

ESPECIALIDADES MÉDICAS

TOMO 6

DESAFÍOS CRÍTICOS Y MANEJO QUIRÚRGICO

Vocación, Ciencia y Práctica



FECIM - ECUADOR

- + Emergencias
- + Medicina Crítica y Cuidados Intensivos
- + Cirugía General
- + Anestesiología
- + Traumatología y Ortopedia
- + Urología
- + Otorrinolaringología
- + Cirugía Maxilofacial
- + Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética



COAUTORES



- Carlos Andrés Acurio Segovia
- Nicole Stefany Aguilar Sanmartín
- Fernando Paúl Aguilera Pérez
- Kathy Antonella Alonzo Manzano
- Ivanna Alejandra Andrade Sangurima
- Jennifer Cristina Baquero Basantes
- Jorge Luis Bermeo León
- Joseph Josue Campoverde López
- Paulo Sebastián Delgado Pinchao
- Paúl Alejandro Díaz Andrade
- Linda Salomé Granda Matute
- Diego Ismael Guarco Colcha
- Geovanna Nicole Holguín Montenegro
- Chiara María Iannuzzelli Loor
- Gisella Vanessa Jara León
- Cinthya Cecibel Jaramillo Guishcacho
- Andrea Michelle Jiménez García
- Diana Estefanía Jiménez Morante
- Luis Eduardo Jirón Jiménez
- Christian Alexander Lema Guaraca
- Jorge Paúl López Acosta

- Jairo Orlando López Calle
- Juan Pablo Lupera Walker
- Bryan Johan Maliza Rodríguez
- Carlos David Martínez Ochoa
- Victoria Jazmín Medina Idrovo
- Byron Omar Montero Carpio
- Cinthya Lorena Muñoz Galarza
- Steeven Alexander Pinzón Narváez
- Francisco José Ponce Villalva
- Emily Dayanara Preciado Díaz
- Carlos Alberto Rojas Merino
- Yasliv Giselle Rosero Vera
- Aitana Emilia Ross Proaño
- Laila Estefanía Salem Loor
- Zamira Elena Sánchez Azar
- Cristian Hernán Solórzano Velásquez
- Marlon Andrés Suscal Orellana
- Daniel Alejandro Vacas Lamiña
- Julio César Yujato Guallasamín
- Jhoselyn Abigail Zambrano Zapata



www.revistafecim.org

ISBN: 978-9907-9605-1-8





TOMO 5
**DESAFÍOS CRÍTICOS
Y MANEJO
QUIRÚRGICO**

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

[978-9907-9605-1-8](#)

DOI

<https://doi.org/10.46721/tejom-vol6issbookmed20-2026>

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
Fernando Paúl Aguilera Pérez
Kathya Antonella Alonzo Manzano
Ivanna Alejandra Andrade Sangurima
Jennifer Cristina Baquero Basantes
Jorge Luis Bermeo León
Joseph Josué Campoverde López
Paulo Sebastián Delgado Pinchao
Paúl Alejandro Díaz Andrade
Linda Salomé Granda Matute
Diego Ismael Guarco Colcha
Geovanna Nicole Holguín Montenegro
Chiara María Iannuzzelli Loor
Gisella Vanessa Jara León
Cinthya Cecibel Jaramillo Guishcasho
Andrea Michelle Jiménez García
Diana Estefanía Jiménez Morante
Luis Eduardo Jirón Jiménez
Christian Alexander Lema Guaraca
Jorge Paúl López Acosta
Jairo Orlando López Calle
Juan Pablo Lupera Walker
Bryan Johan Maliza Rodríguez

Carlos David Martínez Ochoa
Victoria Jazmín Medina Idrovo
Byron Omar Montero Carpio
Cinthya Lorena Muñoz Galarza
Steeven Alexander Pinzón Narváez
Francisco José Ponce Villalva
Emily Dayanara Preciado Díaz
Carlos Alberto Rojas Merino
Yasliv Giselle Rosero Vera
Aitana Emilia Ross Proaño
Laila Estefanía Salem Loor
Zamira Elena Sánchez Azar
Cristian Hernán Solórzano Velásquez
Marlon Andrés Suscal Orellana
Daniel Alejandro Vacas Lamiña
Julio César Yujato Guallasamín
Jhoselyn Abigail Zambrano Zapata



ÍNDICE

Prólogo

EMERGENCIAS

EN MEDIO DE LA EMERGENCIA, LA IMAGENOLOGÍA HABLÓ

Med. Cinthya Lorena Muñoz Galarza..... 18

ENTRE URGENCIA Y HUMANIDAD

Med. Diego Ismael Guarco Colcha..... 23

EMPATÍA EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA

Med. Zamira Elena Sánchez Azar..... 28

EL PRIVILEGIO DE SANAR

Med. Ivanna Alejandra Andrade Sangurima..... 32

EL DÍA QUE DEJÉ DE SER INTERNO

Med. Emily Dayanara Preciado Díaz..... 37

CUANDO EL CORAZÓN SE COMPRIME

Med. Marlon Andrés Suscal Orellana..... 40

ENTRE LA EMERGENCIA Y UNA IMAGEN: CUANDO CADA MINUTO CUENTA

Med. Nicole Stefany Aguilar Sanmartín..... 45

HASTA EL ÚLTIMO ALIENTO

Dr. Julio César Yujato Guallasamín 50

TREINTA MINUTOS

Med. Steeven Alexander Pinzón Narváez..... 55

MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS

DONDE CADA SEGUNDO FORJA MÉDICOS

Med. Jairo Orlando López Calle.....61

CIRUGÍA GENERAL

LA NOCHE A LA DERIVA

Med. Geovanna Nicole Holguín Montenegro.....66

LA LECCIÓN DETRÁS DEL QUIRÓFANO

Med. Diana Estefanía Jiménez Morante75

LAS MANOS QUE CONSTRUYEN SONRISAS

Med. Bryan Johan Maliza Rodríguez79

LA PRIMERA NUNCA SE OLVIDA

Med. Francisco José Ponce Villalva85

EL CAMINO HACIA LA CIRUGÍA

Med. Paulo Sebastián Delgado Pinchao91

ABDOMEN CATASTRÓFICO: CUANDO LA MEDICINA TAMBIÉN NOS ENSEÑA A AMAR

Med. Byron Omar Montero Carpio.....97

CUANDO EL TIEMPO CUENTA

Med. Christian Alexander Lema Guaraca.....103

EL ARTE Y LA DUALIDAD DE LA CIRUGÍA GENERAL

Med. Jennifer Cristina Baquero Basantes107

EL PESO DE LAS DECISIONES

Med. Laila Estefanía Salem Looor112

ANESTESIOLOGÍA

ANTES DEL SUEÑO

Med. Linda Salomé Granda Matute.....118

EN MANOS AJENAS

Med. Cinthya Cecibel Jaramillo Guishcasho 125

LA HISTORIA DE UN FAMILIAR

Med. Victoria Jazmín Medina Idrovo 129

INICIO DE TODO

Med. Jorge Luis Bermeo León..... 134

LOS QUE PERMANECEN DESPIERTOS

Med. Kathy Antonella Alonzo Manzano 138

EL SILENCIO DE LA ANESTESIOLOGÍA

Med. Gisella Vanessa Jara León 144

LA NOCHE DE LA VENTANA

Med. Joseph Josué Campoverde López 148

SERENIDAD EN LA TORMENTA

Med. Andrea Michelle Jiménez García..... 154

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

LA PIERNA QUIETA

Med. Carlos David Martínez Ochoa 159

EL PRIMER YESO

Med. Juan Pablo Lupera Walker..... 166

MÁS QUE UNA LESIÓN

Med. Jorge Paúl López Acosta 169

LA FISIOLOGÍA DE LA VOCACIÓN

Med. Carlos Andrés Acurio Segovia 174

EL LLAMADO DEL QUIRÓFANO

Med. Carlos Alberto Rojas Merino..... 179

UN ANTES Y UN DESPUÉS

Med. Aitana Emilia Ross Proaño..... 183

LA BATALLA QUE ME TRANSFORMÓ	
Med. Luis Eduardo Jirón Jiménez.....	188

UROLOGÍA

DEL JURAMENTO UNA VOCACIÓN	
Med. Cristian Hernán Solórzano Velásquez	193

MÁS QUE UNA ESPECIALIDAD	
Med. Daniel Alejandro Vacas Lamiña.....	200

APRENDER A TEMBLAR CON CALMA	
Med. Paúl Alejandro Díaz Andrade.....	205

OTORRINOLARINGOLOGÍA

UN MUNDO DESCONOCIDO	
Med. Jhoselyn Abigail Zambrano Zapata	210

CIRUGÍA MAXILOFACIAL

DETRÁS DEL ROSTRO	
Od. Fernando Paúl Aguilera Pérez.....	218

CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA

LA OTRA MEDIDA DEL ÉXITO EN LA CIRUGÍA PLÁSTICA	
Med. Chiara María Iannuzzelli Loor.....	225

CADA CICATRIZ CUENTA UNA HISTORIA	
Med. Yasliv Giselle Rosero Vera	230



PRÓLOGO

La medicina enfrenta algunos de sus mayores desafíos cuando el tiempo es limitado, la condición del paciente cambia rápidamente y cada decisión puede modificar el curso de una vida. En estos escenarios, el conocimiento científico debe acompañarse de criterio clínico, precisión técnica y capacidad para actuar con serenidad frente a la incertidumbre.

Desafíos Críticos y Manejo Quirúrgico reúne relatos nacidos de la formación y la práctica de profesionales que han intervenido en situaciones complejas, urgentes y profundamente humanas. Sus páginas muestran que la atención de un paciente crítico no se limita a ejecutar procedimientos o seguir protocolos, sino que exige observar, anticiparse, establecer prioridades y responder de manera oportuna ante circunstancias que pocas veces permiten margen para la duda.

Cada experiencia permite acercarse a estos escenarios desde una perspectiva personal. Algunas historias transcurren en medio de una emergencia; otras reflejan la preparación necesaria para una intervención, el desafío de una complicación inesperada o el aprendizaje que permanece después de acompañar a un paciente durante su recuperación. En todas ellas se reconoce que ninguna actuación es verdaderamente rutinaria cuando detrás existe una persona que deposita su confianza en el equipo de salud.

La atención crítica y quirúrgica también requiere trabajo conjunto. Cada valoración, decisión, procedimiento y cuidado posterior depende de profesionales capaces de integrar sus conocimientos y actuar con coordinación, prudencia y responsabilidad. La excelencia no surge únicamente de la habilidad individual, sino de comprender que cada intervención forma parte de un proceso compartido.

Al narrar sus experiencias, los autores convierten momentos de tensión, aprendizaje y vocación en una oportunidad de reflexión.

Sus relatos recuerdan que la precisión técnica alcanza su verdadero valor cuando está acompañada de sensibilidad, comunicación y respeto por la dignidad del paciente.

Como parte de la serie Especialidades Médicas: Vocación, Ciencia y Práctica, el ***Tomo 6: Desafíos Críticos y Manejo Quirúrgico*** muestra que cada decisión clínica representa mucho más que una intervención: es un acto de confianza en el que la ciencia, la experiencia y la humanidad deben permanecer inseparables.

Que estas páginas nos inviten a reconocer que, incluso en los momentos más críticos, detrás de cada procedimiento existen profesionales que asumen una enorme responsabilidad y pacientes que confían en una nueva oportunidad para continuar su historia.

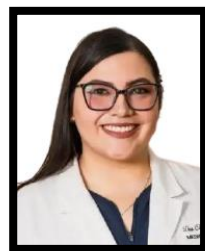


EMERGENCIAS



EN MEDIO DE LA EMERGENCIA, LA IMAGENOLÓGÍA HABLÓ

Med. Cinthya Lorena Muñoz Galarza



El servicio de emergencias es uno de los escenarios más exigentes de la práctica médica. En cada jornada, el personal sanitario enfrenta las limitaciones del sistema de salud, el cansancio, la presión asistencial y la necesidad de tomar decisiones en cuestión de minutos, muchas de las cuales pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Sin embargo, en medio del caos hay principios que nunca deberían negociarse: escuchar al paciente, realizar un examen físico adecuado, actuar con empatía y comprender que cada consulta es una oportunidad para hacer un diagnóstico oportuno.

El caso que comparto a continuación demuestra la importancia de prestar atención incluso a los detalles que podrían parecer insignificantes, aun cuando las condiciones de trabajo y la dinámica hospitalaria representen un desafío constante.

Era una madrugada como tantas otras en el servicio de emergencias. Mientras atendíamos múltiples ingresos, pacientes críticos y personas politraumatizadas, acudió un hombre de 25 años con dolor abdominal difuso y dificultad para evacuar. A simple vista, podía parecer un cuadro frecuente, susceptible de manejo ambulatorio y asociado a causas benignas. Sin embargo, hubo algo en su historia clínica que despertó mi atención.

Durante la anamnesis, el paciente refirió que no era la primera vez que presentaba esa sintomatología. En los meses previos había acudido a distintos centros de salud por el mismo motivo. En cada ocasión recibía tratamiento sintomático, con alivio temporal; sin

embargo, los síntomas reaparecían una y otra vez. Aquella situación lo había acompañado durante más de un año.

Lo que más me impactó no fue únicamente la persistencia de los síntomas, sino que, hasta ese momento, no se hubieran realizado estudios complementarios para investigar su causa. Todo se había limitado al manejo sintomático, sin profundizar en el problema ni efectuar un examen físico completo.

Decidí hacer lo que considero una responsabilidad esencial de todo médico: escuchar con atención, generar un ambiente de confianza y realizar una valoración clínica integral, aun después de una jornada especialmente extenuante.

Mientras hablaba, el paciente reflejaba cansancio, frustración y preocupación. Era evidente que no solo convivía con el dolor físico, sino también con el desgaste emocional de llevar más de un año buscando respuestas sin encontrarlas.

Durante el examen físico realicé una valoración abdominal completa mediante inspección, auscultación, percusión y palpación. Fue entonces cuando encontré un hallazgo que cambió por completo el rumbo del caso: una masa de tamaño considerable que comprometía el abdomen medio e inferior. Aquel hallazgo no podía pasar desapercibido.

Considerando la evolución prolongada del cuadro clínico, la persistencia de los síntomas y los hallazgos del examen físico, estimé imprescindible solicitar una tomografía abdominal que permitiera esclarecer el diagnóstico. Sin embargo, mi solicitud no fue bien recibida.

Existió resistencia por parte del personal de imagenología y de los jefes de guardia. El argumento era que se trataba de un paciente joven con estreñimiento y dolor abdominal crónico, por lo que realizar una tomografía representaba un uso innecesario de recursos. La recomendación general era continuar manejándolo como un caso de estreñimiento.

Sin embargo, mi criterio clínico, respaldado por la evolución del paciente y los hallazgos del examen físico, me indicaba que había

algo más. Insistí, defendí y fundamenté la necesidad del estudio, pero la negativa persistía. En medio de la discusión, convencida de mi impresión diagnóstica, pronuncié una frase que reflejaba plenamente la confianza en mi criterio médico:

-- Si la tomografía sale normal, pueden descontar el valor del examen de mi próximo sueldo. --

No fue un comentario impulsivo, sino la expresión de la certeza de que mi paciente necesitaba respuestas y, sobre todo, la oportunidad de recibir un tratamiento oportuno.

Sorprendidos por mi convicción, finalmente autorizaron la realización del examen.

El resultado dejó a todo el equipo médico perplejo. La tomografía abdominal evidenció una masa de aproximadamente 30 cm a nivel del colon, además de múltiples lesiones compatibles con metástasis en diferentes órganos.

Aquello que durante más de un año había sido tratado como un estreñimiento crónico correspondía, en realidad, a una enfermedad oncológica avanzada.

De inmediato se solicitó una interconsulta urgente al servicio de Gastroenterología. El equipo decidió continuar el estudio con una colonoscopia, toma de biopsias y marcadores tumorales, con el fin de confirmar el diagnóstico.

El paciente permaneció hospitalizado mientras esperaba el resultado histopatológico. Recuerdo su actitud serena; parecía sentir alivio por estar, al fin, más cerca de una respuesta. Sin embargo, en su mirada también se reflejaban el miedo y la incertidumbre ante lo que estaba por venir.

Los resultados confirmaron el diagnóstico: adenocarcinoma de colon sigmoide.

Un día después de recibir el resultado de la biopsia, el paciente falleció a causa de un infarto agudo de miocardio.

Su fallecimiento dejó una huella profunda en mí, y desde entonces este caso ha permanecido presente en mi práctica médica.

No fue únicamente la pérdida de un paciente joven. También representó el peso de una reflexión inevitable: ¿qué habría ocurrido si el diagnóstico se hubiese realizado meses antes? ¿Cuánto tiempo se perdió tratando los síntomas sin buscar la causa? ¿Habría cambiado su pronóstico con una intervención más temprana?

Son preguntas que probablemente nunca tendrán una respuesta definitiva.

Sin embargo, esta experiencia reafirmó una convicción que hoy guía mi ejercicio profesional: la medicina no puede limitarse a tratar síntomas; debe orientarse a identificar sus causas utilizando todas las herramientas diagnósticas disponibles. La imagenología no reemplaza el juicio clínico, sino que lo complementa, lo fortalece y, en muchas ocasiones, revela aquello que la semiología nos hace sospechar.

En las patologías abdominales, donde la presentación clínica puede ser inespecífica y engañosa, solicitar un estudio de imagen en el momento oportuno puede marcar una diferencia trascendental. Una ecografía, una radiografía o una tomografía realizadas con un criterio clínico adecuado pueden acelerar el diagnóstico, orientar las decisiones terapéuticas e, incluso, modificar el pronóstico del paciente.

En ocasiones, una imagen no solo confirma una sospecha clínica; también da voz a aquello que el cuerpo lleva tiempo intentando decir. En esta historia llegó demasiado tarde para cambiar el desenlace, pero permitió revelar la verdadera causa del problema.

Detrás de un síntoma persistente siempre puede existir una enfermedad de mayor complejidad. Por ello, nunca debemos minimizar el dolor ni normalizar cuadros recurrentes sin una evaluación integral. Una historia clínica detallada, un examen físico completo y el uso oportuno de exámenes complementarios constituyen un triángulo fundamental para alcanzar un diagnóstico preciso y ofrecer al paciente el tratamiento más adecuado.

En medio del ritmo acelerado y del constante desafío que representa el servicio de emergencias, donde el tiempo es limitado y las decisiones deben tomarse con rapidez, el médico nunca debe perder la capacidad de escuchar, examinar y cuestionar. Este caso me recordó que, cuando se utiliza con criterio y en el momento oportuno, la imagenología puede convertirse en una herramienta decisiva para descubrir diagnósticos que, de otro modo, podrían pasar desapercibidos.

ENTRE URGENCIA Y HUMANIDAD

Med. Diego Ismael Guarco Colcha



Hay aprendizajes en medicina que no llegan desde los libros. Algunos aparecen en una sala llena de ruido, en una madrugada sin descanso, en una mirada que busca respuestas o en el silencio que queda después de una emergencia. Durante el internado, uno cree que se está preparando únicamente para diagnosticar, actuar y resolver. Sin embargo, poco a poco comprende que también se está formando para sostener, acompañar y permanecer frente a momentos que ningún examen puede medir por completo.

En esa etapa, la emergencia se convierte en una escuela intensa. Cada guardia trae consigo situaciones distintas: accidentes de tránsito, fracturas graves, heridas abiertas, familias angustiadas y pacientes que llegan entre el miedo y la esperanza. Al principio, todo impacta con una fuerza difícil de explicar. La sangre, el dolor, los gritos, la incertidumbre y la rapidez con la que deben tomarse decisiones hacen que uno sienta, de manera directa, el peso real de la profesión.

Recuerdo que, en más de una ocasión, me encontré frente a escenas que jamás imaginé vivir tan pronto. Personas con lesiones severas, extremidades sangrantes, padres y madres en condiciones críticas, adultos mayores que luchaban por despertar y niños cuya fragilidad estremecía a todo el equipo. En esos momentos, la medicina dejaba de ser una teoría ordenada y se convertía en una responsabilidad viva, urgente y profundamente humana.

Había cansancio, por supuesto. Las pocas horas de sueño pasaban factura de una manera casi imperceptible. Uno seguía funcionando, respondía indicaciones, revisaba signos vitales,

ayudaba en procedimientos y trataba de mantenerse atento. Pero por dentro también ocurría algo. Cada caso dejaba una huella. Cada rostro recordaba que detrás de un diagnóstico existía una historia, una familia y una vida entera que, en cuestión de segundos, podía cambiar.

Uno de los aprendizajes más difíciles fue comprender que no siempre se puede controlar el desenlace. En la formación médica se nos enseña a actuar, pero también se aprende, con el tiempo, que la vida tiene límites que duelen. Hay pacientes que mejoran y vuelven a sonreír. Hay otros que, pese a todos los esfuerzos, se van apagando lentamente. En esas despedidas silenciosas, la medicina enseña una verdad profunda: no siempre podemos curar, pero siempre podemos cuidar.

Esa idea me tomó tiempo comprenderla. Al inicio, cada pérdida parecía una derrota personal. Sentía que, si una vida se apagaba, algo había fallado, aunque el equipo hubiera hecho todo lo posible. Después comprendí que acompañar también es una forma de medicina. Estar presente, hablar con respeto, sostener una mano, brindar alivio, dar dignidad y evitar que una persona atravesase sola su momento más vulnerable también forma parte del acto médico.

Con el paso de las guardias, algo empieza a cambiar en quienes vivimos de cerca estas experiencias. La muerte, los accidentes y el dolor dejan de ser hechos excepcionales y comienzan a formar parte del entorno cotidiano del servicio. No porque pierdan importancia, sino porque la mente necesita encontrar una forma de continuar. Frente a tanta exposición emocional, aparece un mecanismo psicológico de defensa: normalizar lo que ocurre para no quebrarse ante cada escena.

Esa normalización no significa indiferencia. Al contrario, muchas veces es la manera en que el médico, el interno o el personal de salud logran seguir ayudando. Si cada emergencia se viviera con la misma intensidad emocional del primer día, sería difícil mantenerse de pie. La mente aprende a ordenar el caos, a convertir el miedo en acción y a transformar el impacto en

respuesta. Es una protección interna que permite continuar atendiendo al siguiente paciente sin desbordarse.

A veces, ese mecanismo aparece en forma de silencio. Otras veces, en comentarios breves entre compañeros. Incluso pueden surgir bromas que, vistas desde afuera, parecerían frías o incomprensibles. Pero dentro de una guardia, muchas veces esas bromas no nacen de la falta de sensibilidad, sino de la necesidad de respirar. Son pequeñas válvulas de escape frente a escenas difíciles, una forma imperfecta, pero humana, de aliviar la tensión y evitar que el dolor se acumule sin encontrar una salida.

Con el tiempo entendí que no se trataba de dejar de sentir, sino de aprender a sentir sin romperse. Esa diferencia es importante. La sensibilidad no desaparece; se transforma. Se vuelve más silenciosa, más prudente, más profunda. Uno aprende a no llorar en el momento en que todos necesitan calma, pero eso no significa que no duela. Aprende a hablar con serenidad, aunque por dentro reconozca la gravedad de lo que ocurre. Aprende a actuar, incluso cuando el miedo está presente.

También entendí que la esperanza no siempre significa salvar una vida de la forma en que imaginamos. A veces la esperanza está en una pequeña mejoría, en una respiración que se estabiliza, en una familia que logra despedirse, en un paciente que recibe alivio, en un equipo que trabaja unido o en una palabra dicha a tiempo. La esperanza, en medicina, no siempre es grande ni ruidosa. Muchas veces es discreta, pero sostiene.

Durante el internado, las limitaciones también enseñan. La falta de recursos, los insumos escasos, el cansancio del personal y la presión constante muestran una realidad que no siempre se menciona con suficiente claridad. Sin embargo, en medio de esas dificultades también aparecen la creatividad, el compañerismo y la voluntad de hacer lo mejor posible con lo disponible. Uno aprende a valorar cada ayuda, cada mano que se suma, cada indicación clara y cada gesto de apoyo.

Recuerdo a compañeros que, sin decir demasiado, sabían cuándo acercarse. Recuerdo a profesionales con más experiencia que

enseñaban en medio de la urgencia. Recuerdo a pacientes que, aun desde el dolor, agradecían. Y recuerdo también a familias que encontraban consuelo en una explicación honesta, en una mirada respetuosa o en la presencia de alguien que no se apartaba.

Esas experiencias, aunque duras, también construyen. No solo forman criterio clínico; también forman carácter, empatía y humildad. La emergencia enseña que la vida es frágil, pero también que el ser humano tiene una enorme capacidad para luchar, resistir y acompañar. Enseña que cada segundo cuenta, pero también que cada gesto importa. Enseña que la técnica es indispensable, pero que la humanidad es irremplazable.

Hoy miro hacia atrás y comprendo que el internado no solo me enfrentó a la muerte. También me mostró la fuerza de la vida. Porque incluso en los pasillos más difíciles había personas intentando salvar, aliviar, cuidar y sostener. Había manos trabajando, voces organizando, miradas atentas y corazones que, aunque cansados, seguían presentes. En medio del dolor, la vocación encontraba una forma de expresarse.

La normalización de la muerte y de los accidentes, cuando se vive con conciencia, puede convertirse en una herramienta para continuar sirviendo sin perder la humanidad. El riesgo está en confundir el mecanismo de defensa con la indiferencia. Por eso es necesario recordar, una y otra vez, que detrás de cada paciente hay una historia; que cada emergencia merece respeto; que cada pérdida pesa y que cada vida atendida, incluso por poco tiempo, deja una enseñanza.

Ser médico también implica reconocer que quienes cuidan necesitan cuidarse. Hablar de lo vivido, descansar cuando sea posible, apoyarse en el equipo y aceptar que algunas escenas nos afectan no nos hace menos fuertes. Nos hace más humanos. La fortaleza no está en volverse insensible, sino en conservar la compasión incluso después de haber visto de cerca el sufrimiento.

Si algo me dejó aquella etapa fue una certeza: la medicina no consiste únicamente en luchar contra la enfermedad, sino también en permanecer al lado de la vida en todas sus formas. En la

recuperación, en la incertidumbre, en la despedida y también en el silencio. Permanecer con respeto. Permanecer con humildad. Permanecer con esperanza.

Porque cada guardia, incluso la más difícil, enseña que la luz puede aparecer en lugares inesperados: en un paciente que abre los ojos, en una familia que agradece, en un compañero que sostiene, en una decisión tomada a tiempo o en la calma que logramos transmitir cuando todo alrededor parece urgente.

Aprender en la urgencia fue también aprender a permanecer. Y permanecer, en medio de la fragilidad humana, es una de las formas más profundas de cuidar.

EMPATÍA EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA

Med. Zamira Elena Sánchez Azar



Durante una de mis guardias en el servicio de emergencia viví una experiencia que transformó mi manera de entender el abordaje del paciente pediátrico y me llevó a reflexionar sobre la importancia de una atención humanizada en pacientes con necesidades especiales. Aquel día ingresó a mi box de emergencia pediátrica un niño de cinco años con diagnóstico de trastorno del espectro autista. Horas antes había sufrido una caída de la motocicleta en la que se transportaba junto a sus padres.

Según nos relató su madre, el accidente ocurrió a baja velocidad; sin embargo, el niño se golpeó la cabeza contra el pavimento y sufrió una herida en el cuero cabelludo que presentaba un sangrado importante. Durante la valoración inicial se descartaron lesiones de mayor gravedad, pero la herida requería limpieza y sutura inmediata.

Cuando llegó a la emergencia estaba muy asustado. Lloraba de manera inconsolable, gritaba y rechazaba cualquier intento de acercamiento, excepto el de su madre. El ambiente propio del servicio, con luces intensas, múltiples sonidos y personas desplazándose constantemente, aumentaba aún más su ansiedad. Era evidente que todos aquellos estímulos convertían la atención médica en una experiencia especialmente difícil para él.

Mientras el equipo se organizaba para realizar el procedimiento, surgió la preocupación sobre cómo conseguiríamos suturar la herida sin aumentar su nivel de ansiedad. La principal dificultad era lograr que permaneciera inmóvil sin recurrir de inmediato a una sujeción que pudiera incrementar su miedo y provocar un

mayor rechazo hacia nuestra atención. Al escuchar al equipo, pensé que aquel niño necesitaba algo más que una sutura para controlar el sangrado: necesitaba que quienes íbamos a atenderlo intentáramos comprender la manera en que estaba viviendo aquella situación.

Decidí asumir el reto y me acerqué de forma cautelosa, procurando no invadir su espacio ni intentar sujetarlo bruscamente. Antes de iniciar cualquier procedimiento, hablé con sus padres para conocer qué situaciones le proporcionaban seguridad y cómo solían manejar en casa los momentos de mayor ansiedad o desborde emocional. Necesitaba entender primero qué podía tranquilizarlo antes de intentar que él se adaptara a nosotros.

Su madre me explicó que solía responder mejor cuando las personas le hablaban con tranquilidad y le daban tiempo para adaptarse. Con esa información, modifiqué la estrategia. En lugar de apresurar el procedimiento, procuré disminuir el ruido a su alrededor y limitar el ingreso de personas innecesarias a la sala, creando un ambiente más tranquilo. Esperé unos minutos y comencé a hablarle con voz suave para que pudiera familiarizarse con mi presencia. No fue un proceso rápido; requirió paciencia, autocontrol y, sobre todo, respeto por el tiempo que necesitaba.

Cuando el llanto disminuyó y comenzó a aceptar mi presencia, iniciamos el procedimiento con su madre permanentemente a su lado. La primera dificultad fue realizar una adecuada asepsia de la herida, pues cada vez que intentaba acercarme volvía a mostrar rechazo. Avanzamos poco a poco, deteniéndonos cuando percibía que necesitaba recuperar la calma, hasta conseguir completar esta primera etapa.

Después llegó el momento de colocar los puntos de sutura. Además de realizar un cierre adecuado que favoreciera la cicatrización y redujera el riesgo de complicaciones, debía procurar que aquella experiencia no se convirtiera en un episodio aún más traumático para él. Era consciente de que una vivencia negativa podía influir en su relación futura con los servicios de salud, por lo que intenté que cada movimiento fuera delicado y

preciso, respetando sus tiempos sin descuidar la calidad de la atención médica.

No fue un procedimiento sencillo y en varias ocasiones tuve que detenerme. Aun así, mantuvimos la calma y, con paciencia, comunicación constante y el apoyo de sus padres, logramos completar la sutura. El objetivo no era únicamente terminar el procedimiento, sino hacerlo procurando preservar, en la medida de lo posible, su bienestar emocional.

Al finalizar observé un cambio que me produjo una profunda satisfacción. El niño ya no lloraba como al inicio; permanecía tranquilo e incluso permitió que colocáramos el vendaje sin oponer resistencia. Para algunos podría parecer un detalle pequeño, pero para mí significó mucho más. Aquella respuesta demostraba que adaptar nuestra manera de atenderlo había cambiado considerablemente la experiencia de un paciente que, minutos antes, rechazaba cualquier intento de acercamiento.

Mientras explicaba a sus padres las recomendaciones para el cuidado de la herida, su madre, con lágrimas en los ojos, me agradeció profundamente. Me contó que en otras ocasiones habían vivido experiencias difíciles porque algunos profesionales no sabían cómo acercarse a su hijo y la atención terminaba siendo traumática para él. Esta vez, en cambio, sentía que había sido tratado con paciencia, respeto y comprensión.

Nunca olvidaré sus palabras: «Gracias por verlo primero como un niño y después como un paciente». Aquella frase permaneció en mi mente durante mucho tiempo. Como médicos podemos concentrarnos tanto en el diagnóstico, el tratamiento y los procedimientos que corremos el riesgo de olvidar las necesidades particulares de la persona que tenemos frente a nosotros. En este caso, atender a un niño con trastorno del espectro autista requería comprender, dentro de lo posible, su manera de percibir el entorno y adaptar nuestra actuación a ella.

Esta experiencia reforzó mi visión sobre la atención de pacientes con necesidades especiales, que exige preparación, sensibilidad y una verdadera vocación de servicio. El procedimiento no siempre

será el más sencillo ni el más rápido, pero la paciencia no necesariamente retrasa la atención; en determinadas circunstancias, puede ser precisamente la herramienta que permita llevarla a cabo de manera adecuada.

Atender a aquel niño fue mucho más que resolver una urgencia médica. Situaciones que para nosotros forman parte de la rutina hospitalaria pueden representar una importante fuente de ansiedad para un paciente que percibe su entorno de una manera diferente. Por ello, nuestra responsabilidad no termina al realizar correctamente una sutura: también implica adaptar la comunicación, respetar los tiempos del paciente y procurar un ambiente que le proporcione mayor seguridad.

La paciencia, la empatía y la escucha activa hacia los padres demostraron ser herramientas tan valiosas como cualquier instrumento utilizado durante el procedimiento. Aquel día confirmé que un abordaje adecuado no solo facilita la atención médica, sino que también puede transformar la experiencia del paciente y de su familia. La medicina exige conocimiento científico y capacidad técnica, pero también humanidad.

EL PRIVILEGIO DE SANAR

Med. Ivanna Alejandra Andrade Sangurima



Desde la infancia es común que nos hagan una pregunta: ¿qué queremos ser cuando seamos grandes? En mi caso, la respuesta siempre estuvo clara: quería ser médica. Mi vocación nació del deseo de ayudar. Sabía que no podría resolverlo todo, pero también era consciente de que, incluso con un pequeño aporte, podía marcar una diferencia.

Después de siete años de formación, finalmente lo logré. Al concluir los diez semestres de la carrera, llegó uno de los momentos que todo estudiante de medicina teme y anhela a la vez: el ingreso al internado. Ya no se trataba únicamente de estudiar, tomar apuntes y rendir exámenes; había llegado el momento de llevar a la práctica, con rapidez y precisión, todo lo aprendido en las aulas. Cada decisión exigía conocimiento, agilidad y, sobre todo, criterio clínico.

Cuando llegó el momento de elegir mi plaza, tenía muy claro cuál sería mi elección. Me correspondió un hospital de segundo nivel ubicado a tan solo diez minutos de mi domicilio, lo que facilitaba mis jornadas asistenciales de ocho horas entre semana y las guardias de veinticuatro horas. El internado, además de regalarme amistades sumamente especiales, se convirtió en una excelente preparación para afrontar el siguiente desafío de mi formación: la rural. Allí consolidé conocimientos esenciales y adquirí mayor seguridad en el manejo de emergencias, aprendiendo a responder ante ellas de manera rápida y eficaz.

Uno de los momentos de mayor incertidumbre llegó precisamente con la elección de plaza para el año rural. Existía el temor de

terminar lejos de casa y separada de mi familia. Sin embargo, siempre he creído en el valor de la preparación y en la importancia de abrirse camino hacia los propios objetivos. Finalmente, tuve la oportunidad de elegir una plaza frente a uno de los lugares que más aprecio: el mar, con la tranquilidad de sus carreteras, el aroma salino, la brisa constante y la extraordinaria fauna que habita nuestras costas. Allí comenzaría a vivir, en primera línea, una nueva experiencia dentro de la medicina de emergencia.

Llevo ya siete meses en Santa Elena y puedo decir que ha sido una de las mejores decisiones de mi carrera. Trabajo en un centro de salud tipo C, una unidad que fácilmente podría confundirse con un pequeño hospital. Aunque no dispone de todos los recursos de una institución hospitalaria, cuenta con lo necesario para responder oportunamente ante distintas emergencias.

Durante mis guardias cuento con el respaldo de un equipo sólido: dos médicos, un residente con gran capacidad resolutive, licenciadas siempre dispuestas a colaborar, una obstetra atenta a acompañar cada parto y una imagenóloga que recibe los casos de mayor complejidad derivados de hospitales de referencia. Este ambiente de colaboración constituye, sin duda, uno de los pilares fundamentales para brindar una atención eficaz. Las guardias se realizan cada cuatro días, en su mayoría durante veinticuatro horas, y cada una conserva esa cuota de incertidumbre que mantiene la vocación siempre despierta: nunca sabemos con certeza qué situaciones atravesarán la puerta de emergencias.

He atendido una amplia variedad de casos durante este tiempo — desde gastroenteritis e intoxicaciones hasta fracturas, descompensaciones por diabetes mellitus tipo 2, convulsiones, heridas abiertas y crisis asmáticas—, y cada paciente representa un escenario diferente que exige una valoración minuciosa y una atención individualizada.

Cada niño, cada adulto, cada persona constituye un caso particular. Estamos acostumbrados a estudiar en los textos el manejo estandarizado de las enfermedades; sin embargo, en la práctica nunca sabemos con absoluta certeza cómo responderá

cada paciente ni qué condiciones asociadas pueden modificar su evolución. No todo se ajusta exactamente a lo descrito en la literatura médica. Por ello, el año de medicina rural se ha convertido, sobre todo, en una preparación para la práctica clínica real: una formación que ya no ocurre únicamente entre páginas y conceptos académicos, sino frente a pacientes con historias, necesidades y circunstancias distintas.

Una de las labores que mayor satisfacción me genera es la atención de pacientes pediátricos. Suelo llevar conmigo una pluma de colores para distraerlos durante la consulta y algunas calcomanías que les entrego al finalizar. Ver la sonrisa de un niño, conseguir que poco a poco pierda el temor que suele acompañar una visita al médico y aliviar sus molestias son pequeños momentos que reafirman por qué elegí esta profesión. En ocasiones, incluso improviso globos con los guantes para hacer del consultorio un espacio un poco más amigable para ellos.

Resulta especialmente gratificante escuchar a los padres decir: «Es la primera vez que mi hijo no llora en una consulta», o recibir su agradecimiento por la atención brindada. Mis colegas suelen bromear con que dedico más tiempo del habitual a las consultas pediátricas —generalmente entre quince y veinte minutos por paciente en el área de emergencia—, pero procuro ser particularmente minuciosa, sobre todo con los padres primerizos, que suelen llegar cargados de dudas e inquietudes sobre la salud de sus hijos. En más de una ocasión, han sido los propios niños quienes me han pedido un abrazo al finalizar la consulta, un gesto sencillo, pero difícil de comparar con cualquier otra recompensa.

Por esa misma razón, siempre insisto a los padres en la importancia de mantener una supervisión constante, pues basta un instante de descuido para que ocurra un accidente. Los niños menores de cinco años constituyen un grupo especialmente vulnerable debido a las características propias de esta etapa del desarrollo: exploran activamente su entorno, sienten curiosidad por cuanto los rodea y todavía poseen una capacidad limitada para reconocer situaciones de riesgo.

Recuerdo particularmente el caso de una paciente de cinco años que había ingerido entre doce y catorce pastillas anticonceptivas. Llegó a consulta con dolor abdominal como único síntoma; se encontraba activa, reactiva y colaboradora durante el interrogatorio y el examen físico. En ese momento no presentaba desvanecimiento ni otros signos de alarma. Su madre relató que había salido brevemente a una tienda y que, al regresar, encontró en el suelo la caja vacía de anticonceptivos. Aunque la niña habría sido candidata a un lavado gástrico si hubiese acudido dentro de la primera hora posterior a la ingesta, ya habían transcurrido aproximadamente tres horas, por lo que este procedimiento dejó de considerarse pertinente.

Decidimos mantenerla en observación con hidratación intravenosa mientras me comunicaba con el pediatra de referencia del hospital. Durante la conversación, me explicó que podían aparecer algunas manifestaciones relacionadas con la ingesta hormonal, entre ellas dolor pélvico, sangrado o secreción vaginal. Por indicación médica, también contacté al Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIATOX) a través del 911, donde se determinó que, al tratarse exclusivamente de hormonas, el manejo debía ser sintomático.

Después de varias horas de vigilancia, la paciente permanecía estable y sin signos de alarma, por lo que finalmente pudo ser dada de alta. El pediatra explicó, además, que por la naturaleza hormonal de la sustancia ingerida podrían presentarse posteriormente algunas manifestaciones, como turgencia mamaria o menarquia precoz, entre otras. Por este motivo, se recomendó continuar con controles periódicos por consulta externa para vigilar su evolución.

El caso tuvo un desenlace favorable; sin embargo, debo admitir que, al ser mi primera experiencia frente a una intoxicación de estas características, la incertidumbre inicial fue considerable. Más allá de resolver la emergencia inmediata, me quedó la inquietud de saber cómo evolucionaría aquella niña después de abandonar el centro de salud.

Muchas veces me gustaría mantener el contacto y dar seguimiento a mis pacientes, como ocurre con mayor frecuencia en la consulta externa. Sin embargo, trabajar en el área de emergencia implica comprender que nuestra responsabilidad suele concentrarse en resolver la situación que tenemos frente a nosotros. Una vez que el paciente se marcha, rara vez volvemos a conocer su evolución, a menos que regrese por una nueva urgencia.

Como este, han sido muchos los casos que han marcado mi año rural. A quienes estén próximos a vivir esta etapa les aconsejaría disfrutarla, aprender de cada paciente y confiar en los conocimientos adquiridos durante su formación. Cada encuentro deja una enseñanza distinta y, cuando existe verdadera vocación por lo que hacemos, pocas cosas resultan tan gratificantes como ver a un paciente marcharse mejor y recibir, al final de la atención, su sincero agradecimiento.

EL DÍA QUE DEJÉ DE SER INTERNO

Med. Emily Dayanara Preciado Díaz



Nunca hubo un momento exacto en el que dejé de ser estudiante. Nadie me dijo: «Ya estás lista». No hubo una ceremonia que me hiciera sentir preparada para sostener la vida de alguien entre mis manos. Solo un día terminó el internado y, antes de darme cuenta, estaba sentada detrás de un escritorio en un centro de salud rural, con una fila de pacientes esperando escuchar respuestas que yo misma aún buscaba.

Recuerdo las guardias interminables en la emergencia de cirugía. Eran noches en las que el reloj parecía detenerse mientras las ambulancias seguían llegando: heridas por arma blanca, accidentes de tránsito, fracturas expuestas, hemorragias. Apenas terminábamos con un paciente cuando otro atravesaba la puerta.

Al principio observaba y, en menos de un chasquido de dedos, ayudaba: era automático. Más tarde, sin saber exactamente cuándo ocurrió, alguien me entregaba el material de sutura y escuchaba: «Hazlo tú». Las manos me temblaban bajo los guantes.

Pensaba que ninguna clase de anatomía, ningún libro de fisiología ni ningún examen me había preparado para mirar a una persona a los ojos mientras el dolor le recorría el cuerpo, y mucho menos para decirle a una familia que tendría que esperar, que haríamos todo lo posible o que, simplemente, ya no había nada más que hacer. El mundo nunca te prepara para eso.

Nadie te enseña cómo seguir trabajando después de ver morir a alguien, ni cómo sonreírle al siguiente paciente cuando todavía llevas el peso del anterior sobre los hombros. En el internado

entendí que la medicina no consiste solo en conocer enfermedades; también consiste en aprender a convivir con la incertidumbre.

Cada guardia terminaba con el uniforme manchado, los pies adoloridos y la mente repasando una y otra vez las decisiones tomadas. Siempre aparecía la misma pregunta: «¿Y si hubiera hecho algo diferente?».

Después llega el último día: dejas el mandil de interno, saludas a quienes se convirtieron en tu familia durante un año y piensas que, tal vez, ahora tendrás tiempo para descansar. Pero la medicina no espera: cierras los ojos un instante y, cuando los abres, ya eres médica rural.

El consultorio es pequeño. Afuera esperan madres con sus hijos, adultos mayores, embarazadas, agricultores que caminaron horas para llegar. Todos entran convencidos de que tú sabes qué hacer. Y tú solo piensas: «¿De verdad estoy preparada para esto?». Nadie nota el miedo; solo ven la bata blanca.

Entonces recuerdas aquellas noches en cirugía: a los residentes corrigiéndote, a los médicos enseñándote, a las enfermeras confiando en ti cuando ni tú confiabas en ti misma. Comprendes que nunca llegará el día en que uno se sienta completamente preparado para ser médico.

Porque la medicina no se aprende únicamente en los libros: se aprende en cada guardia sin dormir, en cada paciente que te enseñó algo sin saberlo, en cada error que prometiste no volver a cometer, en cada vida que pasó por tus manos y, sobre todo, en cada ocasión en la que el miedo estuvo presente, pero decidiste actuar de todos modos.

Quizá eso es convertirse en médico: no dejar de sentir miedo, sino aprender que, aun con él, alguien necesita que estés ahí. Ese día entendí que el internado no me había enseñado a tener todas las respuestas, sino a escuchar con atención, a mirar a cada paciente como una persona y a permanecer a su lado mientras encontraba la mejor manera de ayudarlo.

En aquella zona rural comprendí que ser médica no significaba sentirse preparada todo el tiempo. Significaba entrar al consultorio a pesar de las dudas, respirar profundamente y ofrecer lo mejor de mí a quien había esperado horas para ser atendido.

Con el paso de los días, los rostros comenzaron a ser familiares: la madre que llegaba preocupada por la fiebre de su hijo, el agricultor que acudía después de terminar su jornada, la mujer embarazada que buscaba tranquilidad y los adultos mayores que, muchas veces, necesitaban tanto una explicación como alguien que los escuchara.

Entonces comprendí que la medicina también se encuentra en los pequeños momentos: en explicar con paciencia, en tomar una mano para transmitir calma, en reconocer a un paciente cuando regresa y en sentir alivio cuando vuelve diciendo que está mejor.

Tal vez nunca llegue a sentirme completamente preparada. Quizá siempre exista una parte de mí que dude antes de tomar una decisión importante. Pero ahora sé que esas dudas no significan que elegí el camino equivocado: significan que comprendo la responsabilidad que tengo frente a cada persona que confía en mí.

Un día fui una interna que caminaba por los pasillos del hospital intentando no mostrar el miedo. Poco tiempo después, estaba sentada en un consultorio rural, escuchando a alguien decirme «doctora» por primera vez. Y en ese instante entendí que convertirse en médico no ocurre de un momento a otro: sucede lentamente, en cada guardia, en cada enseñanza, en cada paciente y en cada ocasión en la que decidimos continuar, aunque todavía no nos sintamos preparados.

El internado no se llevó mis inseguridades, pero me dejó algo más fuerte que ellas: la certeza de que puedo aprender, crecer y estar presente cuando alguien me necesite.

Quizá ser médica sea precisamente eso: no tener siempre todas las respuestas, pero nunca dejar de buscar cómo ayudar. Y aunque todavía me quede mucho por aprender, cada paciente atendido me recuerda que ya comencé a convertirme en la médica que algún día soñé ser.

