre con muchos estudiantes de Medicina, durante gran parte de mi formación imaginé mi futuro dentro de una especialidad quirúrgica. La Medicina Estética despertaba especialmente mi interés porque veía en ella una forma de aliviar inseguridades que, en muchas ocasiones, condicionan la

autoestima y la calidad de vida. Haber convivido durante años con mis propias inconformidades físicas me permitió apreciar el impacto que puede tener ayudar a una persona a reconciliarse con la imagen que observa frente al espejo. Estaba convencida de que ese sería el camino desde el cual podría contribuir al bienestar de los demás.

Esa certeza comenzó a transformarse durante mi año de servicio rural. Además de las dificultades propias del ejercicio médico en un contexto con recursos limitados y lejos de mi entorno familiar, atravesé experiencias personales que pusieron a prueba mi capacidad de adaptación. La fortaleza dejó de significar la ausencia de caídas y pasó a representar la capacidad de reconocer cuándo el organismo ya no respondía como antes. Aquella etapa marcó un punto de inflexión que transformó no solo mi vida personal, sino también mi manera de entender la medicina.

Hasta entonces siempre había observado la depresión y la ansiedad desde la perspectiva del médico. Sabía identificar los criterios diagnósticos, conocía las herramientas terapéuticas disponibles y dominaba las bases farmacológicas del tratamiento. Sin embargo, vivir un episodio depresivo me enfrentó a una realidad que ningún libro había logrado enseñarme: conocer una enfermedad no siempre significa experimentarla. La depresión no era únicamente tristeza; era la pérdida progresiva de la energía necesaria para sostener la vida cotidiana.

Actividades tan simples como levantarme de la cama, concentrarme o tomar decisiones dejaron de ser automáticas para convertirse en esfuerzos desproporcionados.

Decidí buscar atención psiquiátrica cuando entendí que no quería seguir viviendo de esa manera. Como muchos médicos, llegué a esa consulta acompañada de prejuicios que, con frecuencia, persisten incluso dentro del propio personal sanitario. Aquella experiencia transformó profundamente mi manera de ver la salud mental. Descubrí el valor de un tratamiento individualizado, del seguimiento médico continuo y de una relación terapéutica basada en la confianza. Poco a poco recuperé la estabilidad emocional, el

entusiasmo por mis proyectos y la capacidad de disfrutar nuevamente de aquello que antes daba por sentado.

La verdadera transformación, sin embargo, no llegó cuando los síntomas comenzaron a mejorar. Surgió al preguntarme por qué mi organismo había respondido de esa manera. Los conceptos de fisiología que durante años había estudiado adquirieron entonces un significado completamente distinto. La respuesta al estrés dejó de parecerme un fenómeno exclusivamente emocional para revelarse como una compleja respuesta neuroendocrina diseñada para garantizar la supervivencia. La activación del sistema nervioso simpático, del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la liberación de cortisol constituyen mecanismos indispensables de adaptación. El problema no radica en su existencia, sino en la permanencia de esa respuesta cuando el organismo deja de encontrar espacios para recuperar el equilibrio.

Por primera vez, la Endocrinología dejó de representar únicamente el estudio de las hormonas. Empezó a cobrar sentido como la especialidad que explica cómo el organismo intenta conservar la homeostasis frente a desafíos continuos y qué sucede cuando ese esfuerzo adaptativo supera su capacidad fisiológica. Esa nueva perspectiva transformó mi razonamiento clínico. Dejé de preguntarme únicamente qué enfermedad presentaba un paciente y comencé a interesarme por los mecanismos de regulación que habían perdido la capacidad de restablecer el equilibrio. Sin advertirlo, allí comenzó a definirse la identidad médica que hoy intento construir.

Mi forma de estudiar la Endocrinología también cambió. Ya no buscaba únicamente conocer las enfermedades hormonales, sino comprender cómo los sistemas de regulación condicionan la respuesta del organismo al estrés, su capacidad de adaptación y el mantenimiento del equilibrio biológico. Poco a poco advertí que muchas de las patologías que vemos diariamente comparten un mismo principio fisiológico: la pérdida progresiva de la capacidad para conservar la homeostasis.

Con el paso del tiempo, la homeostasis dejó de ser para mí un concepto limitado a la fisiología. Comprendí que no consiste únicamente en mantener variables dentro de un rango normal, sino en preservar la capacidad del organismo para adaptarse a un entorno en constante cambio. La salud no depende de permanecer inmóvil, sino de responder de manera eficiente a los desafíos físicos, metabólicos y emocionales sin perder el equilibrio interno.

Esa nueva forma de entender la regulación fisiológica me llevó a descubrir otro concepto fundamental: la alostasis. Si la homeostasis representa el equilibrio, la alostasis explica cómo el organismo logra conservarlo mediante la adaptación. Cada situación de estrés activa respuestas neuroendocrinas destinadas a favorecer la supervivencia. El problema aparece cuando esos mecanismos dejan de ser transitorios y se convierten en un estado permanente. Es entonces cuando la carga alostática comienza a manifestarse como un desgaste progresivo de los sistemas encargados de regular el metabolismo, la respuesta inmunológica, el sueño, la inflamación y la función endocrina.

