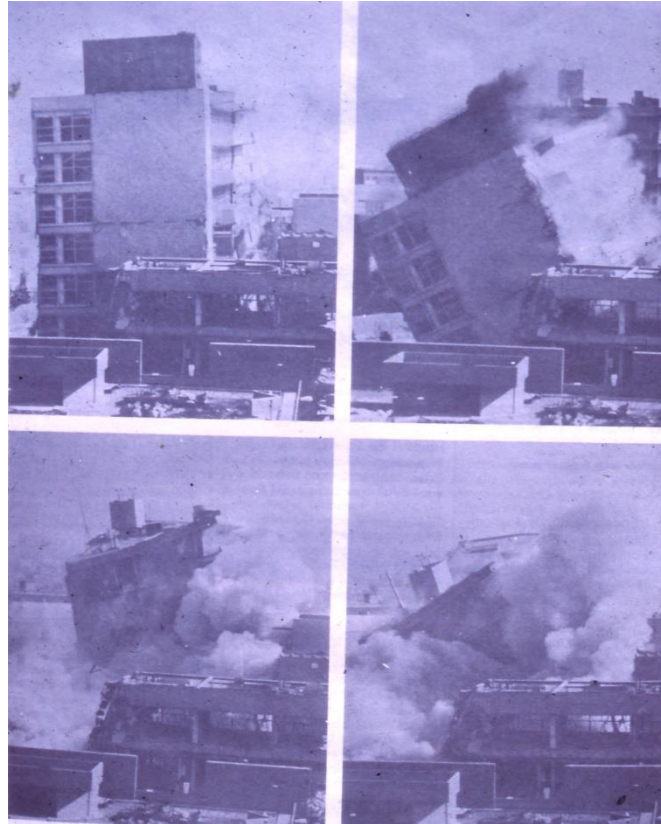


# Experiencias **M**édicas Extraordinarias



José Rafael Cuauhtémoc Acoltzin Vidal

# Índice.

Prólogo.	3
Introducción	4
De cirugía experimental en perros.	8
En la carrera de Médico Cirujano.	11
Me amenazaron de muerte.	23
Tratamiento revolucionario que resolvió lo que no se creía posible.	33
Ofreció pagar con hijas.	37
El marcapaso la resucitó.	46
Experiencia y confianza simultáneas	50
Gozó la maternidad a pesar de estar operada de corazón.	56
Medicinas alternativas.	58
El caso del enfermo “tricuspideo” que mejoró con cerveza.	61
Eutanasia o encarnizamiento terapéutico.	64
Ni un instante de descuido.	72
Primeras intervenciones quirúrgicas.	76
La educación médica continuada.	83
Tratamientos espectaculares.	97
Terremotos vividos en el hospital.	103
Los médicos también se enferman.	108

## Prólogo

Escribir las experiencias que se vivieron como estudiante, hasta llegar a profesionalista, es transmitir algo que sale del corazón y que se vivió intensamente, tal es el caso de lo que escribe, el Doctor José Rafael C. Acoltzin, en el presente libro, del que me dio el privilegio de leer detalladamente, antes de su publicación.

Sin duda, al estarse leyendo el libro, se siente el lector como si estuviera viviendo personalmente las experiencias.

Estoy seguro, que cuando usted lea este libro, lo va a sentir profundamente.

El trabajo humanitario del médico, es incalculable y no tiene fronteras, porque sus experiencias y consultas son ilimitadas a quien o quienes las soliciten y de ahí, la gran importancia del juramento que hace, cuando obtiene el título universitario, que es un pacto de honor, con la patria y la facultad que lo formó con ese lema de “Por mi Raza, hablara mi Espíritu”.

Muchas felicidades Dr. José Rafael C. Acoltzin y hago votos por su permanente éxito en el ejercicio de profesión.

Juan Delgado Barreda.