CUANDO EL CORAZÓN SE COMPRIME

Med. Marlon Andrés Suscal Orellana



Hay situaciones en Medicina que permanecen en la memoria mucho después de terminada la guardia. No necesariamente porque hayan sido las más complejas desde el punto de vista técnico, sino porque nos permiten comprender, de una manera distinta, cuánto puede cambiar el destino de un paciente en cuestión de minutos. Algunas emergencias comienzan con signos evidentes y permiten actuar con relativa claridad; otras se presentan de forma silenciosa, escondidas detrás de una enfermedad que ya ha impuesto demasiadas dificultades.

Recuerdo especialmente a un paciente con cáncer que había recibido radioterapia. Su evolución había sido complicada y, como ocurre con frecuencia en quienes atraviesan procesos oncológicos prolongados, su organismo se encontraba sometido a un desgaste importante. Sin embargo, cuando ingresó a nuestra área, nada hacía pensar al principio que el problema principal se encontraba precisamente en el corazón.

Era una de esas guardias en las que el movimiento constante del personal y el sonido de los monitores forman parte del ambiente habitual. Mientras atendía a otros pacientes, recibimos el aviso de que llegaría una persona en muy malas condiciones generales. Nos anticiparon que presentaba hipotensión marcada y que había sido necesario iniciar medicamentos para intentar mantener su presión arterial.

Cuando lo vi, la primera impresión fue la de un paciente críticamente enfermo. Estaba pálido, con evidente deterioro del estado general y signos de una circulación inadecuada. La presión

arterial era muy baja y, pese a las medidas iniciales, no conseguíamos una respuesta satisfactoria. El monitor mostraba una situación que dejaba poco espacio para la tranquilidad.

Comenzamos de inmediato con las medidas de estabilización. En una emergencia, el tiempo adquiere otra dimensión: los minutos parecen más breves, las decisiones deben tomarse con rapidez y, al mismo tiempo, cada intervención necesita un propósito. Administrábamos líquidos con cautela, evaluábamos constantemente la respuesta y utilizábamos vasopresores para intentar recuperar una presión que volvía a descender.

El paciente no evolucionaba como esperábamos. Reevaluábamos las posibles causas del choque mientras buscábamos una explicación que permitiera dirigir el tratamiento. La enfermedad oncológica, el antecedente reciente de radioterapia y su estado general podían explicar numerosos problemas, pero ninguno justificaba por completo una inestabilidad tan profunda.

Comprendimos que no podíamos quedarnos únicamente con la información disponible: era necesario volver a mirar al paciente. Durante una emergencia resulta fácil concentrarse en los números —la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación o los análisis—; sin embargo, cuando alguien se deteriora, la respuesta puede aparecer al regresar a la exploración clínica y preguntarnos qué sucede realmente dentro de ese cuerpo.

Mientras continuábamos la reanimación, decidimos realizar una ecografía a pie de cama. Recuerdo el instante en que apareció la imagen. El corazón latía, pero estaba rodeado por una cantidad considerable de líquido. No se trataba de un pequeño derrame que pudiera pasar inadvertido, sino de un derrame pericárdico masivo con signos de compromiso hemodinámico. De pronto, las piezas comenzaron a encajar.

El problema no era simplemente un corazón que funcionaba mal: estaba siendo comprimido. La imagen ecocardiográfica cambió por completo nuestra interpretación del caso. El paciente presentaba un taponamiento cardíaco. La hipotensión refractaria adquiriría una explicación concreta: el líquido acumulado dentro

del saco pericárdico impedía el llenado adecuado del corazón y limitaba su expansión normal.

Comuniqué el hallazgo al equipo. En una situación así no había espacio para discursos extensos. «Tenemos un taponamiento —dije—. Debemos aliviar la presión sobre el corazón». Desde ese momento, el objetivo dejó de ser únicamente elevar una cifra en el monitor. Era imprescindible resolver la causa mecánica del choque; continuar aumentando los vasopresores sin corregirla no sería suficiente.

Se decidió realizar una pericardiocentesis. Para quienes trabajamos en áreas críticas, este procedimiento representa uno de esos momentos en los que la teoría estudiada durante años adquiere un significado completamente distinto. Hablar de taponamiento cardíaco durante la formación médica puede parecer sencillo. Reconocerlo en un paciente real, en medio de una emergencia, con una presión que no responde y el tiempo jugando en contra, es otra experiencia.

El procedimiento se llevó a cabo bajo las condiciones disponibles y con vigilancia estrecha. Mientras avanzaba, todos permanecíamos atentos al monitor. El ambiente había cambiado: ya no observábamos únicamente el deterioro, sino que intentábamos modificar, en ese mismo instante, el mecanismo que conducía al paciente hacia el colapso.

Cuando comenzó a evacuarse el líquido pericárdico ocurrió algo difícil de olvidar. La respuesta fue evidente. Poco a poco, los parámetros hemodinámicos mejoraron, la presión arterial comenzó a recuperarse y disminuyó la necesidad de soporte vasopresor. Aquel paciente, que minutos antes parecía atrapado en un estado de choque imposible de revertir, empezaba a responder.

No fue una recuperación milagrosa ni instantánea. Sus demás problemas no desaparecieron de repente. Continuaba siendo un paciente oncológico, debilitado por una enfermedad compleja y por los tratamientos recibidos. Sin embargo, habíamos conseguido algo fundamental: liberar al corazón de la presión que le impedía cumplir adecuadamente su función.

Aquel momento me enseñó que, durante una emergencia, no siempre es necesario hacer más; a veces debemos identificar con exactitud qué impide que lo que ya hacemos funcione. El paciente ingresó después a la Unidad de Cuidados Intensivos. Allí comenzó una segunda etapa, menos dramática en apariencia, pero igualmente importante. La emergencia había sido controlada, aunque todavía quedaba un camino largo.

La estancia en cuidados intensivos fue prolongada y estuvo acompañada de momentos de incertidumbre. En más de una ocasión nos preguntamos si conseguiría recuperarse lo suficiente para abandonar el área crítica. Con el paso de los días, sin embargo, recobró estabilidad y pudimos disminuir progresivamente el soporte. Finalmente llegó el momento que esperábamos: pudo salir de la unidad.

No recuerdo aquel egreso como una celebración estruendosa. En Medicina, muchas de las victorias más importantes ocurren en silencio. No hay aplausos ni grandes anuncios; simplemente llega un instante en el que miramos al paciente y comprendemos que ya no necesita aquello de lo que dependía días atrás.

El cáncer y la radioterapia explicaban una parte importante del contexto, pero no debían convertirse en una respuesta automática para todo lo que sucedía. El choque tenía una causa específica. El corazón estaba comprimido por un gran volumen de líquido y, mientras esa condición no se resolviera, cualquier intento de sostener la presión arterial sería incompleto.

También confirmé que la ecografía a pie de cama puede ser decisiva cuando se utiliza en el momento apropiado. En aquel paciente, una imagen transformó nuestra interpretación de toda la emergencia. Nos permitió dejar de preguntarnos por qué no respondía al tratamiento y reconocer qué debíamos corregir.

Sobre todo, la experiencia me recordó que detrás de cada monitor existe una persona. Durante una emergencia, los números pueden absorber toda nuestra atención y una presión arterial peligrosamente baja puede convertirse en el centro de la escena.

Pero el objetivo final no es normalizar una cifra, sino devolver al paciente la oportunidad de continuar viviendo.

Cuando salió de la unidad sentí que aquella historia no debía quedar reducida a una anotación más en el expediente clínico. Para mí representaba una de las razones por las que elegí la Medicina: incluso en escenarios aparentemente adversos, una decisión oportuna puede cambiar por completo el desenlace.

Desde entonces, cuando atiendo a un paciente con hipotensión grave y respuesta insuficiente al tratamiento, recuerdo la imagen de aquel corazón rodeado de líquido y la mejoría que apareció después de liberar la presión. Algunas emergencias no se resuelven aumentando la fuerza con la que intentamos sostener el corazón. A veces, primero debemos descubrir qué lo oprime. Cuando logramos liberarlo, no solo cambia el monitor; también cambia la historia del paciente.

ENTRE LA EMERGENCIA Y UNA IMAGEN: CUANDO CADA MINUTO CUENTA

Med. Nicole Stefany Aguilar Sanmartín



Hay momentos en Medicina en los que el tiempo parece avanzar de una forma distinta. Minutos que en cualquier otro lugar pasarían inadvertidos pueden representar, dentro de una emergencia, la diferencia entre llegar a tiempo o demasiado tarde.

Quizá por eso siempre me ha impresionado la relación entre la Medicina de Emergencias y la Imagenología. La primera recibe al paciente cuando todavía existen más preguntas que respuestas; la segunda permite, muchas veces en cuestión de minutos, mirar dentro del cuerpo y descubrir aquello que clínicamente apenas comenzábamos a sospechar.

En esa frontera entre la incertidumbre y el diagnóstico ocurre algo extraordinario. Una imagen puede transformar un dolor aparentemente cotidiano en una emergencia quirúrgica, descubrir el origen de una hemorragia que aún no se manifiesta externamente, revelar una lesión cerebral detrás de una alteración neurológica discreta o demostrar que una dificultad respiratoria tolerable escondía una condición capaz de comprometer la vida.

Siempre me ha fascinado esa capacidad de convertir preguntas en respuestas. En Emergencia adquiere una dimensión particular porque no siempre hay tiempo para reconstruir con calma una historia clínica perfecta. Los pacientes llegan con dolor, miedo y confusión; en ocasiones, ni siquiera pueden explicar lo que sucede. El médico debe observar, interrogar, examinar y decidir con rapidez qué posibilidades diagnósticas amenazan la vida. Entonces aparece la imagen: un estudio cotidiano dentro del

hospital puede convertirse en el punto exacto donde cambia el destino de una persona.

Era una de esas noches en las que el servicio de Emergencia parecía no detenerse. El sonido de los monitores se mezclaba con las conversaciones del personal, las camillas entraban y salían, y cada puerta que se abría anunciaba una nueva historia que necesitaba atención. En medio de aquella dinámica ingresó un hombre acompañado de su esposa. Había llegado caminando y ese detalle, aunque pudiera parecer insignificante, hizo que inicialmente su condición no resultara tan dramática como la de otros pacientes que ocupaban los cubículos.

Refería un dolor intenso en el pecho y la espalda que había comenzado poco antes. Estaba consciente, orientado y respondía cada pregunta. Sin embargo, algo no concordaba con la aparente estabilidad de sus signos vitales: su rostro. Quienes trabajamos en Medicina aprendemos que existen expresiones que ningún monitor registra, y el miedo era una de ellas.

Mientras intentábamos precisar las características del dolor, repetía que nunca había sentido algo semejante. No encontraba una posición cómoda; llevaba una mano al pecho y después a la espalda, como si tratara de señalar un dolor que lo atravesaba. La evaluación comenzó de inmediato con electrocardiograma, análisis de laboratorio, monitorización y examen clínico. Surgieron las primeras posibilidades diagnósticas: algunas frecuentes; otras menos probables, pero potencialmente devastadoras.

Los minutos avanzaban sin una respuesta definitiva y algo se volvía cada vez más inquietante: el paciente comenzaba a deteriorarse. La presión arterial cambió, el dolor persistió y apareció una creciente sensación de debilidad. La estabilidad con la que había ingresado desaparecía lentamente. Fue entonces cuando la Imagenología dejó de ser una herramienta complementaria y se convirtió en una necesidad inmediata.

Se solicitó una angiotomografía. Recuerdo aquel momento con una sensación particular: no sabíamos exactamente qué

encontraríamos, pero teníamos claro que necesitábamos mirar dentro de su cuerpo. El paciente ingresó a la sala de tomografía y, durante unos segundos, todo pareció detenerse. Se adquirió el estudio y las primeras imágenes aparecieron en el monitor.

Primero observamos el tórax y luego los grandes vasos. Corte tras corte, reconstrucción tras reconstrucción, aquello que minutos antes era apenas una sospecha adquirió una forma visible. La imagen fue contundente: existía una alteración grave de la aorta. El contraste permitía seguir su trayecto y reconocer una lesión vascular potencialmente catastrófica.

Era una disección aórtica. En cuestión de segundos, el dolor torácico dejó de ser solamente un síntoma: ahora tenía nombre, extensión y gravedad y, sobre todo, exigía actuar. Minutos antes estábamos frente a un hombre capaz de caminar, conversar y describir su dolor; ahora veíamos dentro de su cuerpo una enfermedad que amenazaba silenciosamente con quitarle la vida.

La imagen reveló aquello que nuestros ojos nunca habrían podido observar. A partir de ese instante se activaron las coordinaciones necesarias, se comunicó el diagnóstico y cada profesional asumió una función específica. Emergencia, Imagenología, Enfermería y los especialistas involucrados dejaron de operar como áreas independientes: éramos un solo equipo trabajando contra el tiempo.

Mientras alrededor del paciente se hablaba de accesos venosos, presión arterial, imágenes, medicamentos y posibilidades terapéuticas, su esposa esperaba a pocos metros. Recuerdo sus manos juntas y tan apretadas que los dedos habían perdido parcialmente el color. Se acercó y preguntó: «Doctora, ¿qué encontraron?». Era una pregunta sencilla detrás de la cual existían muchas otras: ¿está grave?, ¿va a sobrevivir?, ¿llegamos a tiempo?

Durante años estudiamos cómo reconocer enfermedades, interpretar signos y establecer diagnósticos. Aprendemos anatomía, fisiología, farmacología y numerosos algoritmos para responder correctamente ante una emergencia. Sin embargo,

pocas veces alguien nos enseña cómo explicar, en unos segundos, que la vida de una persona puede haber cambiado por completo.

Le dije que habíamos identificado una condición grave, que necesitábamos actuar con rapidez y que haber conseguido diagnosticarla nos permitía tomar decisiones inmediatas. Ella guardó silencio, miró hacia la puerta por la que habían trasladado a su esposo y pronunció una frase que todavía recuerdo: «Qué bueno que pudieron verla».

Pudieron verla. Aquellas palabras resumían, sin saberlo, una de las razones por las que la Imagenología me resulta tan fascinante. Muchas enfermedades no anuncian su presencia de manera evidente: se esconden detrás de síntomas comunes, se presentan con manifestaciones incompletas o permanecen silenciosas mientras avanzan dentro del cuerpo. A veces, nuestra mejor oportunidad consiste precisamente en poder verlas.

Esa noche comprendí que la Imagenología en una emergencia representa mucho más que obtener estudios con rapidez. Significa aportar certeza cuando domina la incertidumbre, descubrir aquello que amenaza una vida antes de que sea demasiado tarde y ofrecer al equipo médico un mapa para decidir el siguiente paso.

La tecnología puede mostrarnos una disección milímetro a milímetro. Puede reconstruir una aorta en tres dimensiones, identificar el origen de una lesión y demostrar su extensión con una precisión que décadas atrás habría parecido imposible. Sin embargo, ninguna reconstrucción muestra la angustia de una esposa detrás de una puerta; ningún contraste intravenoso permite visualizar el miedo, y ningún algoritmo mide la esperanza de una familia mientras aguarda una respuesta.

Mientras regresaba al servicio pensé en la extraordinaria responsabilidad que existe detrás de cada estudio solicitado e interpretado. En Imagenología, una imagen nunca es simplemente una imagen. Detrás de ella puede existir una cirugía que debe realizarse de inmediato, un tratamiento que necesita modificarse, una enfermedad recién descubierta o una familia cuya vida está a

punto de cambiar. Por eso importan la precisión, los detalles y, especialmente en Emergencia, los minutos.

Con el tiempo he comprendido que una de las características más valiosas de la Imagenología es su presencia silenciosa en prácticamente todas las áreas de la Medicina. Está junto al cirujano que necesita localizar una lesión, al oncólogo que debe determinar si un tratamiento funciona, al intensivista que intenta explicar un deterioro inesperado y al médico de Emergencia que necesita convertir rápidamente una sospecha en una certeza.

No siempre somos quienes administramos el tratamiento definitivo ni quienes acompañamos durante meses la evolución de una enfermedad. Muchas veces, sin embargo, somos quienes encontramos aquello que permite a los demás decidir qué hacer. Existe un instante particularmente poderoso: el momento exacto en que una imagen revela la respuesta que todos buscaban. Antes de ella hay incertidumbre; después, una dirección. Entre ambos momentos puede existir apenas un segundo frente a una pantalla.

Hoy, cuando observo una tomografía, procuro recordar que detrás de cada estudio existe alguien esperando una respuesta: un paciente dentro de una sala de emergencia, una familia detrás de una puerta o un equipo médico intentando tomar la mejor decisión posible. Me apasiona la posibilidad de encontrar respuestas donde antes solo había preguntas, descubrir aquello que permanecía oculto y participar, muchas veces en silencio, en decisiones capaces de cambiar el curso de una vida.

Aquella noche comprendí que existen imágenes que no solo permiten establecer un diagnóstico. Existen imágenes que llegan justo a tiempo.

HASTA EL ÚLTIMO ALIENTO

Dr. Julio César Yujato Guallasamín



Hay experiencias que permanecen en la memoria de un médico mucho después de que termina una jornada de trabajo. Algunas enseñan sobre una enfermedad; otras, sobre una decisión clínica. En ocasiones, hay historias que revelan algo mucho más profundo: el valor de cada minuto cuando una vida depende de una atención oportuna.

Recuerdo una época en la que trabajaba como médico general y, al mismo tiempo, cumplía funciones relacionadas con la vigilancia epidemiológica en una zona rural. Muchos establecimientos de salud se encontraban alejados de los centros hospitalarios con mayor capacidad resolutive. En algunos casos, llegar hasta un hospital podía tomar aproximadamente dos horas, según las condiciones del camino y el estado del paciente.

Era una noche entre semana. Mi jornada laboral había terminado y me encontraba descansando cuando recibí la noticia de que se había presentado una emergencia médica. Dos compañeros acudieron a buscarme y, casi de inmediato, me preparé para regresar al establecimiento de salud. Al llegar, encontré al personal de enfermería y a varios compañeros organizando la atención.

Pocos minutos después llegó una camioneta con una mujer de aproximadamente 70 años. No respondía adecuadamente a los estímulos. Entre varias personas la trasladamos hasta una camilla mientras se coordinaba el transporte sanitario hacia un hospital con mayor capacidad resolutive. Durante la valoración inicial conversé con el familiar que la acompañaba para conocer lo

sucedido. Nos explicó que la familia había salido, como de costumbre, a trabajar en el campo. La mujer se había quedado en casa realizando sus actividades habituales y, en ocasiones, acostumbraba bajar hasta un pequeño terreno situado frente a la vivienda, en un lugar de pendiente pronunciada.

Cuando los familiares regresaron, no la encontraron en casa. Al principio pensaron que había salido a algún lugar cercano; sin embargo, conforme pasaban los minutos y comenzaba a oscurecer, la preocupación aumentó. Uno de ellos decidió recorrer el terreno y encontró a la mujer tendida en el suelo, inconsciente y con una lesión en la cabeza. Entonces la trasladaron hasta nuestro establecimiento de salud.

La lesión no era evidente a simple vista. No obstante, al realizar una exploración más cuidadosa, encontramos una extensa lesión craneal con compromiso importante del cuero cabelludo. La situación era grave y exigía actuar con rapidez. El equipo comenzó a trabajar de manera coordinada: mientras se establecía el acceso vascular, se administraban líquidos y se monitorizaban los signos vitales, iniciamos las medidas necesarias para mantenerla estable y evitar un deterioro mayor hasta concretar el traslado.

Después de las primeras intervenciones ocurrió algo que, en ese momento, nos dio esperanza: la paciente recuperó el conocimiento. Comenzó a hablar lentamente y pudo contarnos lo que había sucedido. Explicó que había resbalado mientras se encontraba en el terreno, había rodado por la pendiente y finalmente había golpeado la cabeza contra la base de un árbol. Habían transcurrido más de tres horas desde el momento probable del accidente hasta su llegada al establecimiento de salud.

A pesar de aquella recuperación inicial, su condición seguía siendo delicada. La magnitud de la lesión y la posibilidad de un deterioro neurológico exigían su traslado inmediato a un hospital de mayor resolución. Cuando finalmente llegó el transporte sanitario, todo el equipo se movilizó con rapidez y, en pocos minutos, la paciente estaba nuevamente en camino.

El hospital se encontraba aproximadamente a dos horas de distancia. Era de noche y la carretera presentaba condiciones difíciles, por lo que el desplazamiento debía realizarse con precaución. Cada minuto parecía adquirir un significado diferente. Ya no se trataba simplemente de recorrer una distancia, sino de intentar mantener con vida a una persona hasta que pudiera recibir la atención definitiva que necesitaba.

Apenas habían transcurrido unos minutos desde el inicio del traslado cuando observamos un nuevo deterioro. La presión arterial comenzó a descender, la paciente volvió a perder el conocimiento, presentó alteraciones en el estado neurológico y su saturación de oxígeno disminuyó progresivamente. La situación se transformó otra vez en una emergencia crítica. El equipo inició de inmediato las maniobras de reanimación y las medidas de soporte disponibles. Durante aquellos minutos, el interior de la ambulancia se convirtió en un pequeño escenario de lucha contra el tiempo. Cada integrante tenía una función y todos trabajábamos con el mismo objetivo: conseguir que la paciente llegara con vida al hospital.

Después de varios minutos de maniobras, conseguimos recuperar nuevamente la circulación. Por un momento regresó la esperanza, aunque todavía quedaba un largo trayecto por recorrer. Más adelante, la paciente presentó otro deterioro grave. Reiniciamos las maniobras de reanimación y reforzamos las medidas de soporte avanzado, incluida la protección de la vía aérea. Finalmente, tras aquellos momentos de incertidumbre, conseguimos estabilizarla una vez más. Ya nos encontrábamos cerca del hospital.

Cuando llegamos, el equipo de emergencia estaba preparado para recibirla. La paciente fue trasladada inmediatamente al área correspondiente y después ingresó a quirófano para recibir el tratamiento definitivo. Pero, a pesar de todos los esfuerzos realizados, no logró sobrevivir.

Recuerdo especialmente la conversación posterior con el médico que recibió a la paciente. Hablamos sobre la gravedad de la lesión,

el tiempo transcurrido y la importancia de una atención temprana en este tipo de situaciones. Quedó en mi mente una reflexión difícil de olvidar: ante una lesión potencialmente mortal, el tiempo puede convertirse en uno de los factores más importantes para determinar el desenlace.

Aquella experiencia me hizo comprender que en medicina de emergencia no solo tratamos enfermedades o lesiones. También luchamos contra la distancia, el tiempo, las condiciones del entorno y los recursos disponibles. En muchas ocasiones, el primer profesional que recibe a un paciente crítico no cuenta con todas las herramientas de un hospital de mayor complejidad. Sin embargo, el conocimiento, la preparación y la capacidad de trabajar en equipo pueden marcar una diferencia fundamental.

También comprendí que una emergencia comienza mucho antes de llegar a un quirófano. Comienza en el lugar donde ocurre el evento, continúa con las personas que encuentran al paciente, sigue con quienes realizan el primer contacto sanitario y termina, cuando es posible, en un centro capaz de proporcionar el tratamiento definitivo. Por eso, cada minuto cuenta.

Aquel día no pude cambiar el desenlace de esa historia, pero la experiencia dejó una enseñanza que todavía considero vigente: valorar la vida significa reconocer su fragilidad y actuar con rapidez cuando una persona necesita ayuda. En las emergencias médicas muchas veces no tenemos el privilegio de esperar. Debemos reconocer, actuar, estabilizar, trasladar y continuar luchando, porque detrás de cada paciente hay una familia que espera, una historia que todavía puede continuar y una vida que merece todas las oportunidades posibles.

Quizá exista una verdad que solo se comprende cuando se está frente a una emergencia: el personal de salud debe ser, muchas veces, el último en perder la calma. Se necesitan conocimientos, preparación y nervios de acero para mantener la mente clara cuando todo parece estar en contra. Mientras el miedo y la incertidumbre rodean al paciente y a su familia, nosotros debemos encontrar la serenidad necesaria para seguir actuando y ofrecer

algo que, en esos momentos, puede ser tan valioso como cualquier medicamento: esperanza.

Esa fue una de las mayores enseñanzas que me dejó aquella noche: cuando una vida está en riesgo, el tiempo no se detiene por nosotros. Y nosotros tampoco podemos detenernos.

TREINTA MINUTOS

Med. Steeven Alexander Pinzón Narváez



Cuando recuerdo aquella madrugada, regreso a ese lugar como si todo hubiera ocurrido hace apenas unos instantes. Era una noche distinta: fuera del hospital se celebraba la Navidad y yo estaba de turno en Emergencias. Por tratarse de un día festivo, llegaban pocos pacientes y parecía que la guardia transcurriría sin mayores novedades. Las horas avanzaban lentamente mientras intentaba mantenerme despierto, hasta que, de un momento a otro, todo cambió.

Escuché la voz desesperada de un hombre mayor que gritaba: «¡Ayuden a mi hijo, se está ahogando!». Salí de inmediato y vi a un paciente en el balde de una camioneta. Era un hombre de contextura gruesa, tenía el rostro sudoroso y respiraba con dificultad, casi de manera agónica. Incluso antes de acercarme percibí un intenso olor a alcohol.

Intenté concentrarme en lo urgente. Pedí ayuda para colocarlo en una camilla y, debido a su peso, fueron necesarias varias personas para movilizarlo. Tomé sus signos vitales básicos y comprobé que, aunque estaban presentes, se encontraban disminuidos. El paciente recibió asistencia inmediata y fue trasladado para realizarle estudios de imagen complementarios.

Pocos segundos después, mientras regresaba al área de triaje, escuché: «¡El paciente cayó en paro!». Di la vuelta sin pensarlo y entré al cuarto de críticos. Médicos, enfermeras y personal de apoyo acudieron a la sala; todo comenzó a moverse con rapidez entre indicaciones y pasos apresurados. Entonces oí una frase que

jamás olvidaría: «Iniciemos RCP». Era mi primera reanimación cardiopulmonar real.

Hasta ese momento, la reanimación había sido para mí un procedimiento aprendido en clases, talleres y entrenamientos. Había practicado con maniqués silenciosos, en escenarios controlados, repitiendo los movimientos hasta memorizarlos e incluso compartiendo risas con mis compañeros. Sin embargo, ninguna práctica logra reproducir el instante en que colocas las manos sobre el pecho de una persona y comprendes que debajo de ellas hay una vida que se está apagando.

Vi a las enfermeras intentar canalizar una vía mientras el primer reanimador iniciaba las compresiones. Poco después llegó mi turno. Seguí el ritmo que consideraba adecuado y apliqué la técnica aprendida. A mi alrededor todo se movía y se mezclaban muchas voces, pero dentro de mí había un silencio absoluto. Realizaba los movimientos casi de manera mecánica.

El agotamiento físico no tardó en aparecer. Sentí dolor en los hombros, tensión en los brazos y una fatiga intensa que parecía consumir todas mis fuerzas. Aun así, lo más difícil no era el cansancio, sino preguntarme constantemente si lo estaba haciendo bien. Mientras comprimía su pecho, pensaba si aquello realmente podía ayudarlo o si solo estábamos prolongando algo inevitable. Cuando ya no pude continuar, dije en voz alta: «¡Cambio!», y otro compañero ocupó mi lugar.

Mientras observaba al siguiente reanimador, no podía dejar de pensar que, pocas horas antes, aquel hombre quizá había estado riendo durante una cena con sus seres queridos. Nadie imagina que una celebración de unión familiar puede terminar en una sala de emergencias.

Durante el procedimiento se evidenció una broncoaspiración importante que dificultaba las maniobras para asegurar la vía aérea. Se aspiró una gran cantidad de líquido, en medio de intentos fallidos de intubación que me hicieron sentir impotencia. Cuando me correspondió reanimarlo nuevamente, comencé a mirarlo de otra manera. En silencio le daba ánimos; le decía que

saldría adelante, que despertaría, que debía intentarlo un poco más y resistir. El tiempo siguió avanzando entre compresiones y una intubación que no se conseguía.

La reanimación se prolongó durante más de media hora. Fueron treinta minutos que parecieron eternos, con cada pausa dirigida al monitor y la esperanza de encontrar un latido. Pero el corazón no respondió. Entonces escuché algo para lo que no estaba preparado: «Paren, ya no más». Tras aceptar que no quedaba nada por hacer, sobrevino un largo silencio. Allí donde terminan las maniobras médicas comienza otra parte dolorosa y profundamente humana: informar a la familia.

El padre esperaba fuera de la sala de reanimación, angustiado, pero aferrado a la esperanza de que su hijo estuviera bien. La médica se acercó y le explicó los procedimientos realizados y las complicaciones que se habían presentado. Él la interrumpió: «Si hay alguna medicina que pudiéramos comprar, dígame, porque sus hijos están afuera y la consiguen rápido». La respuesta detuvo sus palabras: «Hicimos todo lo que estuvo en nuestras manos, pero lamentablemente falleció. Lo siento mucho».

El hombre se quebró frente a nosotros. Con la voz entrecortada comentó que una de sus nietas había organizado la reunión. Luego se dio la vuelta lentamente y salió hacia la sala de espera, donde se encontraban los demás familiares. Mientras tanto, yo intentaba continuar. Me temblaban las manos y los brazos; me senté durante unos minutos y sentí que, por dentro, también había colapsado en silencio.

Por primera vez comprendí que, durante una emergencia, uno procura actuar con serenidad, pero al terminar aparecen las emociones que quedaron suspendidas mientras intentábamos salvar una vida. Ya no había indicaciones que seguir ni maniobras que realizar; solo quedaba asimilar lo ocurrido. Una compañera de guardia se acercó, me abrazó y me dijo que podía cubrirme mientras descansaba un momento.

No pude dormir. Cada vez que cerraba los ojos regresaba al instante en que todo había comenzado y lo repetía una y otra vez.

Me preguntaba si habríamos podido hacer algo diferente y repasaba mentalmente cada momento de la reanimación, buscando respuestas que entonces no podía encontrar.

Durante las horas siguientes continué con la guardia, aunque sentía que algo había cambiado. Cada vez que pasaba cerca del cuarto de críticos recordaba lo sucedido. Dentro del hospital acabábamos de intentar salvar a una persona; afuera, la celebración continuaba con sus luces, su música y sus reuniones familiares. En pocos minutos, una noche que debía concluir con abrazos y buenos recuerdos se había convertido en una experiencia que probablemente ninguno de ellos olvidaría.

Comprendí que una tragedia puede transformar los recuerdos felices en heridas permanentes. Hay familias que no vuelven a escuchar una canción, preparar una comida o celebrar una fecha de la misma manera, porque en esos momentos reaparece la ausencia de quien ya no está.

Hasta entonces había visto la muerte como un desenlace clínico. Después de aquella experiencia entendí que también deja un peso emocional en quienes la presencian. Con el paso del tiempo he regresado muchas veces a esa madrugada: recuerdo los gritos desesperados, el cansancio de mis brazos durante las compresiones y, sobre todo, el silencio que quedó después del último intento.

Aquella noche comprendí algo que los libros difícilmente pueden enseñar por completo: ejercer la medicina también implica enfrentarnos a nuestros propios límites. Podemos prepararnos, actuar y hacer cuanto esté a nuestro alcance, pero no siempre lograremos cambiar el desenlace. Aceptarlo no significa dejar de luchar, sino comprender el peso de tener una vida frente a nosotros.

Esa madrugada murió un paciente y también se apagó una parte de mí que todavía creía que siempre sería posible salvarlos a todos. Con el tiempo, sin embargo, el recuerdo dejó de representar únicamente la muerte de aquel hombre. Se convirtió en una experiencia que me enseñó sobre la responsabilidad de ejercer la

medicina y la importancia de conservar nuestra humanidad incluso cuando nuestros esfuerzos no son suficientes.

Después viví otras situaciones difíciles, pero ninguna borró el recuerdo de mi primera RCP. Aquella noche de celebración familiar terminó convirtiéndose, en cuestión de minutos, en un momento doloroso para quienes esperaban regresar juntos a casa y, para mí, en el instante en que comprendí que no siempre podremos salvar una vida, pero nunca debemos olvidar el valor de luchar por ella hasta el final.

MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS



DONDE CADA SEGUNDO FORJA MÉDICOS

Med. Jairo Orlando López Calle



Hay decisiones que cambian el rumbo de una carrera profesional. No porque representen un ascenso, un mejor sueldo o un nuevo cargo, sino porque transforman la manera de pensar, de actuar y, sobre todo, de entender la medicina.

Hace dos años tomé una decisión que, sin saberlo en ese momento, marcaría un antes y un después en mi vida profesional. Decidí aceptar el reto de ingresar al área de Cuidados Intensivos.

Muchos podrían pensar que la UCI es simplemente un lugar donde llegan los pacientes más graves. Pero quienes vivimos este mundo desde adentro sabemos que representa mucho más que eso. Es un lugar donde las decisiones tienen peso, donde el tiempo vale vidas y donde cada acción debe tener un fundamento.

Recuerdo perfectamente mis primeros días. Entré con muchas ganas de aprender, pero también con el respeto que impone enfrentarse a un área donde no existen los pacientes "estables". Llegué sabiendo medicina, pero consciente de que todavía me faltaba aprender una forma completamente distinta de ejercerla.

La UCI me obligó a hacerme preguntas que antes no tenían la misma profundidad: ¿Por qué este paciente está hipotenso? ¿Por qué continúa con fiebre si ya recibe antibióticos? ¿Por qué aumenta el lactato? ¿Por qué dejó de producir orina? ¿Por qué hoy necesita más vasopresores que ayer? ¿Por qué su ventilación ya no es suficiente?

Poco a poco entendí que detrás de cada monitor, de cada alarma y de cada examen de laboratorio existe una explicación

fisiopatológica que debemos descubrir. En Cuidados Intensivos no basta con tratar síntomas; hay que encontrar la causa. No basta con reaccionar; hay que anticiparse. Así fui comprendiendo que la medicina crítica consiste en conectar todas las piezas de un rompecabezas que cambia minuto a minuto.

Cada paciente es distinto. Cada organismo responde de manera diferente. Cada decisión debe individualizarse. No existen recetas universales; lo que salva a un paciente puede perjudicar a otro. Ese fue, probablemente, el mayor aprendizaje que me dejó la terapia intensiva: aprender a pensar antes de actuar.

Cuando ingresé al área había procedimientos que jamás había realizado. Recuerdo que no sabía colocar una vía venosa central. Observaba atentamente a quienes tenían más experiencia mientras intentaba comprender cada detalle de la técnica. Con el tiempo llegaron las primeras oportunidades. Después vinieron los errores propios del aprendizaje, las correcciones, las horas de estudio, los turnos interminables, la práctica constante y el deseo permanente de mejorar.

Hoy miro hacia atrás y me sorprende todo lo que ha cambiado. Actualmente puedo realizar los cuatro abordajes para la colocación de un catéter venoso central con seguridad y criterio clínico. Aprendí la técnica para canalizar una línea arterial. Aprendí a realizar una intubación orotraqueal cuando la vida del paciente depende de asegurar la vía aérea. Aprendí a interpretar la ventilación mecánica, ajustar parámetros, comprender curvas, presiones y la compliancia, entendiendo que un ventilador no solo administra oxígeno, sino que también puede convertirse en una herramienta terapéutica extraordinaria cuando se utiliza correctamente. Pero, más importante aún, aprendí cuándo hacerlo y cuándo no hacerlo, porque en medicina crítica el conocimiento técnico es indispensable, pero el juicio clínico es lo que realmente marca la diferencia.

La UCI también me enseñó algo que ningún libro explica por completo: la presión de tomar decisiones. Recuerdo con claridad mi primer turno. Apenas comenzaba la jornada cuando uno de los

pacientes se descompensó. Era un paciente neurocrítico. Todo ocurrió muy rápido: las alarmas empezaron a sonar, el personal de enfermería comenzó a movilizarse, cada integrante del equipo ocupó su lugar y, de pronto, sentí algo que jamás había experimentado de esa manera. Todos esperaban mis indicaciones. No había tiempo para dudar, no había espacio para el miedo; no podía permitirme titubear.

En esos segundos comprendí el verdadero significado de la responsabilidad médica. Cada orden tenía una razón, cada intervención debía realizarse en el momento exacto y cada minuto contaba. Aunque por dentro sentía la enorme presión de la situación, por fuera debía transmitir tranquilidad, liderazgo y seguridad.

Ese día entendí que la confianza no aparece de la nada. Se construye estudiando cuando nadie te ve, leyendo artículos después de un turno agotador, preguntando aunque parezca una pregunta sencilla, reconociendo cuando uno no sabe, aprendiendo de los errores y regresando al día siguiente con más ganas de mejorar.

Con el paso del tiempo descubrí que la medicina crítica cambia incluso la manera de ver al paciente. Ya no observo únicamente una enfermedad; veo una fisiología alterada que intenta mantener el equilibrio, órganos que comienzan a fallar, mecanismos de compensación y la importancia de actuar antes de que el daño sea irreversible.

Aprendí que detrás de una hipotensión puede existir una hipovolemia, una vasoplejía, una falla cardíaca o un choque obstructivo; que una fiebre no siempre significa infección; que una taquicardia puede ser una respuesta adaptativa y que un gas arterial cuenta una historia completa si sabemos interpretarlo.

También aprendí que un monitor jamás reemplazará la valoración clínica. Hoy entiendo que la medicina crítica no consiste únicamente en dominar procedimientos. Consiste en pensar, analizar y cuestionarse permanentemente. En nunca dejar de

preguntar: ¿por qué? Porque cuando encontramos el "por qué", resulta mucho más fácil decidir el "qué hacer".

Quizá ese sea el mayor cambio que produjo la UCI en mí. Me enseñó a razonar antes de intervenir, a no tratar únicamente números, sino personas; a comprender que detrás de cada paciente existe una familia esperando noticias, que detrás de cada decisión hay una oportunidad de cambiar un desenlace y que, muchas veces, nuestra serenidad puede convertirse en la tranquilidad del resto del equipo.

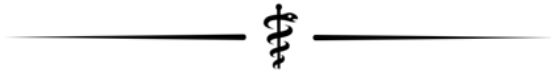
Han pasado dos años desde aquella decisión de aceptar el reto de ingresar a un área que imponía respeto. Hoy puedo decir que volvería a tomar la misma decisión una y otra vez, porque estos años no solo me enseñaron procedimientos; me enseñaron una nueva manera de ejercer la medicina, basada en el análisis, la evidencia, la fisiología y la toma de decisiones oportunas.

Todavía queda muchísimo por aprender. La medicina crítica nunca deja de desafiar; siempre habrá nuevos conocimientos, nuevas tecnologías y nuevos pacientes que pondrán a prueba nuestra capacidad. Pero, si algo tengo claro, es que la mejor herramienta de un intensivista no es un ventilador, un ecógrafo o un catéter, sino su capacidad para pensar bajo presión.

Hace dos años acepté el reto de entrar al mundo donde cada segundo cuenta. Hoy puedo decir que ese mundo cambió mi forma de ejercer la medicina, fortaleció mi carácter, me enseñó a liderar en los momentos más difíciles y me recordó, turno tras turno, por qué decidí ser médico.

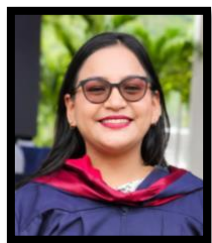
Y quizá aquella primera guardia, cuando un paciente neurocrítico se descompensó y todos esperaban mis indicaciones, fue solo el comienzo. Porque lo demás... ya es historia.

CIRUGÍA GENERAL



LA NOCHE A LA DERIVA

*Med. Geovanna Nicole Holguín
Montenegro*



Hacer el rural en una isla es una experiencia imposible de comprender por completo hasta vivirla. Desde afuera, muchos imaginan un lugar sereno, rodeado de agua, con tardes tranquilas y una comunidad pequeña donde el tiempo parece transcurrir con calma. Sin embargo, detrás de esa imagen también existe otra realidad: la de una población vulnerable, con múltiples necesidades, servicios básicos inestables y un centro de salud que, a pesar de sus limitaciones, representa el principal sostén sanitario de miles de personas.

La isla donde realicé mi rural tenía más de tres mil habitantes. A simple vista, contaba con los servicios esenciales; no obstante, bastaban pocos días para entender que disponer de ellos no garantizaba su funcionamiento continuo. La electricidad era impredecible. Iba y venía sin aviso. En ocasiones, los cortes duraban apenas minutos; otras veces, se prolongaban por horas. Más de una vez atendimos pacientes con el centro de salud en penumbra, improvisando con cualquier fuente de luz disponible y procurando que la incertidumbre no se reflejara en nuestro rostro.

Cerrar las puertas o suspender la atención nunca fue una opción. Éramos el único centro médico accesible para una comunidad de escasos recursos, donde llegar a la ciudad implicaba mucho más que pedir un taxi o esperar una ambulancia. Cada traslado representaba una logística compleja: coordinar una lancha, obtener autorización, depender del clima, de la marea, del combustible, de la señal telefónica y, muchas veces, de la suerte. En tierra firme, innumerables situaciones se resuelven con una

llamada. En una isla, cada llamada puede convertirse en una lucha contrarreloj.

En medio de esa realidad, yo era la única médica del centro de salud. Y, como si aquello no implicara ya una enorme responsabilidad, atravesaba además un embarazo de muy alto riesgo.

Recuerdo con absoluta claridad una tarde en particular. Me encontraba en el segundo trimestre de gestación. Había sido un día agotador, de esos en los que el calor se adhiere a la piel y la sala de espera parece no vaciarse nunca. Cerca de las tres de la tarde ingresó un uniformado con dolor abdominal tipo cólico. Refería náuseas y vómitos desde el día anterior. Mientras lo examinaba, algo llamó poderosamente mi atención: la expresión de su rostro, la manera en que protegía su abdomen y la intensidad del dolor me hicieron entender, casi de inmediato, que no estaba frente a una simple molestia digestiva.

Le indiqué que debía realizarse una ecografía con la mayor prontitud posible.

En la isla no existía acceso permanente a este estudio. Solo una doctora acudía de manera privada determinados días de la semana y, aquella tarde, por una coincidencia que entonces pareció providencial, llegaría en lancha alrededor de las cuatro. Expliqué al paciente la importancia del examen, las señales de alarma y la necesidad de regresar en cuanto tuviera el resultado. Asintió con esa mezcla de dolor y preocupación que resulta tan familiar en quienes, aun sin palabras, presienten que algo no marcha bien.

Las horas transcurrieron lentamente y el centro de salud comenzó a acercarse al final de la jornada. Yo estaba exhausta. El peso del embarazo se hacía cada vez más evidente; mi abdomen me incomodaba, la espalda comenzaba a resentirse y, mentalmente, intentaba organizar todo lo pendiente antes de concluir el día. Sin embargo, en el rural, la jornada rara vez termina cuando lo marca el reloj. Termina cuando la comunidad deja de necesitarte, y eso casi nunca sucede.

Eran aproximadamente las cinco y media de la tarde cuando un ruido abrupto quebró la aparente calma. Primero se escucharon varios motores de motocicletas acercándose al mismo tiempo. Luego vinieron los gritos, las voces cargadas de urgencia y el sonido de pasos apresurados irrumpiendo en el centro de salud. En cuestión de segundos, el lugar se transformó en caos.

Traían a un adulto joven con una lesión evidente en una de sus piernas. El dolor era intenso. Su rostro estaba pálido, cubierto de sudor, y la deformidad de la extremidad dejaba poco margen para la duda: probablemente se trataba de una fractura de fémur. En ese instante, todo lo demás quedó relegado.

La prioridad era estabilizarlo.

Tomé aire y comencé a actuar. Evalué su estado general, controlé sus signos vitales, comprobé la perfusión y sensibilidad de la extremidad afectada, indiqué analgesia e inmovilización, y empecé a coordinar el traslado hacia la ciudad. En un lugar como aquel, una fractura de fémur excedía por completo nuestra capacidad resolutive. El paciente requería atención hospitalaria inmediata, estudios complementarios, valoración especializada y un manejo definitivo imposible de ofrecer en el centro de salud.

Mientras completaba formularios y realizaba llamadas, me enfrenté a una de las barreras más frustrantes de la práctica médica: la burocracia en medio de la urgencia. El joven estaba afiliado a un seguro cuya autorización era indispensable para el traslado. Esperamos la respuesta con creciente ansiedad. Cada minuto parecía interminable.

Finalmente, la solicitud fue rechazada.

Me quedé mirando el documento, el teléfono, al paciente y a su familia. ¿Cómo se le explica a alguien con una fractura de fémur que el traslado que necesita ha sido rechazado? ¿Cómo mantener la serenidad cuando una decisión administrativa parece tener más peso que el sufrimiento que tienes frente a ti?

No podía permitirme quedarme inmóvil. Seguí buscando alternativas, insistiendo, coordinando, intentando abrir alguna

puerta. En el rural, una aprende que la medicina no se ejerce únicamente con un estetoscopio. También se practica con paciencia, con llamadas interminables, con trámites, con gestión y con una perseverancia que, muchas veces, surge de un lugar desconocido.

Cerca de las seis de la tarde regresó el uniformado a quien había enviado a realizarse la ecografía. Entró con el resultado en la mano.

—Doctora, ya me hice el examen —me dijo.

Tomé el reporte y lo revisé de inmediato. La ecografía mostraba un cálculo obstruyendo la vía biliar. No era un cuadro que permitiera observación domiciliaria ni podía esperar hasta el día siguiente. También requería traslado urgente.

Otra vez el teléfono. Otra vez la explicación detallada. Otra vez el esfuerzo por hacer entender, al otro lado de la línea, que en una isla el tiempo adquiere otra dimensión y que cada minuto puede marcar una diferencia crucial. En esta ocasión, el seguro sí autorizó la derivación.

Se coordinó la lancha ambulancia y supe que debía acompañarlos. Tenía dos pacientes que requerían vigilancia constante durante el trayecto: uno con dolor severo por una fractura de fémur y otro con un cuadro abdominal potencialmente complicado. Subimos junto a sus familiares, el capitán de la embarcación, el paramédico y dos uniformados armados. La noche comenzaba a extenderse sobre el agua, trayendo consigo una sensación difícil de describir.

Justo antes de partir, sentí una patadita de mi bebé.

Llevé la mano al abdomen durante apenas unos segundos. No había espacio para detenerme. En ese momento, no podía permitirme ser solo una mujer embarazada sintiendo miedo. Tenía que ser, ante todo, la doctora.

La lancha comenzó a avanzar, dejando la isla atrás. El sonido constante del motor llenaba los silencios. A un lado, el paciente con la fractura se quejaba intermitentemente. Su familiar intentaba reconfortarlo con palabras suaves, aunque el temor en su mirada

era imposible de ocultar. Al otro lado, el uniformado respiraba con esfuerzo, intentando sobrellevar el dolor abdominal y las náuseas.