Desde esa perspectiva, también cambió mi manera de interpretar el papel del cortisol. Durante los últimos años esta hormona se ha convertido en una de las más mencionadas dentro y fuera del ámbito médico, con frecuencia presentada como responsable de múltiples enfermedades. Sin embargo, reducir su función a una explicación simplista significa desconocer su verdadero papel fisiológico. El cortisol constituye uno de los principales mecanismos de adaptación del organismo. Permite responder a situaciones potencialmente amenazantes, movilizar energía y preservar funciones esenciales para la supervivencia. Su importancia no radica en combatirlo, sino en reconocer que un organismo diseñado para responder de forma transitoria no puede permanecer indefinidamente en estado de alerta sin comprometer, de manera progresiva, su equilibrio biológico.

Aquella perspectiva también transformó mi forma de interpretar la consulta médica. Dejé de observar los síntomas como acontecimientos aislados para preguntarme qué mecanismos de

regulación podían haberse alterado antes de que aparecieran. Detrás de una fatiga persistente, un aumento progresivo de peso, trastornos del sueño o cambios en el estado de ánimo puede existir un organismo sometido durante meses o años a una carga adaptativa que supera su capacidad fisiológica de recuperación. No se trata de atribuir cada síntoma al cortisol ni de explicar todas las enfermedades desde la Endocrinología, sino de reconocer que muchos procesos aparentemente independientes comparten mecanismos biológicos comunes que merecen ser comprendidos.

Mi propia recuperación también adquirió un significado diferente. Mejorar dejó de representar únicamente el alivio de los síntomas emocionales. También implicaba restaurar funciones fisiológicas esenciales: recuperar un sueño reparador, disminuir el estado permanente de alerta, restablecer los niveles de energía, reducir los procesos inflamatorios favorecidos por hábitos poco saludables y corregir alteraciones nutricionales capaces de interferir con el funcionamiento normal del organismo. La recuperación emocional y la recuperación biológica no avanzan por caminos separados; forman parte del mismo proceso de regulación.

Esa misma mirada modificó mi manera de entender enfermedades que antes asociaba principalmente con el metabolismo. La obesidad dejó de parecerme una condición explicable únicamente por el balance energético para revelarse como una enfermedad compleja en la que convergen mecanismos endocrinos, inflamatorios, conductuales y emocionales. Del mismo modo, la transición menopáusica dejó de representar solo la disminución fisiológica de los estrógenos. Comencé a verla como un proceso de reorganización neuroendocrina capaz de modificar el sueño, la composición corporal, el metabolismo, la regulación térmica y el estado de ánimo, afectando profundamente la percepción de bienestar de muchas mujeres. Pensar en estos pacientes desde una perspectiva exclusivamente hormonal resulta tan limitado como interpretarlos únicamente desde el ámbito psicológico.

Sin darme cuenta, la Endocrinología terminó integrando intereses que durante años había considerado independientes. La Medicina Estética me enseñó el impacto que la imagen corporal puede ejercer sobre la autoestima. La Psiquiatría me mostró que ninguna transformación externa logra sostenerse cuando el sufrimiento emocional permanece intacto. La Endocrinología, por su parte, aportó el fundamento fisiológico que unía ambas dimensiones. Fue así como empecé a mirar al organismo como un sistema integrado, en el que la regulación hormonal actúa como uno de los principales puentes entre la salud física, el bienestar emocional y la capacidad de adaptación.

Esa visión también modificó mi manera de acercarme a cada paciente. Más que centrarme exclusivamente en un resultado alterado de laboratorio, procuro entender el contexto biológico en el que surgió esa alteración. Me interesa conocer cómo duerme esa persona, cómo se alimenta, cuál ha sido la carga de estrés que ha enfrentado, qué cambios importantes ha vivido y qué factores pueden estar limitando la capacidad de su organismo para recuperar el equilibrio. No porque considere que las hormonas explican toda la experiencia humana, sino porque ningún sistema endocrino puede interpretarse completamente separado de la historia de quien lo habita.

Poco a poco, la fisiología dejó de parecerme una sucesión de mecanismos independientes para convertirse en una red dinámica donde el sistema endocrino, el sistema nervioso, el metabolismo y el sistema inmunológico mantienen un diálogo permanente. Desde esa perspectiva, la enfermedad dejó de ser un evento aislado para convertirse en la manifestación de un equilibrio biológico que, por diferentes razones, ha perdido la capacidad de sostenerse.

Esa forma de entender la medicina también transformó mi práctica clínica. Con frecuencia dirigimos nuestra atención hacia el dato alterado: una glucosa elevada, una deficiencia de vitamina D, una hormona tiroidea fuera de rango o un índice de masa corporal compatible con obesidad. Sin embargo, detrás de cada resultado existe una historia fisiológica mucho más compleja.

Ningún valor de laboratorio aparece desconectado del organismo que lo produce. El sueño, la alimentación, la actividad física, la inflamación crónica de bajo grado, la carga de estrés acumulada, las experiencias de vida e incluso el entorno social participan, de una u otra forma, en la regulación de los sistemas endocrinos. Interpretar un examen sin considerar ese contexto puede conducirnos a tratar cifras mientras permanecen intactos los mecanismos que originaron su alteración.