## Introducción.

### Justificación:

Escribo estas narraciones de experiencias tenidas durante el ejercicio de mi profesión, sin el ánimo de ofender a ninguna persona que eventualmente pudiera sentirse aludida: Lo hago en respuesta a insistente petición del Lic. Juan Delgado Barreda, quien fue presidente de la Asociación Colimense de Periodistas y Escritores. Se titulará Experiencias Médicas Extraordinarias; serán narradas en primera persona y no mencionaré ni un nombre:

### Explicación:

Siempre me ha gustado escribir pues he pensado que todo lo que se tenga que decir debe ser dicho. Bueno no quiero decir dicho, porque se lo lleva el aire, debo decir mejor que debe ser expresado, y lo escrito es mejor porque encuentra trascendencia. Sin embargo, hay que reconocer que muchas veces lo que se quiere expresar no encuentra interés más allá de la propia nariz; otros, como el de la esposa que escucha con interés aparente aunque quizá, al mismo tiempo, se encuentre pensando en sus quehaceres. Se puede conversar con la familia, con los amigos, y aun con pequeños grupos de personas y, en la medida que se sepa ser ameno y transmitir las emociones, más que la idea de la que trata el tema, la plática resultará más atractiva. Entiendo yo que sobrecargar de ideas a la persona que escucha, incluir demasiados personajes o hacer circunloquios en la charla puede cansar y hasta aburrir al auditorio.

En tal contexto, platicué alguna anécdota basada en mis propias experiencias como médico, en el ámbito de los escritores y los periodistas de Colima con el resultado de que me hicieran el exhorto para escribir “Experiencias Médicas Extraordinarias”.

He preferido que algunos de los escenarios y todos los personajes se mantengan en anonimato porque me parece que mencionar a personas reales, identificándolas ante los lectores, ya sean del pasado, del presente o del futuro, puede lastimar susceptibilidades; no obstante que las expresiones usadas para describirlos resulten sencillas y de aspecto inofensivo. Recuerdo aquí a un escritor cercano a mí que mencionó a un personaje por su nombre y apellidos diciendo que era una persona muy alegre. Cuando tuve oportunidad de comentar el libro con esa persona, muy molesta me dijo: “Yo nunca he sido una mujer alegre”.

La tentación de mencionar nombres se convirtió para mi en una especie de reto, por eso, algunos de los sitios y personajes de mayor relevancia serán presentados a manera de acertijos casi imposibles de resolver para quien no haya vivido ni en el medio ni en el tiempo en que estos sucesos ocurrieron.

Sin embargo, debo confesar que en mi vida si ha habido personas que dejaron huella imborrable durante mi formación o en mi experiencia y a ellos les concederé una mención especial aquí, no como parte de narración alguna sino como un homenaje a su presencia.

Homenaje:

Ellos son algunos de mis maestros:

Jorge Escudero de la Peña fue profesor titular de la especialidad que tomé; mi jefe de servicio; mi compañero de viajes académicos y mi amigo. Me enseñó el difícil arte de dictar conferencias, apoyado en material didáctico adecuado. Me enseñó las precauciones que ayudan a que un viaje resulte placentero y esté libre de contratiempos.

Carlos Pérez Treviño, también fue profesor titular de la especialidad y me enseñó a tratar con cortesía a mis compañeros y a mis discípulos. De él recibí la intención de actuar sistemáticamente para no dejar mis acciones incompletas.

Carlos Gaos Schmidt fue, probablemente, el profesor de quien aprendí más; era franco y ameno: rayaba las sábanas de los enfermos para dar explicaciones. Me enseñó a usar la lógica deductiva para resolver las enfermedades de manera pronta y efectiva. El día que se jubiló le organicé una fiesta de despedida y le escribí una poesía titulada: “Guía, maestro, amigo”.

Javier Palacios Macedo, fue mi tutor en los primeros pasos que di en el amplio campo del trabajo médico y logró que el tratamiento de las enfermedades del corazón me resultara fascinante. Él me enseñó el arte de discutir los temas médicos y, por qué no, también los no médicos.

Rubén Argüero, me puso ejemplo de tenacidad pues desde que lo conocí lo encontré investigando y lo vi graduarse en el doctorado exactamente antes de jubilarse. Nuestra relación tuvo altibajos, en veces parecíamos estar confrontados y en otras ser aliados. En realidad jamás hubo nada que nos enfrentara por lo que nuestro trato ha sido cordial.

A mis colegas:

Héctor Ariza Andraca quien trabajó junto conmigo tantos años que llegamos a pensar igual y hasta a parecernos en lo físico. Ambos planeamos

cuidadosamente estrategias de trabajo médico que nos permitieran mantener la posición puntera, siempre en bien de los enfermos. Él fue designado Profesor Distinguido de la Asociación Nacional de Cardiólogos de México –igual que yo-, fue jefe de servicio, profesor de muchos médicos, presidente del consejo de especialidad y me acompañó en la muerte de mis padres.