Yo observaba, reevaluaba, preguntaba y permanecía alerta.

Mientras los vigilaba a ambos, repetía una sola idea en mi mente, una y otra vez:

Solo tenemos que llegar.

Nada más.

Llegar.

El trayecto transcurría con aparente normalidad hasta que, a pocos minutos de llegar, ocurrió lo inesperado.

La lancha se detuvo.

Al principio pensé que se trataba de una pausa momentánea. Quizá una maniobra, un ajuste mecánico o una falla menor. Sin embargo, los segundos comenzaron a pasar y el sonido constante del motor, que hasta entonces había sido una especie de garantía silenciosa, desapareció por completo. El capitán intentó encenderlo nuevamente. Una vez. Dos veces. Varias más.

No respondió.

Nos habíamos quedado sin combustible.

La ciudad estaba relativamente cerca, pero no lo suficiente. La señal telefónica era inestable, la oscuridad nos rodeaba por completo y el agua, de pronto, se sintió inmensa. La lancha quedó a la deriva, meciéndose al ritmo de las olas. En ese instante comprendí cuán frágil puede ser todo: un traslado, una vida, una decisión... una noche entera.

Tenía a mi cargo dos pacientes con dolor, familiares haciendo enormes esfuerzos por no quebrarse, un equipo limitado y, además, un embarazo de alto riesgo avanzando dentro de mí. Aun así, intenté sostener la calma. Pregunté por alternativas, por la señal, por cualquier posibilidad de comunicación. El capitán se movía de un extremo a otro buscando un punto donde el teléfono

lograra conectarse. El paramédico y yo permanecíamos atentos a los pacientes.

La lancha se balanceaba con fuerza. El viento golpeaba el rostro y el agua chocaba contra los costados como si quisiera recordarnos que allí no teníamos el control. Cada minuto se convertía en una prueba de resistencia. Los pacientes preguntaban cuánto faltaba. Sus familiares escudriñaban la oscuridad en busca de alguna luz. Yo respondía con serenidad, aunque por dentro también sentía miedo.

Pasó una hora.

Luego otra.

Mi bebé no dejaba de moverse. Sentía sus pataditas con una intensidad que me desgarraba por dentro, dividiéndome entre dos responsabilidades imposibles de separar: cuidar a quienes dependían de mí en ese momento y proteger a la vida que también dependía completamente de mí. La doctora comenzaba a agotarse. Sostener la compostura ya no era tan fácil.

Sentí la presión elevarse, el cuerpo tensarse y la respiración volverse más corta.

Me repetí que debía mantenerme firme. No porque estuviera libre de miedo, sino porque todos, en algún momento, terminaban mirándome a mí en busca de seguridad.

Después de innumerables intentos, el capitán logró encontrar un mínimo punto de señal. Se puso de pie sobre la lancha, levantó el teléfono lo más alto que pudo, se inclinó, cambió de posición y buscó desesperadamente una altura inexistente.

Todos guardamos silencio.

Parecía que incluso respirar podía interrumpir aquella conexión frágil.

Finalmente, la llamada entró.

La comunicación duró apenas unos segundos.

—Estamos a la deriva cerca de la ciudad, por la zona de las antenas. No tenemos combustible.

La señal se perdió de inmediato.

Durante unos instantes, nadie dijo una palabra.

Aquella llamada había sido tan breve que resultaba difícil creer que bastara para encontrarnos. Sin embargo, era todo lo que teníamos.

Solo quedaba esperar.

Los siguientes cuarenta minutos fueron interminables. La noche parecía cerrarse aún más sobre nosotros. Yo mantenía la vista fija en el horizonte, aferrándome a la esperanza de encontrar cualquier señal: una luz, un sonido, algo que anunciara ayuda. El paciente con la fractura continuaba quejándose. El uniformado cerraba los ojos por momentos, intentando tolerar el dolor, para luego abrirlos nuevamente con evidente malestar. Sus familiares estaban exhaustos.

Todos lo estábamos.

Entonces, a lo lejos, apareció una luz roja.

Al principio pensé que podía tratarse de una ilusión. Fijé la mirada en la distancia, sin decir una palabra. Entonces apareció otra luz. Luego un destello más. Poco a poco, aquellas señales comenzaron a acercarse. El horizonte se llenó de sirenas, reflejos y movimiento. La oscuridad, que durante horas nos había envuelto, empezó finalmente a romperse.

Nos habían encontrado.

Sentí un alivio tan profundo que, por un instante, fui incapaz de hablar. Las embarcaciones de rescate se aproximaron con cautela. Había personal de emergencia, apoyo marítimo y más luces de las que jamás imaginé agradecer tanto. Después de casi tres horas a la deriva, ya no estábamos solos.

Aún tomó tiempo lograr que nuestra lancha pudiera retomar el trayecto. Varias embarcaciones nos rodearon, guiándonos hasta

permitirnos continuar hacia tierra firme. Al llegar, una ambulancia ya esperaba por los pacientes. Entregué el reporte clínico, expliqué lo sucedido, detallé sus condiciones y me aseguré de que ambos continuaran recibiendo la atención necesaria.

Solo después de ponerlos a salvo me permití reconocer una verdad que había mantenido en segundo plano durante toda la noche: yo también había estado en peligro.

Descendí de la lancha con el cuerpo agotado, las piernas pesadas y el corazón aún acelerado. Miré alrededor buscando un rostro familiar. Entre las luces intermitentes, las voces y el constante movimiento del personal de emergencia, lo vi.

Ahí estaba.

Firme. Esperándome.

El padre de mi hijo. Mi esposo.

No necesitó decir una sola palabra. Su presencia bastó para que todo lo que había contenido durante esas horas comenzara a derrumbarse: el miedo, el agotamiento, la tensión, la responsabilidad y la angustia de haber permanecido en medio del río, sin comunicación, con dos pacientes bajo mi cuidado y mi bebé moviéndose dentro de mí.

Todo llegó de golpe.

Aquella noche comprendí algo que quizá siempre había sabido, pero que pocas veces nos permitimos reconocer: los médicos también sentimos miedo. También dudamos. También nos cansamos. También llegamos al límite. Y, como cualquier otra persona, también necesitamos que alguien nos espere al final de una jornada difícil.

La bata no nos vuelve invencibles, ni un título profesional nos despoja de nuestra humanidad. La responsabilidad nos exige actuar con firmeza, pero no nos convierte en personas incapaces de sentir.

Aquel traslado fue mucho más que una emergencia médica. Fue una lección de vida.

Todavía puedo recordar el instante en que el motor se apagó, el sonido constante del agua golpeando la lancha, la voz del capitán intentando pedir ayuda, los quejidos de los pacientes y las sirenas que finalmente rompieron el silencio de la noche. También recuerdo mi mano sobre el vientre, las pataditas de mi bebé y esa extraña mezcla de fragilidad y fortaleza que me sostuvo hasta llegar a tierra.

No sé si alguien puede estar realmente preparado para vivir una experiencia así.

Yo no lo estaba.

Pero estuve allí.

Hice lo que debía hacer.

Acompañé a mis pacientes hasta ponerlos a salvo.

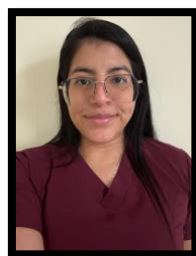
Y, cuando todo terminó, también comprendí que permitirme ser sostenida no era una muestra de debilidad, sino de humanidad.

Porque antes de ser médicos, somos personas.

Y esa noche, en medio de la incertidumbre y del miedo, fue precisamente esa humanidad la que me permitió seguir adelante.

LA LECCIÓN DETRÁS DEL QUIRÓFANO

Med. Diana Estefanía Jiménez Morante



No recuerdo el nombre de todos los pacientes que he atendido a lo largo de mi carrera como médico. Sin embargo, hay algunos que permanecen en nuestra memoria porque nos ayudan a comprender por qué seguimos estudiando, preparándonos y entregándonos a esta profesión. Una de ellas fue una mujer de 72 años que ingresó al hospital con una condición compleja: una fístula colovesical. Lo que inicialmente parecía ser un caso más terminó convirtiéndose en una experiencia que reafirmó mi interés por la cirugía y me permitió comprender el profundo impacto que una intervención quirúrgica puede tener en la vida de una persona.

Conocí a la paciente durante una mañana aparentemente rutinaria. A primera vista, era una mujer ansiosa, de carácter amable y mirada serena. Al profundizar en su historia clínica, supe que había recorrido múltiples consultas médicas debido a infecciones urinarias recurrentes que parecían no tener una explicación definitiva. Recibía tratamiento, experimentaba una mejoría temporal y, pocos días después, los síntomas reaparecían, afectando significativamente su calidad de vida.

Durante la entrevista clínica relató episodios repetidos de dolor al orinar, aumento de la frecuencia urinaria y una constante sensación de malestar. Lo que más llamó mi atención fue la persistencia de los síntomas a pesar de los tratamientos recibidos. Con el paso de los meses comenzó a notar cambios que le generaban preocupación y vergüenza. Al principio los ocultó, incluso a sus propios familiares, y dejó de participar en reuniones sociales por temor a vivir situaciones incómodas.

A medida que avanzaron los estudios diagnósticos, se confirmó la presencia de una fistula colovesical, hallazgo que finalmente explicaba el origen de los síntomas que durante tanto tiempo habían afectado su bienestar. Sin embargo, aquel diagnóstico no marcó el final de la incertidumbre.

Los exámenes complementarios revelaron una compleja masa inflamatoria en la pelvis, compatible con una enfermedad diverticular complicada. La anatomía de la región se encontraba profundamente alterada por el proceso inflamatorio. Lo que inicialmente parecía un caso susceptible de manejo clínico se transformó en un desafío quirúrgico de gran complejidad.

Recuerdo las conversaciones del equipo médico mientras analizábamos los resultados. Se conformó un equipo multidisciplinario en el que participaron diversas especialidades, conscientes de que el éxito del procedimiento dependería de una planificación minuciosa, una adecuada coordinación entre los distintos servicios y un trabajo conjunto orientado a disminuir riesgos y maximizar las posibilidades de éxito.

Mientras tanto, la paciente, junto con su familia, afrontaba la incertidumbre con una actitud admirable, aunque en algunas visitas era evidente su ansiedad y preocupación. Aquella fortaleza me hizo reflexionar sobre la enorme responsabilidad que implica cuidar a una persona que deposita su bienestar en nuestras decisiones. También me recordó la importancia de brindar información clara, honesta y prudente, entendiendo que existen promesas que, como médicos, no siempre podemos hacer.

Finalmente llegó el día de la intervención quirúrgica. En el quirófano se respiraba la concentración propia de los procedimientos complejos. Cada integrante del equipo conocía con precisión su función y comprendía la importancia de cada decisión.

La cirugía inició con una laparotomía exploratoria. A medida que avanzaba el procedimiento, se confirmaba la magnitud del desafío. Las estructuras anatómicas se encontraban unidas por extensas adherencias y un importante proceso inflamatorio. Cada

maniobra exigía paciencia, precisión y una evaluación constante antes de continuar.

Se realizó una cuidadosa liberación de los tejidos comprometidos, la identificación meticulosa de las estructuras anatómicas y la resección de las áreas afectadas. Cada paso tenía un propósito claro: resolver de manera definitiva la patología que durante tanto tiempo había condicionado la vida de la paciente.

Mientras observaba el procedimiento comprendí algo que los libros difícilmente pueden enseñar. La cirugía no consiste únicamente en operar órganos o corregir alteraciones anatómicas; detrás de cada intervención existe una historia humana. En ese momento no se trataba simplemente de una fístula colovesical, sino de una mujer que llevaba meses conviviendo con dolor, limitaciones e incertidumbre.

Tras varias horas de trabajo, la intervención concluyó satisfactoriamente. Sin embargo, el éxito de una cirugía no termina cuando se coloca la última sutura. A partir de ese momento comenzaba una etapa igualmente importante: la recuperación postoperatoria.

Los primeros días transcurrieron bajo vigilancia estrecha. La paciente permaneció en cuidados intermedios para monitorización continua. Cada signo vital, cada resultado de laboratorio y cada valoración clínica eran seguidos cuidadosamente por el equipo tratante.

A pesar de la complejidad del procedimiento, su evolución fue favorable. Poco a poco comenzó a recuperar fuerzas. Los controles demostraban estabilidad clínica y una adecuada respuesta al tratamiento. Cada pequeño avance representaba una victoria: tolerar la alimentación, sentarse al borde de la cama y dar sus primeros pasos por la habitación.

Uno de los momentos más significativos ocurrió durante una de las visitas médicas. La paciente comentó que, por primera vez en mucho tiempo, sentía esperanza. Sus palabras fueron sencillas, pero tuvieron un enorme impacto. Detrás de ellas se encontraba la recuperación de

algo que había perdido durante meses: la confianza en que podía volver a vivir sin las limitaciones impuestas por su enfermedad.

Con el paso de los días fue recuperando su independencia. Las conversaciones dejaron de centrarse exclusivamente en síntomas y tratamientos. Comenzó a hablar de su familia, de sus planes y de las actividades que deseaba retomar al regresar a casa. Era evidente que no solo estaba recuperándose físicamente; también estaba recuperando una parte importante de su vida.

Para mí, aquella experiencia representó mucho más que el aprendizaje de una patología compleja. Me permitió acompañar el recorrido completo de una paciente quirúrgica: desde el sufrimiento inicial y la incertidumbre diagnóstica hasta la resolución del problema y su recuperación funcional. Fue entonces cuando comprendí que la cirugía general tiene la capacidad de transformar vidas de una manera tangible y, en muchas ocasiones, inmediata.

También entendí que detrás de cada procedimiento existe una profunda dimensión humana. El conocimiento anatómico, la habilidad quirúrgica y la capacidad para tomar decisiones son pilares fundamentales de esta especialidad, pero adquieren su verdadero significado cuando se ponen al servicio de una persona que busca recuperar su salud, su autonomía y su calidad de vida.

Hoy, cuando recuerdo a aquella paciente, no pienso únicamente en el diagnóstico de una fístula colovesical ni en la complejidad del procedimiento realizado. Pienso en una mujer que enfrentó su enfermedad con valentía, en un equipo de profesionales que trabajó de manera coordinada para ofrecerle la mejor oportunidad de recuperación y en la lección que dejó en todos quienes tuvimos el privilegio de participar en su atención.

Fue una historia que reafirmó mi vocación. Me enseñó que la cirugía exige disciplina, compromiso, preparación constante y un profundo respeto por cada paciente. Pero, sobre todo, me mostró que tiene el privilegio de cambiar vidas. Fue precisamente al acompañar a esta paciente durante una de las etapas más difíciles de su historia cuando comprendí que ese era el camino que deseaba seguir y que la Cirugía General sería la especialidad a la que quiero dedicar mi vida profesional.

LAS MANOS QUE CONSTRUYEN SONRISAS

Med. Bryan Johan Maliza Rodríguez



Miguel era un médico en sus primeros años de práctica. Aunque la etapa universitaria había quedado atrás, conservaba intacto el ímpetu por seguir aprendiendo: reconocer enfermedades, interpretar síntomas y buscar respuestas que fueran más allá del dolor evidente. Sabía que detrás de cada diagnóstico existía una persona y que, por más interesante que pudiera resultarle un caso desde el punto de vista médico, aquel «caso» era, en realidad, alguien atravesando probablemente uno de sus peores días.

Durante esos primeros años había pasado buena parte de su tiempo entre consultorios, escuchando a sus pacientes, revisando resultados y tratando de encontrar, dentro de las posibilidades de la medicina, la mejor manera de ayudarlos. Pensaba que esa era la vida profesional que quería y se imaginaba ejerciéndola durante muchos años. Sin embargo, un día recibió una notificación del director del hospital: debido a la falta de personal, debía incorporarse temporalmente a un área quirúrgica. La noticia lo dejó helado. Lo suyo, creía, era escuchar a los pacientes en la tranquilidad de un consultorio, no permanecer durante horas de pie en un quirófano frío, con las manos manchadas de sangre.

Llegó su primer día sin tener del todo claro en qué área terminaría colaborando. Apenas había comenzado a familiarizarse con el lugar cuando las sirenas de una ambulancia quebraron la rutina del hospital. Un incendio voraz había consumido un almacén de telas en el centro de la ciudad y dejado a tres personas con quemaduras graves. Después de un saludo apresurado y una breve presentación, uno de sus compañeros le entregó una bata, un par

de guantes y le dijo simplemente: «Sígueme». Miguel obedeció, aunque por dentro se sentía completamente perdido. Había leído sobre aquello en los libros, conocía la teoría, pero nunca se había enfrentado a una escena semejante.

Entre órdenes breves, movimientos rápidos y explicaciones dadas sobre la marcha, el equipo consiguió estabilizar a los pacientes hasta la llegada de los cirujanos reconstructivos. Aquella tarde, Miguel observó durante horas cómo esos cuerpos, en algunas zonas profundamente lesionados por las llamas, eran limpiados y tratados con una precisión que lo mantuvo absorto. A su alrededor escuchaba voces, indicaciones y el sonido constante de los equipos, pero su atención permanecía fija en las manos de los cirujanos y en cada uno de sus movimientos. Algo en aquella escena comenzaba a despertar una curiosidad que hasta entonces no había sentido.

Miguel empezó a comprender que una quemadura no terminaba cuando la piel comenzaba a sanar. Algunas heridas permanecían mucho después de que el peligro inmediato hubiera desaparecido: en los movimientos que ya no eran los mismos, en las manos que no podían cerrarse, en los rostros que habían cambiado y, sobre todo, en la manera en que cada persona volvía a relacionarse con su propio cuerpo. Fue entonces cuando comenzó a mirar la cirugía de otra manera. Primero observaba; después empezó a participar en las curaciones, acompañaba a los pacientes durante los momentos más difíciles y asistía a los procedimientos quirúrgicos. Poco a poco, las salas de curación y los quirófanos dejaron de ser lugares donde simplemente se realizaban intervenciones médicas. Se convirtieron, para él, en espacios donde ocurría algo que hasta entonces no había comprendido del todo: aquellos médicos no solo trataban heridas; también ayudaban a reconstruir personas.

Miguel vio cómo una mano que parecía condenada a permanecer inmóvil podía recuperar parte de su movimiento. Vio cómo una cicatriz podía ser tratada hasta permitir que alguien volviera a utilizar una parte de su cuerpo que creía perdida. Comprendió también que la recuperación no terminaba en la mesa de

operaciones: después de una cirugía comenzaba otro proceso, muchas veces largo y difícil, que podía extenderse durante semanas o incluso meses.

Fue entonces cuando conoció a Andrés, quien llevaba varias semanas hospitalizado cuando Miguel comenzó a atenderlo. Era un hombre joven, aunque al principio le pareció mucho mayor. El dolor, la enfermedad y las noches sin descanso podían hacerle eso a cualquiera. Había sufrido quemaduras extensas tras un accidente en motocicleta mientras intentaba llegar a tiempo a una entrevista de trabajo. Desde entonces, había atravesado numerosas curaciones y varios procedimientos quirúrgicos. Su cuerpo estaba marcado por las heridas, pero era su ánimo el que parecía haber recibido el golpe más profundo.

Al comienzo, Andrés hablaba poco. Respondía únicamente lo necesario, preguntaba por los procedimientos y, sobre todo, quería saber cuándo podría marcharse. Miguel comenzó a notar que, cuando nadie conversaba con él, permanecía largos momentos mirando hacia la ventana. No parecía observar nada en particular; más bien daba la impresión de contemplar una vida que seguía ocurriendo afuera y que todavía no sabía si podría recuperar.

Una mañana, durante una curación especialmente difícil, Andrés le preguntó cuánto tiempo tendría que permanecer allí. Miguel no tenía una respuesta exacta.

—El tiempo necesario —le respondió.

Andrés soltó una pequeña risa.

—Eso dicen todos los médicos cuando no quieren decir que falta mucho.

Miguel sonrió.

—Puede ser.

—¿Y usted cuánto cree?

Miguel lo miró por un instante.

—Creo que va a salir de aquí.

Andrés guardó silencio.

—Eso no fue lo que pregunté.

—Ya sé.

Por primera vez, ambos se rieron. Fue una conversación sencilla, quizá insignificante para cualquiera que la hubiera escuchado, pero desde entonces algo cambió entre ellos. Miguel comenzó a conocer al hombre que existía detrás del paciente y descubrió que Andrés tenía una particular afición por los juegos de cartas. Había jugado durante años y hablaba de ellos con una seriedad que a Miguel le resultaba casi divertida. Era capaz de recordar partidas completas, movimientos y estrategias, y podía pasar varios minutos explicando por qué una determinada jugada había sido un error.

Así comenzaron las partidas. No estaban programadas, no aparecían en ningún protocolo ni formaban parte de una indicación médica. A veces, cuando Miguel terminaba de revisar a sus pacientes y encontraba unos minutos libres, se sentaba junto a Andrés y sacaba una baraja.

—Cinco minutos —decía Miguel.

Andrés respondía siempre lo mismo:

—Eso dijeron la primera vez que me llevaron a cirugía.

Y comenzaban a jugar. A veces eran cinco minutos; otras, veinte. Miguel sabía que debía continuar con su trabajo, que había pacientes esperando, que las curaciones no podían retrasarse y que la medicina tenía sus propios tiempos. Pero también había aprendido que un paciente no podía reducirse a una herida, una quemadura o un número de cama. Por eso, de vez en cuando, se permitía aquella pequeña desobediencia. Durante esos minutos, Andrés dejaba de ser el paciente quemado y volvía a ser simplemente Andrés: el hombre que se burlaba de Miguel cuando perdía y que hacía trampas con una naturalidad que negaba hasta el último momento. Miguel tampoco era únicamente el médico; era alguien que había encontrado un compañero inesperado en una sala de hospital.

Miguel estuvo presente durante varias jornadas de curaciones y cirugías. Participó también en algunos procedimientos y observó cómo los cirujanos trabajaban con una paciencia y una precisión que lo sorprendían. No había improvisación en aquellas manos; cada movimiento respondía a un propósito y cada decisión parecía anticipar lo que vendría después.

Lo que más impresionaba a Miguel no era únicamente la destreza de los cirujanos, sino la intención detrás de cada procedimiento. Aquellos médicos intentaban devolver algo de lo que las quemaduras habían arrebatado: una función, un movimiento, una parte del rostro o, algunas veces, la posibilidad de volver a sentirse seguro frente al mundo.

Una de las cirugías de Andrés resultó especialmente significativa para Miguel. Había acompañado su evolución durante semanas y conocía de cerca las dificultades que enfrentaba. Sabía que aquella intervención no sería el final, sino apenas una etapa dentro de un largo camino de curaciones, rehabilitación y paciencia. Aun así, podía representar una diferencia importante en su recuperación.

Miguel participó en la cirugía dentro de sus posibilidades y siguió cada etapa con una atención que nunca había experimentado en el consultorio. Allí comenzó a mirar el acto quirúrgico desde otra perspectiva: operar no consistía simplemente en reparar un cuerpo, sino en entrar, por un instante, en la historia de una persona, comprender aquello que había perdido e intentar devolverle todo lo que aún podía recuperarse.

Cuando Andrés regresó a la sala, Miguel se acercó a verlo.

—¿Y? —preguntó Andrés.

—¿Y qué?

—¿Ganamos?

Miguel sonrió.

—Todavía no.

Andrés cerró los ojos.

—Entonces habrá que seguir jugando.

Miguel comprendió que aquellas palabras hablaban de algo mucho más grande que una partida de cartas. Todavía quedaba camino por recorrer. Durante aquellos tres meses había visto a niños, adultos y ancianos recuperar poco a poco su autonomía; había visto manos volver a moverse, rostros recobrar su expresión y personas que, después de atravesar el dolor, comenzaban nuevamente a confiar en sus propios cuerpos. La cirugía no siempre podía devolver exactamente aquello que se había perdido, pero sí podía abrir la posibilidad de recuperar una parte de la vida que parecía haber quedado atrás.

Y entonces lo supo. No quería abandonar la medicina que hasta ese momento había conocido; quería descubrir otra forma de ejercerla. Quería aprender a trabajar con sus propias manos, comprender los tejidos y reconstruir aquello que todavía pudiera ser reconstruido. Quería ser cirujano. Mientras Miguel descubría su vocación, Andrés continuaba avanzando en su recuperación. Las curaciones fueron disminuyendo y, poco a poco, volvió a caminar, a utilizar sus manos y a imaginar su regreso a casa. Hasta que, finalmente, llegó el día en que pudo marcharse.

Antes de irse, Andrés buscó a Miguel.

—¿Y las cartas?

Miguel sonrió.

—La próxima partida la jugamos afuera.

Andrés se despidió y regresó a su vida, llevando consigo las cicatrices de lo vivido, pero también la posibilidad de continuar. Miguel lo observó alejarse y supo que él también salía de aquella experiencia siendo distinto. Había llegado a esa sala sin imaginar cuánto cambiaría su manera de entender la medicina y, entre curaciones, quirófanos y partidas de cartas, había encontrado finalmente su camino en la cirugía.

LA PRIMERA NUNCA SE OLVIDA

Med. Francisco José Ponce Villalva



Hoy, mientras camino por los pasillos estériles de un hospital y respiro ese aire filtrado, impregnado del inconfundible aroma a antiséptico y frío metálico que ahora forma parte de mi rutina, mi mente viaja inevitablemente hacia atrás. Observo mis manos, enguantadas y seguras, y no puedo evitar recordar el temblor que las dominaba aquel primer día. El tiempo dentro de un hospital parece transcurrir de una manera distinta, pero la memoria conserva intacto aquel instante en que la medicina dejó de ser tinta sobre papel para convertirse, finalmente, en un latido real.

De todas las áreas del hospital, siempre hubo una que despertaba especialmente mi curiosidad: el quirófano. Durante los primeros años de carrera, cada vez que parecía surgir la oportunidad de cruzar aquellas puertas batientes, algo ocurría y la ocasión se desvanecía antes de que pudiera alcanzarla. Pasaron los semestres entre libros de anatomía, imaginando texturas que nunca había tocado y esperando el momento en que pudiera comprobar, por fin, que el cuerpo humano distaba mucho de aquellos esquemas perfectamente coloreados de los textos de cirugía.

Cursaba mi tercer mes como interno en un gran hospital de la capital. La transición hacia aquella nueva etapa había sido abrupta, pero el verdadero desafío apenas comenzaba. El médico tratante, un hombre de pocas palabras y mirada seria, había publicado los horarios de rotación. Sentí un alivio inmenso al comprobar que ese primer día no tendría guardia, pero mi corazón dio un vuelco cuando leí mi asignación matutina: empezaba en quirófano. Primer día, primera cirugía. Nunca había cruzado la

puerta que separaba los pasillos del hospital de aquellas salas estériles que durante tanto tiempo había imaginado. Finalmente, el momento había llegado.

Mis expectativas eran enormes, alimentadas por años de espera. Me imaginaba participando en una cirugía impecable, quizá como ayudante principal, desempeñando un papel importante dentro del procedimiento. Sin embargo, detrás de aquella aparente valentía, una multitud de inseguridades comenzaba a invadir mi mente. ¿Y si me desmayaba al presenciar la primera incisión? ¿Y si la sangre me robaba el aliento? ¿Qué ocurriría si el nerviosismo me impedía comprender las indicaciones de mis superiores? Más que temor al quirófano, sentía miedo de fallar precisamente en la profesión que había elegido.

La jornada comenzó con el ritual habitual del pase de visita, desde las siete y media hasta las ocho y media de la mañana. Éramos una pequeña procesión de batas blancas recorriendo los pasillos y deteniéndonos frente a veinticuatro habitaciones, cada una con su propia historia de dolor, incertidumbre y esperanza. Algunos pacientes descansaban después de haber sido operados; otros acababan de ingresar y esperaban respuestas; mientras que algunos permanecían en ayunas y en silencio, aguardando el momento de ser trasladados al quirófano.

Fue en la habitación siete donde todo comenzó. Como interno, una de mis primeras tareas era redactar la historia clínica y la nota de ingreso de los pacientes. Allí conocí a una mujer de aproximadamente cincuenta y seis años, proveniente de la cálida selva amazónica, a quien las circunstancias habían llevado hasta las frías alturas de la capital. Estaba acompañada únicamente por su esposo, un hombre de manos callosas y mirada cansada.

Mientras completaba los formularios, fui conociendo su historia. Había dejado su hogar, a cuatro horas de distancia de la gran ciudad, y también a sus dos hijos. El mayor, de apenas dieciséis años, había asumido la responsabilidad de cuidar a su hermano de diez mientras sus padres permanecían en el hospital. Todo aquel sacrificio tenía un solo motivo: un «tumor en la barriga», como

ella llamaba, con palabras sencillas, a una enfermedad que no terminaba de comprender. En términos médicos, debía someterse a la resección de un tumor gástrico, una cirugía oncológica mayor.

Al mirarla a los ojos, podía percibir una profunda mezcla de tristeza y preocupación. El temor al procedimiento y la incertidumbre sobre su pronóstico pesaban sobre ella; sin embargo, en su mirada también había una aceptación silenciosa y cierta valentía frente a lo inevitable. No entendía de términos anatómicos ni de estadísticas, pero sí tenía claro algo mucho más importante para ella: debía someterse a aquella cirugía con la esperanza de regresar a casa y abrazar nuevamente a sus hijos.

Apenas terminó el pase de visita, el médico residente me pidió que lo acompañara al centro quirúrgico. Debíamos preparar todo: confirmar la sala asignada, verificar qué anestesiólogo estaría de turno y comprobar que no faltara ningún instrumento. Media hora después, una enfermera apareció empujando una camilla. Allí estaba nuestra paciente, vestida ya con la bata verde del hospital. Nos acercamos intentando transmitirle algo de calma en medio de su incertidumbre. La recibimos y tratamos de tranquilizarla con palabras que yo apenas comenzaba a pronunciar con seguridad. Mientras tanto, me encargué de completar la documentación necesaria: el consentimiento informado, la historia clínica definitiva y las solicitudes de laboratorio y patología.

Entonces llegó mi verdadero momento de iniciación. Guiado por el residente, me acerqué a los lavabos de acero inoxidable y aprendí el rigor del lavado quirúrgico de manos: el frotado meticuloso desde la punta de los dedos hasta los codos y el agua corriendo en una sola dirección, arrastrando cualquier impureza del mundo exterior. Para mí, aquel ritual tenía algo de bautismo. Al levantar los brazos y atravesar de espaldas la puerta del quirófano, sentí que dejaba atrás, al menos por un instante, al estudiante temeroso. Me colocaron la bata estéril y luego los guantes siguiendo una técnica impecable. La asepsia y la antisepsia habían dejado de ser conceptos aprendidos en un libro;

dentro de aquellas paredes eran principios esenciales para proteger la vida del paciente.

Media hora después llegó el médico tratante, el cirujano principal, con la serenidad de quien ha repetido aquel ritual tantas veces que ya parece formar parte de su respiración. La paciente estaba preparada y anestesiada, por lo que comenzaron los protocolos previos a la intervención. La enfermera y la instrumentista se presentaron por sus nombres; los médicos hicieron lo mismo y, cuando llegó mi turno, pronuncié el mío en voz alta. Era la primera vez que decía mi nombre dentro de un quirófano como parte del equipo, como alguien que tenía un lugar asignado en aquella sala. Por un instante breve, pero significativo, sentí que todos aquellos años de estudio cobraban sentido alrededor de una sola frase.

El cirujano explicó, con indicaciones breves y precisas, el procedimiento que realizaríamos. Entonces, sin mayor ceremonia, comenzó la cirugía. Nada me había preparado para lo que sentí en aquel momento. Todo lo que hasta entonces había conocido mediante imágenes, esquemas y modelos de plástico se convirtió, de pronto, en algo vivo. El cuerpo humano abierto no se parece a los libros: tiene un brillo particular bajo la luz del quirófano, un movimiento casi imperceptible acompasado por la ventilación mecánica y un calor que ninguna fotografía consigue transmitir. Era rojo, vibrante, frágil y, sobre todo, profundamente humano. Observar la separación de los tejidos e identificar cada estructura era contemplar la anatomía cobrar vida frente a mis ojos. El único signo vital verdaderamente inestable en aquella sala parecía ser el mío. Mi corazón latía descontrolado mientras sostenía los separadores, maravillado y atemorizado a partes iguales.

Dos horas después, la intervención había concluido con éxito. El tumor fue resecado, el sangrado estaba controlado y la paciente se había mantenido estable durante todo el procedimiento. El cirujano principal se retiró dejando al residente y a mí con una indicación sencilla: «Cierren la herida». Entonces, con un gesto de confianza que no esperaba, el residente me cedió la aguja y el hilo

para realizar las últimas suturas. Cerré aquella herida con un pulso todavía inseguro, pero con absoluta concentración, consciente de que aquellas eran también las primeras puntadas de mi propia formación quirúrgica. Terminamos las notas operatorias antes de salir, mientras afuera ya esperaba el siguiente paciente, la siguiente cirugía y una nueva oportunidad para aprender.

A la mañana siguiente regresaron la entrega de turno y el habitual pase de visita. Cuando llegamos a la habitación siete, busqué casi de inmediato a nuestra paciente. Allí estaba: despierta, estable y recuperándose. Manifestaba el dolor abdominal esperable después de la intervención y, a su lado, su esposo permanecía sosteniéndole la mano. En sus miradas se percibían el alivio y el agradecimiento después de todo lo vivido.

Tres días después de la intervención llegó el esperado momento del alta médica. Me acerqué con la carpeta de documentos y encontré sentada al borde de la cama a una mujer distinta de aquella que había conocido días antes. Ya no llevaba la bata pálida del hospital, sino su propia ropa, llena de color. La tristeza y el temor que había percibido en su rostro dieron paso a una sonrisa amplia, al alivio y a una esperanza renovada. Cuando le entregué los documentos, tomó mis manos y comenzó a agradecerme con una sucesión de palabras y bendiciones. Poco después se despidió, preparada para emprender junto a su esposo el largo camino de regreso a casa y reencontrarse con sus hijos.

El tiempo pasó. Un año y medio después de aquella mañana, me encontraba realizando mi año de medicina rural. Había sido asignado a un gran y caótico centro de salud en el corazón de la Amazonía ecuatoriana. Una mañana, durante la consulta, llegó una mujer acompañada de su hijo, un niño de once años que presentaba dolor de garganta. Se trataba de un cuadro sencillo de faringoamigdalitis que, en otras circunstancias, no habría tenido nada de particular. Sin embargo, apenas la vi, algo se encendió en mi memoria. Antes de que pudiera decir una palabra, ella me reconoció y afirmó con absoluta seguridad: «Usted fue el doctorcito que me operó».

La reconocí de inmediato. La alegría de verla sana, de pie frente a mí y con su hijo menor de la mano, fue casi tan intensa como los nervios que había sentido durante aquella primera cirugía. La saludé con una emoción que no intenté ocultar, aunque enseguida quise aclararle, con la honestidad que consideraba necesaria: «Yo no la operé, solo fui ayudante». Ella sonrió, como si aquella precisión no tuviera demasiada importancia, y respondió algo que me acompañaría desde entonces: «De los otros doctores ni me acuerdo. De usted sí. Usted me atendió y estuvo los cinco días pendiente».

Por un instante, el consultorio pareció quedar en silencio. Aquellas palabras me enseñaron algo que ningún libro, examen o guía clínica había logrado mostrarme hasta entonces. En sus momentos más difíciles, los pacientes no recuerdan únicamente las manos de quien realizó una cirugía o indicó un tratamiento; también recuerdan a quien estuvo cerca, a quien los escuchó, les habló con calma y los acompañó cuando más vulnerables se sentían. Para aquella mujer, mi papel dentro del quirófano había sido pequeño, pero mi presencia durante su hospitalización había significado mucho más de lo que yo imaginaba.

Hoy, cuando atiendo a un paciente o entro a una sala de operaciones, todavía pienso en aquella primera vez: en la paciente de la habitación siete, en su temor antes de la cirugía, en la sonrisa con la que finalmente regresó a casa y en aquella aguja que sostuve con manos todavía inseguras para cerrar mi primera herida. Pero, sobre todo, recuerdo la lección que aquel encuentro inesperado terminó de enseñarme: detrás de cada diagnóstico y de cada procedimiento existe una historia que merece ser escuchada. Porque ser médico no consiste únicamente en diagnosticar, operar o suturar; también implica saber acompañar y, cuando el paciente más lo necesita, aprender a quedarse.

EL CAMINO HACIA LA CIRUGÍA

Med. Paulo Sebastián Delgado Pinchao



Desde que comprendí lo que significaba ser médico, mi percepción de la medicina estuvo siempre ligada a una idea sencilla, pero profunda: quería sanar y servir. Al principio no sabía exactamente qué significaba aquello ni hasta dónde podía llevarme. Pensaba en la medicina como una profesión capaz de aliviar el sufrimiento y devolverle a una persona la posibilidad de continuar con su vida. Con el paso de los años, aquella idea dejó de ser solamente una ilusión y comenzó a convertirse en una convicción. Sin embargo, durante gran parte de mi formación todavía no sabía qué especialidad quería elegir. Conocí diferentes áreas, conviví con distintas realidades y tuve la oportunidad de aprender de muchos profesionales. Cada experiencia aportó algo a mi formación, pero ninguna había conseguido responder completamente aquella pregunta que permanecía dentro de mí: ¿qué quiero hacer durante el resto de mi vida? La respuesta llegó durante el internado.

Recuerdo mi llegada al servicio de cirugía general. Después de haber recorrido diferentes áreas y haber acumulado experiencias que me habían ayudado a crecer como estudiante, llegué con la misma disposición de siempre: aprender, trabajar y aprovechar cada oportunidad. No sabía que estaba a punto de encontrar algo que cambiaría mi manera de entender la medicina. Durante el primer pase de visita observé a los pacientes, escuché sus historias y traté de comprender las enfermedades que enfrentaban. Mientras avanzaba la jornada, algo comenzó a sentirse diferente: aquello iba más allá de la curiosidad, era una necesidad de comprender.

Quería saber por qué se tomaba cada decisión, cómo se elegía una técnica, qué había detrás de cada procedimiento y qué podía hacerse para devolverle a una persona aquello que la enfermedad le había quitado. Ahí sentí que algo dentro de mí comenzaba a encenderse: una pequeña chispa, casi silenciosa, pero suficientemente intensa para no desaparecer.

A partir de entonces comencé a aprovechar cada momento libre para prepararme. No porque alguien me lo exigiera, sino porque quería estar listo. Revisaba conocimientos, buscaba actualizaciones y trataba de comprender todo aquello que veía durante la jornada. Trabajaba en silencio, con la convicción de que cada página estudiada podía acercarme un poco más a aquello que todavía no sabía que se convertiría en mi sueño. Aprendí que las oportunidades no siempre llegan cuando uno las espera; algunas aparecen de manera inesperada y permanecen frente a nosotros durante un instante. Para aprovecharlas hay que estar preparado, tener el valor de dar un paso adelante y aceptar el desafío. Eso fue lo que intenté hacer.

Y entonces llegó el quirófano. Había tenido la oportunidad de entrar anteriormente, pero ninguna experiencia había sido igual. Desde el momento en que comenzaba un procedimiento, algo cambiaba: el mundo exterior parecía desaparecer y toda mi atención quedaba concentrada en lo que ocurría frente a mí. El paciente, el procedimiento y el equipo se convertían en el centro de todo; cada movimiento tenía un propósito, cada decisión una consecuencia, cada segundo exigía concentración. Yo observaba y aprendía, pero sobre todo comenzaba a descubrirme a mí mismo. Había algo en aquel ambiente que despertaba una versión de mí que quería conocer más, prepararse más y ser mejor cada día. Entendí que la cirugía exigía mucho más que conocimientos técnicos: requería disciplina, precisión, capacidad de decisión y, al mismo tiempo, una profunda sensibilidad humana, porque detrás de cada procedimiento existe una persona que tiene miedo, una familia que espera y una historia que continuará cuando el paciente abandone el hospital.

El cirujano no trabaja únicamente sobre un cuerpo enfermo: trabaja sobre una vida que alguien espera recuperar. Aquella idea comenzó a acompañarme y, cuanto más aprendía, más claro se volvía todo: la cirugía no era un servicio más, era el lugar donde quería estar. Al finalizar aquella experiencia, algo había cambiado en mí. Ya no estudiaba solo pensando en aprobar una materia o completar una etapa de formación; estudiaba pensando en el médico que quería llegar a ser. Por primera vez pude imaginar mi futuro con una claridad diferente: quería ser cirujano. No fue una decisión tomada en un solo día, sino construida poco a poco, entre horas de estudio, pases de visita, procedimientos y momentos en los que simplemente observaba e intentaba aprender. Aquella experiencia había encendido una chispa, pero todavía faltaba otra que terminaría de darle un significado mucho más profundo a esa decisión.

A veces imaginamos que las oportunidades siempre llegan como un tren que aparece frente a nosotros: subimos, avanzamos y seguimos nuestro camino. Sin embargo, también existen trenes que parten, momentos que nos dejan quietos, mirando cómo algo importante se aleja, sin entender qué hacer después. Mi segundo encuentro con la cirugía comenzó con una partida: la de mi abuelo. Durante muchos años mi familia convivió con su enfermedad. Cuando recibió su primer diagnóstico yo todavía era un niño; no comprendía realmente qué estaba ocurriendo. Sabía que estaba enfermo, pero no podía dimensionar aquello que cambiaría nuestra vida. Con los años, la medicina me permitió regresar a aquella historia desde una perspectiva completamente diferente: ya no era solamente su nieto, también era un estudiante de medicina, y eso cambió la manera en que podía comprender lo que había sucedido.

Decidí conocer con mayor profundidad su historia clínica. Al hacerlo encontré, entre tantos documentos, el trabajo de un cirujano especializado en cabeza y cuello: una nota quirúrgica. La leí y algo dentro de mí volvió a encenderse. Hasta ese momento la cirugía había sido el sueño que estaba construyendo a partir de mis experiencias durante el internado, pero aquella nota hizo que

ese sueño adquiriera un significado mucho más profundo, porque esta vez no estaba leyendo sobre un paciente desconocido: estaba leyendo sobre mi abuelo. Pensé en lo que significaba una cirugía desde el otro lado. Para un médico puede representar horas de preparación, estudio, técnica y concentración; para una familia puede significar mucho más: tiempo, recuerdos, años de vida compartidos, la posibilidad de seguir viendo sonreír a alguien que se ama.

En ese momento comprendí que el trabajo de aquel cirujano había significado mucho más que un procedimiento para mi familia: había contribuido, desde su profesión, a que mi abuelo pudiera continuar a nuestro lado durante muchos años. Y, de alguna manera, su trabajo también había llegado hasta mí y había despertado una vocación. Mi abuelo continuó enfrentando su enfermedad durante mucho tiempo. Finalmente llegó el momento que ninguna familia quiere vivir: despedirse de alguien que ama. Su partida dejó un vacío, pero también una enseñanza que todavía me acompaña: que la medicina no siempre puede vencer a la enfermedad y que no todas las historias terminan como quisiéramos. Sin embargo, eso no significa que el esfuerzo de un médico haya sido en vano. A veces curar significa eliminar una enfermedad; otras veces significa devolver una función, aliviar un dolor, prolongar una vida, ofrecer tiempo, dar esperanza y, a veces, simplemente permitir que una persona tenga más momentos junto a quienes ama. Eso también es medicina. Eso también es cirugía.

Por eso, cuando pienso en mi abuelo, no quiero quedarme únicamente con el dolor de su partida. Prefiero recordar todo lo que pudimos compartir y comprender que, durante muchos años, diferentes profesionales trabajaron para que esos momentos fueran posibles. Entre ellos, un cirujano cuyo nombre encontré años después en una historia clínica y cuyo trabajo terminó influyendo, sin saberlo, en la historia de mi propia vida. Quizá esa sea una de las formas más inesperadas en las que una persona puede dejar una huella. Mi abuelo se fue, pero su historia se quedó conmigo, y ahora forma parte del camino que quiero recorrer.

Cuando miro hacia atrás, puedo reconocer con claridad los dos momentos que terminaron definiendo mi decisión. El primero ocurrió durante el internado: allí descubrí la cirugía. Descubrí que podía pasar horas estudiando y aprendiendo porque realmente quería hacerlo, que el quirófano podía convertirse en el lugar donde quería desarrollar mi vida profesional, y que detrás de cada procedimiento existía una combinación de ciencia, precisión, responsabilidad y humanidad que me apasionaba. El segundo momento ocurrió cuando comprendí la historia de mi abuelo desde la perspectiva de la medicina: allí descubrí el propósito. Uno me mostró el camino; el otro me explicó por qué quería recorrerlo.

Hoy mi sueño ya no consiste simplemente en llegar a ser cirujano. Quiero convertirme en uno de esos profesionales capaces de recordar que cada paciente es mucho más que una enfermedad; quiero tener los conocimientos necesarios para tomar buenas decisiones, desarrollar unas manos firmes y una técnica precisa, y aprender de quienes tengan más experiencia. Quiero aceptar que nunca dejaré de estudiar, pero sobre todo quiero conservar la razón por la que comenzó todo: servir. Sé que el camino no será sencillo: la cirugía exige sacrificios, disciplina, constancia y carácter. Habrá momentos de cansancio, dudas y dificultades, días en los que será necesario recordar por qué decidí comenzar. Y cuando esos momentos lleguen, quiero recordar aquel primer pase de visita, la primera vez que sentí aquella curiosidad, el quirófano y, sobre todo, a mi abuelo.

Porque fueron ellos quienes, de diferentes maneras, me mostraron hacia dónde debía caminar. Mi sueño comenzó siendo solamente mío, y con el tiempo se convirtió también en un sueño de mi familia. Y, de una manera especial, lleva conmigo una parte de la persona que más me enseñó, incluso sin saberlo, que la medicina puede cambiar la vida de quienes amamos. Quizá por eso sigo pensando en aquel tren: durante mi formación apareció uno frente a mí y tuve que decidir si estaba preparado para subir; después, otro partió y me dejó una ausencia que todavía forma parte de mí. Pero ahora comprendo que ambos eran parte del mismo viaje.

Hoy estoy frente a una nueva estación. No sé exactamente cuántas estaciones habrá antes de llegar a mi destino, ni cuántos obstáculos encontraré, pero sé que estoy dispuesto a recorrer el camino. Quiero hacerlo con perseverancia, honestidad, humildad y la disciplina necesaria para seguir aprendiendo; quiero tener una mente preparada para decidir, unas manos firmes para actuar y un corazón capaz de recordar siempre por qué elegí este camino.