Lejos de restar importancia al diagnóstico endocrinológico, esta perspectiva lo fortalece. Nos invita a abandonar una visión fragmentada de la enfermedad para preguntarnos qué mecanismos de regulación comenzaron a alterarse mucho antes de que el trastorno se hiciera evidente. Cada vez estoy más convencida de que muchas patologías no aparecen de forma repentina; se desarrollan lentamente mientras el organismo intenta compensar desequilibrios que, durante un tiempo, logra contener. Cuando esa capacidad adaptativa se agota, el síntoma deja de representar el inicio del problema y pasa a ser la manifestación visible de un proceso mucho más antiguo.

Esta manera de razonar también transformó mi concepto de prevención. Tradicionalmente intervenimos cuando la enfermedad ya cumple criterios diagnósticos; sin embargo, comprender la fisiología de la regulación nos permite actuar mucho antes. Favorecer un sueño reparador, promover una alimentación que disminuya la inflamación metabólica, corregir deficiencias nutricionales, estimular la actividad física y reducir la exposición sostenida al estrés no representan únicamente recomendaciones sobre hábitos saludables. Constituyen estrategias dirigidas a preservar la homeostasis y a mantener la capacidad del organismo para adaptarse antes de que la enfermedad llegue a manifestarse.

Quizá por eso hoy me resulta difícil establecer límites estrictos entre la Endocrinología y otras disciplinas. La Psiquiatría me enseñó que ningún tratamiento alcanza su verdadero potencial si desconoce el contexto en el que vive el paciente. La Medicina Estética me recordó que la forma en que una persona percibe su cuerpo influye profundamente en su bienestar y en la relación que establece consigo

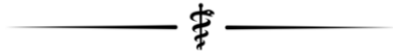
misma. La Endocrinología terminó ofreciendo el marco fisiológico que integra ambas perspectivas. En esa convergencia encontré el punto de encuentro entre el cuerpo, la mente y la extraordinaria capacidad del ser humano para adaptarse.

No sé con certeza cómo evolucionará la Endocrinología en las próximas décadas. Probablemente contaremos con biomarcadores más precisos, tratamientos más específicos y herramientas diagnósticas cada vez más sofisticadas. Sin embargo, me gusta pensar que uno de los avances más importantes no dependerá exclusivamente de la tecnología, sino de nuestra capacidad para comprender al paciente como un todo. Un ser humano en el que las hormonas, el sistema nervioso, el metabolismo, la respuesta inmunológica, la nutrición y las experiencias de vida interactúan de manera permanente para conservar ese equilibrio dinámico que llamamos homeostasis.

Hoy sé que mi vocación nunca cambió realmente. Siempre quise ayudar a las personas a sentirse mejor. Lo que evolucionó fue mi manera de entender ese propósito. Durante un tiempo pensé que bastaba con transformar aquello que podía verse. Más adelante descubrí la importancia de aliviar aquello que no siempre resulta visible. Finalmente comprendí que ambas dimensiones están unidas por mecanismos fisiológicos que regulan, de manera silenciosa, nuestra capacidad para adaptarnos, recuperarnos y conservar la homeostasis. En esa integración encontré no solo la especialidad que deseo ejercer, sino también la forma de entender la medicina que quiero practicar a lo largo de mi vida.

Aspiro a una práctica clínica que mantenga el rigor científico sin perder de vista la complejidad de cada persona; una Endocrinología que interprete las alteraciones hormonales dentro del contexto biológico, emocional y social en el que aparecen. Preservar la homeostasis no consiste únicamente en mantener constantes fisiológicas dentro de un rango determinado. Significa ayudar al organismo a recuperar el equilibrio que le permite adaptarse, sanar y seguir viviendo. Para mí, esa es la verdadera esencia de la Endocrinología y la forma de ejercer la medicina que deseo construir a lo largo de mi vida profesional.

NEFROLOGÍA



MÁS ALLÁ DE LA ENFERMEDAD

Med. Eduardo David Murillo Yépez



Durante mi formación y práctica profesional he atendido a pacientes con distintas enfermedades y realidades. Cada encuentro representa una oportunidad de aprendizaje, pero algunas experiencias dejan una huella especial y transforman nuestra manera de comprender y ejercer la Medicina. Una de ellas fue la atención de un adulto con enfermedad renal crónica avanzada. Su historia me enseñó que nuestra labor no consiste únicamente en diagnosticar y tratar, sino también en escuchar, educar y acompañar al paciente y a su familia.

Para proteger su identidad, lo llamaré Jorge. Llegó a consulta acompañado de un familiar. Presentaba cansancio progresivo, menor capacidad para realizar sus actividades cotidianas, edema leve en los miembros inferiores, pérdida del apetito y episodios de debilidad.

Durante la entrevista conocí que padecía hipertensión arterial desde hacía varios años. Reconoció que no siempre acudía a los controles ni cumplía de manera constante el tratamiento indicado. En ocasiones suspendía la medicación porque se sentía bien y consideraba que, al no tener síntomas, la enfermedad estaba controlada.

Aquella percepción me hizo reflexionar sobre la importancia de la educación del paciente. Los médicos sabemos que enfermedades como la hipertensión pueden avanzar silenciosamente y ocasionar un daño progresivo; sin embargo, el conocimiento clínico no siempre coincide con la manera en que una persona interpreta su salud. Para Jorge, sentirse bien significaba estar sano.