Héctor Lozano de los Santos quien empezó trabajando como mi subalterno y así me enseñó que aun siendo discípulo se tiene derecho a ser considerado porque tienen conocimientos, conceptos e intenciones propias. A diferencia mía, él fue jefe de servicio, subdirector de hospital, delegado regional y presidente del consejo de especialidad.

A mis discípulos:

César Rodríguez Gilabert a quien incluyo en esta lista aunque es casi contemporáneo mío. Emigró a rumbo menos privilegiado pues no encontró las facilidades que se dan en los centro de tercer nivel de atención, pero triunfó y adquirió enorme personalidad. Hoy en día es respetado en todo el ámbito nacional. Fue presidente de la Asociación Nacional de Cardiólogos de México y desde ahí me distinguió honestamente. Además ha tenido el privilegio de que su hijo también sea cardiólogo y esté en camino a superar cualquier meta.

Carlos Alba Espinoza a quien conocí antes de que entrara a la carrera de médico. Se hizo cardiólogo pediatra y llegó a ser jefe de servicio y también presidente de la Asociación Nacional de Cardiólogos en México.

Erik Alexánderson Rosas, a quien conocí en las aulas cuando él era estudiante de medicina tan aplicado que por merecimientos provocó la apertura de un “Salón de la Fama” en la Facultad de Medicina para celebrar a estudiantes como él mismo. Me acompañó ha hacer guardia en día festivo, a contemplar una flotilla de aviones Phantom mexicanos, a atender varios enfermos con muerte clínica por detención del corazón y de la circulación sanguínea y a rescatar a todos lo que le impresionó de tal modo que decidió ser cardiólogo. No conforme se dedicó a estudiar cardiopatías con la ayuda de radioisótopos. Alcanzó la jefatura de servicio y, en su tiempo, se convirtió en el más joven de los académicos de medicina, en México. Gobernador del American College of Cardiology para América Latina y Presidente de la Sociedad Mexicana de Cardiología.

Benjamín Trujillo Hernández que fue mi alumno en licenciatura y mi profesor en maestría.

A aquellos enfermos, destacados en el mundillo de la popularidad, que me dieron la oportunidad de atender estrellas sin envilecerme; en especial artistas

como Renato Leduc, Rodolfo Usigli, Vicente Leñero, Manuel Bernal, Juan Mendoza, El cuate Castilla, Olga Briskin,

Arenga:

Espero que el lector no se haya cansado aun y tenga ánimo suficiente para continuar la lectura de esta obrita. Si se decide y tiene gusto de seguir leyendo, le diré que va a encontrar la narración de sucesos verdaderos; ninguno es imaginario, y a través de estas experiencias se formará una idea de lo que enfrenta un médico desde su formación, al dar sus primeros pasos, frente a situaciones fatales o novedosas; algunas inesperadas y, por eso, sorprendentes o, cuando menos, asombrosas.

José Rafael C. Acoltzin

## Primera.

De cirugía experimental en perros.

Muy distinta resulta la formalidad de un médico en formación que la de el médico recibido porque el estudiante, sobre todo en los primeros cursos, aun busca la alegría de la vida ya que conserva el desparpajo que le caracterizó durante los estudios preparatorios, mientras que el médico ya formado comprende el sentido deontológico que es estricto en el trato con los enfermos, con los compañeros de trabajo y con el público en general. Sin embargo, el estudiante enfrenta una realidad distinta cuando practica procedimientos quirúrgicos o cuando enfrenta los indicios de la muerte.

De este modo ocurrió cuando iniciamos los trabajos de cirugía experimental. El profesor titular, que era un afamado cirujano, nos ponía como primera condición la de conseguir algún perro y cuidarlo mucho antes de operarlo, quizá con la doble intención de que lo pusiéramos en excelentes condiciones de salud y, también, que le tomáramos afecto, lo que verdaderamente ocurría porque les poníamos nombres a los perros y hasta los llevábamos a pasear. Hubo un perrito amarillo, chincolo, con el pescuezo blanco y las orejitas gachas a quien llamábamos como a un popular cantante de moda que se caracterizaba por usar vistosos suéteres. Lo tratamos con cuidado cariñoso porque nos permitió aprender los secretos de la anatomía, de la fisiología y de la terapéutica. Como estaba limpio, desparasitado, bien nutrido y vitaminado lucía muy bien, tanto que una vez que lo llevamos al estadio de atletismo y de fútbol nos lo robaron, sin saber que había sido operado en varias ocasiones y le faltaban algunos de sus órganos.