Porque finalmente comprendí que ser cirujano no significa solamente operar: significa asumir la responsabilidad de intentar cambiar una historia, entrar a un quirófano sabiendo que alguien espera volver a casa, y entender que una intervención puede representar mucho más que un procedimiento —puede representar una nueva oportunidad, tiempo, esperanza—. Y quizá algún día, cuando esté frente a un paciente y tenga la responsabilidad de ayudarlo, recuerde a aquel niño que alguna vez no entendía la enfermedad de su abuelo. Recordaré cuánto cambió mi manera de mirar la medicina, aquella nota quirúrgica, y al médico que, sin saberlo, ayudó a despertar mi vocación, y a mi abuelo. Entonces entenderé, una vez más, por qué elegí este camino.

La cirugía fue la chispa que encontré durante mi formación; mi abuelo fue quien convirtió aquella chispa en una llama. Ahora me corresponde mantenerla encendida, porque no quiero dedicar mi vida únicamente a realizar procedimientos: quiero dedicarla a las personas, ayudar a quienes necesiten de mí. Quiero que cada paciente que pase por mis manos encuentre, además de conocimiento y técnica, compromiso, respeto y humanidad. No sé dónde terminará este viaje, pero sí sé dónde comenzó: con una pregunta, continuó con una oportunidad, se fortaleció en un quirófano, encontró un significado en la historia de mi abuelo y hoy se ha convertido en una decisión. Estoy listo para subir a ese tren. Esta vez no quiero mirar cómo se aleja: quiero tomarlo y recorrer, con trabajo, perseverancia y honestidad, el camino que me llevará a cumplir aquello que hoy ya no es solamente un sueño. Es mi propósito.

ABDOMEN CATASTRÓFICO: CUANDO LA MEDICINA TAMBIÉN NOS ENSEÑA A AMAR

Med. Byron Omar Montero Carpio



¿Qué es una catástrofe? La Real Academia Española la define como un suceso desafortunado que provoca gran destrucción, ocasiona daños graves y altera el orden regular de las cosas. Nunca imaginé que aquella definición pudiera guardar una relación tan directa con el abdomen.

Cuando regreso al pasado, recuerdo con claridad el día en que conocí el término «abdomen catastrófico». Ocurrió durante mi rotación por el servicio de Cirugía General, específicamente el primer día. En la distribución de pacientes me correspondió uno que parecía extraído de un libro de cirugía, uno de esos casos que se estudian con la idea de que difícilmente llegarán a encontrarse en la práctica.

El paciente llevaba muchos días hospitalizado y acumulaba ya varios meses bajo el diagnóstico de abdomen hostil. Todo había comenzado con una peritonitis secundaria a una apendicitis aguda. Después llegaron múltiples cirugías, reintervenciones, complicaciones y nuevos procedimientos. Cada operación había dejado más adherencias, nuevas dificultades y mayores alteraciones de la anatomía y la fisiología intestinal. El abdomen había dejado de ser un territorio reconocible; el término «hostil» parecía describirlo a la perfección.

Era un abdomen peligroso, desconocido y cubierto de adherencias, en el que cada intento de exploración podía desencadenar otra complicación. La anatomía habitual había

desaparecido. El intestino parecía atrapado dentro de un caos que obligaba a los cirujanos a avanzar con prudencia, paciencia y respeto. Sin embargo, con el paso de los días comprendí que aquello capaz de golpear con mayor fuerza a una persona —y también a todo un servicio— no se encontraba únicamente dentro del abdomen. Estaba afuera, en la familia.

Habían transcurrido muchos días en un hospital con visitas restringidas, donde el estado clínico del paciente impedía que sus familiares permanecieran cerca. Mientras nosotros observábamos resultados de laboratorio, drenajes, cultivos, nutrición parenteral, antibióticos, terapia de presión negativa y procedimientos quirúrgicos, su familia padecía otra enfermedad: la incertidumbre.

El tiempo pasó y el paciente comenzó a mejorar. Poco a poco, aquel abdomen que parecía imposible empezó a responder. Entonces ocurrió algo que quizá no estaba escrito en ningún protocolo. Después de varios meses de hospitalización y aunque las normas de visita no solían permitirlo, la empatía abrió una excepción: sus hijos pequeños pudieron verlo.

En momentos así, la Medicina deja de ser exclusivamente Medicina. Nada parece más fuerte que la familia, esa institución que no escogemos, que recibimos como un regalo y que, cuando todo parece perdido, puede convertirse en una de las razones más poderosas para continuar luchando.

Resultaba difícil creer que aquel paciente, con un abdomen hostil cubierto de parches y apósitos, conectado a una terapia de presión negativa y dependiente de la nutrición parenteral, pudiera volver algún día a su casa y reencontrarse con los suyos. En medio de todo aquello también aprendí algo sobre el amor: cuán importante es elegir bien a la persona que caminará a nuestro lado.

Alguien que permanezca durante los días buenos, pero, sobre todo, cuando todo se derrumba. Alguien que comprenda que los votos matrimoniales no son únicamente palabras hermosas pronunciadas frente a una familia y una iglesia, sino la promesa de quedarse cuando la vida deja de ser sencilla.

Como internos rotativos de Medicina no aprendemos solo patologías. Tampoco se trata únicamente de cumplir pendientes, revisar análisis, realizar procedimientos o presentar pacientes. Muchas veces, sin advertirlo, terminamos entrando un poco en la vida de las personas que atendemos.

Cada vez que se realizaba una limpieza quirúrgica para valorar la posibilidad de cerrar la pared abdominal, yo esperaba a la esposa del paciente para que firmara el consentimiento. Al principio intentaba explicarle el procedimiento, pero ella ya lo conocía. Después de tantos meses, probablemente comprendía mejor que muchos de nosotros cada detalle de la enfermedad de su esposo. Sus preguntas eran diferentes: «¿Necesitan algo? ¿Tienen todos los insumos? Si falta algo, díganme y yo se los traigo». Y yo pensaba que, si aquello no era amor, entonces no sabía qué podía serlo.

Los días avanzaron y mi rotación terminó. Pasé a otro servicio y una compañera quedó a cargo de aquella cama. Como suele ocurrir durante el internado, le entregué la información habitual: los pendientes, las indicaciones y todo cuanto debía vigilarse durante los turnos. Con temor, recelo y muchas dudas, cada interno que posteriormente asumía esa responsabilidad terminaba haciendo algo más que aprender sobre una enfermedad compleja: acababa admirando a una familia.

Finalmente llegó el día. La pared abdominal pudo cerrarse. Después de varios meses, una frase que parecía imposible comenzó a escucharse en el piso: «Alta más indicaciones». El paciente de la cama 51, conocido ya por prácticamente todo el hospital, regresaría por fin al lugar que más extrañaba: su hogar.

La epicrisis parecía interminable. Toda la guardia tuvo que colaborar para resumir casi seis meses de hospitalización en varias hojas. Era necesario condensar meses de sufrimiento, cirugías, complicaciones, tratamientos y decisiones médicas en un documento que pudiera acompañarlo a casa.

No obstante, la historia aún no había terminado. Al concluir el internado, quizá por esa curiosidad que conservamos por ciertos

pacientes, permanecí en el grupo de chat del servicio. Tiempo después volví a encontrar su nombre en la bitácora: había ingresado nuevamente. Alguna complicación posterior al tratamiento lo había llevado otra vez al hospital.

Esta vez lo miré de otra manera. Ya no sentía el temor de aquel primer encuentro; tenía la convicción de que volvería a salir. Había visto de qué era capaz ese paciente y, sobre todo, de qué era capaz su familia.

Una catástrofe —y, en este caso, literalmente una catástrofe abdominal— puede ser devastadora. Recuperarse de un estado catabólico prolongado, sobrevivir a la sepsis, soportar múltiples intervenciones, depender de un catéter venoso central y finalmente volver a caminar hacia casa es algo digno de admiración. Pero nunca debemos olvidar que, mientras el paciente lucha por sobrevivir, su familia también lucha y, muchas veces, lo hace en silencio.

Como médicos aprendemos a comprender enfermedades, resolver situaciones difíciles y tomar decisiones bajo presión. También tenemos la oportunidad de contemplar algo que ningún libro puede enseñarnos: la manera en que una enfermedad pone a prueba los vínculos humanos. Aquello que para nosotros representa unas semanas o meses de rotación puede ser, para una familia, un periodo de lucha brutal. Es allí donde quizá deberíamos dejar de enseñar por un momento y comenzar a aprender de nuestros pacientes.

Algunos no salen del hospital únicamente con una historia clínica; también dejan una lección. Aquel paciente me enseñó que, así como seleccionamos cuidadosamente un tratamiento, deberíamos aprender a elegir con el mismo cuidado a las personas que nos rodean.

¿Por qué hemos normalizado que el médico deba estar solo? ¿Por qué parece que una vida dedicada a la Medicina tiene que significar divorcios, ausencias, hijos que crecen sin nosotros o familias acostumbradas a esperar nuestro regreso? Existen, por supuesto, circunstancias que no dependen de nuestra voluntad. Sin

embargo, quizá hemos aceptado con demasiada facilidad la idea de que una familia estable, la paternidad presente y el acompañamiento a la pareja son incompatibles con el ejercicio médico. No debería ser así.

Los turnos interminables, la falta de sueño, las guardias, el estrés, las responsabilidades y el cuidado de desconocidos forman parte de la práctica cotidiana, quizá todavía más cuando la vida profesional transcurre dentro de un quirófano. Hay una frase que debería acompañarnos siempre: «A quien se le ha dado más, más se le pedirá».

Ser médico es una de las profesiones más humanas, fraternales y responsables. Elegimos cuidar a personas que muchas veces ni siquiera conocemos. Decidimos acompañarlas en sus momentos de mayor vulnerabilidad y aceptamos cargar, aunque sea durante unas horas, con una parte de su sufrimiento. Precisamente por ello debemos comprender que cuidar a los demás no puede convertirse en una excusa para abandonar a quienes nos aman. No deberíamos permitir que la profesión que nos enseñó a salvar vidas termine consumiendo la nuestra.

Quizá esa sea la verdadera enseñanza de aquel abdomen catastrófico: podemos pasar horas intentando cerrar una pared abdominal mientras dejamos abiertas las heridas de nuestra propia familia. Podemos aprender a controlar una hemorragia, pero no saber detener la distancia que crece en el hogar. Podemos luchar durante meses contra una infección y, al mismo tiempo, permitir que el abandono contamine nuestras relaciones. Incluso podemos salvar a un desconocido mientras perdemos, poco a poco, a quienes estuvieron a nuestro lado desde antes de que fuéramos médicos.

Que las historias de lucha de nuestros pacientes nos recuerden que también nosotros tenemos un motivo para regresar a casa. Que podamos ser excelentes médicos sin dejar de ser buenos hijos, padres, esposos, hermanos y compañeros de vida. Tal vez, después de pasar meses intentando devolverle la vida a alguien, comprendamos que también existen vidas que dependen de

nosotros fuera del hospital. Curar a los demás es una vocación, pero cuidar a quienes nos aman también es una responsabilidad.

Que ser médico no signifique solamente aprender a salvar cuerpos. Que también aprendamos a cuidar corazones. Y que, cuando llegue el momento de redactar nuestra propia «epicrisis», podamos mirar atrás y descubrir que, además de haber cuidado a muchos pacientes, también estuvimos presentes para las personas que hicieron posible que llegáramos hasta aquí.

CUANDO EL TIEMPO CUENTA

Med. Christian Alexander Lema Guaraca



Hay guardias que comienzan con la sensación de que serán iguales a muchas otras y terminan dejando una enseñanza que permanece durante largo tiempo. Recuerdo una de esas jornadas por un paciente adulto que llegó al servicio de Urgencias acompañado de un familiar. Se quejaba de un dolor abdominal iniciado horas antes que, en principio, no parecía diferente de tantos cuadros digestivos atendidos a diario. Sin embargo, mientras escuchaba su relato, tuve la impresión de que algo no encajaba por completo.

El dolor había comenzado de manera difusa y luego se concentró en una zona específica del abdomen. El paciente había perdido el apetito y presentaba náuseas, aunque no había sufrido vómitos importantes. Su familiar insistía en que durante las últimas horas lo había visto más incómodo y menos dispuesto a conversar. Aquella observación, aparentemente sencilla, me recordó una de las enseñanzas más útiles de la práctica médica: con frecuencia, la información valiosa no se encuentra solo en lo que el paciente dice, sino también en la forma en que atraviesa la enfermedad.

Durante la entrevista procuré mantener una conversación tranquila y ordenada. Pregunté por el inicio y la intensidad del dolor, los cambios en su localización y los síntomas acompañantes. También revisé sus antecedentes, los medicamentos habituales, las cirugías previas y la existencia de episodios similares. Mientras lo interrogaba observé su postura: permanecía ligeramente inclinado y evitaba los movimientos bruscos. Este

comportamiento no era diagnóstico por sí mismo, pero adquiría importancia al integrarlo con el resto de la historia.

El examen físico confirmó que mi preocupación no era infundada. Presentaba sensibilidad abdominal localizada, más intensa en el cuadrante inferior derecho, además de defensa muscular y dolor durante determinadas maniobras. Los signos vitales mostraban una respuesta fisiológica compatible con un proceso inflamatorio. No se encontraba aún en un estado de compromiso avanzado, pero tampoco resultaba prudente suponer que se trataba de un cuadro leve.

En aquel momento recordé que, en Cirugía, la primera dificultad no siempre consiste en establecer el diagnóstico, sino en reconocer cuándo un paciente necesita una evaluación más rápida y una conducta activa. Como médicos generales, muchas veces somos quienes establecemos el primer contacto con el enfermo. Nuestra responsabilidad es identificar los signos de alarma, iniciar las medidas necesarias y solicitar apoyo especializado cuando el caso lo exige.

Solicité estudios complementarios para orientar el diagnóstico. Mientras esperábamos los resultados, inicié las medidas generales, controlé la evolución del dolor y mantuve una vigilancia estrecha. Los análisis mostraron datos compatibles con un proceso inflamatorio y la evaluación por imágenes reforzó la sospecha de un abdomen agudo que requería valoración quirúrgica.

Cuando le expliqué que probablemente necesitaría una intervención, su primera reacción fue de preocupación. Me preguntó si realmente era indispensable. Ninguna respuesta podía eliminar por completo su miedo, pero intenté explicarle con palabras sencillas qué sospechábamos, por qué el tiempo era importante y cuáles eran los objetivos del tratamiento. Una vez más comprendí que una explicación clara puede ser tan necesaria como una indicación médica correcta.

La valoración quirúrgica confirmó la necesidad de resolver el cuadro. Mientras se organizaba el procedimiento, continuamos con la preparación del paciente, el control de los signos vitales, la

analgesia y las demás medidas indicadas. La situación no era dramática, pero exigía coordinación. Cada profesional tenía una responsabilidad y el resultado dependía de que todos mantuviéramos una comunicación precisa.

Después de la intervención, el paciente regresó al área de observación. La evolución inicial fue favorable: el dolor disminuyó progresivamente y comenzó a tolerar líquidos. Durante una visita de control conversamos unos minutos. Me dijo que aquello que más lo había ayudado fue que alguien le explicara lo que sucedía sin utilizar términos incomprensibles. Esa frase permaneció conmigo.

Con el paso de las horas, la experiencia se convirtió en una reflexión sobre la práctica cotidiana. En Medicina solemos asociar el éxito con un diagnóstico acertado o un procedimiento bien ejecutado. Sin embargo, existe también un éxito menos visible: escuchar con atención, reconocer una señal de alarma, actuar a tiempo y acompañar al paciente mientras atraviesa la incertidumbre.

El caso me hizo pensar en la importancia de no acostumbrarnos a los síntomas frecuentes. El dolor abdominal es un motivo de consulta habitual, pero cada persona lleva consigo una historia diferente. Una molestia aparentemente común puede corresponder tanto a un proceso autolimitado como a una urgencia quirúrgica. Por eso, la evaluación clínica debe comenzar de nuevo con cada paciente y no quedar condicionada por la primera impresión.

Meses después, durante otra guardia, atendí a una persona con una herida traumática que requería valoración quirúrgica. El caso era menos complejo, pero confirmó la misma enseñanza. Antes de pensar en suturas o curaciones, era necesario conocer el mecanismo de la lesión, explorar la función de la extremidad, valorar la circulación y la sensibilidad, y averiguar en qué condiciones había ocurrido el accidente. La herida visible constituía solo una parte del problema.

Aquella jornada me recordó que la Cirugía comienza mucho antes del quirófano. Se inicia con una buena historia clínica, continúa con un examen físico cuidadoso y se fortalece con la capacidad de distinguir qué puede resolverse en el primer nivel de atención y qué requiere la intervención de un especialista. El médico general desempeña un papel fundamental en esa cadena de decisiones.

También aprendí que el paciente percibe nuestras dudas, incluso cuando tratamos de ocultarlas. No se trata de transmitir inseguridad, sino de actuar con honestidad y responsabilidad. Cuando existe incertidumbre diagnóstica, es preferible reconocerla y buscar información adicional antes que ofrecer apresuradamente una certeza falsa. La práctica médica exige conocimiento, pero también prudencia.

Al finalizar la guardia, mientras revisaba las últimas evoluciones, pensé en la rapidez con la que todo había sucedido. El paciente que llegó preocupado se encontraba estable y acompañado por su familia. Para nosotros había sido una jornada más; para él, probablemente, uno de los días más importantes de su vida. Conviene no olvidar esa diferencia de perspectivas.

Desde entonces, cuando recibo a una persona con un cuadro potencialmente quirúrgico, procuro recordar aquella experiencia. Pregunto con calma, examino de manera sistemática y presto atención a los pequeños cambios. También intento explicar lo que sucede y el motivo de cada decisión. Son acciones sencillas, pero juntas pueden transformar la experiencia de alguien durante una urgencia.

La práctica médica está llena de momentos que no aparecen en los libros: decisiones tomadas en pocos minutos, conversaciones breves, miradas de preocupación y silencios que dicen mucho. En Cirugía, donde el tiempo puede ser determinante, esos detalles adquieren todavía mayor valor. Actuar oportunamente no significa precipitarse; significa reconocer el momento adecuado para hacer lo necesario.

Cuando evoco aquel caso, no pienso únicamente en el diagnóstico ni en la intervención. Pienso en la oportunidad de haber escuchado, observado y acompañado. Como médico general, esa es una de las responsabilidades que más valoro: reconocer cuándo un problema requiere una respuesta inmediata sin olvidar que detrás de cada abdomen doloroso, cada herida y cada urgencia existe una persona que espera ser atendida con respeto.

EL ARTE Y LA DUALIDAD DE LA CIRUGÍA GENERAL

Med. Jennifer Cristina Baquero Basantes



El quirófano es un espacio de contrastes, donde el silencio se interrumpe por el pitido rítmico de los monitores y el choque metálico del instrumental. Quienes nos formamos en cirugía general aprendemos a convivir con una dualidad constante: la precisión del acero frente a la calidez de la vida que se aferra a la mesa. Es una disciplina de acción inmediata, en la que las decisiones se toman en segundos y sus repercusiones pueden perdurar. Como ocurre en la medicina interna o en los cuidados intensivos, en cirugía presenciamos el vaivén de la existencia en escenarios distintos que comparten una misma dimensión humana.

Esta dualidad no se limita a la destreza manual ni al cumplimiento de protocolos. Implica un compromiso con la vulnerabilidad humana en su expresión más directa. Cuando el paciente cruza las puertas del quirófano, confía su vida a la pericia de un equipo. El cirujano general no opera únicamente tejidos; interviene en una biografía y en una red de afectos y esperanzas que dependen del resultado de sus maniobras. La formación médica aporta las herramientas biológicas, pero la práctica cotidiana moldea la resistencia psicológica necesaria para asumir esta responsabilidad.

El área quirúrgica posee una atmósfera particular. El aire filtrado, la temperatura controlada y la iluminación focalizada construyen un entorno en el que el mundo exterior parece detenerse. Allí, el tiempo adquiere otra medida: un minuto de isquemia puede sentirse interminable, mientras varias horas de disección meticulosa transcurren sin que se advierta su duración. Para el residente y el especialista, aprender a dominar la técnica y

conservar una percepción serena del tiempo es fundamental cuando las circunstancias se vuelven adversas.

I. LA TORMENTA DE LA URGENCIA Y EL TRIUNFO TÉCNICO

La primera historia muestra la crudeza de la urgencia: una llamada nocturna que rompe la calma aparente de una guardia. El buscapersonas suena y los pasos se apresuran hacia el área de choque. Allí espera un hombre de mediana edad, víctima de un trauma abdominal grave. Su mirada, marcada por el miedo de quien percibe su propia fragilidad, busca un punto de apoyo. Bajo las luces de la sala de operaciones, el tiempo parece detenerse mientras el equipo trabaja en sincronía.

Al abrir la cavidad encontramos una hemorragia masiva y una anatomía alterada que amenaza con apagar el pulso. En ese instante, el cirujano debe contener sus dudas: no hay espacio para el titubeo cuando sostiene la vida de alguien entre sus manos enguantadas. El manejo del trauma requiere una estrategia conocida como control de daños. En la primera intervención no se busca una reparación definitiva, sino contener el deterioro fisiológico, controlar la hemorragia y reducir la contaminación.

Cada compresa colocada a presión en los cuadrantes abdominales ayuda a contener el sangrado. La adrenalina recorre al equipo, pero las manos deben permanecer estables y ejecutar nudos y suturas con precisión. La comunicación es breve y directa: el instrumentista anticipa las necesidades del cirujano principal, mientras el anestesiólogo trabaja para mantener la perfusión de los órganos vitales.

Después de horas de pinzar, suturar y reconstruir, el sangrado cede. El cierre de la pared abdominal marca el final del procedimiento y el comienzo de una nueva etapa de vigilancia. Ver al paciente despertar en la unidad de recuperación, recuperar el color de las mejillas y pronunciar un débil «gracias» confirma el sentido del esfuerzo. Ese momento recuerda por qué elegimos

este camino y acompaña el cansancio, la falta de sueño y los sacrificios personales propios de la vida hospitalaria.

Los desenlaces favorables repercuten en todo el servicio. El paciente que ingresó en condición crítica encarna la capacidad de respuesta de la medicina y del trabajo coordinado. Aun así, cada caso resuelto exige mantener la atención ante los desafíos siguientes. La confianza técnica adquirida no debe convertirse en exceso de seguridad, porque el quirófano obliga a reconocer de forma constante los límites de cada decisión.

II. LOS LÍMITES DE LA CIENCIA Y LA COMPASIÓN EN LA RETIRADA

La otra cara de la práctica nos enfrenta con los límites de la ciencia y con una de las lecciones más difíciles de la cirugía: saber cuándo detenerse. Días después, durante la programación electiva, ingresó una mujer adulta mayor con abdomen agudo secundario a una enfermedad oncológica avanzada que desconocía. Al realizar la laparotomía exploradora, la realidad se impuso. El tumor comprometía extensamente la cavidad y configuraba un escenario irresecable, en el que intentar una resección solo habría acelerado el desenlace o aumentado el sufrimiento.

En cirugía existe una decisión dolorosa: reconocer cuándo no es posible continuar o cuándo es necesario cerrar a tiempo. Esta encrucijada ética pone a prueba los fundamentos del juramento hipocrático. El principio de no maleficencia se impone sobre el impulso técnico de intervenir. Reconocer la futilidad médica no equivale a rendirse, sino a ejercer discernimiento clínico. El ensañamiento terapéutico puede surgir de la dificultad para aceptar la finitud humana; retirarse a tiempo exige reconocer los límites ante la biología de una enfermedad terminal.

Procedimos a cerrar la cavidad, conscientes de que la intervención no sería curativa. Al hablar con la familia en el pasillo, sin los cubrebocas y frente a una verdad dolorosa, nuestro papel cambió. Ya no éramos quienes podían resolver mediante el bisturí, sino

quienes debían explicar y acompañar. Sus hijos comprendieron que priorizábamos la dignidad y el alivio del dolor de su madre por encima del encarnizamiento terapéutico. Su reacción nos recordó que el resultado de una cirugía no siempre se mide en tumores extirpados, sino también en el respeto por la etapa final de la vida.

El diálogo en el pasillo del hospital exige una sensibilidad que ninguna simulación puede enseñar por completo. Comunicar malas noticias implica mirar a los familiares, escuchar sus preguntas y explicar con palabras claras y compasivas que, en ocasiones, la mejor decisión quirúrgica es la que protege la paz del ser querido. En ese espacio, el cirujano reconoce su propia condición humana y comprende que el alivio del dolor y el acompañamiento digno son intervenciones tan necesarias como cualquier procedimiento técnico.

III. EL TEJIDO HUMANO DETRÁS DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO

Ambas vivencias, la intervención urgente que rescata y la retirada oportuna que evita sufrimiento, forman parte de nuestra práctica. Detrás de la técnica y del protocolo quirúrgico persiste el compromiso con el ser humano. La cirugía no puede reducirse a una serie de destrezas motoras aplicadas sobre un organismo; es una relación terapéutica sostenida por la confianza. El paciente permite que atravesemos la piel bajo la promesa de buscar su beneficio, ya sea al devolverle la salud o al resguardar su dignidad.

A medida que avanzamos en la formación, comprendemos que la madurez profesional exige equilibrar estos escenarios sin permitir que el cinismo o la indiferencia endurezcan nuestra mirada. Es posible perderse entre las métricas de eficiencia, el volumen de procedimientos y la complejidad de los abordajes laparoscópicos o robóticos. Sin embargo, las historias que permanecen en la memoria suelen ser aquellas en las que la humanidad orientó la decisión clínica. La experiencia quirúrgica requiere flexibilidad

mental para pasar de una urgencia técnica al acompañamiento compasivo durante una misma jornada.

La educación de las nuevas generaciones de cirujanos debe incorporar estas experiencias de manera estructural. No basta con evaluar la destreza para realizar nudos intracorpóreos ni el conocimiento de la anatomía quirúrgica. También es necesario cultivar la empatía, el juicio crítico y la bioética junto a la cama del paciente y en la mesa de operaciones. De este modo, la ciencia y el humanismo podrán coexistir en el quirófano, al servicio de cada persona que confía su vida a nuestras manos.

EL PESO DE LAS DECISIONES

Med. Laila Estefanía Salem Loor



Hay casos que permanecen en la memoria del médico por la complejidad técnica que representan y por todo lo que se siente mientras se intenta salvar una vida. Este fue uno de ellos. En una ocasión llegó a emergencias un paciente de aproximadamente 32 años con una herida por arma blanca en el abdomen inferior. El personal prehospitalario informó que había perdido una cantidad importante de sangre, por lo que se alertó de inmediato a las áreas encargadas de su atención.

La herida externa era pequeña, pero su trayecto parecía profundo y dirigido hacia la pelvis. Al verlo pálido, sudoroso y ansioso, con un compromiso progresivo del estado de conciencia, comprendí que aquella herida ocultaba un daño mucho mayor. Presentaba taquicardia marcada, pulsos débiles e hipotensión severa. Durante la exploración advertí dolor intenso y tensión en el abdomen inferior. La sangre visible no explicaba el rápido deterioro circulatorio, lo que me hizo pensar en una hemorragia retroperitoneal. Al revisar la herida observé sangre roja brillante y pulsátil; la sospecha de una lesión arterial profunda se convirtió entonces en la principal amenaza para su vida.

Reconocer la gravedad no eliminó el temor. Una lesión vascular pélvica puede causar una hemorragia masiva sin mostrar externamente todo el volumen perdido. Además, la arteria iliaca interna se encuentra en una zona profunda, rodeada de venas, nervios y órganos vulnerables durante la exploración. Pensé en la rapidez con la que podían aparecer hipoperfusión cerebral y renal, acidosis y alteraciones de la coagulación. Mi responsabilidad era

llamar al equipo adecuado y actuar, aunque por dentro temiera que el tiempo no fuera suficiente.

Activamos de inmediato los protocolos de trauma y hemorragia. Colocamos accesos venosos de gran calibre, solicitamos pruebas urgentes e iniciamos la reposición con hemoderivados. La presión arterial mejoraba brevemente y volvía a descender. Aquella respuesta transitoria reforzaba la sospecha de un sangrado activo. Decidimos no retrasar el tratamiento con estudios de imagen avanzados, porque esperar una confirmación diagnóstica podía hacernos perder la oportunidad de controlar la hemorragia.

El peso que cargamos los médicos al tomar decisiones puede ser enorme. Camino al quirófano sentí esa responsabilidad con claridad. Debíamos transmitir serenidad, comprender el panorama y seguir las indicaciones, aunque podíamos encontrar una lesión difícil de exponer y controlar. Recurrimos al consejo y la dirección de la persona con mayor formación y experiencia; yo, además, recurrí a mi fe. Elevé en silencio una oración a Dios y le pedí claridad para localizar la lesión, firmeza en nuestras manos y sabiduría para elegir el procedimiento que ofreciera al paciente una mejor oportunidad de sobrevivir.

Mientras nos preparábamos recordé que, en una urgencia, el cirujano y todo el equipo no dejan de sentir; deben aprender a ordenar sus emociones para que no interfieran con el juicio. Yo también sentía incertidumbre y temía que la hemorragia avanzara más rápido que nosotros. Aun así, debía mantener la voz estable y las manos seguras. Me concentré en los pasos que podían darnos control y en escuchar con claridad las indicaciones del médico de cabecera. Esa concentración no borró el miedo, pero lo convirtió en una alerta que me obligó a actuar con mayor cuidado.

En el quirófano trabajamos coordinadamente los equipos de cirugía general, anestesiología y cirugía vascular. Realizamos una laparotomía exploratoria urgente y encontramos abundante sangre y coágulos, sobre todo en la pelvis y el retroperitoneo derecho. El hematoma confirmó la sospecha vascular. La tensión aumentó, pues abrirlo sin control previo podía liberar una hemorragia

mayor. La comunicación se volvió breve y precisa; cada integrante sabía que una acción desordenada podía cambiar el desenlace.

Antes de exponer la lesión analizamos las alternativas. La ligadura conjunta de las arterias ilíacas externa e interna podía comprometer gravemente la perfusión y producir complicaciones isquémicas, incluida necrosis glútea, por lo que no era aceptable. Consideramos el empaquetamiento pélvico profundo con material hemostático y compresas como medida temporal, con una revisión posterior, si la inestabilidad impedía una solución definitiva. También se planteó la ligadura unilateral de la arteria hipogástrica, conocida como ilíaca interna. Escuché al equipo y mantuve el objetivo: identificar el vaso responsable y controlar el flujo sin sacrificar la circulación principal de la extremidad.

Abrimos cuidadosamente el retroperitoneo e identificamos los vasos ilíacos. La arteria ilíaca común y la externa estaban conservadas. Localizamos una lesión penetrante de la arteria ilíaca interna derecha con sangrado activo. Ver el origen de la hemorragia confirmó la gravedad, pero también nos dio un blanco concreto. El temor seguía presente, aunque ya no podía ocupar el espacio de la decisión.

Conseguimos controlar la hemorragia mayor y, al disminuir el sangrado, recuperamos la visibilidad. Por la profundidad de la lesión, la inestabilidad del paciente y la necesidad de lograr una hemostasia rápida, realizamos la ligadura proximal y distal del segmento comprometido de la arteria ilíaca interna. Después comprobé que la arteria ilíaca externa conservaba un pulso adecuado y que la extremidad inferior derecha seguía perfundida. Detener la hemorragia no podía causar una pérdida evitable de la circulación en la pierna.

Revisamos el trayecto de la herida y las estructuras cercanas. No encontramos perforaciones intestinales, lesiones mayores de vejiga ni otros puntos de sangrado que exigieran reparación, y confirmamos la hemostasia antes del cierre. Anestesiología sostuvo la reanimación con componentes sanguíneos y se

mantuvo alerta ante cualquier corrección necesaria. El desenlace dependía tanto del control vascular como del trabajo continuo para recuperar al paciente del choque. Agradecí internamente a Dios y al equipo: cada persona, desde la preparación inicial hasta el control anestésico y vascular, había contribuido a que el paciente llegara con vida a ese momento.

Al terminar, el cansancio apareció junto con una emoción difícil de expresar. Durante la cirugía había permanecido concentrada en cada maniobra, sin espacio para pensar en lo que podía ocurrir si fallábamos. Cuando el campo quedó estable, comprendí con mayor claridad lo cerca que el paciente había estado de perder la vida. Sentí alivio, gratitud y respeto por la fragilidad humana. Conocer después su evolución favorable confirmó que las decisiones tomadas bajo presión habían cumplido su propósito: preservar su vida.

Esta experiencia dejó en mí una enseñanza que supera el procedimiento. Frente a una urgencia así, el médico siente temor, duda y una enorme responsabilidad, aunque deba conservar la calma ante el paciente y el equipo. La preparación permite reconocer el problema y ejecutar la técnica, pero la fortaleza emocional se construye en cada caso. Comprendí que el miedo existe y que mi deber era impedir que paralizara el juicio cuando cada minuto importaba.

También confirmé el valor del trabajo en equipo. Ninguna decisión se sostiene de manera aislada ante una hemorragia de esta gravedad. La comunicación entre emergencia, anestesiología, cirugía general y cirugía vascular permitió actuar con orden. Escuchar otras opiniones me ayudó a evaluar los riesgos y elegir una conducta coherente con la anatomía y el estado del paciente. La seguridad que debíamos transmitir nació de esa coordinación y de la confianza en cada profesional.

Recuerdo este caso como un momento en el que la medicina puso a prueba mis conocimientos y mi condición humana. Tuve que actuar con rapidez, contener mis temores y mantener las manos firmes mientras la vida del paciente dependía del control de una

arteria profunda. Mi fe me acompañó en silencio; no sustituyó la técnica ni la responsabilidad, pero me dio serenidad para continuar. Comprendí que ser cirujana exige actuar con precisión y reconocer con humildad que detrás de cada procedimiento existe una vida confiada a nuestro cuidado.

ANESTESIOLOGÍA



ANTES DEL SUEÑO

Med. Linda Salomé Granda Matute



Durante mi año rural entendí que algunas especialidades se conocen antes de entrar plenamente en ellas. No desde un quirófano iluminado, rodeado de tecnología avanzada o bajo la estructura de un gran hospital, sino desde escenarios mucho más sencillos: una camilla en un pequeño centro de salud y una paciente angustiada que pregunta si sentirá dolor. Fue allí donde comencé a descubrir la anestesiología, no como una disciplina distante, sino como una forma profunda de cuidado que empieza mucho antes de una intervención quirúrgica.

Yo aún no era anestesióloga. Me desempeñaba como médica rural en una comunidad amazónica, rodeada de lluvia constante, caminos difíciles y poblaciones que recorrían largas distancias para recibir atención. Las jornadas transcurrían entre controles prenatales, enfermedades febriles, heridas ocasionadas por el trabajo, dolores abdominales, niños con infecciones respiratorias, adultos mayores que acudían por sus tratamientos habituales y emergencias que irrumpían sin previo aviso. La rural tenía esa característica: podía parecer repetitiva, pero nunca era predecible.

Aquella mañana comenzó con una tranquilidad engañosa. El aroma de la tierra húmeda se mezclaba con el del café recién preparado y el característico olor a desinfectante que impregnaba los pasillos. Afuera, la vegetación resplandecía tras la lluvia de la noche anterior. Mientras atendía una consulta de rutina, escuché una llamada desde la entrada. No era un grito desesperado, sino una voz firme y apremiante, de esas que anuncian que el miedo ya llegó antes que el paciente.

Al salir encontré a una mujer joven sostenida por su pareja. Estaba embarazada, con el rostro pálido, pequeñas gotas de sudor sobre la frente y una mano presionando el abdomen. A su lado caminaba su madre, quien llevaba una bolsa con ropa y documentos. Para preservar su identidad la llamaré Ana. Habían viajado desde una comunidad lejana por un camino aún embarrado y difícil de transitar. Cada irregularidad, según contó su pareja, aumentaba el dolor y hacía que el silencio dentro del vehículo se volviera más difícil de soportar.

La acomodamos en la camilla e inicié la valoración clínica. Ana respondía con frases breves, entrecortadas por el dolor. Manifestaba una molestia intensa y una preocupación que se repetía en cada respuesta: percibía menos movimientos de su bebé. Sus signos vitales, la expresión de su rostro y el contexto en que se encontraba permitieron comprender de inmediato que no era un cuadro para observar durante horas. Requería un traslado urgente a un hospital donde pudiera ser evaluada por el equipo especializado y, de ser necesario, recibir tratamiento quirúrgico oportuno.

En el centro de salud se activó esa coordinación silenciosa que surge cuando todos reconocen la gravedad de un caso sin necesidad de demasiadas explicaciones. La enfermera canalizó una vía venosa y preparó los insumos necesarios. Yo verifiqué la información clínica, reevalué sus constantes vitales, gestioné la referencia y procuré mantenerla estable durante la espera. Mientras tanto, su madre seguía cada uno de nuestros movimientos con una mezcla de esperanza y angustia, como si intentara encontrar respuestas en la rapidez de nuestras acciones.

Fue entonces cuando Ana fijó su mirada en mí y preguntó:

—Doctora, ¿me van a dormir?

Aquellas palabras resonaron con fuerza. No preguntó primero por el diagnóstico ni por el tiempo que tomaría llegar al hospital. Su inquietud estaba centrada en ese instante desconocido en el que una persona entrega el control de su cuerpo y deposita su confianza en las manos de otros. En esa pregunta estaba

concentrado todo el miedo a la cirugía, al dolor, a no despertar, a no escuchar llorar a su hijo.

Me senté a su lado. No podía responderle como anestesióloga, porque aún no lo era. Tampoco podía ofrecer certezas absolutas. Con serenidad, le expliqué que, si requería una intervención quirúrgica, existiría un equipo dedicado exclusivamente a velar por su seguridad, vigilar cada una de sus funciones vitales y procurar que no experimentara sufrimiento durante el procedimiento. También le comenté que mi responsabilidad en ese momento era prepararla para que llegara en las mejores condiciones posibles al hospital de referencia.

Mientras hablaba, entendí que también estaba hablándome a mí misma, recordándome el lugar que ocupa el médico rural dentro de una cadena más grande.

Hasta entonces, la anestesiología me había parecido una especialidad discreta, casi invisible detrás del acto quirúrgico. Con frecuencia se recuerda al cirujano por la operación, al pediatra por el recién nacido o al obstetra por el desenlace del parto. Sin embargo, pocas personas alcanzan a dimensionar todo lo que ocurre antes y durante ese sueño cuidadosamente vigilado. Junto a Ana comprendí que la anestesia también empieza en la confianza, en una explicación clara, en la vigilancia oportuna, en el alivio del dolor, en la prevención de complicaciones y en el respeto profundo hacia quien enfrenta el miedo con vulnerabilidad.

Ana intentaba controlar la respiración, aunque cada punzada parecía interrumpir sus esfuerzos. Me acerqué y le pedí que siguiera el ritmo de mi voz.

—Inhale despacio... exhale lentamente... una vez más.

Su pareja permanecía junto a la camilla, inmóvil, sin saber si acercarse para reconfortarla o mantenerse a distancia para no interferir. A pocos pasos, su madre sostenía la bolsa con tanta fuerza que sus dedos estaban pálidos. En las zonas rurales, los familiares no siempre expresan su angustia con palabras; muchas

veces acompañan desde el silencio, y ese silencio puede transmitir más que cualquier interrogante.

La ambulancia demoró más de lo esperado. La lluvia regresó con intensidad, golpeando los techos y envolviendo el centro de salud en una atmósfera de espera e incertidumbre. Los minutos parecían avanzar con una lentitud insoportable. Durante ese tiempo repetí la valoración clínica en varias ocasiones. Comprobé el funcionamiento de la vía venosa, controlé la presión arterial, la frecuencia cardíaca y evalué su estado general. También confirmé la coordinación con el hospital receptor y preparé la referencia procurando que cada dato fuera preciso y útil.

Nada de aquello parecía extraordinario. Sin embargo, en medio de esa espera comprendí que la medicina rara vez se construye sobre grandes gestos; más bien descansa en decisiones oportunas, cuidados constantes y detalles que, realizados en el momento adecuado, pueden marcar la diferencia.

Ana volvió a preguntarme si el dolor desaparecería. Le expliqué que haríamos todo lo posible para aliviarlo y garantizar un traslado seguro, pero que necesitaba atención en un centro con mayores recursos. Me observó con evidente agotamiento. En su mirada reconocí una pregunta que rara vez se formula en voz alta, pero que acompaña a muchos pacientes en situaciones críticas: si pongo mi vida en sus manos, ¿podrá sostenerme?

Esa confianza silenciosa tiene un peso difícil de describir. Va más allá de cualquier formulario, consentimiento o documento de referencia.

Cuando finalmente llegó la ambulancia, el pequeño centro de salud cobró un ritmo frenético. Entre todos organizamos el traslado, verificamos una vez más la información clínica y autorizamos que un familiar la acompañara durante el trayecto. Antes de que cerraran la puerta, Ana extendió la mano y tomó la mía. Estaba fría.

Gracias susurró.

Su voz apenas logró imponerse al sonido de la lluvia y al motor encendido. No encontré una respuesta elaborada. Simplemente sostuve su mano durante unos segundos.

Con el tiempo he comprendido que, en determinadas circunstancias, una presencia serena puede ofrecer más consuelo que las palabras mejor escogidas.

La ambulancia emprendió la marcha con cautela por el camino empapado por la lluvia. Permanecí observándola hasta que desapareció entre la vegetación. Luego regresé al interior del centro de salud. La camilla había quedado vacía, pero el ambiente aún conservaba la huella de la urgencia vivida minutos antes. En la sala de espera, una niña aguardaba atención por fiebre mientras un hombre sostenía una receta arrugada entre las manos. La rutina seguía su curso, como si no acabáramos de despedir a una madre y a su hijo hacia un destino todavía incierto.

Durante las horas siguientes continué con mis actividades habituales, aunque una parte de mis pensamientos permanecía junto a Ana. Atendí consultas, respondí inquietudes, completé registros clínicos y ofrecí palabras de tranquilidad cuando era necesario. Sin embargo, en mi mente seguía recorriendo aquella carretera interminable, imaginando cada curva, cada bache y el momento en que finalmente llegaría al hospital. La medicina rural tiene esa carga silenciosa: aunque el profesional no acompañe físicamente al paciente hasta el desenlace, una parte de su preocupación continúa viajando con él.

Tiempo después recibimos noticias alentadoras. Ana había llegado al hospital y estaba siendo atendida por el equipo especializado. Tanto ella como su bebé se encontraban con vida. Al escuchar la información, me permití unos instantes de quietud. No hubo lágrimas ni celebraciones; solo una sensación profunda de alivio que se expandió lentamente por mi interior. Yo no había estado presente en el quirófano, no participé en la anestesia ni presencié el procedimiento. Aun así, comprendí que había formado parte del primer eslabón de una cadena de cuidados que permitió al siguiente equipo actuar en el momento oportuno.

Aquella noche, al finalizar la jornada y cerrar el consultorio, regresó a mi memoria la pregunta que Ana me había hecho horas antes:

¿Me van a dormir?

Entonces entendí que, para muchos pacientes, la anestesia representa mucho más que un procedimiento médico. Es una frontera invisible. De un lado permanecen el miedo, las dudas, la necesidad de mantener el control y las despedidas pronunciadas en voz baja. Del otro, existe un acto absoluto de confianza: la decisión de entregarse al cuidado de personas desconocidas con la esperanza de despertar al otro lado de la incertidumbre.

Quizá por eso la anestesiología exige una serenidad tan particular. No se limita a acompañar las funciones del cuerpo mientras duerme; también sostiene los temores, las expectativas y la vulnerabilidad de quienes, por un instante, depositan su vida en manos ajenas.

A partir de aquella experiencia comencé a observar de manera diferente a los pacientes que requerían un traslado para manejo quirúrgico. Dejé de concentrarme únicamente en el diagnóstico o en la rapidez de la referencia. Empecé a prestar especial atención a cada detalle que podía influir en su evolución: una vía venosa funcional, el control adecuado del dolor, el tiempo de ayuno, los antecedentes clínicos relevantes, el estado emocional del paciente y la calidad de la información que recibiría antes de partir. También comprendí el valor de una comunicación clara y precisa para quienes asumirían la continuidad de la atención. Entendí que, aunque el médico rural no participe directamente en el acto anestésico, sí puede contribuir de manera decisiva a que ese proceso se desarrolle en mejores condiciones.

La medicina rural me enseñó que no siempre somos quienes escribimos el desenlace de una historia. Con frecuencia representamos el primer eslabón de una cadena mucho más extensa. Somos quienes recibimos el miedo cuando aún no tiene un diagnóstico que lo explique, quienes estabilizamos lo que amenaza con deteriorarse, aclaramos dudas y acompañamos hasta

donde las circunstancias, la distancia y los recursos disponibles lo permiten. Después, otros profesionales continúan el camino. Sin embargo, cuando el primer eslabón es débil, toda la estructura corre el riesgo de resentirse.

Por eso recuerdo a Ana con tanta nitidez. La veo nuevamente sobre aquella camilla sencilla, una mano apoyada sobre el abdomen y la respiración entrecortada mientras intentaba seguir mis indicaciones. La recuerdo formulando una pregunta aparentemente simple, pero cargada de significado. No preguntaba por curiosidad; hablaba desde uno de los temores más profundos del ser humano: entregar el control y confiar. También recuerdo haberle dicho que no estaba sola.

Con el tiempo comprendí que esa fue, probablemente, la primera gran lección que recibí de la anestesiología sin haber puesto un pie en un quirófano. Antes de inducir el sueño, aliviar el dolor o vigilar cada parámetro en un monitor, existe una tarea fundamental: ayudar al paciente a confiar.

Hoy, cuando pienso en esta especialidad, mi mente no se dirige primero a la tecnología, a los equipos sofisticados ni a la complejidad de una sala quirúrgica. Pienso en ese instante previo, frágil y trascendental, en el que una persona necesita sentir que su vida importa para cada integrante del equipo que la atiende, incluso para quienes solo forman parte del comienzo de su recorrido.

Fue en la rural donde comprendí que antes del sueño también existe medicina: una medicina construida con serenidad, vigilancia constante, explicaciones oportunas y gestos de humanidad que sostienen al paciente cuando la incertidumbre pesa más que el dolor. Porque, en ocasiones, el primer cuidado no consiste en administrar un medicamento o realizar un procedimiento, sino en ofrecer la tranquilidad necesaria para que alguien pueda confiar y seguir adelante.