La evaluación clínica y los análisis mostraron una alteración importante de la función renal, con creatinina elevada y disminución significativa de la tasa de filtración glomerular, hallazgos compatibles con enfermedad renal crónica avanzada. Comunicar el diagnóstico fue uno de los momentos más significativos del caso. No podía limitarme a explicar los resultados mediante términos técnicos: necesitaba hablar con claridad y permitir que Jorge expresara sus dudas y temores.

Después de escuchar el diagnóstico permaneció en silencio y preguntó: «Doctor, ¿mis riñones ya no sirven?». En esas palabras percibí miedo e incertidumbre frente al futuro. Le expliqué que su función renal estaba seriamente comprometida, pero que todavía era posible establecer medidas para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar su calidad de vida.

Se coordinó la valoración por Nefrología y se estableció un plan integral que incluía control de la presión arterial, adherencia al tratamiento, seguimiento de la función renal, recomendaciones nutricionales y educación sobre signos de alarma. También fue necesario involucrar a su familia, cuyo acompañamiento podía ser fundamental durante el proceso de una enfermedad crónica.

Con el paso de las consultas observé un cambio positivo. Al principio, Jorge había interpretado el diagnóstico como una sentencia; después comprendió que, aunque la enfermedad era grave, existían acciones concretas con las que podía cuidar su salud. Esta evolución me confirmó que la comunicación también puede convertirse en una herramienta terapéutica.

La experiencia me enseñó, además, que la Medicina no siempre significa curar. Hay enfermedades crónicas que no pueden revertirse por completo y cuyos objetivos consisten en controlar la progresión, prevenir complicaciones, aliviar síntomas y conservar la calidad de vida. En estos casos, acompañar al paciente adquiere un valor tan importante como el tratamiento.

También fortaleció mi visión sobre la prevención. La enfermedad renal crónica puede relacionarse con condiciones frecuentes, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Por ello son

fundamentales los controles periódicos, la identificación temprana de factores de riesgo y el seguimiento de la función renal. Cada contacto clínico puede convertirse en una oportunidad para preguntar por hábitos y antecedentes, controlar parámetros y solicitar los estudios indicados antes de que se produzca un daño irreversible.

El manejo de estos pacientes también exige trabajo interdisciplinario. Puede requerir la participación de especialistas, personal de Enfermería, Nutrición, Psicología y otros profesionales. Reconocer nuestros límites y solicitar apoyo cuando resulta necesario no debilita nuestra labor; constituye una expresión de responsabilidad profesional.

Jorge modificó mi forma de escuchar. Durante la formación aprendemos a identificar síntomas, antecedentes y signos clínicos, pero escuchar de verdad también implica atender los temores, las preocupaciones y las necesidades de la persona. Detrás de cada diagnóstico existen una historia de vida, una familia y expectativas. Desde entonces, una pregunta adquirió mayor importancia en mi práctica: «¿Quién es este paciente y qué necesita para afrontar su enfermedad?».

Comprendí asimismo que la adherencia al tratamiento no depende únicamente de la voluntad. Factores sociales, económicos, familiares, culturales y emocionales pueden influir en la manera de enfrentar una enfermedad crónica. Antes de juzgar el incumplimiento de una indicación, necesitamos conocer las circunstancias que rodean al paciente. Aquello que parece sencillo desde el consultorio puede representar una dificultad considerable en su vida cotidiana.

En el caso de Jorge fue necesario transformar las indicaciones médicas en objetivos comprensibles y alcanzables. Explicarle por qué debía controlar la presión arterial, acudir a las revisiones y mantener el tratamiento hizo que dejara de percibir las recomendaciones como simples obligaciones y comenzara a entenderlas como herramientas para proteger su salud. Los cambios no ocurrieron de inmediato; exigieron seguimiento,

paciencia, nuevas explicaciones y el reconocimiento de cada pequeño avance.

Una consulta tampoco termina necesariamente cuando el paciente abandona el consultorio. Las palabras que elegimos, la forma de comunicar una noticia y la seguridad que transmitimos pueden permanecer en su mente durante mucho tiempo. Un diagnóstico difícil puede producir temor, pero una explicación adecuada puede transformar ese miedo en conocimiento y participación activa.

Por ello resulta esencial construir una relación basada en la confianza. Cuando una persona siente que puede preguntar sin ser juzgada, es más probable que comunique sus dificultades, exprese sus preocupaciones y participe en las decisiones sobre su salud. La confianza no es un elemento secundario de la atención, sino una parte del proceso terapéutico.

La enfermedad crónica también alcanza a la familia. El diagnóstico puede modificar responsabilidades, generar preocupación y despertar temor ante el futuro. Involucrar adecuadamente a los seres queridos permitió que Jorge contara con una red de apoyo y que ellos comprendieran mejor la enfermedad y la importancia de acompañarlo.

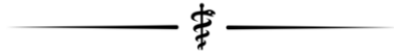
Esta experiencia transformó conocimientos teóricos en aprendizajes reales. Me enseñó el valor de la prevención, la educación, la adherencia, el trabajo en equipo y la empatía. Comprendí que la Medicina combina ciencia y humanidad: la primera permite diagnosticar y tratar; la segunda ayuda a comprender, escuchar y acompañar. Aunque no siempre podamos modificar el curso de una enfermedad, sí podemos ayudar a enfrentarla con mayor conocimiento, seguridad y dignidad.