Un grupo distinto de estudiantes llevó a un perro con expresión maléfica -parecía ser bravo- porque tenía los ojos blancos, los que le confería una mirada enigmática y contribuían a su aspecto feroz, que no lo era. Llevaron al perro, lo bañaron, lo alimentaron y los desparasitaron. Nosotros, no por envidia sino por travesura, decidimos correr la mentira de que el susodicho perro no bebía agua y que eso resultaba muy extraño. Cuando el profesor se enteró, sin corroborarlo, expresó que eso era síntoma de rabia y ordenó pedir la participación del personal del servicio antirrábico. La persona que acudió, envenenó al perro sin más averiguación, disparándole un chorrillo de estricnina en la lengua con lo que el animal murió al instante, asustándonos a todos porque era la primera vez que veíamos la muerte tan de cerca y porque resultó



ser aparatosa ya que el animal convulsionó. Además se informó que estudiarían el cerebro para confirmar el diagnóstico y se recomendó vacunar a todo aquel que hubiera estado en contacto con el animal. Cuando nos enteramos ya se les habían aplicado las primeras dosis a nuestros compañeros por lo que decidimos no mencionar nada más sobre el caso.

En otra ocasión capturamos un perro grande, ya viejo, que era dócil y tenía múltiples cicatrices por lo que supusimos que habría sido atropellado por algún vehículo. Le administramos el mismo tratamiento de higiene y nutrición que todos los que serían intervenidos quirúrgicamente y acordamos engordarlo bien y después hacerle solo una operación. Lo mantuvimos en una de las cómodas jaulas dedicadas para ello, a resguardo del frío y la lluvia, con su jergón acolchado y la mejor alimentación hasta que subió de peso. El día que le tocó ser enfermo, el profesor nos indicó hacerle nefrectomía, es decir extirparle un riñón. Esta cirugía implicaba que la posición en la mesa quirúrgica sería en decúbito lateral, es decir de costado. Posición muy incómoda porque las mesas de cirugía para perros no son planas sino acanaladas para permitir acomodar los lomos. Ante esto y con la necesidad de administrar anestesia inhalada -con éter, sin intubación endotraqueal, es decir administrada con un cono de papel relleno de algodón colocado sobre el hocico- se planteó la posibilidad de que no respiraría bien. Se lo mencionamos al profesor y el respondió que así sería el procedimiento. Para operar se integraba un equipo de cinco estudiantes: Un cirujano principal; su ayudante; un auxiliar para instrumentar, es decir para mantener listos los instrumentos y ponerlos en la mano enguantada del cirujano justo en el momento que los requiriera; un encargado de la anestesia y un “gato”, es decir alguien fuera del campo quirúrgico que pudiera circular por la sala para acercar algún instrumento, material quirúrgico, sueros o medicinas que pudieran necesitarse durante la intervención. Me tocó ser anestesiólogo por lo que puse mi mayor empeño ante la dificultad prevista de cuidar la respiración del animal. No obstante, apenas empezando las incisiones, el perro falleció. Se lo informamos de inmediato al profesor quien montó en cólera y nos asignó calificación reprobatoria de cero a todos y cada uno de los integrantes del equipo. Además nos ordenó que lleváramos el cadáver a tirar a un basurero ubicado en el fondo de las instalaciones del hospital que siendo de tipo francés, tenía los pabellones de hospitalización esparcidos entre jardines, y las últimas instalaciones eran la sala de cirugía experimental con su bioterio, un tanque de agua -que a veces usábamos para nadar-, y el depósito de desechos. Salimos apenados y compungidos, ataviados con los uniformes quirúrgicos que consistían en largas batas blancas, gorros y cubre bocas de manta también

blancos y cargando entre cuatro al perro al que sosteníamos por las patas; uno de nosotros iba por delante alumbrando el camino con una lámpara de pilas porque serían alrededor de las diez de la noche y estaba oscuro ya que esa zona no contaba con alumbrado. Terminamos la actuación y nos retiramos contritos a nuestras casas sin decir palabra. Cual sería nuestra sorpresa cuando conocimos al día siguiente que la noticia del pueblo se refería a la aparición de unos fantasmas en el hospital que transportaban a un muerto por los pasillos del jardín. Tampoco aclaramos nada hasta este momento en que se los cuento.