EN MANOS AJENAS

Med. Cinthya Cecibel Jaramillo Guishcacho



Como médico general habituado a los interminables pasillos de los hospitales de la ciudad, encontré en cada guardia una escuela distinta. A lo largo de mi vida profesional compartí largas jornadas en instituciones públicas que, con el tiempo, terminan convirtiéndose en un segundo hogar. Sin embargo, fue durante mis rotaciones nocturnas en el área de cirugía cuando descubrí una faceta de la medicina que hasta entonces había pasado desapercibida para mí: el mundo de la anestesiología y la fragilidad que emerge cuando una persona se entrega por completo a nuestras manos.

La quietud de la noche en un quirófano contrasta con la actividad incesante del día. Mientras la ciudad duerme, el hospital parece transformarse en un universo aparte. Las luces frías iluminan camillas impecables, el sonido constante de los monitores marca un ritmo casi hipnótico y los pasos del equipo de salud resuenan con una cadencia particular. Allí, entre mascarillas, guantes estériles y conversaciones breves, aprendí a observar la vulnerabilidad humana de una manera que jamás había imaginado.

Cada paciente que ingresaba a aquella sala tenía algo en común: depositaba su vida en manos desconocidas. No importaba si se trataba de un adulto curtido por los años o de un niño que apenas comenzaba a descubrir el mundo; todos llegaban con la misma mezcla de miedo y esperanza reflejada en la mirada. Fue observando cómo los anestesiólogos vigilaban cada signo vital con una precisión admirable que comprendí la trascendencia de su

labor. Su presencia silenciosa constituía el puente entre la consciencia y el sueño, entre el dolor y el alivio, entre la incertidumbre y la posibilidad de recuperación.

Hubo una noche que marcó un antes y un después en mi percepción de esta especialidad. Se trataba de un niño de aproximadamente ocho años, cuyos ojos grandes transmitían más curiosidad que temor. Sus pequeñas manos se aferraban a las mías mientras lo acompañaba hacia la sala de operaciones. A su lado caminaba su madre, una mujer de rostro cansado pero lleno de ternura, que intentaba ocultar la ansiedad detrás de una sonrisa forzada para transmitirle tranquilidad.

Al ingresar al quirófano, ambos observaban un entorno completamente desconocido para ellos. Mientras preparábamos el área y verificábamos los equipos, ella permanecía junto a su hijo, acariciándole el cabello y hablándole en voz baja. En aquella escena convivían el miedo, el amor y una confianza absoluta depositada en personas a quienes apenas conocían.

El ambiente estaba impregnado por el tenue olor a desinfectante. Mientras ajustábamos las sábanas y preparábamos los equipos, el niño seguía con atención cada uno de nuestros movimientos. Le hablaba con voz serena, explicándole que dormiría por un momento para despertar sano, que sentiría una pequeña molestia mientras buscábamos una venita en su brazo y que, aunque cerrara los ojos, nosotros permaneceríamos a su lado. Su madre le acariciaba la frente y le susurraba palabras que solo él podía escuchar. En aquella escena convivían el miedo, el amor y una confianza absoluta.

Cuando llegó el momento de iniciar la anestesia, la enfermera indicó con delicadeza a la madre que debía salir. La vi despedirse con un beso apresurado y caminar hacia la puerta con los ojos llenos de lágrimas contenidas. El sonido de la puerta al cerrarse quedó grabado en mi memoria. Desde ese instante, su hijo quedaba por completo en nuestras manos, y esa responsabilidad se hacía presente en cada latido que vigilábamos y en cada parámetro que monitorizábamos. Recuerdo cómo, antes de quedarse

dormido, el pequeño buscó mi mirada, confiando silenciosamente en que lo cuidaríamos.

Las luces del quirófano iluminaban cada detalle mientras el monitor mantenía un ritmo constante. El equipo trabajaba con precisión y yo, aún con poca experiencia, colaboraba siguiendo atentamente las indicaciones de los anestesiólogos. Escuchar las breves conversaciones entre el equipo, sentir la tensión contenida en el ambiente y percibir el calor de mi respiración bajo la mascarilla me hizo comprender la magnitud de lo que estábamos haciendo. Aquel cuerpo pequeño, dormido y frágil, nos recordaba que la medicina es mucho más que procedimientos: es una profunda responsabilidad con la vida de otro ser humano.

La cirugía transcurrió sin complicaciones. Cuando el efecto de la anestesia comenzó a disiparse, sus pequeños párpados se agitaron y sus ojos se abrieron lentamente. Lo primero que buscó fue una mano amiga, y la mía seguía allí. Le sonreí detrás de la mascarilla y le dije que todo había salido bien. Poco después, su madre volvió a entrar y corrió a abrazarlo. Aún hoy recuerdo ese instante con claridad. Fue entonces cuando comprendí que nuestra labor no se limita a realizar diagnósticos o tratamientos; también consiste en brindar tranquilidad a quienes atraviesan momentos de profunda incertidumbre.

Aquella experiencia fortaleció mi interés por la anestesiología, pero, sobre todo, me enseñó que la esencia de nuestra profesión está en comprender la fragilidad humana. Años después, durante mi servicio rural, recordé aquella noche en innumerables ocasiones. Aunque los recursos eran limitados, la responsabilidad de cuidar seguía siendo la misma. En cada consulta, en cada parto y en cada emergencia volví a encontrar la misma mirada de confianza y la misma vulnerabilidad que había visto en los ojos de aquel niño antes de quedarse dormido.

Al final de cada jornada, sobre todo en los momentos más silenciosos, suelo reflexionar sobre lo frágil y, al mismo tiempo, resiliente que es la vida. Vivimos creyendo que tenemos el control, hasta que llega el momento en que debemos confiarlo a

otras manos. Como profesionales de la salud, esa confianza es uno de los mayores privilegios y también una de nuestras responsabilidades más profundas. Aquella noche en el quirófano me enseñó que, más allá de los procedimientos y los diagnósticos, nuestra verdadera misión es acompañar a las personas cuando enfrentan sus momentos de mayor vulnerabilidad.

La medicina me ha mostrado que la vulnerabilidad es un hilo conductor que une a todos los seres humanos. Los adultos llegan con historias largas y marcas que revelan batallas previas; los niños, con su inocencia intacta, confían sin reservas. En ambos casos, la esencia es la misma: la vida pende de un hilo y nosotros somos guardianes temporales de esa fragilidad. He presenciado cómo una simple caricia en la mano puede calmar el llanto de un paciente o cómo una palabra de aliento puede iluminar un rostro abatido. Es en esos pequeños gestos donde la vocación trasciende la técnica y se convierte en un verdadero acto de humanidad. Cada respiración que asistimos y cada pulso que vigilamos fortalecen la convicción de que la medicina no solo cura cuerpos, sino que también acompaña almas.

Con el paso de los años he comprendido que mi crecimiento como profesional de la salud no depende únicamente del conocimiento científico adquirido, sino también de la capacidad de conectar con las personas que confían en mí. Cada quirófano, cada consulta rural y cada historia compartida han contribuido a forjar una mirada más empática y una sensibilidad más profunda. Hoy, cuando recuerdo aquella guardia nocturna y a aquel niño que se durmió confiando en nuestras manos, reafirmo que la verdadera fortaleza radica en reconocer nuestra propia vulnerabilidad y abrazar la de los demás con respeto y compasión. Esa certeza me impulsa a seguir aprendiendo y me recuerda, día tras día, que el mayor privilegio de ser médico consiste en honrar la vida que pasa por nuestras manos, sin olvidar nunca que nosotros también somos humanos.

LA HISTORIA DE UN FAMILIAR

Med. Victoria Jazmín Medina Idrovo



No hace mucho, mi abuela falleció. Probablemente no sea el mejor arranque para una historia, pero es el único que tengo y quiero contarlo como se merece. Porque el suyo no fue un adiós tranquilo: fue un trayecto largo y áspero, hecho de pequeñas batallas y grandes derrotas; un viaje que no desgastó solo a ella, sino también a todos los que la rodeaban. Sin embargo, cuando uno pertenece al gremio médico, la experiencia adquiere un matiz distinto. Eres quien entiende la lógica interna del deterioro: la etiología, la fisiopatología, el pronóstico. Lo sabes todo y, precisamente por eso, duele más: porque el conocimiento no anestesia, no acorta el camino ni aligera el peso de la espera.

Para entender esta historia, hay que retroceder hasta los primeros días del año. Mi abuela era una mujer con un historial médico más extenso que sus vivencias. Justo después de celebrar sus 87 años, el declive se precipitó. Un día cualquiera, sin previo aviso, sintió un malestar difuso; minutos después apareció un vómito negro, denso, inconfundible: hematemesis. La trasladamos de urgencia y, durante el trayecto al hospital, el cuadro se repitió dos veces más. El desenlace fue un shock hipovolémico y, como consecuencia inmediata, una insuficiencia renal aguda. Pero en esos momentos, el cuerpo habla otro idioma: el del deseo de vivir, el de una voluntad que los libros no registran.

Quince días en la Unidad de Cuidados Intensivos y siete en cuidados intermedios. Contra todo cálculo estadístico, mi abuela emergió del abismo casi intacta. Los médicos alzaban las cejas, perplejos; su capacidad de recuperación era, decían, «casi

milagrosa». La insuficiencia renal, al parecer, había sido transitoria. La llevé a dos clínicas particulares y los especialistas coincidieron en el diagnóstico: estable, dentro de lo que su condición permitía. Porque no era una anciana cualquiera: hipertensa, diabética, con cirrosis hepática —ella nunca bebió— y plaquetopenia crónica. Y, sin embargo, resistía.

Luego vinieron las visitas periódicas al hospital. Las dos primeras, por ascitis; las dos siguientes, por anasarca generalizada. Prefiero pensar que el equipo médico había agotado sus recursos terapéuticos, no que eligió la vía más sencilla por agotamiento o por liberar una cama. Porque cuando uno conoce las fisuras del sistema sanitario —la escasez de reactivos, la sobrecarga asistencial— resulta difícil no preguntarse cuánto pueden pesar esas circunstancias en las decisiones clínicas. Lo cierto es que optaron por la furosemida y el alta al día siguiente. Una solución paliativa, breve, casi mágica en su simplicidad.

La anasarca, sin embargo, se intensificó. Decidí actuar por mi cuenta: acudí a un laboratorio privado y solicité un perfil completo. Mi sospecha se confirmó con números: la función renal de mi abuela estaba en caída libre. Los resultados hablaban por sí solos: necesitaba diálisis urgente. Regresé al hospital con los documentos bajo el brazo y, aunque fueron suficientes para que la admitieran en observación, el personal médico se mostraba reticente a aceptar la evidencia. No querían ver lo que los números gritaban.

Pasaron tres días en observación hasta que, durante un turno, me encontré con el mismo médico que había indicado la furosemida en la visita anterior. Al conocer mi formación médica, su actitud cambió; hubo una suerte de reconocimiento tácito, un respeto profesional que antes no existía. Le dije, con la voz medida pero firme: «Doctor, mi abuela necesita diálisis de urgencia. Si aquí no es posible, al menos extienda una referencia». Tal vez mi tono sonó arrogante, porque su respuesta fue defensiva: «No necesita diálisis, pero hablaré con la UCI». En ese momento, los valores eran inconfundibles: urea 265 mg/dL, creatinina 4,30 mg/dL.

Como médico, sabía que la situación requería una solución; como nieto, solo podía esperar, porque estaba donde se suponía que debía estar.

Minutos después, el mismo doctor me llamó: «Ya hablé con el intensivista. Su abuela sí requiere diálisis. Voy a gestionar el código de derivación».

El alivio fue fugaz. El traslado a un centro de mayor complejidad implicaba cambiar de ciudad y el estado de mi abuela era incierto. Al llegar, el personal notó de inmediato mi condición como parte del gremio; eso aceleró los trámites. Ingresó a la UCI, donde recibió hemodiálisis diaria para luego pasar a un régimen trisemanal. Los quince días en esa unidad fueron una agonía paralela: hipotensión refractaria que exigía vasopresores, somnolencia progresiva y mala tolerancia al procedimiento. El médico tratante intentaba amortiguar el impacto con explicaciones medidas, pero yo leía entre líneas: entendía los pronósticos y no eran alentadores.

Y, sin embargo, contra toda predicción, mi abuela comenzó a mejorar. No al cien por cien, pero sí lo suficiente como para ser trasladada a cuidados intermedios, donde permanecería cerca de seis semanas. Fue un período de extraña calma: conocí los pasillos, los rostros, los horarios. Las enfermeras la querían; ella les decía, con su voz de siempre: «Ya viene mi doctorita a verme». El jefe de servicio me concedió un permiso especial para acompañarla durante las comidas. A veces llegaba y no la encontraba, pero ya me conocían: «Sigue en diálisis», me decían.

Llegó el alta, con una indicación clara: continuar las sesiones en un centro cercano. Mi abuela volvía a ser el centro de atención dondequiera que iba, siempre sonriente, siempre temerosa de que la abandonara. Esa mezcla de alegría y miedo me partía el alma. Tres días después del alta, reingresó.

Para entonces ya era abril. El período más largo que mi abuela había pasado en casa desde enero —contando hasta el final— no superaba los siete días. En el nuevo ingreso, informé que era una paciente renal en programa de diálisis, recién dada de alta, y que

ahora presentaba melenas. Pensé que todo estaría claro. Pero no. Solicitaron mi autorización para colocar una sonda vesical; el médico interno argumentó: «Para evaluar respuesta a furosemida». Pedí hablar con el médico de guardia. Su tono era cansado, casi hostil: «Necesito cuantificar la diuresis de su abuela». Le respondí: «No hace falta; es anúrica, no orina». Lo que siguió fue un forcejeo verbal de diez minutos, un diálogo de sordos en el que él repetía «ya, por eso» y yo insistía en la evidencia: «Necesita diálisis, no orina».

El deterioro se volvió cada vez más evidente. Los días en casa se contaban con los dedos; las sesiones de diálisis pesaban más cada vez. Y en su mirada, en sus silencios, empecé a leer una renuncia silenciosa, un cansancio que iba más allá de lo físico. Los médicos, por su parte, mostraban esa perplejidad clínica que nace cuando el repertorio terapéutico comienza a agotarse.

El último ingreso fue el primer lunes de mayo. El día anterior, sin embargo, mi abuela estuvo radiante: comió con apetito, bailó como solía, rio a carcajadas y hasta regañó a sus hijos con la autoridad de siempre. El jueves comenzó a dormirse lentamente, pero su resistencia, obstinada, no se acababa del todo. El sábado pude despedirme. Le dije que todo estaría bien, que no la dejaría sola, que me quedaría a su lado hasta el último suspiro. Y así, en un Día de las Madres, la despedí.

De todo esto me queda una certeza: he estado al otro lado del mostrador, dando diagnósticos y trazando pronósticos. Pero estar en la piel del familiar, donde se espera y no se comprende del todo, es una experiencia para la que ningún libro de medicina prepara. En cierto modo, siento que hice trampa, porque saber lo que va a pasar, anticipar el desenlace, es una forma de blindaje. Y, sin embargo, lo que más me conmueve no es el conocimiento, sino la fe de quienes, sin entender, se sientan al lado de una cama y susurran «¿y si...?» mientras el mundo dice «no». Eso, y la resistencia de los propios enfermos, que luchan contra su propio cuerpo sin tregua, me parece una de las formas más puras de resiliencia.

Por eso, al final, este texto no es solo un duelo: es también un llamado. A mis colegas, a quienes están agotados por jornadas infinitas, a quienes ven cómo el sistema colapsa bajo su propio peso. Sé que el cansancio nubla, que la rutina endurece, que un paciente grosero puede robarnos la compasión. Pero les pido: no dejen de escuchar. No permitan que una guardia pesada o un mal día se interpongan entre ustedes y el acto que juraron. Porque al final del pasillo no hay un caso, ni un número, ni una cama: hay un padre asustado, un hijo desesperado, un alma que busca consuelo. Y ustedes, con sus manos y su ciencia, son el puente entre el miedo y la esperanza.

Hipócrates ya lo dijo: «En cualquier casa que entre, lo haré para bien de los enfermos». Cuando se sientan ofuscados, vuelvan a leer el juramento, aquel que pronunciaron alguna vez con la mano en alto.

INICIO DE TODO

Med. Jorge Luis Bermeo León



Durante mis primeros años de formación médica, mi orientación hacia una especialidad quirúrgica definitiva aún no estaba consolidada. Compartía el anhelo universal de salvaguardar la salud y contribuir al bienestar de los pacientes. Inicialmente, consideraba que la cirugía general sería mi camino y percibía la anestesiología como una disciplina secundaria dentro del acto quirúrgico, bajo la premisa, entonces errónea, de que el protagonismo absoluto recaía en el cirujano. Sin embargo, el avance del programa académico y las intensas jornadas de estudio transformaron radicalmente esta perspectiva. Comprendí que, detrás del campo estéril, el anestesiólogo es el pilar fundamental que mantiene la homeostasis y la vida del paciente, haciendo viable la intervención. Desde ese momento nació en mí la vocación de convertirme en anestesiólogo: un especialista que no busca el reconocimiento público, sino la trascendencia de brindar seguridad en el momento más vulnerable del paciente, siendo la primera voz que este escucha al despertar para confirmar que todo ha concluido con éxito.

Motivado por este propósito, dediqué mis horas libres al estudio independiente de la literatura anestesiológica, persiguiendo el sueño de incorporarme formalmente a la especialidad. Aquella oportunidad se materializó un lunes, a las 10:00 horas, durante un preturno en el servicio de cirugía. Se encontraba programada una paciente multigesta de 30 años, con una edad gestacional de 38 semanas, cuya indicación para operación cesárea era una distocia ósea por pelvis platipeloide, que imposibilitaba el parto eutócico.

Aunque acudí al quirófano con la intención de asistir en el nacimiento, los médicos anestesiólogos, al percatarse de mi constante interés y de la dedicación teórica que había demostrado previamente, decidieron evaluar mis competencias prácticas y me interrogaron sobre el abordaje neuroaxial. Ante mis respuestas, me otorgaron el voto de confianza para ejecutar el procedimiento bajo su estricta supervisión.

Procedí a colocar a la paciente en posición sedente, considerada óptima en el ámbito ginecoobstétrico para delimitar con mayor precisión la línea media anatómica. Le indiqué mantener la cabeza y los hombros en flexión hacia el tronco, con el objetivo de maximizar la apertura de los espacios intervertebrales. Acto seguido, identifiqué el interespacio L3-L4 mediante palpación anatómica y realicé la antisepsia de la región lumbar con solución antiséptica, extremando las precauciones para evitar el contacto de dicha sustancia con el material espinal, debido al riesgo potencial de neurotoxicidad por contaminación accidental. Tras delimitar el área, efectué un habón cutáneo con lidocaína al 2 % para infiltrar los tejidos superficiales e introduje la aguja espinal a través de este, en la línea media, dirigiéndola hacia el ligamento interespinoso en el mismo plano de las apófisis espinosas y con una ligera angulación cefálica hacia el espacio interlaminar.

Durante todo el trayecto mantuve el estilete posicionado en el lumen para prevenir la obstrucción de la luz con fragmentos tisulares, bajo el principio de que, ante la presencia de parestesias, se debe retirar parcialmente la aguja y, una vez cedido el síntoma, reposicionarla y avanzar nuevamente. Continué el avance hasta percibir un incremento de la resistencia al atravesar el ligamento amarillo, seguido de una pérdida súbita de esta y de la percepción táctil de un “pop”, que indicó la entrada al espacio subaracnoideo. Posteriormente, retiré el estilete y confirmé la correcta ubicación de la aguja al observar el flujo libre de líquido cefalorraquídeo hacia el conector de seguridad. En ese momento, acoplé la jeringa precargada y aspiré suavemente para verificar el fenómeno de birrefringencia dentro de la solución. Una vez comprobado, inyecté el anestésico de manera lenta y realicé una última

aspiración para asegurar que la punta permanecía dentro del espacio subaracnoideo. Finalmente, retiré la aguja y procedí al posicionamiento definitivo de la paciente.

Durante la ejecución del procedimiento experimenté una intensa descarga de adrenalina, acompañada de una natural ansiedad, consciente de la responsabilidad que implicaba responder al voto de confianza depositado en mí por el equipo de especialistas. Al concluir con éxito la técnica, el personal docente reconoció mi destreza y precisión técnica, alentándome a continuar firmemente en esta senda formativa.

El desenlace del acto quirúrgico fue plenamente satisfactorio: se obtuvo un recién nacido masculino vigoroso, sin complicaciones asociadas, y la evolución posoperatoria de la madre cursó de forma fisiológica y estable. Sin duda, el momento más gratificante ocurrió durante el periodo de recuperación, cuando la paciente me llamó para expresar su profundo agradecimiento por la analgesia lograda, la calidez en el trato y el acompañamiento continuo. Manifestó que, en honor a la atención brindada hacia ella y su hijo, bautizaría al neonato con el nombre de Jorge.

Esta experiencia reafirmó mi vocación y, aunque mi internado rotativo concluyó pocos meses después, impidiéndome realizar nuevos procedimientos neuroaxiales durante aquella etapa, aquel primer bloqueo subaracnoideo permanece como el hito más significativo de mi formación médica.

En los últimos meses, habiendo culminado satisfactoriamente mi formación médica general y encontrándome a la expectativa de las próximas convocatorias para programas de posgrado, tuve la oportunidad de incorporarme al cuerpo médico de una institución hospitalaria en calidad de residente del servicio de cirugía. Esta posición me ha permitido mantener una estrecha colaboración con el servicio de anestesiología y buscar activamente oportunidades para participar en el manejo avanzado de la vía aérea.

Recientemente, tras demostrar un sólido fundamento teórico e insistir de manera proactiva en mi interés formativo, el equipo de especialistas me brindó la oportunidad de realizar la intubación

endotraqueal de un paciente cuya valoración evidenció una vía aérea con una clasificación de Cormack-Lehane grado IIb. La maniobra se ejecutó de forma exitosa y segura al primer intento, tras lo cual recibí el reconocimiento del profesional a cargo. Asimismo, los especialistas condicionaron mi participación en futuros procedimientos a la persistencia de mi dedicación, interés y compromiso con la mejora continua de mis competencias clínicas en esta especialidad.

Estas experiencias han reforzado mi convicción de que la anestesiología es el camino que deseo seguir. Más allá de la ejecución técnica de un procedimiento, he encontrado en ella una disciplina que exige conocimiento, precisión, capacidad de respuesta y, sobre todo, una profunda responsabilidad frente a la vida de cada paciente. Cada oportunidad de aprendizaje ha confirmado que es precisamente en ese equilibrio entre ciencia, técnica y seguridad donde quiero construir mi formación profesional.

LOS QUE PERMANECEN DESPIERTOS

Med. Kathya Antonella Alonzo Manzano



El año de internado fue, probablemente, el período en el que comencé a comprender la medicina desde una perspectiva diferente. Después de varios años de formación universitaria, finalmente me encontraba dentro del hospital, rodeada de pacientes reales y de situaciones que ya no podían resolverse eligiendo una respuesta correcta en un examen. Las jornadas comenzaban temprano y, muchas veces, parecían extenderse hasta el límite del cansancio. Entre las visitas médicas, la evolución de los pacientes, los resultados pendientes, las historias clínicas y las múltiples responsabilidades propias de una interna, el tiempo transcurría con una rapidez que apenas dejaba espacio para detenerme y observar todo lo que ocurría a mi alrededor.

En aquel momento, gran parte de mis preocupaciones eran las mismas que podía tener cualquier estudiante al enfrentarse por primera vez a la práctica hospitalaria: quería aprender, cumplir con mis responsabilidades y sentirme preparada para cualquier situación. Sin embargo, en medio del movimiento constante, los papeles acumulados y las tareas pendientes, descubrí que era fácil acostumbrarse al ritmo del hospital y, casi sin darse cuenta, perder de vista la dimensión humana de todo aquello que sucedía dentro de sus paredes. Cada paciente tenía una historia, cada procedimiento una razón y cada decisión podía tener consecuencias que iban mucho más allá de lo que aparecía escrito en una historia clínica.

Durante aquel año tuve la oportunidad de rotar por distintas áreas y conocer diferentes maneras de ejercer la medicina. Cada

especialidad despertaba en mí algún interés particular, pero hubo una que comenzó a llamar mi atención de manera gradual. Mi acercamiento a la anestesiología no nació de una experiencia extraordinaria ni de un acontecimiento puntual que pudiera identificar como el comienzo de todo. Fue algo más progresivo: surgió mientras observaba, durante mis prácticas, el trabajo cotidiano de los anestesiólogos y descubría que la idea que tenía sobre su labor era mucho más limitada de lo que realmente implicaba.

Como estudiante, sabía que la anestesiología era indispensable para llevar a cabo una cirugía, pero todavía no comprendía la verdadera dimensión de esta especialidad. A medida que pasaba más tiempo en el ambiente quirúrgico, empecé a fijarme en detalles que antes me habían pasado inadvertidos. Antes de cada procedimiento, observaba cómo el anestesiólogo revisaba cuidadosamente la historia clínica del paciente, preguntaba por sus antecedentes, valoraba posibles dificultades y preparaba lo necesario para responder ante diferentes escenarios. Poco a poco advertí que su trabajo comenzaba mucho antes de administrar un medicamento y que muchas de las decisiones más importantes se tomaban cuando el paciente todavía estaba despierto, antes de iniciar la intervención.

También empecé a prestar mayor atención a la relación que establecían con los pacientes antes de entrar al quirófano. Algunos expresaban abiertamente su miedo; otros intentaban disimularlo detrás de una aparente tranquilidad. Me llamaba especialmente la atención comprobar cómo una explicación clara, una palabra oportuna y una actitud serena podían transformar la expresión de una persona que estaba a punto de entregar temporalmente el control de su cuerpo a un equipo que, hasta ese momento, apenas conocía. Así descubrí que, dentro de la anestesiología, generar confianza también era una parte esencial del cuidado médico.

Dentro del quirófano, observaba con atención el procedimiento quirúrgico y trataba de aprender todo lo posible. Sin embargo, mi interés empezó a dirigirse también hacia aquello que ocurría

alrededor de la cirugía. Veía al anestesiólogo interpretar los monitores, administrar medicamentos y realizar distintos procedimientos con precisión, anticipándose a los cambios que podían presentarse durante la intervención. Me sorprendía especialmente que su trabajo exigiera un profundo conocimiento clínico y, al mismo tiempo, una gran destreza práctica. Aquella combinación comenzó a parecerse exactamente a lo que buscaba, aunque hasta entonces no hubiera sabido cómo definirlo.

Siempre me había inclinado más hacia la medicina clínica. Me interesaba comprender al paciente, analizar su condición y entender los procesos fisiológicos que explicaban lo que estaba ocurriendo. Sin embargo, también disfrutaba de los procedimientos y de la posibilidad de intervenir directamente cuando una situación lo requería. Durante mis prácticas descubrí que la anestesiología reunía ambos aspectos. Para tomar una decisión no bastaba con dominar la técnica: era necesario comprender la fisiología del paciente y, a partir de ese conocimiento, tener la capacidad de actuar de manera precisa y oportuna.

Dentro del quirófano podía existir un ambiente completamente tranquilo y, aun así, la atención nunca desaparecía. Detrás de aquella aparente calma permanecía una vigilancia constante. En otras ocasiones, una situación podía cambiar en cuestión de segundos y exigir una respuesta inmediata. Observar esa transición entre la estabilidad y la urgencia me permitió reconocer en la anestesiología una cualidad que siempre he admirado, tanto en la medicina como en la vida: la capacidad de conservar la claridad cuando las circunstancias se vuelven difíciles.

El internado también me mostró que la vida hospitalaria está llena de contrastes. Mientras en un área todo podía transcurrir dentro de una rutina aparentemente estable, en otra surgía una situación que exigía una respuesta inmediata. Esta realidad se hacía especialmente evidente en el área quirúrgica: detrás de cada puerta existía una historia diferente y, dentro de cada sala, una persona atravesaba un momento importante de su vida. Algunas

intervenciones eran programadas y evolucionaban según lo esperado; otras, en cambio, podían presentar dificultades capaces de modificar por completo la dinámica del quirófano.

Esa realidad modificó mi manera de observar no solo la anestesiología, sino también la responsabilidad que implica ejercer la medicina. Me llamaba particularmente la atención el lugar que ocupaba el anestesiólogo dentro del equipo quirúrgico. Su trabajo quizá no era el más visible para el paciente, pero su presencia y responsabilidad se mantenían durante todo el procedimiento. Mientras otros concentraban su atención en el campo quirúrgico, él debía permanecer atento a cualquier cambio que indicara que algo comenzaba a apartarse de lo esperado.

Mi interés por la especialidad fue creciendo de manera natural a lo largo de aquel año. Cuanto más observaba, más preguntas surgían. Comencé a interesarme por el manejo de la vía aérea, la respuesta del organismo a los medicamentos, la ventilación y los cambios fisiológicos que podían producirse durante una intervención. Aquella curiosidad inicial fue adquiriendo una forma más definida, hasta convertirse en la certeza de que estaba frente a una especialidad capaz de reunir muchos de los aspectos que más me atraían de la medicina.

Al recordar esa etapa, reconozco que el internado no solo amplió mis conocimientos médicos; también me permitió empezar a reconocermme dentro de la profesión. Al inicio estaba concentrada en aprender a desenvolverme dentro de un hospital; posteriormente, mi atención comenzó a dirigirse hacia una pregunta distinta: ¿qué tipo de medicina quería ejercer en el futuro? La respuesta no apareció de inmediato, sino que fue tomando forma a través de la experiencia, de aquello que observaba durante las rotaciones y, especialmente, del contacto con profesionales cuya manera de ejercer despertaba mi admiración.

Hoy recuerdo a aquella interna que recorría los pasillos con una lista interminable de pendientes y pienso en todo lo que ocurría simultáneamente a su alrededor. En aquel momento no siempre

alcanzaba a percibir que, mientras la rutina hospitalaria seguía su curso, detrás de cada puerta del quirófano se sostenía un delicado equilibrio entre la estabilidad y la incertidumbre. Detenerme a observar ese entorno me permitió dimensionar mejor la responsabilidad de quienes trabajan diariamente en él.

La anestesiología terminó representando para mí la unión de dos componentes esenciales de la medicina: comprender e intervenir. Exige conocimientos clínicos para interpretar lo que ocurre en el organismo, pero también habilidad y determinación para responder cuando las circunstancias lo requieren. En un mismo escenario pueden coexistir procedimientos que transcurren con absoluta tranquilidad y situaciones que cambian repentinamente, haciendo que cada decisión adquiriera una importancia inmediata.

Después de aquel año de prácticas, mi percepción del quirófano ya no fue la misma. Dejé de verlo únicamente como el lugar donde se realiza una cirugía y comencé a reconocerlo como un espacio en el que distintas disciplinas trabajan de manera coordinada para proteger al paciente. Entre ellas encontré una especialidad que reflejaba muchas de las cualidades que deseo desarrollar como médica: analizar antes de actuar, conservar la serenidad cuando el escenario cambia y asumir la responsabilidad de cuidar incluso cuando ese trabajo ocurre lejos de las miradas.

Cuando pienso en mi paso por el internado, recuerdo el cansancio y las carreras por los pasillos, pero también valoro haber tenido la oportunidad de observar más allá de las tareas cotidianas. Mi interés por la anestesiología no surgió de un acontecimiento extraordinario, sino de pequeñas experiencias que fueron orientando mi elección. Cada procedimiento observado, cada decisión clínica y cada profesional con quien compartí contribuyeron, de manera distinta, a definir ese interés.

También descubrí que existen trabajos esenciales que se realizan con discreción y profesionales cuya satisfacción no depende necesariamente del reconocimiento. Mi admiración por los anestesiólogos nació precisamente de observar esa combinación de conocimiento, capacidad técnica, atención y serenidad al

servicio de una persona en uno de sus momentos de mayor vulnerabilidad. De allí surgió esa imagen que todavía conservo de ellos como héroes silenciosos, aunque probablemente ellos mismos nunca utilizarían esas palabras.

Mi año de internado comenzó con el objetivo de convertirme en médica y concluyó con una interrogante más profunda: ¿qué tipo de médica deseo ser? Esa respuesta continúa construyéndose con cada experiencia y aprendizaje, pero una parte importante nació en los quirófanos durante mi internado. Allí encontré una especialidad en la que la ciencia y la acción se complementan, la serenidad exige atención constante y cada decisión puede adquirir una relevancia inmediata.

EL SILENCIO DE LA ANESTESIOLOGÍA

Med. Gisella Vanessa Jara León



Recuerdo con mucha claridad una madrugada durante mi etapa de formación médica. El hospital donde realizaba mis prácticas permanecía envuelto en una tranquilidad ilusoria, de esas que parecen anticipar los momentos de mayor intensidad. Las luces de los corredores permanecían encendidas mientras, en el servicio de emergencias, el ritmo nunca se detenía. Cada profesional se desplazaba con rapidez y precisión, consciente de que, en determinadas circunstancias, cada minuto podía ser crucial.

Llevaba varias horas de guardia y el cansancio comenzaba a pesar sobre mis hombros, aunque la responsabilidad mantenía mi mente alerta. Durante mi formación había descubierto que, en medicina, el agotamiento no siempre concede pausas y que la vocación también se pone a prueba cuando el cuerpo pide descanso. Aquella madrugada, sin embargo, estaba a punto de presenciar una situación que cambiaría mi manera de mirar una especialidad.

Un paciente ingresó con una condición que requería una intervención quirúrgica de urgencia. Su estado era crítico y el ambiente cambió de inmediato. Observé cómo el equipo de salud se organizaba con rapidez: médicos, enfermeras y personal de apoyo asumieron sus funciones con una coordinación que me impresionó. Entre todos ellos, hubo un profesional que captó especialmente mi atención: el anestesiólogo.

Su presencia era discreta y no necesitaba imponerse para transmitir seguridad. Permanecía sereno, examinando cada detalle con absoluta concentración. Mientras a su alrededor las indicaciones se sucedían con rapidez, él parecía mantener un

ritmo distinto, atento incluso a aquello que no se decía. Revisó los equipos, valoró al paciente y explicó con tranquilidad los pasos que seguirían. En medio de la urgencia, transmitía una confianza que parecía extenderse al resto del equipo.

Hasta ese momento había conocido y valorado distintas ramas de la medicina. Cada rotación me había dejado aprendizajes importantes y me había permitido descubrir diferentes maneras de atender al paciente. Sin embargo, nunca había experimentado una conexión tan intensa con una especialidad como la que sentí al observar el trabajo del anestesiólogo durante aquella madrugada.

Durante el procedimiento permanecí atenta a cada uno de sus movimientos. Descubrí que la anestesiología iba mucho más allá de administrar medicamentos para inducir la anestesia o controlar el dolor. Exigía un conocimiento profundo del organismo, capacidad para anticiparse a posibles cambios y, sobre todo, una vigilancia constante sobre el estado del paciente.

El anestesiólogo controlaba cuidadosamente cada signo vital. Su mirada recorría las pantallas, interpretaba los monitores, evaluaba la ventilación del paciente y ajustaba los parámetros cuando era necesario. Mientras el cirujano concentraba su atención en la intervención, él sostenía un equilibrio menos visible, pero igualmente esencial: mantener al paciente estable y seguro durante todo el procedimiento.

Aquella experiencia despertó en mí una curiosidad que no pude ignorar. Comencé a acercarme con mayor frecuencia al quirófano, a observar minuciosamente los procedimientos y a preguntar sobre las decisiones que se tomaban durante el manejo anestésico. Ante mí se abría un campo que encontraba cada vez más fascinante, donde el conocimiento científico, la capacidad técnica y el trato humano convergían de una manera particular.

Durante mis prácticas posteriores tuve la oportunidad de observar diferentes tipos de anestesia y acompañar a pacientes en momentos de especial vulnerabilidad. Algunos llegaban con miedo; otros, llenos de dudas, y muchos depositaban su confianza en un equipo al que apenas conocían. Aquellas experiencias me

mostraron que la labor del anestesiólogo no se limita a administrar medicamentos: también implica escuchar, transmitir tranquilidad y acompañar al paciente durante un momento de profunda incertidumbre.

Recuerdo especialmente a una paciente de edad avanzada que debía someterse a una cirugía compleja. Antes de ingresar al quirófano, apretó mi mano con firmeza y me preguntó si todo saldría bien. Su pregunta me hizo dimensionar la confianza que un paciente deposita en quienes están a cargo de su cuidado. En una situación como aquella, el conocimiento técnico era indispensable, pero también lo era la capacidad de responder desde la empatía y comprender el temor que existía detrás de sus palabras.

El anestesiólogo se acercó a ella con una actitud serena. Le explicó el procedimiento con claridad, respondió sus inquietudes y le aseguró que permanecería pendiente de su estado durante toda la intervención. La paciente, que minutos antes mostraba una evidente ansiedad, comenzó a tranquilizarse. Observé entonces cómo una conversación breve, pero cercana y honesta, podía disminuir el temor de una persona antes de entrar al quirófano.

Aquella imagen permaneció en mi memoria y me permitió reconocer otra dimensión de la anestesiología. Es una especialidad en la que existen silencios importantes: el de quien observa atentamente cada cambio, el de quien anticipa una posible complicación antes de que ocurra y el de quien permanece concentrado para responder con rapidez cuando la condición del paciente lo exige.

Durante el internado y posteriormente en mi año de salud rural, viví situaciones que fortalecieron aún más mi interés por esta especialidad. En ocasiones, la atención de un paciente crítico exigía decisiones inmediatas y una coordinación precisa entre los distintos profesionales. En esos escenarios, el anestesiólogo representaba un apoyo esencial dentro del equipo, no solo por su capacidad técnica, sino también por la serenidad necesaria para actuar cuando las condiciones se tornaban difíciles.

La rural me mostró, además, una realidad diferente: ejercer la medicina lejos de los grandes centros hospitalarios y con recursos más limitados. Cada procedimiento exigía mayor organización,

capacidad de adaptación y una preparación especialmente cuidadosa. Allí pude reconocer que la seguridad del paciente no depende únicamente de la tecnología disponible, sino también del criterio, la preparación y la responsabilidad del profesional que permanece a su lado.

Con el transcurso del tiempo, aquel interés inicial fue convirtiéndose en una certeza. La anestesiología reunía muchos de los aspectos que buscaba para mi futuro profesional: el desafío intelectual, la precisión clínica, la capacidad de actuar bajo presión y, especialmente, la posibilidad de proteger la vida desde un papel discreto, pero esencial.

Hoy, al mirar hacia atrás, reconozco que aquella madrugada no fue simplemente una guardia más. Marcó el inicio de un camino que transformó mi manera de percibir la medicina y me permitió identificar el lugar que quería ocupar dentro de ella. Mi vocación no estaba necesariamente en ser el centro de atención, sino en ejercer esa labor silenciosa que acompaña y protege al paciente durante algunos de sus momentos de mayor vulnerabilidad.

La anestesiología me mostró también que la labor de un médico no se mide únicamente por aquello que dice o por lo visible de su intervención. Se refleja en la serenidad con la que responde ante una situación crítica, en la precisión de sus decisiones y en la empatía con la que acompaña al paciente cuando el miedo y la incertidumbre están presentes.

Por eso, cuando reflexiono sobre mi camino, regreso a aquella madrugada en el quirófano. Recuerdo la serenidad del anestesiólogo, la confianza que transmitía y la certeza que comenzó a surgir en mí mientras observaba su trabajo. Fue allí, en medio del silencio y la urgencia, donde reconocí la especialidad a la que quería dedicar mi vida profesional.

La anestesiología no solo permite conducir al paciente de manera segura durante un procedimiento quirúrgico; también exige una forma particular de ejercer la medicina: permanecer atento, proteger y cuidar incluso cuando gran parte de ese trabajo pasa inadvertido. En esa manera silenciosa de cuidar la vida encontré mi verdadera vocación.

LA NOCHE DE LA VENTANA

Med. Joseph Josué Campoverde López



Hay guardias que se olvidan apenas uno cruza la puerta de salida. Se confunden con el cansancio, con el ruido de los pasos y con esa sensación de haber vivido demasiadas horas dentro de un mismo día. Otras, en cambio, quedan adheridas a la memoria como una fotografía que nadie tomó. Aquella noche llegué con el uniforme todavía limpio, un café tibio entre las manos y varios pendientes por resolver antes del amanecer. Afuera llovía con suavidad y las luces blancas hacían que todo pareciera más frío. Pensé que sería una guardia tranquila. Me equivoqué: una paciente terminaría cambiando no solo mi manera de comprender el dolor, sino también mi forma de mirar la Anestesiología y aquello que puede ofrecer fuera del quirófano.

Cerca de la medianoche llevaron al área de observación a una mujer mayor. Tenía el cabello plateado, las manos pequeñas y una mirada serena que contrastaba con su respiración trabajosa. Mientras revisaba la información clínica, advertí que mantenía una mano sobre el costado y fruncía ligeramente el rostro. Le pregunté si sentía dolor. Al principio respondió que podía soportarlo. Insistí con suavidad y le pedí que lo calificara del cero al diez. Después de pensarlo unos segundos, contestó: «Ocho».

La cifra coincidía con lo que expresaba su cuerpo: respiraba con cautela, mantenía los hombros tensos y hacía pausas antes de responder. Comprendí que valorar el dolor no consistía simplemente en llenar una casilla; significaba reconocer un síntoma capaz de alterar la respiración, el descanso e incluso la posibilidad de hablar con quienes amaba.

Antes de continuar, me pidió algo inesperado: quería que la cortina de la ventana permaneciera abierta. Le expliqué que afuera solo podían verse la oscuridad, la lluvia y una lámpara lejana. Ella sonrió y dijo que no importaba; le bastaba saber que detrás del vidrio todavía existía el cielo. Dejé la cortina abierta.

Debido a la intensidad del dolor y a su condición clínica, se solicitó una valoración por Anestesiología y Medicina del Dolor. Se revisaron sus antecedentes, la medicación recibida, las alergias, las características del dolor, la respuesta a medidas previas, el patrón respiratorio, el estado hemodinámico y el nivel de conciencia. No bastaba con determinar cuánto le dolía: era necesario decidir cuánto alivio podía ofrecérsele con seguridad y qué objetivo tenía sentido para ella.

El anestesiólogo se acercó a la cama y le preguntó qué esperaba obtener del tratamiento. Ella no pidió que el dolor desapareciera por completo. «Solo quisiera descansar un poco y poder hablar cuando llegue mi hija», respondió. Aquella frase cambió el centro de la atención. Se planteó un manejo analgésico individualizado y progresivo, acompañado de reevaluaciones frecuentes, para reducir el sufrimiento sin privarla de la lucidez que deseaba conservar. Se vigiló su respiración, la respuesta clínica y cualquier signo de sedación excesiva.

Entonces comprendí una de las capacidades más propias de la Anestesiología: titular. No se trataba de administrar una dosis y retirarse, sino de observar, anticipar efectos, ajustar y evaluar nuevamente hasta encontrar el equilibrio entre analgesia, seguridad y calidad de vida.

Transcurrido un tiempo, regresamos para preguntarle cuánto le dolía. «Cuatro», respondió. Luego sonrió y añadió: «Ahora sí puedo pensar en otras cosas». La diferencia parecía pequeña si se observaba únicamente la escala, pero frente a nosotros era enorme. Sus hombros estaban menos tensos, respiraba con mayor libertad y podía sostener una conversación. Durante las horas siguientes la encontré mirando hacia la ventana o descansando por

breves intervalos, mientras el equipo continuaba evaluando su confort y su estado general.

En una de esas visitas me preguntó si yo solía sentir miedo durante las guardias. Contesté que uno aprende a controlar los nervios, aunque nunca desaparecen por completo. Ella rio y me dijo que parecía una respuesta aprendida. Tenía razón. Me senté unos minutos a su lado.

Entonces confesó que también tenía miedo, pero no precisamente a morir. Le asustaba irse sin haber dicho ciertas cosas. Le preocupaba que su hija creyera que no había sido suficientemente querida, que sus nietos la recordaran únicamente como una mujer enferma y que su casa quedara en silencio. Mientras hablaba, dejó de mirar la ventana y fijó sus ojos en mí. Por primera vez sentí que no estaba frente a un cuadro clínico ni a una escala de dolor, sino ante una vida completa que pedía ser escuchada. Me contó que durante años se había levantado antes que todos para preparar el desayuno y abrir las ventanas, dejando entrar el aire de la mañana. Aquellos detalles eran su manera de aferrarse a lo cotidiano.

Yo había aprendido a ordenar síntomas, medir intensidades y pensar con rapidez. Aquella noche comprendí que la Anestesiología también exige otra clase de precisión: descubrir qué desea recuperar un paciente cuando pide alivio. En el quirófano, una pequeña variación en la respiración, la presión arterial o el estado de conciencia puede modificar una conducta. En el tratamiento del dolor ocurre algo semejante: cada respuesta obliga a reevaluar.

El número era importante, pero también lo eran la posibilidad de dormir, respirar con menos angustia o comunicarse. Ella me enseñaba que el éxito de la analgesia no siempre se mide en alcanzar un cero, sino en devolver función, calma y dignidad.

En algún momento me preguntó si podía escribir unas palabras. Conseguí una hoja y un bolígrafo. Sus dedos temblaban, así que apoyó el papel sobre una carpeta y comenzó a escribir lentamente. Al terminar, dobló la hoja y me pidió que la guardara hasta la

llegada de su hija. Me hizo prometer que no la abriría. La puse en el bolsillo superior de mi uniforme.

La madrugada avanzó con lentitud y la lluvia fue disminuyendo. Cada cierto tiempo se reevaluaban el dolor, la respiración, el nivel de conciencia y el confort, ajustando las medidas cuando resultaba necesario. Aquella vigilancia constante me permitió comprender que el trabajo del anestesiólogo no termina cuando el medicamento ingresa al organismo; continúa mientras exista una respuesta que interpretar y una persona que proteger.

En una de esas ocasiones me pidió que le describiera lo que había afuera. Me acerqué a la ventana. El cielo seguía oscuro, aunque en el horizonte comenzaba a distinguirse una leve claridad. Le hablé de los reflejos sobre el pavimento y de una nube más clara que las demás. Escuchó como si recibiera noticias de un lugar lejano. Después dijo que siempre le había gustado el amanecer porque no hacía promesas: simplemente llegaba.

Poco antes del alba llegó su hija. Entró deprisa, con el rostro tenso y los ojos húmedos. La mujer la reconoció enseguida y levantó una mano. Su hija se acercó, la abrazó y apoyó la frente sobre la suya. Entonces recordé la hoja doblada y se la entregué. La paciente me buscó con la mirada y sonrió. Era una sonrisa pequeña y cansada, pero tranquila.