Desde entonces procuro que cada encuentro clínico sea una oportunidad para educar, prevenir y fortalecer la autonomía del paciente. La historia de Jorge me recordó que, incluso cuando no existe una curación definitiva, la Medicina todavía puede ofrecer algo esencial: conocimiento, acompañamiento, esperanza realista y atención digna.

Hoy entiendo que atender a un paciente significa mirar más allá del diagnóstico: comprender su realidad, respetar sus decisiones, orientar con claridad y acompañarlo durante cada etapa posible. La enfermedad renal crónica de Jorge me enseñó que, aun frente a condiciones complejas, siempre existe la posibilidad de intervenir positivamente mediante la prevención, el control, la educación y el alivio.

Su historia fortaleció mi compromiso con una Medicina centrada en la persona y no únicamente en la enfermedad. Me recordó que detrás de cada expediente clínico existen una vida, una familia y una historia que merecen ser atendidas con conocimiento, respeto y humanidad.

REUMATOLOGÍA



CUANDO LA PIEL CUENTA LA HISTORIA

Med. Ivanna Alejandra Andrade Sangurima



Durante la formación médica se aprende a reconocer signos, a interpretar exámenes y a tomar decisiones bajo presión. Sin embargo, existen experiencias que ningún libro de texto puede transmitir por completo y que solo se comprenden verdaderamente cuando se está frente a un paciente cuya historia obliga a mirar la medicina desde otra perspectiva.

Una de esas experiencias ocurrió durante una de mis guardias, en el marco de mi medicatura rural en la península de Santa Elena, en un centro de salud tipo C, un establecimiento sin especialistas ni área de hospitalización, pero sostenido por un equipo calificado y dispuesto a resolver emergencias con lo que tenía a la mano y, cuando la gravedad del caso lo exige, a gestionar oportunamente la referencia hacia un nivel de mayor complejidad.

En ese contexto, la mayoría de las consultas pediátricas solía dividirse en rinofaringitis, gastroenteritis, heridas por traumatismos, fracturas e incluso convulsiones. Sin embargo, en una ocasión particular se presentó un caso de aquellos que suelen habitar únicamente las páginas de los libros, de los que incluso llevan el nombre de quienes los describieron por primera vez y que rara vez se encuentran en la práctica clínica cotidiana. Este relato busca dejar constancia de esa experiencia: más que un ejercicio clínico, es un testimonio de las particularidades que impone ejercer la medicina en el primer nivel de atención.

El siguiente caso me llamó bastante la atención. Ocurrió en el mes de agosto, alrededor del mediodía, un día caluroso y soleado como suele ocurrir en la península, cuando acudió a la consulta de emergencia una niña de doce años, acompañada de sus padres. La

niña lucía tranquila, mientras los padres mostraban mucha incertidumbre y preocupación en el rostro. Presentaba un cuadro clínico de tres meses de evolución cuya progresión, según referían, no había sido monitoreada de manera estrecha en el hogar.

Los padres relataron que la paciente había sido valorada previamente en un centro de salud cercano a su domicilio por presentar epistaxis y un cuadro respiratorio. En aquella ocasión, los exámenes de laboratorio evidenciaron una cifra plaquetaria de 70 000 por microlitro, motivo por el cual fue enviada a casa con tratamiento de hierro por vía oral. Dos semanas después, la niña comenzó a presentar lesiones dérmicas de tipo petequeal en ambos miembros inferiores, por lo que los padres la llevaron nuevamente a control; en esa visita se les indicó que probablemente se trataba de una reacción alérgica al medicamento. Si bien el cuadro mostró cierta mejoría clínica, las lesiones violáceas en los miembros inferiores persistieron durante aproximadamente tres meses, aunque en esa ocasión sin molestias ni dolor alguno.

Con el paso del tiempo, la paciente comenzó a referir dolor en los miembros inferiores, de intensidad tal que llegó a requerir ayuda para desplazarse, y al examen físico se observó un leve edema. Ante la persistencia de estas molestias, los padres decidieron finalmente acudir al centro de salud donde me encontraba de guardia, lo que permitió valorarla directamente.

Al realizarle el examen físico, la paciente se mostraba tranquila, activa y colaboradora durante el interrogatorio, aunque llamaba la atención un leve tinte icterico en las conjuntivas. Las lesiones violáceas en los miembros inferiores no desaparecían a la digitopresión, presentaba edema sin fovea y negaba dolor abdominal. En la escala de fuerza muscular de Daniels obtuvo una calificación de 4/5, compatible con movimiento activo contra resistencia parcial, limitado por el dolor.

Ante este cuadro, se decidió enseguida solicitar exámenes de laboratorio complementarios, que evidenciaron una plaquetopenia significativa, alteración importante del perfil hepático,

prolongación de los tiempos de coagulación y serología IgM positiva para hepatitis A.

Dado el nivel de complejidad del establecimiento, se procedió a iniciar el trámite de referencia para garantizar a la paciente un manejo integral. Se logró coordinar con el especialista para la debida valoración, quien aceptó enseguida a la paciente.

Mientras se coordinaba el traslado, la paciente permaneció en el área de observación, cerca del consultorio donde podíamos vigilarla en todo momento. Se encontraba hemodinámicamente estable, con hidratación intravenosa con cloruro de sodio al 0,9 % a 40 ml por hora y omeprazol intravenoso, 37 mg al día.