Las horas siguientes fueron difíciles. Su estado se volvió más delicado y el objetivo terapéutico tuvo que cambiar con ella. Anestesiología valoró nuevamente la intensidad del dolor, la dificultad respiratoria, el nivel de conciencia y los signos de sufrimiento. Las decisiones se concentraron en preservar el confort. Cada ajuste exigía equilibrio: aliviar sin provocar una sedación innecesaria, controlar los síntomas sin perder de vista la respiración y respetar, mientras fuera posible, su deseo de permanecer consciente junto a su hija.

Comprendí entonces que la Anestesiología no es únicamente la especialidad que permite realizar una cirugía sin dolor. También integra fisiología, analgesia, sedación, vigilancia y respuesta inmediata ante los cambios clínicos; conocimientos que, en

momentos como aquel, se convierten en una forma profundamente humana de cuidado.

Su hija permaneció a su lado sujetándole la mano. En un momento, la mujer abrió los ojos y volvió a mirar hacia el vidrio. Afuera, la primera luz del día comenzaba a borrar la oscuridad. Quise decirle que el amanecer había llegado, pero no fue necesario: ella ya lo estaba mirando. Poco después, su respiración se hizo más tranquila y luego más lenta, hasta que la habitación quedó envuelta en un silencio distinto de todos los que había escuchado durante una guardia.

Después llegaron las tareas que deben cumplirse tras una despedida. La hija abrió la carta en un rincón y, entre las lágrimas, apareció una sonrisa. Cuando se acercó a agradecerme, pensé en todo lo ocurrido: habíamos medido el dolor, ajustado la analgesia, vigilado la respiración y el nivel de conciencia, reevaluado los objetivos y procurado confort. También habíamos escuchado, abierto una cortina y guardado una hoja doblada. Ninguna de esas acciones estaba separada de las demás.

Hasta aquella noche había asociado la Anestesiología principalmente con el quirófano, la inducción anestésica y el despertar después de una cirugía. Aquella paciente amplió mi percepción. Me mostró una especialidad que acompaña al enfermo antes, durante y después de un procedimiento, pero que también posee herramientas esenciales para tratar el dolor y controlar síntomas complejos mediante una vigilancia estrecha de la fisiología.

La analgesia no era un gesto aislado, sino un proceso de valoración, planificación, titulación, monitorización y reevaluación. Para ella, pasar de ocho a cuatro significó mucho más que mejorar un registro: significó poder descansar, escribir una carta, esperar a su hija y despedirse con la lucidez que había pedido conservar.

Al terminar la guardia salí con el mismo uniforme, aunque sentía que algo en mí había cambiado. Desde entonces, cuando pienso en Anestesiología, no imagino únicamente monitores, fármacos o un

quirófano. Pienso en la responsabilidad de anticipar, aliviar y proteger; en la precisión necesaria para ajustar una dosis según la respuesta del paciente; en la vigilancia que permite actuar antes de una complicación, y en la sensibilidad para comprender que, a veces, el objetivo más importante no es llevar el dolor a cero, sino devolver el bienestar suficiente para vivir un momento con dignidad.

Aquella mujer me dejó una certeza: la Anestesiología no consiste solamente en quitar el dolor, sino en acompañar con conocimiento, seguridad y humanidad a quien lo atraviesa.

SERENIDAD EN LA TORMENTA

Med. Andrea Michelle Jiménez García



Aún puedo sentir el peso sofocante del equipo de protección personal sobre mis hombros. Era una armadura formada por mascarillas ajustadas que marcaban líneas profundas en la piel y visores que se empañaban con el aliento agitado por el cansancio. A mediados de aquel año, el mundo parecía haberse detenido, pero dentro de las paredes del hospital general donde realizaba mi internado, el tiempo transcurría en una dimensión completamente distinta. La pandemia había transformado los pasillos en trincheras, y el aire que respirábamos estaba cargado de olor a desinfectante. Como internos, nuestra formación académica había estado llena de libros y teorías impecables, pero ninguna página nos preparó para la incertidumbre que resonaba en cada sala de emergencias.

Recuerdo particularmente una guardia de madrugada durante uno de los meses más críticos. La unidad de triaje estaba llena. El sonido de los monitores de signos vitales dictaba el compás de nuestros corazones, creando una sinfonía de alarmas que anunciaban el deterioro de quienes yacían en las camillas. Entre el mar de rostros asustados, mi atención se centró en un paciente de unos sesenta años. Su mirada reflejaba terror. Sus músculos accesorios trabajaban al límite, su pecho se elevaba y caía en un esfuerzo desesperado y errático. Habíamos intentado todas las medidas no invasivas disponibles, aumentando el flujo de oxígeno al máximo tolerable, pero el monitor era implacable: su saturación seguía en descenso.

El pánico comenzó a filtrarse entre el equipo de guardia. Los médicos residentes y nosotros, los internos, cruzábamos miradas que hablaban de la impotencia compartida. En aquel contexto, asegurar una vía aérea era un evento de altísimo riesgo. La exposición a aerosoles representaba un peligro inminente para el personal, y la inestabilidad hemodinámica del paciente significaba que cualquier error de cálculo en la medicación o en la técnica podría resultar fatal en cuestión de segundos. Fue en ese instante de caos contenido, cuando las opciones se desvanecían y el tiempo se volvía un enemigo feroz, que solicitaron la intervención del especialista en anestesiología de guardia.

La puerta de la sala se abrió y la atmósfera cambió de inmediato. El especialista ingresó con una presencia que contrastaba radicalmente con la vorágine que nos consumía. No caminaba con la prisa desordenada del miedo, sino con la quietud calculada de quien conoce el terreno hostil. Observó el monitor, evaluó al paciente con una mirada aguda y asimiló la gravedad del cuadro en una fracción de segundo. Mientras el resto del equipo operaba desde la urgencia y el temor, el anestesiólogo proyectaba una calma magnética. De repente, el ruido ensordecedor de la sala pareció atenuarse, guiado por la claridad y firmeza de sus instrucciones. Nos asignó roles específicos con una voz serena que no admitía dudas, transformando un grupo de médicos abrumados en un equipo sincronizado.

Me asignaron la tarea de asistir en la preparación de los fármacos. Mis manos temblaban ligeramente dentro de los dobles guantes de látex, pero al observar la destreza del especialista, encontré un ancla. Antes de iniciar el procedimiento, presencié algo que marcó mi visión de la medicina para siempre. En medio de aquel escenario dantesco, lleno de cables y luces estridentes, el anestesiólogo se inclinó sobre el paciente. Con una voz suave pero firme, que lograba atravesar las capas del equipo de protección, le habló directamente a los ojos: «Sé que estás cansado. Vas a dormir un rato, no te preocupes, nosotros nos encargaremos». En ese breve instante, vi cómo la tensión en el rostro del hombre

cedía ligeramente, aferrándose a esa promesa de alivio antes de que la medicación hiciera efecto.

Lo que siguió fue una demostración de ciencia y control absoluto de la fisiología humana. La inducción anestésica en un paciente críticamente comprometido es caminar sobre el filo de una navaja. Cada miligramo de medicamento administrado debía sopesarse para evitar un colapso cardiovascular. Observé cómo el especialista manejaba la hemodinámica del paciente como un director de orquesta que domina cada instrumento. Administró los inductores y relajantes musculares con una precisión milimétrica. La pérdida de conciencia del paciente fue suave, sin la agitación violenta que a menudo acompañaba a la hipoxia severa. En ese momento, el paciente estaba completamente entregado a nuestras manos, su vida dependiendo enteramente de las decisiones de quien estaba a la cabecera.

El procedimiento de laringoscopia se realizó bajo las estrictas medidas de bioseguridad, minimizando el tiempo y el riesgo. El especialista manipuló la vía aérea con una delicadeza sorprendente para la tensión del momento, deslizando el tubo endotraqueal con éxito al primer intento. Inmediatamente, conectamos al paciente al ventilador mecánico. El pecho del hombre volvió a elevarse, esta vez no por su esfuerzo agónico, sino por el ritmo constante y salvador de la máquina. La curva de saturación en el monitor comenzó a escalar lentamente, abandonando los números rojos de la hipoxia crítica para estabilizarse en cifras seguras. La frecuencia cardíaca, antes desbocada, encontró un ritmo apacible. La tormenta en el cuerpo del paciente había sido controlada.

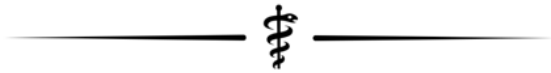
Mientras el equipo se encargaba de fijar el tubo y ajustar los parámetros finales, me quedé observando al anesthesiólogo. Estaba comprobando meticulosamente las infusiones y revisando los signos vitales, asegurándose de que la transición fuera perfecta. No hubo celebraciones estridentes, solo la satisfacción silenciosa del deber cumplido. En ese espacio de tiempo, comprendí que la anestesiología es mucho más que la idea preconcebida de dormir

pacientes para cirugías programadas: es el dominio profundo y exhaustivo de la fisiología y la farmacología, es la capacidad de mantener el equilibrio vital cuando el cuerpo está a punto de rendirse, es ser el guardián invisible que sostiene la vida en sus momentos más vulnerables y críticos.

Aquella noche, mientras me retiraba el equipo de protección al finalizar la guardia, sintiendo el aire fresco en mi rostro marcado, mi mente no dejaba de repasar cada detalle de la intervención. Había presenciado cómo el conocimiento técnico se fusionaba con una profunda humanidad. El anestesiólogo no solo había asegurado una vía aérea: había aliviado el sufrimiento, había restaurado el orden biológico y había brindado una segunda oportunidad a un hombre que se asfixiaba. Esa capacidad de intervenir en el filo mismo de la vida y la muerte, con esa mezcla de serenidad, precisión y empatía, me cautivó profundamente. Sentí una vocación que despertaba con la fuerza de una certeza inquebrantable.

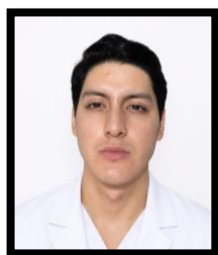
Esa experiencia se convirtió en el punto de inflexión de mi carrera. Comprendí que quería ser la persona en la sala que, cuando el miedo paraliza y las constantes vitales colapsan, tiene el conocimiento y la templanza para tomar el control. Quería dominar esa ciencia que permite apagar el dolor y la consciencia de manera segura, protegiendo cada órgano, cada latido, para devolver al paciente a la vigilia cuando la tormenta haya pasado. La anestesiología se reveló ante mí como el arte de ser el sostén vital, el protector silencioso. Y desde aquella guardia de internado, supe sin lugar a dudas que mi camino en la medicina sería convertirme en anestesióloga, para ser ese respiro en medio de la tormenta.

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA



LA PIERNA QUIETA

Med. Carlos David Martínez Ochoa



La lluvia caía con una persistencia inagotable. En la Amazonía, el agua no siempre anuncia tristeza; a menudo acompaña, limpia los senderos, despierta el aroma de la tierra húmeda y realza el verde intenso que rodea al centro de salud. Sin embargo, aquella mañana, mientras revisaba historias clínicas y escuchaba el repiqueteo constante sobre el techo, tuve la sensación de que algo estaba por alterar la aparente serenidad de la jornada.

Durante el año rural se aprende a desconfiar de las mañanas demasiado tranquilas. La consulta suele comenzar con controles prenatales, niños con fiebre, adultos mayores en busca de sus medicamentos habituales y trabajadores que arrastran molestias durante semanas antes de decidirse a pedir ayuda. Todo transcurre con una normalidad predecible hasta que una puerta se abre de golpe y la rutina cede su lugar a la urgencia. Ese cambio repentino, casi imperceptible para quien observa desde afuera, marca la diferencia entre atender una dolencia cotidiana y enfrentarse a una vida detenida por el sufrimiento.

Cerca de media mañana escuché el ruido de una motocicleta al detenerse frente al establecimiento. Instantes después llegaron pasos acelerados, voces entrecortadas y una frase que se repitió varias veces antes de que pudiera ver al paciente: - Se cayó, doctor.-

Salí del consultorio y encontré a un hombre joven sostenido por dos familiares. Llevaba el pantalón cubierto de barro, la camisa empapada por la lluvia y el rostro pálido, no por el frío, sino por ese dolor profundo que obliga al silencio. No gritaba. Apenas

respiraba con dificultad, apretando los dientes como quien intenta contener una batalla que se libra dentro de su propio cuerpo.

Lo trasladamos a la camilla con extrema precaución. Para preservar su identidad lo llamaré Manuel. Una de sus piernas permanecía inmóvil, extrañamente desvinculada del resto de su cuerpo, como si desde el instante de la caída hubiera dejado de participar en la escena. Antes de explorarlo observé con atención la postura, el aumento de volumen, los gestos de dolor y la manera instintiva en que protegía la extremidad afectada. En traumatología y ortopedia, muchas lesiones revelan su naturaleza antes de que el paciente pronuncie una sola palabra; aquella mañana, la quietud de esa pierna contaba casi toda la historia.

Manuel relató lo ocurrido entre pausas prolongadas, interrumpidas por el dolor. Había salido temprano rumbo a su trabajo. El camino, empapado por la lluvia, se había vuelto traicionero, y la motocicleta perdió estabilidad al atravesar una curva irregular. Recordaba el impacto, el barro cubriéndole el rostro, el ruido del motor apagándose y, después, una sensación aguda que recorrió desde el muslo hasta la cadera. Sus familiares acudieron de inmediato y lo trasladaron al centro de salud como pudieron. Mientras hablaba, su madre permanecía junto a la camilla con las manos entrelazadas; su padre, en silencio, sostenía el sombrero entre los dedos sin apartar la mirada del suelo. Ninguno necesitaba conocimientos médicos para comprender que aquello iba más allá de una caída común.

Realicé la valoración inicial procurando reducir al mínimo cualquier movimiento que pudiera aumentar el sufrimiento. Evalué los pulsos distales, la sensibilidad, la coloración, la temperatura de la extremidad y la posible presencia de compromiso vascular. Cada intento de movilización intensificaba las molestias, por lo que opté por actuar con cautela. En un hospital dotado de todos los recursos, el proceso probablemente habría seguido un curso más inmediato: estudios de imagen, valoración especializada y tratamiento definitivo. En un centro de salud rural, las prioridades eran distintas: identificar la gravedad

del cuadro, controlar el dolor, asegurar una inmovilización adecuada y coordinar la referencia sin demoras innecesarias.

Explicué a la familia mis sospechas utilizando un lenguaje sencillo y comprensible. Les indiqué que, con alta probabilidad, existía una lesión ósea importante y que Manuel requería atención en un establecimiento con capacidad para realizar estudios complementarios y ofrecer manejo especializado. Entonces su madre formuló una pregunta que transformó el ambiente de la sala:

¿Volverá a caminar?

Aquellas palabras quedaron suspendidas en el aire. No se referían únicamente a una extremidad lesionada. Hablaban del trabajo, de la autonomía, de los proyectos pendientes y de todo aquello que una familia campesina sostiene cada día con el esfuerzo de sus manos y la fortaleza de sus pasos.

No hice promesas que estuvieran fuera de mi alcance. Le respondí que estábamos actuando oportunamente y que ese era un factor decisivo. Durante el año rural uno aprende que la esperanza debe transmitirse con responsabilidad: suficiente para sostener el ánimo, pero sin ocultar la realidad. Mientras la enfermera preparaba el material para la inmovilización, procuraba mantener una voz serena y segura. Sin embargo, en mi interior volvía a sentir una sensación conocida. No era únicamente la preocupación por el paciente, sino también el peso de las distancias: la que separaba al centro de salud del hospital, la de los estudios diagnósticos que aún no podían realizarse, la del especialista que lo esperaba en otro lugar y, sobre todo, la brecha permanente entre lo ideal y lo posible.

Improvisar no significa actuar sin método ni rigor. Significa aprovechar los recursos disponibles con criterio, organización y profundo respeto por quien necesita ayuda. Con el apoyo del equipo logramos estabilizar la extremidad afectada y aliviar el sufrimiento. Cada procedimiento fue explicado a Manuel antes de realizarlo. Él asentía en silencio, inspiraba profundamente y volvía a cerrar los ojos. Había en su actitud una fortaleza discreta,

de esas que no buscan reconocimiento. Muchas veces, el padecimiento más intenso no se manifiesta con gritos, sino con el esfuerzo por no aumentar la preocupación de quienes permanecen junto a la camilla.

Afuera, la lluvia arreció con fuerza. Poco después, el conductor de la ambulancia informó que las condiciones del camino se habían vuelto más difíciles. La noticia dejó tras de sí un silencio denso. La madre se acercó a su hijo y le acomodó el cabello con una ternura que parecía devolverlo, por un instante, a los años de infancia, cuando cualquier herida encontraba consuelo en las manos maternas. Su padre, que hasta entonces había permanecido reservado, levantó la mirada y preguntó si era posible posponer el traslado hasta que el clima mejorara. Comprendí la inquietud que escondían sus palabras, pero también era consciente de que esperar podía incrementar el peligro.

Le expliqué que lo más prudente era emprender el viaje cuanto antes, extremando las precauciones, pero evitando retrasos innecesarios. El ejercicio de la medicina rural obliga a decidir en circunstancias lejos de ser ideales. No siempre existe una alternativa cómoda o completamente segura. En ocasiones, la elección se reduce a un trayecto complejo o a una demora potencialmente perjudicial. En esos escenarios, el médico no solo interpreta signos clínicos; también evalúa distancias, accesibilidad, disponibilidad de recursos y el impacto emocional de cada decisión. La práctica médica se convierte entonces en un delicado equilibrio entre la ciencia y la realidad cotidiana.

Mientras completaba la referencia para el hospital, Manuel abrió los ojos y formuló una pregunta que revelaba una preocupación más profunda que la propia lesión.

¿Mi pierna volverá a quedar igual?

Guardé silencio durante unos segundos antes de responder. Pensé en cuántas veces, durante la formación profesional, aprendimos a describir las fracturas como simples hallazgos diagnósticos: oblicuas, transversas, desplazadas, cerradas o abiertas. Clasificaciones necesarias para comprender la lesión, pero

insuficientes para explicar lo que realmente significa para quien la padece. Porque allí, frente a mí, no había una categoría anatómica ni una imagen radiológica pendiente de confirmar. Había un joven que temía perder algo mucho más importante: la posibilidad de seguir recorriendo su propio camino con la misma libertad de antes.

Le expliqué que la recuperación podía requerir tiempo, pero que lo más importante era recibir un manejo adecuado y cumplir cuidadosamente las recomendaciones posteriores. Escuchó cada palabra con atención, como quien intenta dar orden a la incertidumbre y convertir el temor en algo comprensible. Después, con una sonrisa apenas perceptible, comentó que probablemente tardaría mucho en volver a conducir una motocicleta bajo la lluvia. Aquella ocurrencia sencilla alivió por un instante la atmósfera cargada que había dominado la mañana. Incluso su madre esbozó una sonrisa, aunque sus ojos continuaban brillantes por la preocupación.

Cuando la ambulancia estuvo preparada, realizamos el traslado con todas las precauciones necesarias. Entregué el informe al personal responsable, destaqué los hallazgos más relevantes y me aseguré de que la familia comprendiera la razón de la referencia y los pasos que seguirían a continuación. La madre subió llevando una pequeña bolsa con ropa y algunos objetos personales. El padre permaneció unos segundos frente a mí, como si buscara las palabras adecuadas. Finalmente, optó por el gesto más sencillo: extendió la mano. Su agradecimiento fue breve, pero transmitía el peso de quien confía lo más valioso a un trayecto lleno de incertidumbre.

El vehículo partió lentamente, sorteando los baches ocultos bajo el agua acumulada. Permanecí en la entrada del centro de salud observándolo hasta que desapareció entre la cortina de lluvia. Luego regresé al consultorio. Sobre la camilla aún quedaban rastros de barro, y en la sala de espera una niña tosía mientras su madre buscaba un pañuelo en el bolso. La medicina rural tiene esa

particular manera de recordarnos que una historia concluye para nosotros justo cuando otra está por comenzar.

Aquella noche pensé varias veces en la extremidad inmóvil de Manuel. Reflexioné sobre la fragilidad del cuerpo humano y, al mismo tiempo, sobre su extraordinaria capacidad para resistir y recuperarse. Un accidente que dura apenas unos segundos puede alterar el rumbo de muchos meses; sin embargo, una inmovilización realizada a tiempo, una decisión tomada con prudencia y una referencia coordinada adecuadamente pueden abrir la posibilidad de volver a ponerse de pie. Entonces comprendí que la traumatología y la ortopedia no empiezan únicamente en el quirófano ni concluyen con una radiografía. Su verdadera esencia suele encontrarse mucho antes, en ese primer encuentro con el sufrimiento y la esperanza.

Días más tarde supe, a través de un familiar, que Manuel continuaba recibiendo tratamiento. No conocí todos los detalles de su evolución, pero saber que había llegado a destino, que permanecía acompañado y que seguía el proceso indicado me produjo una sensación de tranquilidad difícil de describir. En el ámbito rural rara vez presenciamos el desenlace completo de las historias. Con frecuencia somos apenas el inicio de un recorrido asistencial que otros profesionales continúan. Sin embargo, ese primer paso debe ser sólido, porque sobre él se construye todo lo que viene después.

Años después, al recordar aquella mañana de lluvia, comprendí que la labor médica no siempre consiste en ofrecer respuestas definitivas. Muchas veces implica acompañar en medio de la incertidumbre, actuar con los recursos disponibles y tomar decisiones oportunas cuando el tiempo juega en contra. Manuel me enseñó que detrás de cada fractura existe una vida que teme detenerse, una familia que espera y una oportunidad de marcar la diferencia desde el primer momento. Quizá esa sea una de las lecciones más valiosas de la medicina rural: entender que, aun cuando no vemos el final de la historia, nuestro papel puede ser

decisivo para que alguien tenga la posibilidad de escribir el siguiente capítulo.

Desde entonces, cada vez que escucho el sonido repentino de una motocicleta al detenerse frente al centro de salud, la imagen de Manuel regresa a mi memoria. Vuelven el barro adherido a su ropa, la lluvia golpeando el techo, la mirada inquieta de su madre y aquella extremidad inmóvil sobre la camilla. También recuerdo que los huesos pueden fracturarse con facilidad, pero que la dignidad de quien sufre jamás debe quebrarse junto a ellos. Atender una lesión de este tipo en el contexto rural implica mucho más que inmovilizar un segmento corporal; significa acompañar la angustia de una familia, resguardar las expectativas de quien depende de su trabajo para salir adelante y comprender que la capacidad de moverse representa mucho más que una simple función anatómica.

Tal vez por eso aquella jornada permanece tan viva en mi recuerdo. No fue el caso más complejo que enfrenté ni el más impactante. Fue, sencillamente, una experiencia que me permitió comprender la esencia de la medicina cuando se ejerce cerca de las personas. Bajo una lluvia persistente, con recursos limitados y una familia aferrada a la esperanza, entendí que la ortopedia comienza mucho antes de una cirugía o de una radiografía. Empieza en el instante en que alguien decide no dejar a otro solo frente al dolor. Y comprendí también que el médico rural, aunque no siempre sea quien repare la fractura, tiene la responsabilidad de sostener el primer tramo del camino hacia la recuperación.

Porque, al final, sanar no consiste únicamente en restaurar estructuras lesionadas. También implica brindar confianza cuando predominan las dudas, transmitir serenidad en medio de la incertidumbre y ofrecer apoyo cuando el futuro parece frágil. Aquella mañana me recordó que detrás de cada diagnóstico existe una historia, una familia y una vida que espera continuar. Y que, en ocasiones, el acto más importante de la medicina no es curar de inmediato, sino acompañar con humanidad mientras comienza el proceso de volver a levantarse.

EL PRIMER YESO

Med. Juan Pablo Lupera Walker



Todavía recuerdo la sensación del yeso húmedo alrededor de mi tobillo izquierdo. Intentaba mover los dedos del pie mientras observaba cómo aquel material, que apenas unos minutos antes parecía una simple venda mojada, comenzaba a endurecerse. Hasta ese momento nunca había necesitado muletas ni había sufrido una lesión de importancia, por lo que todo era completamente nuevo para mí. Mientras mi principal preocupación debía ser cuánto tiempo estaría sin jugar fútbol, no podía evitar prestar atención a todo lo que ocurría a mi alrededor.

Todo había comenzado unos minutos antes, durante el recreo del colegio. Como cualquier otro día, un grupo de amigos nos reunimos para jugar un partido de fútbol. No era un campeonato ni un encuentro especial; simplemente era uno de esos partidos improvisados que hacían que el recreo siempre pareciera demasiado corto. Yo jugaba como mediocampista y disfrutaba tener el balón en los pies. En una jugada, un compañero envió un pase fuerte y, al intentar controlarlo, apoyé mal el pie izquierdo. Escuché un pequeño crack y, de inmediato, sentí un dolor intenso que me obligó a detenerme.

Intenté ponerme de pie, pero mi tobillo ya no respondía de la misma manera. En pocos minutos comenzó a inflamarse y apareció una marcada hinchazón en la cara lateral. Cada intento de apoyar el pie aumentaba el dolor. En ese momento solo podía pensar que algo se había roto y que pasarían muchas semanas antes de volver a jugar.

Después de la evaluación médica me realizaron radiografías para descartar una fractura. Recuerdo el alivio que sentí cuando me explicaron que los huesos estaban intactos y que se trataba de un esguince de tobillo. No era una lesión menor, pero tampoco requería una intervención quirúrgica. Escuché atentamente cada explicación. Tal vez era la curiosidad propia de mi edad o simplemente el deseo de comprender lo que estaba ocurriendo, pero por primera vez me interesé en entender por qué el médico hacía cada cosa.

Luego llegó el momento de colocar la férula de yeso. Observé con atención cómo el médico acomodaba mi pie antes de inmovilizarlo y cómo aquel material cambiaba de consistencia en pocos minutos hasta endurecerse por completo. También me explicó por qué debía utilizar muletas, cuánto tiempo permanecería inmovilizado y cuáles serían los cuidados durante la recuperación. Eran explicaciones sencillas, pero despertaron en mí una curiosidad que nunca antes había sentido.

No salí de esa consulta convencido de que quería ser traumatólogo; de hecho, ni siquiera conocía realmente esa especialidad. Sin embargo, desde aquel día algo cambió. Cada vez que escuchaba hablar sobre huesos, articulaciones o lesiones musculoesqueléticas, recordaba aquella experiencia y volvía a sentir el mismo interés. Sin darme cuenta, esa lesión había sembrado una idea que tardaría varios años en tomar forma.

Cuando ingresé a la carrera de Medicina descubrí un mundo completamente nuevo. A medida que avanzaban los semestres conocí distintas especialidades y encontré motivos para admirar el trabajo de cada una de ellas. Sin embargo, cada vez que estudiaba la anatomía del aparato locomotor, interpretaba una radiografía o aprendía sobre el manejo de una fractura, inevitablemente recordaba aquel día en el que, siendo adolescente, observaba con curiosidad cómo colocaban mi primer yeso.

Durante el internado esa sensación terminó de fortalecerse. Al rotar por el servicio de Traumatología y Ortopedia pude presenciar reducciones de fracturas y luxaciones, inmovilizaciones y diversos procedimientos quirúrgicos. Más allá de la técnica, me fascinaba la posibilidad de devolver la movilidad, aliviar el dolor y ayudar a que una persona recuperara su independencia. Poco a poco comprendí

que no era solo una especialidad que despertaba mi interés; era el lugar donde me imaginaba desarrollando mi vida profesional.

Esa certeza volvió a confirmarse tiempo después, cuando comencé a ejercer como médico general en el servicio de emergencias. Cada vez que ingresaba un paciente con una lesión traumatológica me sentía seguro. Disfrutaba realizar la valoración inicial, aliviar el dolor, inmovilizar correctamente la extremidad y preparar al paciente para su tratamiento definitivo. Después observaba atentamente cómo el especialista continuaba el manejo, ya fuera mediante una inmovilización o una intervención quirúrgica. Lejos de verlo como un caso más, encontraba en cada paciente una nueva oportunidad para aprender.

Con el paso de los años comprendí que las vocaciones rara vez aparecen de un momento a otro. Muchas veces nacen de experiencias sencillas que, en ese instante, parecen no tener ninguna trascendencia. Un recreo cualquiera, un mal apoyo al recibir un balón y un esguince de tobillo difícilmente parecían suficientes para marcar el rumbo de una vida. Sin embargo, hoy puedo mirar hacia atrás y reconocer que aquel fue el primer paso de un camino que todavía continuo recorriendo, con la misma curiosidad que despertó en mí aquel primer yeso.

Aún no soy traumatólogo. Todavía me quedan años de estudio, esfuerzo y aprendizaje para alcanzar ese objetivo. Pero cada vez que alguien me pregunta por qué elegí esta especialidad, inevitablemente regreso a aquella tarde.

No recuerdo el marcador del partido ni quién ganó. Lo que permanece intacto en mi memoria es la curiosidad que sentí al observar cómo unas manos expertas eran capaces de transformar el dolor, la incertidumbre y el miedo en tranquilidad y esperanza.

Hoy entiendo que aquel primer yeso hizo mucho más que inmovilizar un tobillo lesionado. Sin que yo lo supiera, también comenzó a moldear mi vocación. Con el paso de los años, aquella experiencia dejó de ser el recuerdo de una lesión deportiva para convertirse en el origen del sueño profesional que espero cumplir algún día.

MÁS QUE UNA LESIÓN

Med. Jorge Paúl López Acosta



Hay momentos que, aunque parecen cotidianos, terminan definiendo el rumbo de toda una vida. En mi caso, ese momento ocurrió cuando apenas tenía diez años. A esa edad, la mayoría de los niños sueñan con ser deportistas, pilotos o astronautas. Yo descubrí, sin saberlo, la profesión que algún día marcaría mi destino.

Mi padre, a quien admiro, había sufrido una caída mientras se encontraba en su trabajo. Al regresar a casa, el dolor que manifestaba en su hombro era evidente. Cada movimiento representaba un gesto de malestar que, como hijo, me resultaba imposible ignorar. Ver a la persona que siempre había representado fortaleza, seguridad y protección padeciendo ese dolor fue una experiencia que me impactó profundamente.

Eran días de feriado y conseguir atención médica especializada resultó mucho más difícil de lo que imaginábamos. Dada la situación, en un primer momento pensamos en acudir a un profesional de fisioterapia con la intención de aliviar el dolor; sin embargo, tampoco se encontraba disponible. Las molestias aumentaban con el paso de las horas. La incertidumbre comenzaba a hacerse presente en nuestra familia y yo observaba todo con la mirada de alguien que poco o nada puede hacer, mientras me preguntaba por qué nadie lograba aliviar el malestar que sentía mi padre.

Finalmente conseguimos que fuera valorado por un médico. Tras la exploración física, solicitó una radiografía. Recuerdo perfectamente el momento en que observó la imagen y explicó

que se trataba de una fractura de clavícula que requería tratamiento quirúrgico. Aquella imagen, que en ese momento aún no lograba comprender, cambió completamente el panorama: lo que inicialmente parecía una lesión que podía resolverse con medidas conservadoras era, en realidad, una fractura que necesitaba un manejo oportuno y especializado.

Aquel día entendí que detrás de una imagen radiográfica existía conocimiento, criterio clínico y años de preparación, y que un diagnóstico correcto podía cambiar el curso de la vida de un paciente y evitar complicaciones que, de otra manera, podrían dejar secuelas.

Más allá del diagnóstico, hubo algo que marcó profundamente mi infancia: la sensación de no poder hacer nada para ayudar a la persona que más admiro. Sentí impotencia, frustración y un enorme deseo de contar con los conocimientos necesarios para aliviar el dolor de quienes más lo necesitaran. Ahí nació una idea que nunca volvió a abandonarme: algún día quería convertirme en el doctor que opera los huesos.

Con el paso de los años esa ilusión no desapareció. Al contrario, se fortaleció con cada etapa de mi formación. Terminé el colegio y, gracias al esfuerzo de mis padres y al apoyo incondicional de mi familia, logré ingresar a la carrera de medicina, una meta que durante muchos años había imaginado con enorme ilusión.

Los años universitarios estuvieron llenos de grandes retos, largas jornadas de estudio, guardias, prácticas hospitalarias y momentos inolvidables. Estudiar medicina fue mucho más que memorizar anatomía, fisiología o farmacología: fue descubrir que detrás de cada enfermedad existe una historia humana, y que detrás de cada paciente hay sueños, miedos, responsabilidades y una familia que también vive con la misma intensidad.

Sin embargo, cada experiencia reforzaba mi convicción de que había elegido el camino correcto. Descubrí que la medicina no consiste únicamente en diagnosticar enfermedades o prescribir tratamientos; significa acompañar al paciente en uno de los momentos más vulnerables de su vida y ofrecerle esperanza

cuando el dolor parece dominarlo todo. Aprendí, además, que aliviar el dolor no depende únicamente de los medicamentos: muchas veces comienza con escuchar atentamente, observar con detenimiento y dedicar el tiempo suficiente para comprender lo que el paciente intenta expresar.

Al graduarme como médico comprendí que el sueño de aquel niño de diez años estaba comenzando a hacerse realidad. Tuve la oportunidad de ver y atender pacientes con múltiples patologías, entre ellas las musculoesqueléticas, desde contusiones deportivas hasta lesiones un poco más complejas. Cada paciente representaba una oportunidad para aprender y recordar que detrás de cada radiografía existía una persona, una familia y una historia.

No obstante, hubo una experiencia en consulta que terminó de confirmar que esta era la especialidad a la que deseaba dedicar mi vida. Una mañana acudió a consulta un paciente que refería haber sufrido una torcedura de tobillo mientras realizaba labores de limpieza en su domicilio. A simple vista parecía tratarse del típico mecanismo de lesión que vemos a diario en consulta; el dolor era intenso y le impedía apoyar el pie con normalidad.

Decidimos solicitar una radiografía de tobillo. Como ocurre en muchos casos similares, la expectativa era confirmar o descartar una fractura maleolar, o bien algo más simple como un esguince. El mecanismo de lesión parecía sencillo, y todo hacía pensar que en efecto se trataba solo de eso.

Sin embargo, para sorpresa de todos, las imágenes no mostraban ninguna lesión ósea evidente. Aun así, había algo que no terminaba de convencerme: el dolor era desproporcionado, la dificultad para caminar era evidente, y tanto la exploración física como la intensidad del cuadro no terminaban de coincidir con un simple esguince de tobillo.

Recordé entonces una de las enseñanzas más importantes que había recibido durante mi formación: escuchar al paciente y confiar en la exploración física y el criterio clínico, incluso cuando las imágenes iniciales parecen tranquilizadoras. Decidimos ampliar el estudio y solicitar una radiografía de toda la

pierna. Muchos podrían pensar que era un examen innecesario; sin embargo, preferí descartar cualquier lesión antes que pasar por alto un diagnóstico importante.

Pocos minutos después encontramos la respuesta, y al ver la nueva imagen supe que se había tomado la decisión correcta: la radiografía evidenciaba una fractura no desplazada de la diáfisis del peroné, una lesión que explicaba perfectamente el cuadro clínico del paciente. La aparente torcedura de tobillo ocultaba, en realidad, una lesión localizada varios centímetros por encima del sitio donde inicialmente se concentraba el dolor.

En ese instante sentí una enorme satisfacción, no por haber encontrado una fractura, sino por haber evitado pasar por alto un diagnóstico que habría cambiado por completo la evolución del paciente. Ese momento reafirmó una gran lección que todos los médicos llegamos a experimentar: el paciente siempre debe ser evaluado de manera integral. La tecnología es una herramienta extraordinaria, pero nunca reemplazará el juicio clínico, la observación cuidadosa y la capacidad de cuestionar un diagnóstico cuando los hallazgos no encajan.

Tras establecer el diagnóstico definitivo, explicamos al paciente la naturaleza de su lesión, resolvimos sus dudas y procedimos a realizar la inmovilización con una férula de yeso. Ver la tranquilidad con la que recibió el tratamiento adecuado fue profundamente satisfactorio. Más allá de la colocación del yeso, lo verdaderamente importante fue haber identificado una lesión que fácilmente habría podido pasar desapercibida.

Probablemente para él, aquella consulta terminó cuando salió del consultorio; para mí, apenas comenzaba una nueva etapa. Al finalizar la atención, reflexioné junto con el equipo de salud sobre lo ocurrido. Comprendimos que en medicina los pequeños detalles suelen marcar la diferencia entre un diagnóstico acertado y un error que puede conllevar consecuencias importantes, y que nunca debemos conformarnos con la primera impresión cuando la historia clínica y la exploración física nos invitan a seguir investigando.

Cada decisión influye directamente en la posibilidad de que una persona vuelva a caminar, trabajar, practicar deporte o simplemente abrazar a sus seres queridos sin dolor. Cada paciente plantea un desafío diferente y cada caso representa una oportunidad para crecer como profesional y como ser humano.

Hoy, al mirar hacia atrás, puedo entender que existe una conexión que nunca se perdió entre aquel niño que observaba con angustia el dolor de su padre y el médico que decidió solicitar una radiografía adicional para no dejar pasar una lesión importante. Ambos comparten el mismo propósito: aliviar el dolor, restaurar la función y devolver calidad de vida a las personas. Si pudiera hablar con él, le diría que nunca dejó de cumplir aquella promesa silenciosa que hizo mientras observaba una imagen que en ese momento no entendía: la promesa de dedicar su vida a aliviar el dolor de quienes más lo necesitaran.

Aquella experiencia que comenzó con la lesión de mi padre sembró en mí una vocación. Los años de formación, las guardias, las prácticas y los pacientes que he tenido la oportunidad de atender han fortalecido esa convicción. Hoy puedo afirmar, con la misma emoción de aquel niño de diez años, que mi propósito sigue siendo el mismo: continuar preparándome para convertirme, cada día, en el médico capaz de ofrecer un tratamiento basado en el conocimiento, la empatía y el compromiso con cada persona que deposita su confianza en mis manos.

Porque detrás de cada fractura existe una historia; detrás de cada paciente, una familia; detrás de cada recuperación, la satisfacción de haber contribuido a que alguien vuelva a ponerse de pie; y detrás de cada padre, un hijo que lo admira.

LA FISIOLÓGÍA DE LA VOCACIÓN

Med. Carlos Andrés Acurio Segovia



En este relato intento plasmar la complejidad de mi búsqueda por comprender la vocación médica y las consecuencias de su ausencia o debilitamiento en un profesional de la salud. El preludio de esta aventura se remonta al colegio, cuando varios de mis compañeros, a sus precipitados quince años, emprendieron la ardua tarea de estudiar anatomía con el deseo de llenar sus mentes de conocimientos previos para una carrera de Medicina que todavía les resultaba desconocida.

Yo no seguí aquel camino. Mi orientación vocacional permanecía dividida entre los números y la arquitectura. Cuando llegó el momento de elegir la especialidad del bachillerato, todavía indeciso, opté por Químico-Biólogo con la esperanza de convertirme en médico y con la idea arraigada de ayudar a las personas de la forma más noble posible. Sin embargo, me acompañaba un temor persistente: saber que mis compañeros llevaban ya dos años preparándose para recorrer la misma senda.

Inicié la carrera de Medicina joven e inexperto, pero con un enorme deseo de descubrir una ciencia que aún me era desconocida. Los primeros dos años fueron áridos y difíciles, colmados de biología molecular y anatomía. Aquella etapa me obligó a examinar con dureza mi decisión de estudiar Medicina y a cuestionar una vocación todavía incipiente.

Más tarde, el aprendizaje basado en problemas llegó como un bálsamo y se convirtió en una base para mi formación clínico-quirúrgica. Esta metodología me permitió recuperar el deseo profundo de ayudar a los demás mediante la Medicina. Durante

aquella ardua escalada hacia el conocimiento tuve la fortuna de encontrar docentes que fortalecieron ese vínculo. Fueron pilares fundamentales porque compartieron, con paciencia, una Medicina enriquecida por años de experiencia. También conocí profesores que evidenciaban cansancio, fastidio y poca voluntad de enseñar; su ejemplo me ayudó a reconocer aquello en lo que no deseaba convertirme.

El siguiente punto decisivo fue el internado rotativo, cuando pude poner los conocimientos adquiridos y mi vocación al servicio de los pacientes. Lo realicé en un hospital público de alta complejidad, rodeado de médicos subespecialistas que brindaban atención integral e inspiraban a quienes aprendíamos de ellos. Asistí a reuniones multidisciplinarias destinadas a resolver casos complejos, fiel reflejo de la empatía y del compromiso genuino de un médico con vocación.

No obstante, a lo largo de ese camino también presencié experiencias negativas: profesionales cansados, poco reconocidos y sobrecargados, cuyo interés por los pacientes parecía haberse desvanecido. Algunos se limitaban a esperar el final de la jornada y daban la impresión de haber perdido, en algún momento de su formación o de su práctica, la vocación que alguna vez los condujo hasta allí.

Una de mis experiencias más vívidas ocurrió en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, un entorno en el que los médicos trabajan fatigados, sometidos a un estrés constante y enfrentados a la muerte a cualquier hora del día. Sería fácil suponer que, bajo condiciones tan hostiles, el desinterés se convertiría en un denominador común; sin embargo, ocurrió lo contrario: predominó la entrega hacia el paciente. Descubrí que, cuando la vocación médica prevalece, el cansancio y la presión pasan a un segundo plano.

Durante aquella rotación conocí el caso de un paciente de aproximadamente doce años que presentó debilidad progresiva hasta desarrollar depresión respiratoria. La incertidumbre sobre el diagnóstico y el pronóstico estuvo presente durante todo el turno.

A pesar de ello, los intensivistas concentraron sus conocimientos y su atención en el caso, y convocaron una reunión multidisciplinaria para definir las intervenciones que permitieran alcanzar un diagnóstico e iniciar un tratamiento oportuno.

La siguiente etapa de mi formación fue el año de salud rural, que realicé en una comunidad andina de menos de setecientos habitantes, con baja escolaridad y recursos socioeconómicos limitados. Su compleja realidad albergaba graves problemas de machismo, maltrato y alcoholismo, visibles en la gran diversidad de situaciones que debía atender. En ese escenario puse a prueba la vocación que había ido construyendo. Algunos pacientes se mostraban poco adherentes al tratamiento, indiferentes, hostiles o abiertamente inconformes, y fueron precisamente ellos quienes más desafiaron mi disposición para servir.

En aquel contexto me formulé una pregunta profunda: ¿qué significa servir cuando la persona que necesita atención no facilita ese servicio? La respuesta fue apareciendo a medida que enfrentaba situaciones difíciles y terminó por organizarse en tres dimensiones. La primera correspondía a mis deberes como profesional: ofrecer una atención competente, integral, humana y ética. La segunda pertenecía al paciente: su dignidad, su autonomía y sus decisiones. La tercera era su reacción frente a mi atención, ya fuera agradecimiento, indiferencia, rechazo o enojo.

Comprendí que mi papel como médico debía concentrarse en la primera dimensión y respetar profundamente la segunda, mientras que la tercera escapaba de mi control. Este razonamiento me llevó a considerar un concepto fundamental: el locus de control, es decir, el lugar en el que situamos mentalmente la responsabilidad sobre lo que sucede. Si lo ubicaba fuera de mí dentro de la relación médico-paciente, corría el riesgo de condicionar mi valor profesional a la aceptación o al agradecimiento recibido. Necesitaba, por tanto, establecer límites claros: cumplir con responsabilidad lo que me correspondía y respetar plenamente la autonomía del paciente.

Durante ese año también conocí médicos cuya vocación parecía haberse debilitado o estar ausente. Aquello se reflejaba en atenciones deficientes, seguimientos inadecuados de enfermedades agudas y crónicas, y una vigilancia insuficiente de escolares, adultos mayores, personas con discapacidad y mujeres embarazadas. También observé diagnósticos equivocados y tratamientos que podían resultar perjudiciales o no correspondían a la enfermedad.

Recuerdo especialmente a una adulta mayor con una fractura del cuello femoral cuya resolución quirúrgica se retrasó considerablemente. Durante la inmovilización prolongada aparecieron múltiples complicaciones. Aquella experiencia me hizo reflexionar sobre las consecuencias de una atención que pierde de vista el beneficio integral del paciente.

En el ámbito específico de la Traumatología, durante mi formación reconocí un problema relativamente frecuente: decidir un tratamiento quirúrgico para pacientes que no necesariamente lo requieren. Esta conducta puede surgir de una tendencia a considerar la cirugía como una solución rápida, definitiva y completa. Desde mi perspectiva, también puede reflejar una vocación debilitada, porque desplaza del centro de la decisión aquello que debería ser primordial: el verdadero beneficio del paciente.

Mi vida laboral, centrada principalmente en la Traumatología, estuvo guiada por quien considero uno de los traumatólogos más prestigiosos del país. Bajo su tutela aprendí que operar no equivale necesariamente a curar ni a beneficiar. Es imprescindible conocer los criterios quirúrgicos de cada diagnóstico, valorar al paciente de manera integral y apartarse de la sobreindicación de procedimientos. Esta última puede responder a la comodidad, la presión institucional, el deseo de intervenir, la búsqueda de prestigio o productividad e, incluso, el beneficio económico.

Al mirar retrospectivamente mi camino, comprendo que la vocación médica no apareció como una certeza absoluta desde el inicio. Fue construyéndose, cuestionándose y fortaleciéndose en

cada etapa de mi formación. La descubrí en los médicos que me inspiraron mediante su entrega y compromiso, y también en aquellos cuya indiferencia me permitió reconocer con claridad el profesional que no quiero llegar a ser. La puse a prueba frente al cansancio, la frustración, la falta de agradecimiento y las decisiones difíciles que inevitablemente acompañan el ejercicio de la Medicina.

Hoy entiendo que la vocación no consiste únicamente en querer ayudar, sino en mantener al paciente en el centro de cada decisión, incluso cuando ello implique aceptar que no puedo controlar sus elecciones, que quizá nunca reciba su agradecimiento o que la mejor conducta sea precisamente no intervenir. Mi capacidad para decidir por el paciente termina donde comienza su autonomía; sin embargo, mi responsabilidad permanece intacta en aquello que sí depende de mí: estudiar, actuar con competencia, reconocer mis límites y buscar siempre el mayor beneficio con el menor daño posible.