El conjunto de hallazgos clínicos y paraclínicos —hepatitis A aguda asociada a hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia, alteración de las pruebas de coagulación, trombocitopenia y lesiones purpúrico-petequiales en los miembros inferiores— planteó la necesidad de descartar una etiología hematológica o inmunológica asociada, así como de valorar de manera integral las lesiones purpúricas y el edema de miembros inferiores.

Al discutir el caso con el equipo de trabajo, se consideró la posibilidad de encontrarnos ante una vasculitis de Henoch-Schönlein, también denominada vasculitis por IgA, entidad caracterizada por la inflamación de vasos sanguíneos de pequeño calibre y reconocida como la vasculitis más frecuente en la edad pediátrica.

Sin embargo, al tratarse de un centro de salud de primer nivel, no se contaba con especialistas, área de hospitalización ni los recursos necesarios para profundizar en el estudio etiológico.

Por este motivo, se inició la gestión de referencia hacia un hospital de segundo nivel que contaba con atención pediátrica permanente. El caso fue comunicado y aceptado sin inconvenientes; la principal dificultad surgió en el traslado, dado que la península disponía únicamente de tres ambulancias —incluida la del cuerpo de bomberos— y todas se encontraban ocupadas al momento de la solicitud, lo que obligó a esperar

varias horas hasta que una unidad quedara disponible para coordinar el traslado.

Durante toda la espera, la paciente se mantuvo tranquila y conversaba con naturalidad con el personal de salud, aunque en su mirada se percibía cierto temor ante la incertidumbre de no saber qué enfermedad padecía ni por qué debía ser hospitalizada y trasladada a otro centro médico, y el temor, más aún, de no saber qué le esperaba al cruzar la puerta del hospital.

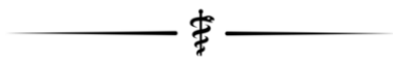
Cuando la ambulancia finalmente llegó y pudieron trasladarla, comenzó la parte más difícil del trabajo rural: el vacío. Una vez efectuada la referencia, el sistema no permite dar seguimiento a los pasos posteriores ni conocer las medidas finalmente adoptadas, lo que deja abierta la incertidumbre sobre el diagnóstico definitivo y la evolución de la paciente.

Con frecuencia pienso en ella: en cómo habrá evolucionado, tanto física como psicológicamente; si logró recuperarse por completo, si logró recuperar la fuerza en sus piernas; si las lesiones dérmicas persisten; y, sobre todo, si ha podido retomar su vida como una niña normal, libre de la preocupación de una enfermedad que la mantenga atada a una cama, observando a otros enfrentar sus propias enfermedades y lejos de las salas de espera y los sueros.

Este caso ilustra, más allá del valor académico de reconocer una entidad poco frecuente como la vasculitis de Henoch-Schönlein, la realidad del ejercicio médico en el primer nivel de atención: la necesidad de sostener el criterio clínico ante recursos limitados, la importancia de un diagnóstico oportuno y las barreras logísticas que, en zonas rurales, pueden retrasar el acceso a un manejo especializado.

Comprender estas limitaciones es, quizás, tan valioso como conocer la enfermedad misma. Requiere aprender a convivir con la incertidumbre, sostener la mirada del dolor cuando la logística nos supera y recordar que, detrás de cada diagnóstico complejo, siempre hay una vida esperando respuestas y una mano de ayuda.

NEUROLOGÍA



EL ECO DE LA GUARDIA

Med. Johan Javier Calle Cárdenas



Los pasillos del hospital guardaban un eco particular al caer la noche. El bullicio del día se disipaba y daba paso a una quietud densa, propicia para reflexionar sobre nuestro papel en la atención de los enfermos. En aquel rincón apartado de la geografía, cada guardia nocturna exigía entrega y templanza ante la incertidumbre propia de la práctica asistencial. El cansancio físico se convertía en una sombra constante, pero la urgencia del deber lo desplazaba en cuanto el silencio de la madrugada se quebraba.

Un llamado desde el área de observación alteró la dinámica del turno e inició una historia clínica compleja que pondría a prueba nuestra capacidad de respuesta. Sobre la camilla reposaba un paciente adulto con un déficit motor y sensitivo de instauración súbita, acompañado de un cuadro vascular cerebral que exigía actuar de inmediato. La sala quedó envuelta en un silencio tenso, interrumpido por las indicaciones del colega a cargo y por el ritmo del monitor, que registraba constantes vitales estables bajo vigilancia estrecha.

Como médico en formación, debía asistir en la evaluación neurológica, aplicar escalas de valoración clínica y colaborar en la recolección precisa de muestras biológicas bajo presión. En pocos minutos, la tomografía simple de encéfalo confirmó el diagnóstico presuntivo de un evento vascular isquémico en desarrollo, dentro de un territorio arterial comprometido. En ese momento, la teoría aprendida durante años en las aulas adquirió un rostro humano y frágil que requería respuestas clínicas firmes, oportunas y compasivas.

Tras las puertas aguardaban los familiares. En sus rostros se reflejaba el desconcierto mientras esperaban una respuesta del equipo tratante. Dialogar con ellos, mantener la compostura y conservar la empatía en medio de la tensión fue una de las lecciones más difíciles y formativas de mi rotación. Comprendí que el sufrimiento de los seres queridos también requiere atención. No bastaba con identificar la lesión neurológica y seguir los parámetros clínicos; era necesario explicar, escuchar y acompañar.