EL LLAMADO DEL QUIRÓFANO

Med. Carlos Alberto Rojas Merino



Hace algunos años, cuando todavía era un estudiante universitario que recorría los interminables pasillos del hospital, mi mente estaba llena de dudas sobre el futuro. La Medicina se extendía ante mí como un territorio inmenso y yo apenas buscaba una señal que me indicara el rumbo. Cada rotación abría la puerta a un mundo diferente, pero fue durante una pasantía cuando descubrí el camino que terminaría marcando mi vida profesional. El olor a antiséptico, el eco de los pasos apresurados y la tensión habitual del hospital se convirtieron en el escenario de aquel encuentro con la Traumatología.

Todo comenzó gracias a mi tutor, un médico cuya presencia despertaba respeto. No era únicamente su destreza quirúrgica lo que cautivaba a quienes lo rodeábamos, sino también su clara vocación académica. Sus manos reflejaban años de experiencia: eran firmes y precisas. Su carácter combinaba la exigencia de un maestro de la vieja escuela con la empatía de quien comprende el sufrimiento humano.

Él se convirtió en mi principal inspiración. Antes de cada intervención repasaba con nosotros los pasos del procedimiento y nos recordaba que el conocimiento no es estático, sino una herramienta viva que debe perfeccionarse todos los días.

El momento que encendió mi pasión por la Traumatología ocurrió una mañana aparentemente común. Desde que atravesé las puertas del quirófono percibí una energía distinta. El frío del aire acondicionado contrastaba con la concentración de un equipo unido por un solo propósito. Mientras me lavaba las manos y me

colocaba la bata estéril para asistir a mi tutor, una certeza me invadió: estaba exactamente en el lugar correcto.

El paciente presentaba una compleja fractura del húmero proximal. Para un estudiante, la imagen radiográfica y la realidad del tejido expuesto podían resultar abrumadoras, pero la serenidad de mi tutor disipaba cualquier temor. Resolvió el caso con una destreza extraordinaria y una técnica meticulosa. Cada movimiento era preciso y se apoyaba en la bibliografía más actualizada de aquel momento. No había lugar para la improvisación, sino para la ciencia aplicada con experiencia. Observar cómo la anatomía recuperaba su alineación fue presenciar una auténtica reconstrucción humana.

Sin embargo, la técnica desplegada en el quirófano representó solo una parte de la experiencia. Lo que sucedió semanas después terminó de acercarme definitivamente a esta especialidad. Tuve la oportunidad de seguir la evolución del paciente. Tras un riguroso proceso de fisioterapia y el cumplimiento de las medidas indicadas, su recuperación fue notable.

Cuando regresó a consulta con una expresión de satisfacción y agradecimiento, sentí que algo cambiaba dentro de mí. Aquella sonrisa, ya libre del dolor que lo había acompañado, me inspiró profundamente y sembró el deseo de provocar esa misma alegría en otras personas. Comprendí que reparar una fractura no consiste únicamente en restaurar una estructura, sino en devolver movimiento, autonomía y posibilidades.

La influencia de mi tutor no terminaba bajo las luces del quirófano; también se extendía a las aulas. Durante sus clases me sentía identificado con su manera de entender la Medicina. Me fascinaban las maniobras que realizaba y la precisión con la que colocaba los yesos, técnicas que enseñaba con la paciencia de un artesano. Nos demostraba que la inmovilización no era un trámite, sino parte fundamental del camino hacia la recuperación. Esa dedicación técnica estaba acompañada por una exigencia intelectual constante.

La investigación fue otro de los pilares que impulsó con firmeza. Su insistencia nos llevó a estructurar y presentar un artículo científico basado en un caso clínico complejo que habíamos valorado en el hospital. Aquella experiencia me enseñó que un buen médico no solo trata con sus manos, sino que también contribuye al conocimiento mediante la evidencia y deja un registro útil para quienes continuarán aprendiendo.

El final de la rotación llegó de manera inevitable. Las madrugadas frías y las guardias extenuantes concluían, dejándome una mezcla de nostalgia y gratitud. En esos últimos días ocurrió algo que superó mis expectativas. Una tarde, mientras ordenábamos expedientes después de una larga jornada, mi tutor se detuvo, me miró con la expresión analítica que lo caracterizaba y me invitó a acompañarlo como asistente en su práctica particular.

Escuchar aquella propuesta fue un hito. Me explicó que había observado mi desempeño en el hospital, el interés genuino por cada caso y mi disposición para aprender. Sobre todo, veía en mí un futuro dentro de la especialidad. Recibir esa valoración de alguien a quien admiraba significó el impulso definitivo y la confirmación externa de una vocación que ya comenzaba a fortalecerse en mi interior.

La dinámica de su consulta particular era muy diferente de la intensidad del hospital. El ambiente era más cercano, el trato más personalizado y el tiempo permitía analizar cada detalle con mayor detenimiento. Participar en ese espacio me ayudó a adquirir conocimientos clínicos y a comprender con mayor profundidad la relación médico-paciente. Fue también allí donde mi tutor compartió conmigo algo tan valioso como cualquier técnica: su experiencia de vida.

Recuerdo una de nuestras conversaciones al finalizar la jornada. Mientras guardábamos el instrumental, se sentó frente a mí y comenzó a relatar los desafíos de su propia formación. Me habló de las noches sin dormir, de la frustración cuando los resultados no eran los esperados y de los sacrificios personales que exige la Medicina. También compartió consejos prácticos que le habían

permitido sobrellevar la carga física y mental de la especialidad, aprendizajes que no aparecen en la bibliografía.

Con un tono paternal y firme me ofreció una lección de resiliencia que quedó grabada en mi memoria. Me advirtió que el camino no sería fácil, que llegarían momentos en los que el cansancio y la adversidad pondrían a prueba mi voluntad. «No te dejes vencer», repitió mientras me miraba a los ojos. Me pidió que, cuando aparecieran la duda o el agotamiento, recordara lo que sentía durante aquella rotación. Todo lo aprendido debía convertirse en mi impulso para continuar.

Así, la Traumatología dejó de ser una rama más de la Medicina y se transformó en mi proyecto de vida. Tiempo después, durante el internado rotativo, nuevas experiencias reforzaron mi interés por el tratamiento de los traumatismos y la recuperación funcional de los pacientes.

Hoy, en mi práctica cotidiana, mientras afronto las exigencias del servicio rural y las complemento con la Medicina privada, sigo llevando conmigo aquellas enseñanzas. En cada lugar donde trabajo aplico los conocimientos y las técnicas aprendidas, resolviendo con responsabilidad y gratitud todo aquello que está a mi alcance.

Aquel quirófano y las tardes de consulta junto a mi mentor marcaron el inicio de un viaje que todavía continúa. Me enseñaron que reparar una estructura física puede significar devolverle a alguien la capacidad de seguir adelante, de la misma manera en que mi tutor me ayudó a avanzar cuando me mostró el camino hacia mi verdadera vocación.

UN ANTES Y UN DESPUÉS

Med. Aitana Emilia Ross Proaño



Quienes nos formamos en Medicina solemos recordar con nitidez el primer día en que un hospital dejó de ser un edificio y se convirtió en un lugar habitado por historias. Antes de ese momento, los pasillos son solo pasillos, las batas son solo batas y los pacientes parecen casos estudiados en un libro. Después, cada puerta esconde una vida y una nunca vuelve a mirar una sala de espera con la misma indiferencia.

Para mí, ese cambio ocurrió hace algunos años, cuando aún era estudiante y comenzaba el externado. Coursaba mi segunda rotación y la primera de carácter quirúrgico, de modo que la emoción se mezclaba con una inquietud que todavía no sabía nombrar. Crucé las puertas del hospital, subí varios pisos por unas escaleras que parecían interminables y, finalmente, llegué ante el letrero del servicio de Traumatología. No imaginaba que tras esa puerta me esperaba una lección que ninguna aula habría podido ofrecerme.

Al principio todo transcurría con calma. Colaboraba en cuanto podía: tomaba signos vitales, llevaba muestras al laboratorio y ordenaba historias clínicas. Eran tareas pequeñas que, sin embargo, me hacían sentir parte de algo. Entonces escuché a mi tutor pronunciar las palabras que esperaba: «Vamos a hacer el pase de visita». Corrí a prepararme.

El servicio ocupaba un piso entero, con habitaciones a ambos lados de un corredor largo que olía a desinfectante y al café recién preparado en el cuarto de enfermería. La luz blanca de media mañana entraba por las ventanas, caía sobre las camas metálicas y

hacía brillar los yesos y las férulas. Se escuchaba el rumor constante de las ruedas de las camillas, las voces que llamaban a un familiar y los televisores encendidos sin que nadie los mirara. Aprendí pronto que aquel lugar tenía un ritmo distinto al de la calle: allí el tiempo no se medía solamente en horas, sino en días de espera, controles radiográficos y fechas marcadas para retirar un yeso.

Recorrimos una habitación tras otra. Vimos fracturas de piernas, brazos y clavículas; yesos recién colocados y otros desgastados por los días; rostros que alternaban entre el dolor y la resignación. En una de las salas había un paciente cuya edad contrastaba con la de los demás. En una cama demasiado grande para su cuerpo se encontraba un niño de aproximadamente ocho años. El área pediátrica estaba saturada y, por esa razón, lo habían ubicado entre adultos.

Era menudo, de piel morena y cabello negro revuelto sobre la almohada. La pierna inmovilizada acentuaba una fragilidad que contrastaba con la curiosidad de sus ojos grandes y oscuros, atentos a cada uno de nuestros movimientos. Sobre la mesa, junto al vaso de agua, descansaban un cuaderno de dibujos y un carrito de juguete al que le faltaba una rueda, como si el azar hubiera hecho una broma cruel sobre las cosas que no pueden moverse.

A su lado, en una silla de plástico, estaba su padre. Sus manos ásperas y sus hombros encorvados revelaban largas jornadas de trabajo físico. Al vernos entrar se puso de pie y, con la voz contenida de quien ha repetido muchas veces la misma pregunta, quiso saber cómo avanzaba la situación. El médico lo escuchó y, sin rodeos pero con delicadeza, le explicó que todo seguía igual: las carencias eran evidentes y, por el momento, no había manera de resolver el cuadro de su hijo.

El padre asintió. Se volvió hacia el niño con una sonrisa forzada, le acarició la cabeza y le prometió que pronto volvería a correr. Luego salió al pasillo con la excusa de realizar una gestión. Desde la puerta lo vi apoyarse contra la pared y derrumbarse en silencio. No tenía recursos para costear lo que su hijo necesitaba y las

limitaciones del sistema de salud tampoco permitían que el hospital lo resolviera.

Esa noche, de regreso a casa, no pude dejar de pensar en aquella escena. En clases nos habían enseñado a clasificar fracturas, interpretar una radiografía y describir con precisión el trazo de una lesión. Nadie nos había explicado qué hacer cuando el diagnóstico era claro y el tratamiento existía, pero aun así no podía realizarse. Nadie nos había hablado de esa otra enfermedad silenciosa, ausente de los manuales, que se llama carencia.

Pasaron los días y cada visita a aquella habitación se volvió más difícil. Entrábamos, saludábamos y repetíamos que nada había cambiado, que debían continuar esperando algo que ni siquiera nosotros sabíamos cuándo llegaría. El niño ya nos recibía con un saludo tímido; el padre, con la pregunta de siempre y una esperanza cada vez más apagada en la mirada. Llegó un momento en que se me formaba un nudo en la garganta cada vez que cruzábamos el umbral.

Con el paso de las jornadas conocí mejor a aquel pequeño paciente. Para mí era «el niño de la cama del fondo», pero su personalidad desbordaba ese apodo. Conversaba cuando adquiría confianza y guardaba un silencio obstinado ante los desconocidos. Le gustaba dibujar y en su cuaderno aparecían una y otra vez figuras en movimiento: jugadores de fútbol, perros y un niño en bicicleta. Nunca dibujó una cama ni un hospital. Una tarde me mostró una de sus ilustraciones y me preguntó si yo también era doctora. Le respondí que todavía no, que estaba aprendiendo. «Entonces aprende rápido», dijo con una seriedad que me hizo sonreír y, al mismo tiempo, dejó un peso en mi pecho.

Su padre, en cambio, hablaba poco. Pasaba las horas sentado en la misma silla, con la mirada fija en la pierna inmóvil de su hijo, y solo se levantaba para acomodarle la almohada o realizar alguna llamada de la que siempre regresaba con el mismo semblante. Las enfermeras me contaron que había dejado su trabajo como conductor informal para acompañarlo, que dormía en aquella silla y se alimentaba con lo que la familia podía llevarle de vez en

cuando. No se quejaba. Había en él una dignidad silenciosa y una fortaleza que no necesitaba palabras.

Aquel peso me acompañaba y mi tutor terminó por advertirlo. Una tarde, después del pase de visita, me detuvo en el pasillo y preguntó qué me ocurría. Le confesé que la situación me parecía profundamente triste. No lo negó; por el contrario, me explicó que en el servicio veían casos similares con más frecuencia de la que deseaban y que, a veces, lo único que podían ofrecer era su presencia. Después añadió algo que entonces no comprendí por completo: «Cuando por fin se pueda realizar el procedimiento, la satisfacción va a inundar cualquier tristeza». Guardé sus palabras sin saber que pronto entendería su alcance.

Transcurrieron dos semanas. Una mañana, durante la visita, el médico se acercó a la cama con una expresión distinta y anunció que los recursos habían llegado: al día siguiente sería el gran día. El padre permaneció en silencio al principio; solo tomó la mano de su hijo y la apretó. El niño, que quizá no dimensionaba lo que aquello significaba, sonrió porque su padre sonreía. Según mi horario, no me correspondía acudir al hospital en esa fecha, pero mi tutor insistió en que debía estar presente. «Tienes que sentir lo que significa mejorar la vida de un paciente», me dijo. No necesitó repetirlo.

Aquella noche me costó dormir. Daba vueltas en la cama mientras repasaba cada paso del procedimiento que había estudiado durante la tarde, imaginaba el quirófano y temía estorbar. Al día siguiente llegué mucho antes de la hora indicada, dispuesta a participar. El niño estaba en el área preoperatoria, con una bata demasiado grande y los ojos muy abiertos. Su padre permanecía junto a la camilla y le repetía en voz baja que todo saldría bien, aunque quizá también intentaba convencerse a sí mismo. Cuando se llevaron al pequeño hacia la sala, el hombre quedó en el pasillo con las manos entrelazadas. Fue la primera vez que lo vi rezar.

Dentro del quirófano me enamoré del procedimiento. No solo me atraparon la técnica, la precisión de cada movimiento y la coordinación entre el cirujano, el instrumentador y el

anestesiólogo. Conocía lo que existía detrás de ese momento: el tiempo de espera, la incertidumbre y la dedicación de un equipo que no se había rendido. Aunque yo no sostenía el instrumental, en la sala se percibía una satisfacción compartida, una alegría silenciosa que podía leerse en los ojos por encima de las mascarillas. Cuando el médico salió a informar al padre, la gratitud de aquel hombre recorrió al equipo entero. Nos dio las gracias a todos, incluida a mí, la estudiante que apenas había colaborado.

Mi tutor se acercó entonces y pronunció unas palabras que todavía conservo: «La medicina cambia vidas desde lo más pequeño hasta los grandes procedimientos. No es fácil, pero es reconfortante. La traumatología consiste en devolver el movimiento, en lograr que una persona recupere una movilidad que creía perdida». Miré hacia la sala donde aquel niño despertaba y comprendí que ese día marcaba para mí un antes y un después.

Volví a verlo algunos días más tarde, ya en la habitación, con la pierna operada y el cuaderno abierto sobre las sábanas. Esta vez había dibujado a un niño de pie. Su padre también parecía distinto: había recuperado la espalda erguida y una sonrisa que ya no era forzada. Cuando salí de aquella habitación por última vez, no sentí el nudo en la garganta de los días anteriores, sino una certeza tranquila.

Hoy, cada vez que enfrento una espera que parece no terminar, regreso a la sala del fondo. Recuerdo que la medicina no siempre avanza al ritmo que quisiéramos, que en ocasiones debemos acompañar antes de poder curar y que la satisfacción, cuando finalmente llega, puede ser tan intensa como la tristeza que la precedió. Yo apenas había observado y, aun así, supe que había elegido bien.

LA BATALLA QUE ME TRANSFORMÓ

Med. Luis Eduardo Jirón Jiménez



Hay momentos en la vida de un médico que permanecen para siempre, no necesariamente por su complejidad técnica, sino porque recuerdan que detrás de cada diagnóstico existen una persona, una familia y una historia. Durante mis años como médico residente aprendí que la medicina no consiste únicamente en diagnosticar y tratar enfermedades. También implica acompañar, escuchar y, algunas veces, comunicar aquello que nadie quiere oír.

La pandemia por COVID-19 transformó mi manera de entender la profesión. Recuerdo aquellos días en los que el hospital parecía haber cambiado por completo: los pasillos se llenaron de incertidumbre, los equipos de protección se incorporaron a nuestra rutina y el sonido de los monitores acompañaba cada jornada. Éramos médicos de primera línea y, aunque intentábamos transmitir seguridad a nuestros pacientes, también sentíamos miedo. Aprendimos a decidir con rapidez, a trabajar en equipo y a aceptar que, pese a todos nuestros esfuerzos, no siempre podíamos salvar a cada persona.

Una de las tareas más difíciles era comunicar una muerte. No existen palabras perfectas para decirle a una madre que su hijo ha fallecido, a un esposo que su compañera ya no regresará o a una familia que hicimos todo lo posible, pero la enfermedad finalmente venció. En esos momentos comprendí que el médico también debe saber guardar silencio, mirar a los ojos, escuchar el llanto y permitir que el dolor encuentre un espacio. Cuando no

podíamos ofrecer una cura, todavía podíamos brindar respeto, dignidad y humanidad.

Con el paso de los años descubrí otra manera de acompañar al paciente: ayudarlo a recuperar aquello que una enfermedad o un accidente le había arrebatado. En la práctica clínica, y especialmente en el contacto con pacientes traumatológicos, comenzó a crecer una inquietud que poco a poco se transformó en vocación. Recuerdo a un paciente que llegó al hospital después de sufrir un accidente. Su ingreso se parecía al de muchas personas traumatizadas: dolor, preocupación y una familia que intentaba comprender la gravedad de lo ocurrido. Sin embargo, su mayor temor no era únicamente la lesión, sino la posibilidad de no volver a caminar ni regresar a la vida que conocía.

Aquella experiencia me hizo comprender que una fractura no representa solo un hueso lesionado. Para el paciente puede significar la pérdida temporal de su independencia, la imposibilidad de trabajar, la necesidad de depender de otra persona e incluso la sensación de que su proyecto de vida se ha detenido. Durante su atención observé de cerca el proceso propio de la Traumatología: la valoración inicial, la interpretación de los estudios de imagen, la planificación del tratamiento y la discusión de alternativas para lograr una recuperación adecuada. Cada decisión perseguía un propósito concreto: recuperar la función y devolverle al paciente la posibilidad de desenvolverse por sí mismo.

Detrás de cada radiografía había una historia y detrás de cada procedimiento quirúrgico, un objetivo más amplio que corregir una estructura anatómica: devolverle al paciente una parte de su vida. Con el tiempo desarrollé una fascinación especial por la Traumatología y Ortopedia. Me atraían la combinación de conocimiento anatómico, razonamiento clínico y precisión quirúrgica, así como la posibilidad de observar resultados concretos en la evolución de los pacientes.

Acompañar a una persona que llega al hospital sin poder utilizar adecuadamente una extremidad y verla recuperar su movilidad

semanas o meses después tiene un significado particular. El proceso no siempre es rápido ni sencillo; requiere paciencia, rehabilitación, seguimiento y confianza entre el paciente y el equipo de salud. También entendí que el quirófano no es únicamente el lugar donde se realizan procedimientos. Es un espacio en el que las decisiones deben ser precisas, el trabajo en equipo resulta indispensable y cada movimiento puede influir en la recuperación de una persona.

Mis años como médico residente me permitieron conocer esta realidad desde distintas perspectivas. Viví jornadas agotadoras, noches de incertidumbre, decisiones difíciles y momentos en los que el resultado no fue el esperado. También experimenté la satisfacción de ver mejorar a un paciente, escuchar que el dolor había disminuido o comprobar que alguien volvía a caminar y recuperaba su autonomía. Esos momentos ayudan a explicar por qué elegimos esta profesión.

La pandemia me enseñó a enfrentar la fragilidad y la pérdida; la residencia, a trabajar con disciplina, perseverancia y responsabilidad; y las experiencias con pacientes traumatológicos me mostraron el camino que quiero seguir. Cada etapa fue necesaria para llegar hasta aquí. Para mí, la Traumatología y Ortopedia representa más que una especialidad quirúrgica: ofrece la posibilidad de reconstruir, reparar y devolver función, además de atender al paciente en uno de los momentos más vulnerables de su vida y acompañarlo durante la recuperación.

Me interesa intervenir ante situaciones capaces de cambiar la vida de una persona en cuestión de segundos, como accidentes de tránsito, caídas, lesiones deportivas, fracturas y otras condiciones que afectan directamente la movilidad y la independencia. También me atrae la dimensión reconstructiva y funcional de la Ortopedia: comprender por qué alguien pierde movilidad, buscar soluciones y trabajar para que recupere una vida lo más cercana posible a la que tenía antes.

Después de estos años de formación y práctica, siento que ha llegado el momento de dar el siguiente paso en mi carrera

profesional. Quiero continuar aprendiendo, asumir nuevos desafíos, profundizar mis conocimientos y desarrollar las habilidades necesarias para convertirme en un especialista capaz de brindar una atención integral y humana. Sé que el camino hacia una especialidad quirúrgica exigirá sacrificios, largas jornadas, estudio constante y muchas horas en quirófano. También habrá incertidumbre y situaciones que volverán a poner a prueba mi capacidad de aprender y perseverar.

Estos años me enseñaron que el crecimiento profesional se construye en las jornadas difíciles, en las decisiones que nos obligan a pensar más allá de lo aprendido y en cada paciente que recuerda la responsabilidad de ejercer la medicina. Cuando miro hacia atrás, reconozco cuánto me transformó la residencia. Aprendí de mis pacientes y colegas, de los errores, de las pérdidas y de las pequeñas victorias que suelen pasar inadvertidas. La pandemia me mostró el valor de acompañar incluso cuando no existe posibilidad de curación; la Traumatología me enseñó que también podemos ayudar a reconstruir aquello que se ha perdido.

Detrás de una fractura hay una persona que quiere volver a caminar; detrás de una cirugía, una familia que espera la recuperación de su ser querido; y detrás de cada rehabilitación, un paciente que lucha por recuperar su independencia. Cada uno de ellos representa una oportunidad para seguir aprendiendo y creciendo como médico. Hoy miro hacia adelante con gratitud por quienes pude acompañar, respeto por aquellos a quienes no logramos salvar y la convicción de que cada experiencia contribuyó a formar al médico que soy.

La medicina no siempre consiste en ganar todas las batallas. A veces exige permanecer, no abandonar, sostener una mano y encontrar el valor para comenzar de nuevo. Ahora quiero librar una nueva batalla, nacida de la vocación: continuar aprendiendo, perfeccionarme y convertirme en el especialista que deseo ser. La Traumatología y Ortopedia es el siguiente capítulo de mi historia, y hoy estoy listo para comenzar.

UROLOGÍA



DEL JURAMENTO UNA VOCACIÓN

Med. Cristian Hernán Solórzano Velásquez



Al inicio de la carrera todo parece una incertidumbre. Surgen dudas sobre el futuro y, en más de una ocasión, uno se pregunta si realmente eligió el camino correcto. Las largas noches de estudio, los extensos tiempos de viaje y el esfuerzo invertido representan mucho más que horas dedicadas a una profesión; representan parte de la vida entregada a un sueño.

Sin embargo, cada actividad, cada práctica y cada encuentro con un paciente comienzan a dar sentido a ese sacrificio. Frente a personas que solo esperan una oportunidad más para llegar al día siguiente, abrazar a su familia, cumplir un sueño pendiente o simplemente seguir viviendo, uno comprende lo frágil y efímera que puede ser la vida. Es entonces cuando entendemos que acercarnos a cada paciente no solo nos forma como profesionales, sino que también nos vuelve más humanos y empáticos.

Así comenzó una experiencia que marcó profundamente mi vida, tanto en lo profesional como en lo personal.

Era un día aparentemente rutinario durante mi rotación en el servicio de cirugía general. Junto a mis compañeros internos iniciamos la jornada como de costumbre: revisando la evolución de los pacientes hospitalizados, recibiendo el reporte de guardia y participando en las actividades propias del servicio. Durante la mañana realizábamos valoraciones clínicas, actualizábamos indicaciones médicas y colaborábamos en la atención de quienes se encontraban próximos al alta hospitalaria.

Al mediodía, la dinámica continuaba entre procedimientos, revisiones y preparación de pacientes para intervenciones quirúrgicas. Las distintas especialidades cirugía general, urología, neurocirugía y traumatología mantenían una actividad constante. Todo transcurría dentro de la normalidad que caracteriza a un hospital: pasillos concurridos, personal movilizándose de un área a otra y una rutina marcada por la responsabilidad y la expectativa permanente de cualquier eventualidad.

La jornada avanzaba con relativa calma. Médicos, enfermeros y auxiliares cumplían sus labores entre el ir y venir habitual de un centro asistencial. De pronto, una llamada alteró aquella aparente tranquilidad. Desde el área de emergencias informaron el ingreso inminente de un paciente politraumatizado, víctima de un accidente de tránsito.

Según los primeros reportes, el hombre circulaba en motocicleta por una vía rural durante el fin de semana cuando, al tomar una curva cerrada, una camioneta invadió inesperadamente su carril. El impacto fue violento. La fuerza de la colisión lo proyectó varios metros por el aire hasta quedar atrapado en un alambrado al costado de la carretera.

En cuestión de minutos, el ambiente cambió por completo. La rutina quedó en segundo plano y la atención de todo el equipo se concentró en la emergencia que estaba por llegar. Aquellos momentos me recordaron que, en medicina, la línea entre la normalidad y el caos puede desaparecer en un instante, y que detrás de cada llamada de emergencia existe una vida cuya historia aún no ha terminado de escribirse.

Habitantes del sector rural fueron los primeros en acudir en ayuda del joven motociclista. Tras brindarle auxilio inicial, coordinaron su traslado al hospital, donde ya nos encontrábamos preparados para recibirlo después de la llamada de emergencia que alertó sobre la gravedad del accidente.

Cuando ingresó al área de urgencias permanecía consciente y orientado. Con notable serenidad relataba a los agentes policiales lo ocurrido minutos antes. Escucharlo me llevó a reflexionar sobre

la fragilidad de la vida. En cuestión de segundos, una jornada que prometía ser una tarde común se había transformado en una lucha por sobrevivir. A veces, basta estar en el lugar equivocado o que una circunstancia se adelante apenas unos instantes para que el destino cambie de forma radical.

El equipo médico actuó con rapidez para estabilizarlo. Una vez controladas las condiciones iniciales, fue trasladado al quirófano, donde participaron especialistas de diferentes áreas. El traumatólogo se encargó de las fracturas en las extremidades inferiores; el neurocirujano intervino un hematoma identificado en los estudios de imagen; mientras que el servicio de urología asumió la reparación de una perforación vesical.

Durante esta última intervención tuve la oportunidad de participar como ayudante quirúrgico. Para mí fue una experiencia impactante, pues nunca antes había presenciado una cirugía de semejante complejidad. Observaba atentamente cada maniobra, consciente de que estaba aprendiendo lecciones que ningún libro puede transmitir por completo.

Tras la intervención inicial parecía que la evolución sería favorable. Sin embargo, aproximadamente una hora después del procedimiento, el paciente comenzó a presentar dolor abdominal intenso y dificultad para orinar. Durante mi labor como interno notifiqué inmediatamente la situación al médico tratante, quien indicó la realización urgente de estudios complementarios.

Los resultados revelaron una fisura en el uréter derecho, lesión que explicaba el deterioro clínico. Ante este hallazgo, el especialista decidió reingresar al paciente al quirófano. Se realizó un procedimiento reconstructivo complejo destinado a restaurar la vía urinaria afectada mediante una técnica avanzada utilizada en lesiones severas. Presenciar aquella intervención fue una experiencia tan desafiante como enriquecedora desde el punto de vista académico y humano.

Los días siguientes estuvieron marcados por la incertidumbre. A pesar de los esfuerzos realizados, la recuperación no avanzaba como se esperaba. Se solicitaron nuevos estudios y se mantuvo

una vigilancia constante. Cuando regresé a mi siguiente turno, tres días después, encontré una situación aún más delicada. Los hallazgos clínicos obligaron a una nueva intervención quirúrgica, esta vez con la difícil decisión de extirpar el riñón comprometido para preservar la vida del paciente.

Aquella noticia impactó profundamente a todo el equipo. Después de múltiples procedimientos, todos compartíamos el mismo deseo: verlo recuperarse y abandonar el hospital caminando por sus propios medios. Sin embargo, la realidad nos recordaba que la medicina tiene límites y que existen situaciones en las que cada decisión implica enormes riesgos.

Fuera del quirófano, familiares y amigos aguardaban con angustia. Sus rostros reflejaban miedo, cansancio y esperanza al mismo tiempo. Cada minuto de espera parecía interminable. Para ellos, aquella cirugía representaba mucho más que un procedimiento médico; era la posibilidad de conservar a un ser querido.

Antes de ingresar a la sala de operaciones, el especialista conversó con la familia con absoluta honestidad. Explicó la gravedad del cuadro y los riesgos inherentes a la intervención. Les permitió compartir unos minutos con el paciente, conscientes de que enfrentaban un procedimiento extremadamente delicado. Entre lágrimas, abrazos y palabras de aliento, se despidieron de él con la esperanza de volver a verlo despertar.

La sala de espera quedó envuelta en un silencio cargado de tensión. Nadie sabía cuál sería el desenlace. Mientras observaba aquella escena comprendí una vez más que solemos vivir proyectándonos hacia el futuro, haciendo planes y preocupándonos por asuntos que creemos importantes, sin detenernos a valorar aquello que verdaderamente sostiene nuestra existencia: la salud y la oportunidad de seguir viviendo un día más.

Aquella experiencia dejó una profunda enseñanza en mi formación. Más allá de los diagnósticos, las técnicas quirúrgicas o los procedimientos complejos, comprendí que la medicina también consiste en acompañar a las personas en sus momentos de

mayor vulnerabilidad y recordar que detrás de cada paciente existe una historia que merece ser protegida.

Tras las intervenciones quirúrgicas, el paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos debido al elevado riesgo de complicaciones, entre ellas infecciones severas y eventos tromboembólicos asociados a la inmovilidad prolongada. Su estado requería vigilancia permanente y una atención minuciosa por parte de todo el equipo de salud.

Aquella noche parecía distinta. El viento golpeaba suavemente las ventanas del hospital, como si anunciara que aún quedaban momentos difíciles por enfrentar. Eran cerca de las tres de la madrugada cuando el silencio habitual fue interrumpido por el sonido de alarmas, el movimiento apresurado de camillas y las voces del personal que recorría los pasillos.

En medio de aquel escenario, el joven tomó la mano de una enfermera y, con voz temblorosa, apenas alcanzó a susurrar:

—No me quiero morir.

Sus palabras quedaron suspendidas en el ambiente. Me acerqué a él e intenté transmitirle tranquilidad, asegurándole que continuaríamos luchando por su recuperación. Mientras lo observaba, no podía evitar pensar que apenas unos días antes disfrutaba de su motocicleta sin imaginar que un accidente cambiaría su vida de forma tan drástica. Ahora dependía de monitores, medicamentos y cuidados especializados para mantenerse estable.

Las horas siguientes fueron complejas. Comenzó a presentar fiebre persistente y episodios de dificultad respiratoria. Por momentos parecía mejorar, pero poco después volvía a deteriorarse. La incertidumbre se instaló entre quienes participábamos en su atención.

Posteriormente desarrolló una septicemia, una de las complicaciones más temidas después de procedimientos de gran complejidad. A pesar de los esfuerzos realizados por los equipos

de cirugía y urología, su condición empeoró progresivamente hasta entrar en estado de coma.

Resultaba impactante pensar que había ingresado consciente al quirófano y que ahora permanecía atrapado en una situación que lo mantenía suspendido entre la vida y la muerte. El coma es un territorio incierto, donde el tiempo parece detenerse. Algunos pacientes despiertan después de días o semanas; otros permanecen meses e incluso años sin reaccionar. En ocasiones, la recuperación nunca llega, obligando a las familias a enfrentar decisiones extremadamente dolorosas.

Su padre vivió aquellos días con una mezcla de desesperación, miedo e impotencia. Al observar el deterioro de su hijo, buscaba respuestas y, en algunos momentos, dirigía su frustración hacia el personal médico. Le resultaba difícil comprender cómo alguien que había ingresado consciente a cirugía podía encontrarse ahora en una condición tan crítica.

Con el paso de las horas y tras recibir explicaciones detalladas sobre la evolución clínica, comenzó a comprender la magnitud de lo sucedido. Decidió mantener la confianza en el equipo tratante y continuar el proceso dentro de la institución, aferrándose a la esperanza de que algún día su hijo despertaría.

La incertidumbre permanecía presente, pero también la determinación de no rendirse. Cada jornada era una espera constante. Cada pequeño cambio generaba nuevas expectativas.

Finalmente, tras múltiples evaluaciones y estudios complementarios, se determinó la necesidad de realizar una nefrectomía debido al daño irreversible que había sufrido uno de sus riñones. Fue una decisión difícil, pero necesaria para preservar su vida.

Con el transcurso de las semanas ocurrió lo que todos esperábamos. El joven despertó. Aunque el camino hacia la recuperación aún era largo, aquel momento representó una victoria inmensa. Debíó recibir diálisis durante aproximadamente

un mes mientras el riñón restante asumía progresivamente su función.

Poco a poco comenzaron a regresar la esperanza y la tranquilidad. Sus padres permanecieron a su lado en todo momento. También llegaron amigos del colegio para visitarlo, llenando la habitación de palabras de aliento, recuerdos y afecto. Después de tantos días de angustia, finalmente era posible vislumbrar un horizonte más prometedor.

El cambio en el rostro de sus familiares era evidente. La preocupación no había desaparecido por completo, pero había sido reemplazada por una profunda gratitud. Nos observaban con una mezcla de alivio y reconocimiento por cada esfuerzo realizado durante aquel proceso tan difícil.

Para mí, aquella experiencia trascendió una simple rotación hospitalaria. Se convirtió en una vivencia que marcó profundamente mi formación, no solo por todo lo aprendido, sino por la satisfacción de haber entregado lo mejor de mí para acompañar a un paciente en uno de los momentos más difíciles de su vida.

Aún recuerdo su mirada cuando finalmente pudo volver a comunicarse. No hizo falta pronunciar una sola palabra; aquella mirada me atravesó el alma. En ese silencio estaban la lucha, el sufrimiento, la gratitud y la esperanza de una nueva oportunidad.

Son experiencias como esta las que nos recuerdan, como profesionales de la salud, por qué elegimos esta vocación y por qué vale la pena seguir dando lo mejor de nosotros cada día.

MÁS QUE UNA ESPECIALIDAD

Med. Daniel Alejandro Vacas Lamiña



A finales de enero y comienzos de febrero, el internado rotativo tomaba un rumbo diferente. Llegaba a su culminación la rotación por las especialidades clínicas, una etapa en la que muchos médicos en formación, e incluso algunos médicos especialistas, se enfrentaban al reto diario de aplicar los conocimientos adquiridos durante los años de pregrado y, en algunos casos, de posgrado. Era el ejercicio constante de filtrar conocimientos extensos sobre una patología hasta encontrar lo esencial y, a partir de ello, emitir un criterio médico entre tantas miradas expertas; explicar la situación actual a un ser humano que desconocía su estado y, al mismo tiempo, aprender a explicar aquello que apenas comenzaba a comprender.

Se daba apertura a las especialidades quirúrgicas: un mundo completamente nuevo, cargado de expectativas, sueños por cumplir e impulsos emocionales que aparecían con solo imaginarse vestido de verde, con gorro desechable, bata y guantes estériles, sintiéndose parte de un grupo numeroso de personas que quizá habían adquirido mayores conocimientos, pero que se encontraban allí por una misma razón y con un mismo objetivo: salvar una vida, sanar una enfermedad o, incluso, aliviar un dolor.

En ese lugar se encontraba un interno rotativo de aproximadamente 22 años, sin saber con certeza dónde estaría en el futuro, pero con la expectativa de descubrir una especialidad que respondiera a todas aquellas preguntas que giraban en su cabeza día tras día. Incluso buscaba comprender cuál era su verdadera razón de ser médico. Entonces llegó el día de iniciar la

rotación por Urología, un servicio conocido, en gran medida, por abordar problemas frecuentes de la población masculina a nivel mundial. Muchos escuchamos su nombre e inmediatamente imaginamos una próstata, una persona con dificultades para orinar o un procedimiento como la colocación de una sonda vesical. Sin embargo, la realidad es que se trata de un mundo mucho más amplio e increíble cuando se tiene la oportunidad de conocerlo.

Primera guardia, primer reto en el servicio. Muchos observan a los internos rotativos como apoyo para llenar papeles, llevar muestras sanguíneas o cumplir tareas administrativas, y quizá algunos permanezcan en ese lugar. Pero existen otros internos que llegan con el deseo de comerse el mundo una vez terminado su ciclo; que quieren aprender, practicar, intentarlo todo e incluso, algún día, enseñar a quienes recién comienzan.

Entre ellos estaba el personaje principal de esta historia. Aquel día, al presentarse en el nuevo servicio, logró observar que no se trataba de un grupo pequeño. Eran varias personas y, entre ellas, destacaban quienes siempre utilizaban mandil, más conocidos como “médicos tratantes”, caracterizados por aquella presencia y aura profesional que imponían respeto.

Por otro lado, estaban quienes vestían el uniforme de prácticas de medicina, conocidos como “médicos residentes” y “posgradistas”. Al fondo de la sala se encontraban aquellos vestidos de azul y pantalón negro, los “médicos chiquitos”. En sus rostros se notaba el nerviosismo propio de llegar a un nuevo servicio sin saber cuáles serían los retos que tendrían que afrontar. Con el tiempo, unos empezaron a relacionarse con otros; algunos nombres comenzaron a hacerse más conocidos que otros, como suele suceder en los servicios y, en general, en la vida hospitalaria.

Entre aquellos que utilizaban mandil durante la presentación de casos clínicos, los pases de visita y la consulta externa, destacaba un médico adulto joven, conocido por su empatía con los pacientes y con los demás profesionales, además del enorme intelecto que demostraba al momento de realizar el control de los pacientes. Siempre tenía la apertura para conversar, resolver

dudas, guiar e incluso corregir cuando era necesario. Sin saberlo, sería el encargado de encaminar a una persona que todavía no sabía con certeza hacia dónde se dirigía en el inmenso mundo de la medicina.

Preturno. Día de procedimientos. Allí estaba aquel médico joven, dirigiéndose hacia el subsuelo sin saber con qué se encontraría. Era un lugar amplio, con varios escritorios y, al fondo, una sala en la que se podían observar todos los materiales estériles. Era necesario ingresar con gorro y zapatones. La piel se erizaba por el frío que se sentía en aquel lugar. También estaba la sensación de estar perdido entre los términos que utilizaban tanto las licenciadas como los médicos. Lo único que podía hacer para ayudar era llenar papeles.

Sonaba el teléfono y se confirmaban los datos del paciente. Posteriormente, entraba por aquella puerta con la indumentaria adecuada. El miedo en su rostro, provocado por no saber cuál sería el siguiente paso, fue quizá lo que más llamó la atención de aquel interno rotativo.

Pasaron las horas. Luego, los días. Las guardias comenzaron a volverse más agradables. Las conversaciones a medianoche con los médicos, las risas, compartir platos de comida, intercambiar experiencias y, en ciertas ocasiones, escuchar comentarios alentadores fueron construyendo algo más que una rutina hospitalaria. También se convirtieron en motivación para seguir aprendiendo e incluso para atreverse a practicar.

En el subconsciente permanecía un debate diario entre el sí y el no, entre el “será” y el “no será”, entre el miedo a fallar y la euforia de lograrlo. Todo ello terminó conduciendo a uno de los retos más grandes a los que jamás pensó que tendría que enfrentarse.

Segundo día de procedimientos.

El lugar ya era perfectamente conocido. Entrar con confianza, saludar respetuosamente a todos los profesionales de la sala y

encontrarse nuevamente con aquella eminencia de mandil, siempre agradable con todos. Se sentía que ese era el momento.

El corazón latía a toda velocidad. Las manos tenían una tenue sensación de humedad y los movimientos involuntarios provocados por los nervios eran difíciles de ignorar. Pero estaba confiado en que, si no era ese momento, quizá nunca lo sería.

“Yo quiero hacerlo hoy”.

Fueron las palabras de aquel médico joven.

El asombro y la duda aparecieron en el rostro de los presentes. Algunos comenzaron a susurrar al fondo de la sala, preguntándose si realmente sería una buena idea. La sorpresa fue aún mayor cuando existió autorización por parte del médico tratante.

No se pueden describir todas las emociones que recorrieron su cuerpo desde los pies hasta el cabello. Sentía que estaba exactamente donde debía estar. Aquella especialidad por la que se había preguntado tantas veces si sería la correcta comenzaba, finalmente, a responderle. En ese punto, dejaron de existir las dudas.

Ver al paciente entrar, prepararlo, realizar lo más básico, como la asepsia y la antisepsia, mientras todos permanecían alrededor como si se tratara de un foro o una capacitación. Había ojos de alegría en algunos y ojos de duda en otros. Pero en la mente del médico solo existía confianza.

Alistar todos los instrumentos sin necesidad de preguntar a nadie causaba asombro en todo el cuarto. Verificar la funcionalidad de los equipos, como si él mismo los hubiera fabricado. Y luego, estar frente a frente con un ser humano que sufre, que tiene una dolencia y que confía en que ese día, en ese momento, esas horas puedan cambiar el rumbo de su vida.

Esa es una de las verdaderas razones de ser médico.

Iniciar el procedimiento con la ayuda de los más experimentados, pero permanecer tranquilo porque sabía lo que hacía. Poder observar en la pantalla todas aquellas estructuras anatómicas

reales que alguna vez solo había visto en fotografías e imágenes. Identificarlas. Responder las preguntas que surgían en la sala. Comprender cuál era la razón de las molestias del paciente. Analizar, discernir y buscar cuál podía ser la solución.

Y, al final, escuchar las palabras de agradecimiento del paciente. Observar los rostros de felicidad y orgullo del equipo médico, profesionales que se encontraban en un nivel de aprendizaje mucho más avanzado. Y experimentar, finalmente, ese silencio en la mente que solo dice una cosa:

Lo lograste.

Para muchos, una especialidad puede reducirse a dos o tres cosas comunes dentro de un servicio, o incluso a aquello que escucharon decir a otras personas. Para unos pocos, en cambio, se convierte en su mundo, en su razón de ser, en su propio reto diario. Quizá algunos días sea su propio verdugo; otros, el regocijo que aparece al final de una jornada difícil.

Para aquel médico joven, aquella rotación, aquellas guardias y aquellos procedimientos fueron todo lo que necesitaba para comprender dónde pertenecía. Allí nacieron nuevos sueños: llegar a ser algún día uno de aquellos médicos que usan mandil, adquirir ese conocimiento, esa experiencia y esa presencia profesional que tanto admiraba, y convertirse, también, en parte de aquella aura que alguna vez observó desde lejos.

APRENDER A TEMBLAR CON CALMA

Med. Paúl Alejandro Díaz Andrade



Llevaba apenas seis meses trabajando junto a mi jefe cuando comprendí que la urología, más allá de la técnica y la precisión, era también un oficio de paciencia. Yo era el residente particular que acompañaba al tratante: preparaba historias clínicas, leía estudios y los transcribía, apoyaba en toda cirugía realizada y aprendía observando cada procedimiento como quien memoriza un mapa antes de un viaje. Nunca imaginé que ese aprendizaje silencioso terminaría empujándome, sin previo aviso, hacia un escenario.

Una tarde, finalizando la consulta, mi jefe entró al consultorio con una historia clínica bajo el brazo y una expresión que no pude descifrar de inmediato. «El congreso nacional de urología es en la ciudad este año», me dijo, dejando la carpeta sobre el escritorio. «Quiero que preparemos un tema libre». Asentí de inmediato, entusiasmado con la idea de ayudarlo a preparar el tema, buscar bibliografía, construir las diapositivas, pulir cada detalle de una presentación que —pensé— él expondría con la solvencia de quien lleva años frente a un auditorio.

Me equivoqué. «Quiero que la espongas tú», añadió, como si se tratara de la cosa más natural del mundo. Recuerdo el silencio que siguió, uno de esos silencios que se sienten físicamente, como si el aire del consultorio de pronto se volviera más denso. Intenté disimular mi asombro con una sonrisa a medias. Por dentro, sin embargo, una voz repetía la misma pregunta: ¿cómo iba yo, con apenas medio año de experiencia junto a él, a pararme frente a los referentes de urología del país?

El tema no era menor. Se trataba de un caso clínico de alta complejidad y con poca evidencia en el país: un paciente con una estenosis uretral severa para quien el tratamiento estándar —una uretroplastia término-terminal— habría resuelto el problema estructural, pero al costo altísimo de dejarlo con incontinencia verdadera. Ante ese dilema, habíamos optado por una alternativa menos convencional: una dilatación uretral con un balón de dilatación normal embebido en paclitaxel, un fármaco que interfiere en la proliferación de los fibroblastos y que en algunos estudios internacionales empezaba a mostrar éxito disminuyendo la recurrencia de este tipo de estenosis.

Mi jefe quería que yo expusiera precisamente eso: el razonamiento clínico detrás de una decisión que se apartaba del camino tradicional, los resultados que habíamos obtenido con nuestro paciente, y la comparación honesta con la evidencia disponible fuera del país. No era solo mostrar una técnica; era defender, ante un auditorio exigente, por qué habíamos elegido no hacer lo obvio.

Los días siguientes se organizaron alrededor de una sola meta. Investigué cada artículo que pude encontrar sobre el uso de agentes antiproliferativos en dilataciones uretrales, comparé metodologías, analicé cifras y resalté conclusiones. Armé la presentación diapositiva por diapositiva, revisando cada imagen y cada gráfico, buscando que cada palabra tuviera un propósito. Pero pronto entendí que dominar el tema no basta: tenía que aprender a decirlo en voz alta, sin que el miedo me quebrara la voz a mitad de una frase.