El traslado a la unidad de cuidados especializados se realizó de manera coordinada para asegurar la administración oportuna de las terapias de rescate neurológico, bajo la supervisión del especialista. Permanecí en mi puesto, colaborando en el monitoreo de la presión arterial y en la evaluación de la respuesta a cada fármaco administrado. Cualquier cambio en el estado de conciencia exigía atención inmediata. Cada minuto dentro de la sala reafirmaba la complejidad del sistema nervioso central y la responsabilidad que asumimos como profesionales de la salud.

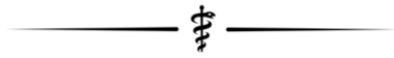
Las horas siguientes transcurrieron lentamente entre la revisión de los reflejos osteotendinosos y el seguimiento de los protocolos de neuroprotección destinados a preservar el tejido cerebral afectado por la isquemia. Cuando el paciente comenzó a mostrar signos graduales de mejoría clínica, el equipo recuperó parte de la esperanza sostenida durante aquellas horas críticas.

La práctica asistencial no solo enseña a interpretar patologías mediante libros y guías. También muestra que detrás de cada expediente existe una historia de vida singular. Durante una pausa en la quietud de la madrugada, mientras el café caliente reconfortaba mis manos entumecidas por el frío del ambiente, pensé en el significado de haber elegido esta profesión. La medicina clínica no es una sucesión lineal de resultados favorables, sino un recorrido hecho de aprendizaje, incertidumbre y vínculos con personas que confían su bienestar a nuestras manos.

Aquella rotación moldeó mi carácter profesional y me enseñó a valorar la serenidad durante los momentos críticos de la atención hospitalaria. El amanecer comenzó a teñir las ventanas del área de hospitalización con una luz cenicienta y anunció el final de una guardia extenuante. Antes del cambio de turno, todo el equipo se unió para comprobar que cada detalle del plan terapéutico se hubiera cumplido. La coordinación no era un gesto extraordinario, sino una condición necesaria para sostener la continuidad del cuidado.

Estas vivencias reafirmaron que la neurología clínica exige rigor científico y, al mismo tiempo, respeto por la vida de cada paciente. Los meses del internado en el hospital fueron el espacio donde se consolidó mi identidad como profesional comprometido con el bienestar de la comunidad. Al recordar aquellos pasillos iluminados por luces fluorescentes y las enseñanzas exigentes de los médicos de mayor experiencia, comprendo por qué elegí esta vocación. El camino continúa más allá de las paredes del consultorio, guiado por la esperanza y por el esfuerzo cotidiano.

INFECTOLOGÍA



UNA FIEBRE INESPERADA

Med. Christian Alexander Lema Guaraca



Hay pacientes que llegan por un motivo aparentemente sencillo y terminan recordándonos que la Medicina exige mirar más allá del síntoma principal. Pienso especialmente en una mujer adulta que acudió a consulta por fiebre y malestar general. Creía que se trataba de una infección respiratoria común, pues durante aquellos días varias personas presentaban cuadros similares. Sin embargo, desde el inicio hubo detalles que llamaron mi atención.

Refería varios días de fiebre intermitente acompañada de cansancio, disminución del apetito y dolor muscular. No presentaba tos importante, dificultad respiratoria ni síntomas urinarios claros. Había intentado descansar y tomar medicamentos para controlar la temperatura, pero el alivio era transitorio. Su familiar estaba preocupado porque la notaba más decaída de lo habitual.

Durante la entrevista decidí ampliar las preguntas. Indagué sobre contactos enfermos, alimentación reciente, consumo de agua, viajes, exposición a animales, picaduras, medicamentos y antecedentes relevantes. Algunos temas podían parecer alejados del motivo de consulta; no obstante, en Infectología, la historia epidemiológica puede convertirse en una pieza fundamental para orientar el diagnóstico.

La exploración física mostró a una paciente febril, cansada y con discreta taquicardia. No había signos evidentes de dificultad respiratoria. El abdomen era blando, aunque presentaba una molestia leve durante la palpación. Al no encontrar un foco claro, evité formular una conclusión demasiado pronto.

Solicité estudios de laboratorio para valorar su estado general e identificar datos que orientaran hacia un proceso infeccioso.

Mientras esperábamos los resultados, insistí en mantener una hidratación adecuada y vigilar la aparición de signos de alarma. El hemograma y otros parámetros mostraron alteraciones compatibles con una respuesta inflamatoria, pero por sí solos no permitían determinar el origen del cuadro.

Decidí conversar nuevamente con ella. Durante esta segunda entrevista apareció un dato que al principio no había considerado importante: había asistido recientemente a una reunión familiar en una zona rural, donde consumió alimentos preparados fuera de su domicilio y mantuvo contacto con numerosas personas. Aquella información modificó mi enfoque y amplió las posibilidades diagnósticas.

La enseñanza fue inmediata: una historia clínica completa no siempre se obtiene durante la primera ronda de preguntas. El paciente puede omitir información porque no la considera relacionada con su enfermedad. Por eso resulta importante explicar la razón de nuestras preguntas y permitir que la conversación avance sin una prisa excesiva.