Ahí entraron mis padres. Cada noche, después del trabajo, armaba la sala de mi casa como si fuera un auditorio improvisado. Mi madre se sentaba en el sofá atenta a cada palabra; mi padre, más participativo, agregaba recomendaciones a medida que la presentación avanzaba. Les presenté esa charla tantas veces que perdí la cuenta. Al principio tropezaba con los términos técnicos, confundía el orden de las diapositivas, olvidaba las cifras que tanto me había costado memorizar. Mi madre, sin entender nada

de medicina, entendía perfectamente mis ritmos, como cuando era pequeño en la escuela. «Ahí te apuraste», me decía. «Repíte esa parte, no se entendió», recalcaba mi papá.

Noche tras noche, la presentación se fue puliendo como una piedra que pasa por el agua: primero áspera, después cada vez más firme en mis manos. Para cuando llegó la fecha del congreso, ya no recitaba el discurso; lo habitaba.

El día llegado, entré al auditorio con la carpeta de notas que, a esas alturas, ya no necesitaba. Reconocí de inmediato a varios de los nombres que había leído en artículos y protocolos durante mi formación: los grandes de la urología ecuatoriana estaban ahí, sentados en las primeras filas, revisando el programa del evento con la calma de quien ha estado en cientos de congresos como ese. Sentí que el estómago me apretaba. Por un instante, todo el ensayo con mis padres pareció insuficiente frente a la magnitud real del momento.

Respiré hondo mientras esperaba mi turno. Pensé en cada noche de repaso, en cada corrección de mi madre, en cada gesto de aprobación de mi padre. Pensé también en mi jefe, sentado entre el público, confiado en que yo pudiera sostener con solvencia una decisión clínica que habíamos tomado juntos. Ese pensamiento, extrañamente, no aumentó mis nervios: los transformó en algo parecido a determinación.

Cuando finalmente subí al escenario y tomé el micrófono, la primera frase salió más firme de lo que esperaba. Explicué el caso: la complejidad del paciente, el conflicto entre preservar la función uretral y evitar la incontinencia urinaria, la decisión de apartarnos del gold estándar y apostar por una alternativa respaldada por evidencia internacional, aunque poco explorada en nuestro medio. Mostré las imágenes del seguimiento, los resultados obtenidos, la comparación entre los estudios extranjeros que habíamos revisado durante semanas. Hablé de la técnica, pero también de la lógica detrás de cada decisión, consciente de que ese razonamiento era, en el fondo, lo que realmente estaba defendiendo.

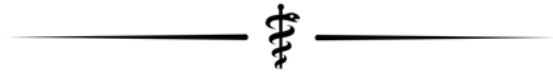
Terminé la exposición y hubo un segundo de silencio antes de que se abriera la ronda de preguntas. Ese silencio se sintió eterno. Después, para mi sorpresa, seis manos se levantaron casi al mismo tiempo. Las preguntas llegaron una tras otra: sobre la dosis empleada, el seguimiento a largo plazo, la posibilidad de replicar la técnica en otros perfiles de pacientes. Respondí cada una con una soltura que, meses atrás, jamás habría imaginado tener. La investigación exhaustiva de esas semanas, sumada a los ensayos frente a mis padres, se convirtió en el terreno firme donde pude pararme sin titubear.

Al bajar del estrado, varios médicos se acercaron a felicitarme. Algunos querían seguir conversando sobre el caso, otros simplemente me tendían la mano y decían alguna palabra amable sobre la claridad de mi exposición. Recuerdo con especial nitidez la mirada de mi jefe entre la gente, no de sorpresa, sino de algo más parecido a la certeza de que su apuesta había sido correcta.

Volví a casa esa noche todavía con la adrenalina en el cuerpo, repasando mentalmente cada pregunta, cada respuesta, cada gesto de aprobación de un colega desconocido. Les conté a mis padres cómo había ido, y aunque intenté sonar mesurado, la emoción se me escapaba en cada palabra. Ellos, que habían escuchado esa misma charla decenas de veces sin entender ninguna frase que decía, celebraron como si hubieran estado sentados en la primera fila del auditorio.

Con el tiempo he vuelto a exponer en otros espacios, con más experiencia y menos vértigo. Pero ninguna presentación ha vuelto a tener el peso de aquella primera vez, cuando un médico apenas iniciado tuvo que sostener, frente a los referentes de su especialidad, una decisión clínica que desafiaba lo convencional. Aquel día aprendí que la confianza no nace de la ausencia de miedo, sino de la preparación suficiente para que el miedo deje de ser un obstáculo y se convierta, simplemente, en el pulso previo a hablar.

OTORRINOLARINGOLOGÍA



UN MUNDO DESCONOCIDO

Med. Jhoselyn Abigail Zambrano Zapata



La oportunidad de realizar prácticas médicas de manera individualizada llegó a mi vida de forma inesperada. Lo hizo acompañada de sentimientos encontrados, expectativas moderadas y un conocimiento prácticamente inexistente sobre la otorrinolaringología. Aun así, decidí adentrarme en un mundo completamente desconocido, impulsada por el deseo de acercarme a la especialidad con la que siempre había soñado.

Recuerdo aquella tarde soleada en la que emprendí el viaje hacia el hospital. El trayecto, de aproximadamente dos horas desde mi hogar, estuvo marcado por la tensión de llegar a tiempo. Mientras conducía entre el intenso tráfico de la capital, sostenida únicamente por un café demasiado azucarado y una dosis considerable de nerviosismo, imaginaba cómo sería aquel lugar desconocido que estaba a punto de convertirse en parte de mi formación.

Al cruzar las puertas del hospital, me encontré con un entorno que parecía moverse a un ritmo propio. Todo transcurría con rapidez: rostros nuevos, sonrisas fugaces, personal que iba y venía por largos pasillos y una atmósfera cargada de emociones difíciles de describir. En un mismo espacio coexistían la esperanza y la incertidumbre, la alegría y el sufrimiento. Era imposible permanecer indiferente ante una realidad donde cada mirada, cada silencio y cada respiración contaban una historia distinta.

Mi primer contacto con la consulta de otorrinolaringología estuvo guiado por un médico generoso y paciente que, pese a una agenda desbordada de pacientes, encontró el tiempo para compartir sus

conocimientos. Poco a poco fui familiarizándome con las patologías más frecuentes de la especialidad, la revisión sistemática de historias clínicas y el manejo de instrumental que hasta entonces me resultaba completamente ajeno.

Sin embargo, las lecciones más valiosas no provenían únicamente de los libros ni de los procedimientos médicos. Surgían también de las conversaciones con los pacientes, de escuchar sus experiencias, inquietudes y temores. Fue allí donde comprendí que el ejercicio de la medicina va mucho más allá de establecer diagnósticos o indicar tratamientos. Ser médico implica acompañar a las personas en momentos de vulnerabilidad, brindar apoyo con sensibilidad y empatía, y procurar aliviar no solo el dolor físico, sino también el sufrimiento que acompaña a la enfermedad.

Mientras el silencio y la aparente calma del servicio comenzaban a transmitirme una sensación de tranquilidad, una llamada desde el área de Emergencias interrumpió la consulta. Se requería con urgencia una valoración por parte del equipo de Otorrinolaringología. Sin perder tiempo, suspendimos la atención ambulatoria y nos dirigimos al lugar.

Al llegar, nos presentaron al paciente: un hombre joven que ingresó con abundante sangrado facial, múltiples laceraciones y una herida profunda a nivel nasal. Se encontraba visiblemente dolorido, tembloroso y con signos vitales alterados. Mientras el personal iniciaba las primeras maniobras de estabilización, sus familiares relataban lo ocurrido. Horas antes, durante una reunión familiar, se había desencadenado una riña que terminó con una agresión violenta. En medio del altercado, sufrió un traumatismo nasal provocado por un objeto cortopunzante, lo que motivó su traslado inmediato al hospital.

Tras una evaluación minuciosa y el trabajo coordinado de un equipo multidisciplinario, se logró estabilizar al paciente. La magnitud de las lesiones exigía una intervención quirúrgica urgente, decisión que fue tomada siguiendo los protocolos establecidos para este tipo de emergencias.

Para mí, aquella era la primera vez que presenciaba una situación de semejante complejidad. Mientras caminaba por los pasillos del hospital, una mezcla de pensamientos invadía mi mente. Intentaba concentrarme, pero la incertidumbre eclipsaba cualquier otra sensación. Mi cuerpo reaccionaba antes que mis palabras: las manos temblaban, el corazón latía con fuerza y una inquietud difícil de controlar recorría cada parte de mí. Sabía que estaba a punto de enfrentar una experiencia que marcaría mi formación profesional.

Quizás percibiendo mi nerviosismo, el especialista me invitó a salir unos minutos del área. Caminamos hasta las máquinas expendedoras de la sala de espera y compramos un yogur. Con una sonrisa tranquila y la serenidad que otorgan los años de experiencia, me dijo en voz baja:

—Come algo, no quiero que te desmayes. Nos espera una larga tarde.

Aquellas palabras, pronunciadas con naturalidad, tuvieron el efecto contrario al esperado. Mi corazón comenzó a latir aún más rápido. La ansiedad aumentó, pero también la certeza de que estaba a punto de aprender una de las lecciones más importantes de mi vida médica.

Llegó el momento que jamás imaginé vivir: ingresar a un quirófano. La emoción y el nerviosismo me sobrepasaban. Me sentía tan abrumada que no sabía dónde colocarme ni cuál era exactamente mi función dentro de aquel escenario completamente nuevo para mí. Ante la incertidumbre, opté por observar atentamente e imitar cada movimiento del equipo, intentando aprender de cada detalle.

El otorrinolaringólogo y el cirujano plástico iniciaron el procedimiento con precisión y serenidad. Mientras trabajaban, me explicaban la anatomía nasal, las estructuras comprometidas por el trauma y cada una de las etapas de la reconstrucción. También me permitieron colaborar en pequeñas tareas, como sostener instrumental quirúrgico y asistir durante determinados momentos

de la intervención. Aquello que hasta entonces solo había visto en libros cobraba vida frente a mis ojos.

A medida que avanzaba la cirugía, observaba con asombro cómo una estructura gravemente lesionada recuperaba progresivamente su forma. Cada maniobra tenía un propósito: el desbridamiento cuidadoso de los tejidos dañados, la reconstrucción de los planos anatómicos y la colocación meticulosa de múltiples puntos de sutura. Lo que al inicio parecía una lesión devastadora comenzaba a transformarse en una nueva oportunidad para el paciente.

Hubo un instante que quedó grabado para siempre en mi memoria. Contemplar cómo las manos expertas de aquellos especialistas devolvían armonía a un rostro marcado por la violencia resultó casi mágico. No se trataba únicamente de reconstruir una nariz; estaban restaurando una parte de la identidad de aquel joven, devolviéndole confianza, esperanza y la posibilidad de mirarse nuevamente al espejo sin que el trauma definiera su futuro.

Fue entonces cuando comprendí la importancia de cada detalle anatómico y estético. Entendí cómo una nariz centrada y proporcionada contribuye al equilibrio facial, cómo la precisión quirúrgica puede transformar no solo la apariencia física, sino también la percepción que una persona tiene de sí misma. Por primera vez aprecié la extraordinaria combinación entre ciencia, técnica y arte que existe dentro de la cirugía reconstructiva.

Al finalizar la septorrinoplastia reconstructiva, habían transcurrido cerca de cuatro horas. El tiempo parecía haberse detenido dentro del quirófano, pero mi cuerpo comenzaba a resentir el cansancio. Permanecer de pie durante toda la intervención había sido un desafío, y mis piernas apenas respondían. Sin embargo, la jornada estaba lejos de terminar.

A continuación, fue necesario completar la documentación clínica correspondiente, registrar detalladamente cada paso del procedimiento y elaborar las indicaciones relacionadas con los cuidados postoperatorios, la medicación y el seguimiento del paciente. Aquella experiencia me permitió comprender que la responsabilidad médica no concluye cuando se coloca el último

punto de sutura; continúa en cada decisión que garantiza una recuperación segura.

Más tarde llegó uno de los momentos más conmovedores del día: la conversación con los familiares. La preocupación era evidente en sus rostros, marcados por largas horas de espera e incertidumbre. Todos aguardaban noticias sobre el estado del joven. Cuando se les informó que la intervención había sido exitosa, la tensión acumulada pareció disiparse de inmediato.

Recuerdo especialmente a su madre. Sus ojos, antes cargados de angustia, reflejaban ahora alivio. Las lágrimas comenzaron a deslizarse por sus mejillas mientras escuchaba atentamente las explicaciones del equipo médico. Con la voz entrecortada por la emoción, expresó su agradecimiento y me regaló un abrazo que jamás olvidaré. En aquel gesto comprendí que, detrás de cada procedimiento, existen familias enteras que depositan su confianza y sus esperanzas en nuestras manos.

Al salir del hospital, la tarde se había transformado en una intensa lluvia. El cielo gris contrastaba con todo lo vivido durante aquella jornada. Mientras observaba las gotas golpear el pavimento, reflexioné sobre la enorme responsabilidad que implica ejercer la medicina. Comprendí que, más allá de los conocimientos científicos, un médico debe mantenerse firme ante la adversidad, actuar con criterio, trabajar en equipo y conservar siempre la capacidad de empatizar con el sufrimiento ajeno.

Aquella experiencia no solo me permitió presenciar una cirugía compleja; también me enseñó que cada decisión clínica tiene el poder de cambiar vidas. Desde entonces entendí que la verdadera esencia de la medicina consiste en combinar conocimiento, humanidad y compromiso para buscar, en todo momento, el

Cuando creí que la jornada había llegado a su fin, comprendí que aún quedaba mucho por hacer. En la sala de espera permanecían numerosos pacientes aguardando su turno. Muchos de ellos habían recorrido largas distancias para llegar al hospital, por lo que reprogramar la consulta no era una alternativa viable. Cerca

de una veintena de personas esperaban pacientemente ser atendidas.

Por un instante, mi mente se llenó de preguntas y pensamientos abrumadores. El cansancio comenzaba a hacerse evidente, pero la responsabilidad profesional exigía continuar. A lo largo de aquellas horas conocí historias muy distintas entre sí: personas de diversas edades, procedencias, condiciones económicas y grupos étnicos, cada una con necesidades y preocupaciones particulares. Detrás de cada consulta existía una realidad única que merecía ser escuchada y comprendida.

Entre los casos atendidos esa tarde, uno quedó especialmente grabado en mi memoria. Ingresó una pareja remitida por su médico de atención primaria para valoración especializada en Otorrinolaringología. La consulta se debía a una lesión localizada en la faringe de la paciente. Durante el examen físico se identificó una formación verrugosa de aproximadamente dos centímetros de diámetro, hallazgo que motivó la realización de una nasofibrolaringoscopia flexible.

El procedimiento permitió una evaluación detallada de la lesión y la obtención de una muestra para su análisis histopatológico. A medida que avanzaba la atención, el ambiente comenzó a tornarse más tenso. Las preguntas surgieron de manera inevitable: ¿qué había provocado aquella alteración?, ¿cuál era su origen?, ¿qué implicaciones tendría el resultado?

Entre las posibilidades diagnósticas se consideró la infección por el virus del papiloma humano, por lo que era necesario realizar estudios complementarios para identificar el subtipo viral y orientar adecuadamente el manejo posterior.

Mientras escuchaba la explicación médica, la paciente mantenía una actitud serena y una fortaleza admirable. Su expresión transmitía determinación incluso en medio de la incertidumbre. A su lado, su esposo permanecía en silencio. Sus ojos enrojecidos y la tensión de su rostro parecían reflejar una mezcla de preocupación, culpa y temor ante la posibilidad de un diagnóstico complejo. Aquella escena evidenciaba que las enfermedades rara

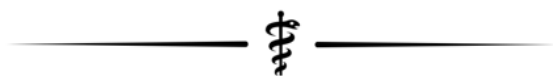
vez afectan a una sola persona; también impactan profundamente a quienes acompañan el proceso desde el amor y la cercanía.

Ese día comprendí que ejercer la medicina implica mucho más que interpretar síntomas, solicitar estudios o establecer diagnósticos. Cada encuentro clínico exige habilidades que van más allá del conocimiento científico: escuchar con atención, comunicarse con sensibilidad, mantener la serenidad en momentos difíciles y ofrecer acompañamiento incluso cuando las respuestas aún no existen.

Aprendí que, en muchas ocasiones, ponerse en el lugar del paciente constituye una de las herramientas más valiosas de la práctica médica. La empatía permite construir confianza, generar espacios seguros para el diálogo y aliviar parte de la angustia que acompaña a la enfermedad. A veces, una explicación clara, una palabra de aliento o una sonrisa sincera pueden tener un impacto tan significativo como cualquier tratamiento.

Al finalizar aquella jornada comprendí que, aun cuando no siempre es posible cambiar el curso de una enfermedad, nuestra presencia, nuestras palabras y nuestras decisiones pueden marcar profundamente la experiencia de un paciente y su familia. Esa fue una lección que confirmó por qué elegí la medicina y el compromiso que deseo mantener durante toda mi vida profesional.

CIRUGÍA MAXILOFACIAL



DETRÁS DEL ROSTRO

Od. Fernando Paúl Aguilera Pérez, Mgs.



Más de una vez he escuchado una pregunta que suele aparecer con naturalidad, casi siempre acompañada de curiosidad y sin mala intención: “¿Cirugía maxilofacial? ¿Eso es sacar las muelas del juicio?”. La frase, aunque sencilla, revela una idea frecuente sobre una especialidad que muchas veces se conoce solo por una pequeña parte de su amplio campo de acción.

Desde antes de iniciar mi formación como residente, sabía que la cirugía maxilofacial era mucho más amplia. Sabía que no se limitaba a un procedimiento, a una pieza dental o a una sala de cirugía. Conocía, desde la teoría y desde la vocación que me llevó a elegir este camino, que era una especialidad exigente, quirúrgica y profundamente vinculada con la vida de los pacientes. Sin embargo, a medida que avanzaba en la residencia, me llamó la atención comprobar que muchas personas, incluso algunas relacionadas con el ámbito de la salud, todavía la observaban desde una ventana demasiado pequeña.

Al principio, ante esa pregunta, mi respuesta tendía a ser técnica. Explicaba que la cirugía maxilofacial aborda fracturas faciales, infecciones profundas, lesiones tumorales, alteraciones de los maxilares, trastornos de la articulación temporomandibular, deformidades dentofaciales, reconstrucción, planificación quirúrgica e interpretación de imágenes. Enumeraba procedimientos, regiones anatómicas y escenarios clínicos. Con el tiempo, entendí que esa explicación, aunque correcta, no siempre era suficiente.

Porque la cirugía maxilofacial no se comprende únicamente a través de una lista de diagnósticos. Se comprende mejor cuando uno mira el rostro de una persona y entiende todo lo que ese rostro representa. El rostro no es solo una región anatómica; es una forma de estar en el mundo. A través de él, una persona habla, come, respira, sonríe, expresa dolor, transmite alegría, se reconoce frente al espejo y se relaciona con los demás.

Por eso, cualquier alteración en esta zona puede tener un impacto que va mucho más allá de lo visible. Una fractura no solo altera la continuidad de un hueso. Una infección no solo ocupa un espacio anatómico. Una asimetría no solo modifica una medida. Una lesión no solo aparece como una imagen en una tomografía. Cada una de estas situaciones puede afectar la seguridad con la que alguien conversa, la tranquilidad con la que se alimenta, la manera en que descansa, la confianza con la que sonríe o la forma en que vuelve a presentarse ante su familia, su trabajo y su vida cotidiana.

Esa es una de las primeras lecciones que la residencia me ha permitido profundizar. La formación no me mostró una especialidad distinta de la que había elegido; me permitió comprenderla con mayor claridad. Lo que antes conocía desde los libros, las clases y la admiración por la cirugía comenzó a tener rostro, voz y contexto. Cada valoración clínica, cada imagen revisada, cada procedimiento planificado y cada conversación con un paciente fueron ampliando la dimensión real de aquello que ya sabía que era grande.

En la práctica diaria, uno aprende que la cirugía maxilofacial exige mirar en varios niveles al mismo tiempo. Hay que observar la anatomía, pero también la función. Hay que analizar la imagen, pero también escuchar el relato. Hay que pensar en el hueso, pero también en la vía aérea, la oclusión, la masticación, el habla, la estética y la recuperación emocional del paciente. Hay que prepararse para operar, pero también para explicar, acompañar y transmitir calma cuando la incertidumbre pesa más que el diagnóstico.

A veces, el aprendizaje comienza frente a una imagen. Una tomografía puede parecer, para quien la observa desde fuera, una sucesión de cortes grises y estructuras difíciles de interpretar. Para el residente, en cambio, se convierte en un mapa. Allí se buscan límites, trayectos, relaciones anatómicas y posibles riesgos. Se aprende a reconocer lo que está alterado, pero también a respetar aquello que debe conservarse. Se comprende que cada milímetro puede importar y que detrás de cada imagen hay una persona esperando una respuesta.

Otras veces, el aprendizaje ocurre frente al paciente. Antes de cualquier procedimiento existe una conversación. En ella no siempre se habla únicamente de cirugía. Muchas veces aparecen el miedo, la duda, la preocupación por el resultado, la angustia de no saber qué va a ocurrir o la necesidad de comprender por qué algo sucedió. En esos momentos, el residente aprende que la precisión técnica es indispensable, pero que la forma de comunicarse también forma parte del tratamiento.

No basta con saber describir una lesión, clasificar una fractura o planificar un abordaje. También es necesario aprender a explicar con palabras claras, escuchar sin apresurarse y reconocer que, para el paciente, aquello que nosotros vemos como un caso clínico puede representar uno de los momentos más difíciles de su vida. Esa diferencia de perspectiva obliga a ejercer la medicina con humildad.

La cirugía maxilofacial se mueve en un territorio particular: trabaja sobre una zona donde la función y la identidad se encuentran. Un cambio pequeño puede tener un significado enorme. La posición de los maxilares influye en la mordida, la respiración, la armonía facial y la forma de hablar. La articulación temporomandibular puede condicionar actividades tan cotidianas como masticar, bostezar o conversar. Una infección puede comprometer espacios profundos y obligar a actuar con rapidez. Un trauma puede transformar en segundos la tranquilidad de una persona. Una reconstrucción puede significar mucho más que

recuperar tejido: puede representar la posibilidad de volver a reconocerse.

Por eso, reducir esta especialidad a un solo procedimiento deja fuera gran parte de su alcance. Las muelas del juicio forman parte de la práctica y, como todo acto quirúrgico, requieren conocimiento, técnica y responsabilidad. Pero la cirugía maxilofacial no termina allí. Ese es apenas uno de sus caminos. Hay otros que atraviesan el trauma, la patología, la reconstrucción, la cirugía ortognática, el dolor orofacial, la articulación, la infección, la planificación digital, la imagenología y el trabajo conjunto con otras áreas de la salud.

Con el tiempo, también se comprende que la especialidad requiere equilibrio. Hay que tener criterio quirúrgico, pero también prudencia; actuar con decisión sin perder la capacidad de observar. Hay que estudiar la técnica, pero también comprender el momento humano del paciente. Hay que aceptar que no todo se resuelve con una incisión, una placa, una sutura o una indicación. A veces, el primer acto importante es mirar bien. Otras veces, es escuchar. Y muchas veces, es saber integrar ambas cosas antes de tomar una decisión.

Ser residente implica vivir ese proceso de manera progresiva. Cada día añade una nueva capa a la mirada. Al inicio, uno puede concentrarse más en la lesión, en la imagen, en el diagnóstico o en el procedimiento. Luego comienza a reconocer que todo eso forma parte de algo más amplio. La cirugía no ocurre de manera aislada. Ocurre en una persona con historia, expectativas, temores, familia, trabajo, proyectos y una forma propia de entender lo que le sucede.

Esa comprensión cambia la manera de mirar el rostro. Ya no se lo observa únicamente como una estructura compuesta por huesos, músculos, vasos, nervios, dientes y tejidos blandos. Se lo entiende como un territorio humano. Allí se expresa la identidad. Allí se manifiesta la alegría. Allí se nota el cansancio. Allí aparece el dolor. Allí se revela el miedo. Allí también puede comenzar la recuperación.

En ese camino, la residencia enseña que la cirugía maxilofacial no es únicamente una especialidad de manos hábiles, sino también de mirada amplia. La destreza importa, por supuesto. La técnica es fundamental. El conocimiento anatómico, la planificación, la asepsia, la precisión y el juicio clínico son pilares que no pueden descuidarse. Pero, junto a todo eso, debe existir la sensibilidad necesaria para comprender el impacto que una alteración facial puede tener en la vida de una persona.

He aprendido que, cuando un paciente consulta por dolor, aumento de volumen, dificultad para abrir la boca, alteración de la mordida, trauma, lesión o deformidad, no trae únicamente un problema anatómico. Trae también preguntas. Quiere saber si volverá a comer con normalidad, si podrá sonreír sin incomodidad, si su rostro cambiará, si el dolor desaparecerá, si podrá retomar su rutina, si la cirugía será segura, si el resultado será funcional y si aquello que le ocurre tiene solución. Detrás de cada una de esas preguntas existe una necesidad de confianza.

Quizá por eso esta especialidad exige tanto. Porque no solo se trabaja con estructuras complejas, sino también con significados profundos. El rostro está expuesto y no se puede ocultar fácilmente. Acompaña cada conversación, cada fotografía, cada gesto y cada encuentro. Cuando algo lo afecta, la persona lo siente de manera constante. Por eso, devolver la función, aliviar el dolor o mejorar una alteración facial puede tener un valor que trasciende lo quirúrgico.

La cirugía maxilofacial, vista desde fuera, puede parecer una especialidad de procedimientos. Vista desde dentro, es una especialidad de decisiones. Decidir cuándo operar, cómo abordar, qué preservar, qué reconstruir, qué explicar, qué advertir y cómo acompañar. Cada decisión obliga a integrar conocimiento, experiencia, ética y humanidad. Esa integración es parte del aprendizaje diario.

Por eso, cuando alguien vuelve a preguntar si la cirugía maxilofacial consiste solo en extraer muelas del juicio, ya no siento la necesidad de responder únicamente con una lista de

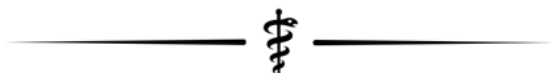
procedimientos. Prefiero pensar que esa pregunta es una oportunidad para mostrar una dimensión más amplia de la especialidad. Una oportunidad para explicar que trabajamos en una región donde la anatomía se cruza con la identidad, donde la función se relaciona con la autoestima y donde la cirugía puede ayudar a una persona a recuperar algo más que una estructura.

Detrás de cada rostro hay una historia. Algunas historias llegan después de un golpe. Otras, después de una infección. Otras aparecen lentamente, con una lesión que crece en silencio. Algunas se manifiestan como dolor; otras, como dificultad para masticar, hablar o respirar. Algunas se ven en una imagen; otras se sienten en la forma en que el paciente baja la mirada al hablar. Todas merecen atención.

Y tal vez ahí está la esencia de esta especialidad: entender que no operamos solamente huesos, dientes o tejidos. Trabajamos con funciones que sostienen la vida diaria y con rasgos que forman parte de la identidad de una persona. Ayudamos a recuperar movimientos, expresiones, seguridad, confianza y dignidad.

La cirugía maxilofacial es, para mí, una manera de mirar más allá de lo evidente. Es aprender que un rostro no se reduce a su forma, que una imagen no resume una historia y que una cirugía no termina cuando finaliza el procedimiento. Continúa en la recuperación, en la función que vuelve, en la sonrisa que reaparece, en el paciente que recupera la tranquilidad y en la certeza de que, detrás de cada rostro, siempre hay mucho más que ver.

CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA



LA OTRA MEDIDA DEL ÉXITO EN LA CIRUGÍA PLÁSTICA

Med. Chiara María Iannuzzelli Loor



Cien libras. Nueve horas. Cuatro cirujanos. Un equipo multidisciplinario. Si tuviera que resumir el caso en cifras, probablemente escogería estas cuatro. Sin embargo, las historias que realmente dejan una huella rara vez pueden reducirse a números. Detrás de ellos estaba una paciente joven, con una trayectoria marcada por años de esfuerzo y por el deseo constante de sentirse mejor con su propio cuerpo.

Se trata de Doménica, una mujer de 25 años que desde su infancia había vivido con obesidad. Utilizo la palabra «vivido», aunque me atrevería a sustituirla por «sufrido». Durante años no se sintió conforme con su apariencia, con las tallas que utilizaba ni con el estilo de vida que llevaba; mucho menos con el trato que recibía de conocidos e incluso de extraños. Y no había sido por falta de esfuerzo: había intentado innumerables maneras de perder peso, sin conseguir resultados sostenibles. Después de años de intentos infructuosos, decidió someterse a una cirugía bariátrica.

Tras la intervención, Doménica logró perder un poco más de cien libras. El cambio transformó radicalmente su salud y, desde una perspectiva clínica, podía considerarse un caso de éxito. Había alcanzado un índice de masa corporal dentro del rango normal y, con ello, reducido el riesgo de complicaciones asociadas a la obesidad. Sin embargo, para ella el proceso estaba lejos de haber terminado.

La pérdida masiva de peso dejó como consecuencia un exceso significativo de piel en el abdomen, los brazos y los muslos, además de una ptosis mamaria severa que acentuaba una asimetría

preexistente. Estas secuelas no solo continuaban condicionando su apariencia física, sino también su capacidad para realizar ciertas actividades cotidianas y desenvolverse en sus relaciones interpersonales. La laxitud cutánea que ahora encontraba frente al espejo se había convertido en un recordatorio constante de una etapa de su vida que creía haber dejado atrás. El impacto sobre su autoestima y calidad de vida terminó impulsándola a viajar desde Norteamérica hasta la clínica ecuatoriana donde yo realizaba mis prácticas de cirugía plástica.

Cuando Doménica llegó, me impresionó especialmente la atención al detalle con la que el médico tratante abordó su caso. No buscaba rapidez; buscaba precisión. Antes de plantear cualquier intervención, se dio espacio a las valoraciones de Psicología, Anestesiología y Cardiología, con el propósito de determinar si la cirugía era realmente segura y apropiada para ella. Finalmente, todos los profesionales dieron el visto bueno que esperábamos con tanta expectativa. Al observar estas interacciones, experimenté por primera vez lo que significaba un verdadero trabajo en equipo desde un enfoque multidisciplinario: cada profesional aportaba una perspectiva diferente y, en conjunto, esas piezas permitían construir una visión integral de la paciente.

La planificación quirúrgica se desarrolló a lo largo de varias consultas. Debido a la magnitud de la reconstrucción corporal, Doménica fue citada en tres ocasiones distintas. En cada una se realizaron las correspondientes marcaciones preoperatorias, evaluando diferentes enfoques y discutiendo cuál permitiría alcanzar los mejores resultados funcionales y estéticos. También se le explicó detalladamente en qué consistiría el procedimiento, cuántas horas podría durar, el tiempo estimado de recuperación, las posibles complicaciones y el protocolo posoperatorio destinado a reducir el riesgo de que estas se presentaran.

Hasta ese momento no había dimensionado la cantidad de decisiones que deben tomarse mucho antes de entrar al quirófano. En las conversaciones con el equipo analizábamos las

proporciones corporales, las áreas que requerían intervención, las técnicas más apropiadas y el orden en que debían realizarse, además del tiempo quirúrgico estimado y los objetivos funcionales y estéticos que buscábamos alcanzar. Finalmente, se decidió realizar de manera simultánea una mastopexia con implantes para corregir la asimetría mamaria, una cruroplastia y una braquioplastia bilateral, además de una paniculectomía con abdominoplastia. Por la magnitud de las intervenciones previstas, sabía que sería una cirugía larga y compleja, pero también que podía representar un cambio significativo para la paciente.

Cuando llegó el día de la cirugía, recuerdo haberme levantado con una mezcla de emoción y expectativa. La reconstrucción del contorno corporal de Doménica representaba uno de los últimos capítulos de un proceso de transformación que había comenzado años atrás. Al llegar a la clínica me encontré con el equipo, conformado por cuatro cirujanos plásticos, cada uno encargado de una región anatómica específica, además del anestesiólogo y el personal de enfermería. Yo también tuve la oportunidad de participar como ayudante durante la intervención.

La cirugía se extendió por más de nueve horas e incluyó la corrección del exceso de piel en brazos y piernas, además de la reconstrucción abdominal y mamaria. Esta última representó uno de los mayores desafíos. Debido a la asimetría preexistente y a la laxitud cutánea, conseguir un resultado armónico requería especial precisión. Durante la intervención encontramos un comportamiento tisular y vascular diferente en cada mama, distinto de lo previsto durante la planificación preoperatoria. Recuerdo observar a los cirujanos reunirse alrededor de la mesa quirúrgica para reconsiderar el abordaje y definir la mejor manera de continuar.

Aquel momento me dejó una de las enseñanzas más importantes de la intervención. Frente a un escenario diferente del planificado, el equipo no se limitó a seguir una estrategia previamente establecida, sino que analizó nuevamente las condiciones encontradas y adaptó el procedimiento. Con el bienestar de la

paciente como prioridad, cada integrante aportó su criterio y las distintas opiniones, incluida la mía, fueron consideradas antes de tomar una decisión conjunta. Una vez definido el nuevo abordaje, el procedimiento continuó con una minuciosidad extraordinaria hasta alcanzar el resultado esperado.

Doménica pasó al área posoperatoria y evolucionó favorablemente durante los días siguientes. La ausencia de complicaciones y el cumplimiento de los objetivos quirúrgicos hicieron que aquellas horas de trabajo sostenido, con toda la exigencia física y mental que implicaron, adquirieran para mí un significado diferente. Al salir del quirófano, después de permanecer tantas horas de pie, esperaba sentir únicamente cansancio, hambre o dolor en las piernas. Sin embargo, por encima de cualquier agotamiento predominaba la satisfacción de haber participado en una cirugía de esa magnitud y de haber tenido la oportunidad de aprender y practicar técnicas que contribuyeron a su reconstrucción corporal.

Tras completar la recuperación inicial y recibir una última valoración psicológica, Doménica fue dada de alta. Como ocurre con muchos pacientes que viajan a otro país para someterse a una cirugía, los controles posoperatorios presenciales fueron limitados. Sin embargo, incorporamos la telemedicina como una herramienta de seguimiento que nos permitió mantener el contacto con ella y conocer su evolución. Así confirmamos que el resultado de la cirugía había sido favorable no solo desde el punto de vista físico, sino también en su bienestar emocional y en la manera en que comenzó a desenvolverse en su vida cotidiana.

El impacto sobre su calidad de vida fue extraordinario. Doménica nos contaba cómo había recuperado la confianza al mirarse nuevamente frente al espejo, relacionarse con otras personas y realizar actividades que antes le resultaban incómodas. Finalmente podía usar aquella ropa que había comprado con ilusión desde que inició su proceso de pérdida de peso, esperando el momento en que pudiera sentirse cómoda con ella. Eran precisamente esas situaciones cotidianas las que nos permitían reconocer si los

resultados que buscábamos habían trascendido el quirófano. En el caso de Doménica, así había sido.

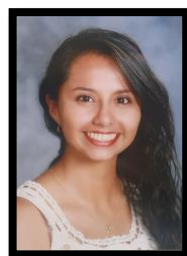
Como profesionales de la salud, con frecuencia tendemos a evaluar el éxito de una intervención mediante parámetros cuantificables: cuánto duró la recuperación, si aparecieron complicaciones o si se alcanzaron los objetivos quirúrgicos previstos. Aunque estos criterios son indispensables y forman parte de una atención segura, el éxito también tiene otras dimensiones y, en muchos casos, se refleja en la mejoría de la calidad de vida del paciente. Para Doménica, esa transformación se hacía evidente en su día a día, después de años de esfuerzo, incertidumbre, cambios y adaptación que la habían llevado hasta ese momento.

Hasta el día de hoy recuerdo este caso, por supuesto, por la duración de la cirugía y por su complejidad técnica, pero principalmente porque me permitió mirar la cirugía plástica desde una perspectiva diferente. Detrás de un diagnóstico, un procedimiento y un plan quirúrgico existe una historia que comenzó mucho antes de que nosotros entráramos en la vida del paciente como médicos y que continuará escribiéndose después de nuestra intervención. Haber formado parte de la historia de Doménica me recordó que uno de los grandes privilegios de ejercer la medicina es acompañar procesos de transformación que pueden ir mucho más allá de lo físico.

Por eso, el caso de Doménica no puede resumirse únicamente en cien libras, nueve horas, cuatro cirujanos y un equipo multidisciplinario. Esas cifras permiten dimensionar parte de su historia, pero no contienen lo más importante. El verdadero éxito estuvo en aquello que no podía medirse dentro del quirófano: la mejoría que Doménica experimentó en su calidad de vida.

CADA CICATRIZ CUENTA UNA HISTORIA

Med. Yasliv Giselle Rosero Vera



Es sorprendente cómo el sueño de una niña termina por hacerse realidad: empieza con la idea de cuidar, curar y ayudar, y termina siendo mucho más que eso, yendo más allá de lo físico, hasta llevarse en el corazón un gracias y una sonrisa.

Es grato volver en el tiempo hasta la primera experiencia que marcó profundamente mi vida y que sembró en mí ese amor por «quiero hacer esto el resto de mis días», aunque hoy quizá se convierta en una de las escenas más bochornosas que recuerdo.

Recuerdo uno de mis primeros turnos en emergencia, cuando llegó un niño con una lesión cortante en la palma de la mano izquierda. Su mamá estaba abrumada: ¿qué hacía un niño subiendo, junto a sus amigos —un poco traviosos, hay que decirlo—, una malla que en su extremo tenía alambres de púas, a las 9:30 de la noche? Seguramente él ya tenía lista una historia extraordinaria para contar.

Después de escuchar su relato, llegó el momento de comenzar. Sentí un conjunto de emociones a la vez, tratando de recordar todo lo que mis profesores me habían enseñado y de llevar la teoría a la práctica. Ya no se trataba de practicar en partes de animales compradas en el supermercado ni en modelos de piel sintética: ahora tenía frente a mí una herida real de diez centímetros de longitud, afortunadamente sin lesión de estructuras profundas, con la «suerte» de solo tener que limpiar, desbridar los bordes y suturar. Pero cargaba con toda la responsabilidad de que el resultado quedara funcional, estético y ¡exacto!, en una de mis primeras guardias, cuando el especialista no podía quedarse

vigilando todo el procedimiento por una emergencia que tenía colapsado el servicio. Ahí entendí el verdadero peso de tener una vida, o parte de ella, en mis manos.

Después de completar el proceso de ingreso, buscar los materiales y alistar todo para empezar, descubrí que entre el niño (de quien lamentablemente ya no recuerdo el nombre) y yo se formó una conexión inmediata. Debo admitir que aquel procedimiento me tomó más tiempo del que hoy me llevaría, pero cada punto de sutura representó un aprendizaje, movido por el deseo de hacerlo bien. Reímos, conversamos y comentamos tantas cosas como si fuéramos amigos desde hacía tiempo; esa conexión hizo desaparecer los nervios que amenazaban con traicionarme, y solo pude sentir y ver mi trabajo avanzar, a una madre ya más tranquila y a un niño orgulloso de llevar esos puntos en su mano. Ahora, al escribirlo, revivir cada emoción como si regresara el tiempo resulta verdaderamente especial.

Con el tiempo descubrí cómo uno va evolucionando: en lo profesional, porque se va conociendo a cada persona, a cada paciente y al mundo que lleva consigo; y en lo personal, porque nadie termina su carrera siendo la misma persona. Aunque así lo deseara, muchas cosas —positivas y negativas— terminan cambiando el curso y la perspectiva de la vida.

Otro episodio que marcó mi formación comenzó con una llegada tarde a aquel turno, mientras pensaba qué razón dar para evitar una sanción un tanto innecesaria. Mis pensamientos se interrumpieron al escuchar mi nombre apenas crucé la primera puerta, y entendí que cualquier excusa sería inútil: teníamos una cirugía de emergencia, un caso que necesitaba a todo el equipo de cirugía plástica. Solo me quedó apresurarme a dejar mis cosas en el casillero, correr a emergencia y prepararme para ingresar a quirófano. Todo fue tan rápido que me dio miedo preguntar cuál era la emergencia, porque esa información ya se había presentado en mi ausencia. No quería que se dieran cuenta de que no había estado presente en el instante en que se suponía debía estarlo.

Al entrar a quirófano me encontré con un paciente masculino de 24 años, con una lesión en el rostro causada por arma blanca y varias lesiones cortantes en las extremidades superiores. No pude evitar sorprenderme: era una lesión extensa, ubicada justo en la línea media del rostro, que dividía la nariz, los labios y el mentón en dos. Hasta entonces mi admiración por los cirujanos nacía de su habilidad técnica, pero ese día descubrí que lo que realmente los hacía extraordinarios era su calidad humana. Aunque han pasado años de esta vivencia, todavía recuerdo el nombre de la doctora a cargo de esa jornada: mi querida doctora Marianita. Al presenciar una escena tan compleja, decidió dividir al grupo en dos: ella y el residente mayor, junto con el equipo de enfermería, se enfocaron en la reconstrucción del rostro, mientras el residente, las auxiliares y yo nos dedicamos a las lesiones de los miembros superiores. Identificar cada estructura, mantener la calma y actuar con el máximo cuidado para lograr el mejor resultado posible se mantuvo todo el tiempo en mi mente.

Presenciar el trabajo coordinado de todo el equipo fue admirable. Tras varias horas de intervención, las profundas y complejas lesiones faciales y las extensas lesiones en las extremidades superiores quedaron resueltas mediante más de seis grandes suturas, y solo restaba esperar la evolución del paciente. Fue maravilloso darme cuenta del excelente equipo del que acababa de formar parte en una reconstrucción tan impresionante. Por un lado, la doctora Marianita, quien a pesar de llevar horas en una intervención minuciosa, con la gran responsabilidad de su equipo sobre los hombros, no perdió ni un segundo su esencia: siempre mantuvo un ánimo que contagiaba a todo el grupo, y aún recuerdo su risa y su voz, que periódicamente nos regalaba palabras de aliento para continuar. Por otro lado, el estimado doctor David, quien con toda la paciencia y rigurosidad me enseñó cada paso, demostrando que la excelencia se construye en cada detalle, dejaba ver en cada minuto la pasión que ponía en todo lo que hacía. Ahí supe que me encontraba en el lugar correcto.

Con él compartí también otros turnos muy intensos —dicen las creencias populares que era él quien tenía «mala espalda»—, pero

la emoción que me causaban el conocimiento y los procedimientos hacía que no importara la hora. No importaba que fueran las 2 am y llegara a emergencia una pareja joven con quemaduras graves, con solo tres personas para atenderlos; o que fueran las 3 am y tuviéramos dos pacientes masculinos con cortes profundos en las extremidades superiores por usar amoladoras de forma inadecuada; o que fueran las 5:30 am y llegaran al mismo tiempo dos pacientes con pérdida de varias falanges, uno de ellos con amputación del pulgar derecho, justo cuando ya debíamos prepararnos para la entrega de guardia. Al final, siempre quedaba la satisfacción de un buen trabajo.

Volviendo un poco a la historia: días después de la cirugía del joven, mientras hacíamos el pase de visita, me detuve a examinar su evolución. Fue increíble comprobar que de aquella extensa lesión solo quedaba una pequeña cicatriz de apenas dos centímetros en el mentón. En la extremidad superior derecha aún se apreciaba una cicatriz más amplia, aunque era evidente que, con un poco más de tiempo, también sería casi imperceptible. Al darse cuenta de que lo examinaba, sonrió. Agradecido con todo el equipo, le dijo desde el otro extremo de la sala a la doctora Marianita que, después del alta, ahora sí se portaría mejor: que la quería mucho y estaba eternamente agradecido, pero que no quería volver a pasar por un quirófano.

En este punto de mi relato quiero retomar un poco la idea inicial y pensar en qué etapa de nuestro camino como adultos cambia tanto nuestra perspectiva del mundo. Porque con el tiempo fui dándome cuenta de que estamos tan enfocados en cumplir nuestros sueños y alcanzar pequeñas metas diarias que, sin notarlo, terminamos perdiéndonos a nosotros mismos. Como profesionales olvidamos todo lo que existe detrás de cada persona y de cada paciente. Y al hablar de profesionales no me refiero únicamente a los médicos, sino a cualquier persona, porque en medio de nuestras propias preocupaciones —incluso las que pueden resolverse con relativa facilidad— dejamos de lado la cordialidad, la amabilidad y la empatía que podemos ofrecer a quienes nos rodean, e incluso a nosotros mismos. También olvidamos agradecer, agradecernos y

detenernos a mirar el camino recorrido. Nos concentramos tanto en el lugar al que queremos llegar que dejamos de disfrutar cada paso y cada logro alcanzado. Estoy segura de que, si mi yo de seis años lo viera, estaría feliz; pero también sé que mi yo de ahora solo piensa en cómo ser mejor.

Y menciono esto porque, en algún momento de mi camino, uno de los lugares donde esperaba o planeaba estar era la unidad de quemados, un espacio donde se encuentran muchas personas vulnerables. Claro que, si vamos un poco más atrás, podríamos decir que todos los pacientes son, o pueden llegar a ser, vulnerables, y que en ciertos grupos etarios esa vulnerabilidad es aún mayor. Pero enfocándonos en la causa y en el proceso: abrir los ojos y ver cómo ha cambiado tu cuerpo por algo que seguramente tomó segundos, no estar con tu familia, vivir días que pueden hacerse eternos —porque una quemadura de segundo o tercer grado no toma solo tres días para recibir el alta— es, en el fondo, estar aislado de tu propia vida.

Al tomar en cuenta esto y todo lo que hay detrás, resulta hermoso descubrir personas con esperanza de continuar su vida a pesar de las cicatrices, que se convierten en una enseñanza más. Es hermoso también poder escuchar las experiencias de los pacientes mayores mientras se realiza una curación, ver lágrimas de felicidad porque, después de meses en esa habitación, los tejidos por fin se están recuperando, y comprender que, más allá de todo el protocolo que exige el ingreso y la estancia en esa sala, los años de esfuerzo, las noches extensas y quizá algunas reuniones familiares o con amigos que quedaron pendientes, valen totalmente la pena.

Hoy entiendo que aquella niña que soñaba con curar no imaginaba que las cicatrices también podían enseñar. Con los años descubrí que la medicina no consiste únicamente en identificar una enfermedad, aliviar un síntoma o indicar un tratamiento: es escuchar, acompañar y recordar que detrás de cada diagnóstico hay una historia. Eso es para mí la cirugía plástica, una especialidad que tiene el privilegio de devolver función, pero también identidad. La cirugía no significa únicamente aproximar tejidos; también permite que una persona se reconozca y vuelva a amarse.



#LineaEditorial

**Participa en nuestros próximos
proyectos editoriales!**

+593 985022502