Con la nueva información valoré distintos diagnósticos diferenciales, incluidas infecciones bacterianas y virales, además de otras causas de fiebre prolongada. Evité iniciar un antimicrobiano de manera automática. La decisión debía apoyarse en la condición clínica, la probabilidad diagnóstica y los resultados disponibles. En la práctica cotidiana puede existir la tentación de tratar cualquier fiebre con antibióticos, pero esa no siempre es la conducta adecuada.

Durante las horas siguientes, la paciente permaneció en observación. La fiebre persistía, aunque respondía parcialmente a las medidas sintomáticas, y no aparecieron signos de deterioro grave. Los estudios complementarios y la evolución clínica permitieron orientar el diagnóstico hacia una infección sistémica de probable origen gastrointestinal. Se solicitaron las pruebas correspondientes para confirmar la sospecha y definir el tratamiento.

Cuando recibimos los resultados, la hipótesis adquirió mayor consistencia. Se instauró un tratamiento dirigido y se reforzaron la hidratación y la vigilancia. También le expliqué por qué no era conveniente automedicarse ni interrumpir la medicación antes de tiempo. Me escuchó con atención y reconoció que, antes de acudir a consulta, había pensado que cualquier antibiótico podría servirle.

Aquella conversación me hizo reflexionar sobre una dificultad frecuente en la Medicina General: muchas personas buscan una solución inmediata, mientras nosotros necesitamos construir primero una explicación razonable de lo que sucede. En las enfermedades infecciosas, esta diferencia resulta particularmente importante, porque un tratamiento innecesario también puede causar problemas.

La evolución fue favorable. Con el manejo indicado, la fiebre comenzó a disminuir y la paciente recuperó progresivamente el apetito. Los controles posteriores confirmaron la mejoría clínica. Al final, agradeció no solo el tratamiento, sino también el tiempo dedicado a formular preguntas que al comienzo le habían parecido extrañas.

Para mí, aquel caso reforzó el valor de la epidemiología cotidiana. No se necesita una situación extraordinaria para sospechar una enfermedad infecciosa. A veces basta con preguntar dónde estuvo una persona, qué comió, con quién tuvo contacto o qué animales estuvieron cerca. Datos sencillos pueden transformar por completo la orientación de una consulta.

También comprendí que la Infectología exige una observación constante. La fiebre es un síntoma, no un diagnóstico. El cansancio, los escalofríos, el dolor muscular y la pérdida del apetito pueden aparecer en múltiples enfermedades. La tarea del médico consiste en ordenar la información, reconocer patrones y decidir qué estudios son verdaderamente útiles.

En otra ocasión atendí a un paciente con fiebre y lesiones cutáneas. Su apariencia inicial sugería una infección superficial, pero la distribución, la evolución y los síntomas generales

obligaron a ampliar el diagnóstico diferencial. Una vez más, la historia clínica resultó determinante: había tenido contacto reciente con una persona enferma y había tomado por su cuenta un medicamento que modificó parcialmente el aspecto de las lesiones.

Experiencias como estas me han enseñado a desconfiar de las respuestas demasiado rápidas. Una consulta puede comenzar con una pregunta tan sencilla como «¿por qué tengo fiebre?», pero la respuesta responsable rara vez se encuentra en una sola pregunta o en un único examen. Requiere integrar antecedentes, exposiciones, síntomas, signos físicos, pruebas complementarias y evolución.

La prevención también formó parte de la experiencia. Después de confirmar el cuadro, conversé con la paciente sobre la higiene de manos, la manipulación adecuada de los alimentos, el consumo de agua segura y la consulta oportuna ante signos de alarma. No se trataba de convertir la atención en una clase, sino de aprovechar unos minutos para transformar la enfermedad en una oportunidad de aprendizaje.

Al finalizar el seguimiento pensé en todo lo que había surgido de una fiebre aparentemente inespecífica. El caso me recordó que la Medicina no consiste únicamente en identificar una enfermedad, sino en comprender el contexto en el que aparece. Cada paciente trae consigo hábitos, experiencias, contactos y circunstancias que pueden resultar decisivos.

Como médico general, considero que una de nuestras herramientas más valiosas es la capacidad de preguntar bien. Un interrogatorio cuidadoso puede orientar el diagnóstico antes de que llegue cualquier resultado de laboratorio. En el campo de las enfermedades infecciosas, además, puede revelar una fuente probable de exposición y ayudar a establecer medidas para proteger al paciente y a quienes lo rodean.

La paciente se recuperó y la consulta terminó como tantas otras, con una despedida y la recomendación de regresar si aparecían signos de alarma. Para mí, sin embargo, no fue una atención más.

Me recordó que detrás de un síntoma frecuente puede esconderse una historia compleja y que el conocimiento médico se vuelve verdaderamente útil cuando se combina con curiosidad, prudencia y escucha.

Desde entonces, cuando un paciente llega con fiebre sin un foco evidente, procuro detenerme antes de formular una conclusión. Pregunto otra vez, observo y reviso. La Medicina infecciosa exige paciencia porque, a menudo, el diagnóstico se construye con pequeñas piezas. Algunas están en el laboratorio; otras, en la historia de vida del paciente. Saber reconocerlas es una parte esencial de nuestro trabajo.



#LineaEditorial

**Participa en nuestros próximos
proyectos editoriales!**

+593 985022502