## Segunda.

En la carrera de Médico Cirujano.

La única vez que acudí al edificio de la facultad de medicina de la más importante universidad en mi país, fue el día en que presenté el examen profesional. Los exámenes ya no son así. En principio debíamos terminar los cursos aprobando todas las asignaturas. También debíamos cumplir un año de práctica en un hospital general. Escribir una tesis que fuera aceptable para un jurado especialmente designado. Cumplir medio año de atención de pacientes en el medio rural, sin cobrarles ni un centavo sino prestando un servicio social en retribución al gasto que el erario había dispuesto para nuestra preparación profesional, y elaborado un informe detallado, también aceptable para otro jurado especial. En seguida se hacía la solicitud, se pagaba el estipendio y se recibían las indicaciones de fecha y condiciones, por ejemplo: el día 13 de abril se presentará a las siete de la mañana en el piso superior del edificio de la facultad, vestido de negro o de gris oscuro, con camisa blanca y corbata también oscura.

Los sinodales llegaron puntualmente, ataviados con toga y birrete. El presidente del jurado pasó lista y convocó al primero apuntado en ella a pasar para colocar las fichas en la urna que serviría para sortear los temas que se disertarían al sustentar los exámenes. Se formaron varios jurados de tres sinodales distribuidos en pequeños escritorios colocados en derredor del gran salón de examen.

Cada sustentante pasó por su ficha, acudió ante su jurado, presentó su examen y –los aprobados– hicieron una promesa pública de servir con honestidad y entrega a las personas que quedarán bajo su jurisdicción, tanto en aspectos preventivos cuanto curativos y también en los de rehabilitación y bienestar social.

A mí me tocó un tema que me sabía bien porque había llevado un buen curso y porque me había preparado muy bien para el examen de modo que en cuanto llegué a la mesa del jurado, saludé y me presenté, empecé mi disertación. El presidente del Jurado me pidió que esperara un poco, presentó conmigo a los demás sinodales, abrió mi expediente, leyó el título de la tesis y mencionó que fue aprobada con mención honorífica; también mencionó el promedio que, por cierto, no era excelente. En seguida me indicó que siguiera contestando. Hablé un rato al cabo del cual me dijo que ya era suficiente. El

segundo sinodal me preguntó que me parecía más importante: el diagnóstico o el pronóstico de una enfermedad; contesté simplemente diciendo que ambos son importantes y que dependen el uno del otro, pero que mientras al médico le importa más el primero para indicar correctamente el tratamiento, quizá al enfermo le importe más el pronóstico porque representa lo que le va a pasar; el sinodal agregó que también la prevención es importante. El tercer sinodal llamó la atención a mi ciudad de origen y comentó, festivo, la satisfacción que le daba el equipo de fútbol de ese lugar.

Reproduzco aquí esa promesa que he tenido en mente en cada acción profesional que he emprendido en el transcurso de mi vida profesional:

“Ante el Honorable jurado que me examinó, y en presencia de las personas asistentes, PROTESTO, solemnemente que la vida humana será sagrada para mí, desde la concepción y hasta la muerte, y haré de ella un culto; que al reconocer en mi preparación profesional el aporte económico que brinda la colectividad a esta Casa de Estudios, pondré todo mi empeño y mis luces en el logro del mejoramiento higiénico y sanitario de los lugares en donde me tocara actuar, y que en el ejercicio privado de mi profesión, antepondré el interés y el bien del enfermo a toda consideración personal de egoísmo, de comodidad, o de lucro y estimaré su vida como mi propia vida, o antes de ella si fuere preciso. Callaré cuanto pueda perjudicar al paciente y consideraré inviolables su hogar y su familia.

En todo médico veré un hermano de profesión, y seré para él un leal compañero. En sus dificultades cerca del enfermo y en las vicisitudes de su existencia, le prestaré ayuda con fraternal interés y afecto. Respetaré sus intereses profesionales, y juzgaré con la indulgencia que requiere nuestro difícil arte de curar.

Fortaleceré mis propósitos de recta conducta, la abnegación y el desinterés de mis maestros al prodigarse en la enseñanza, y será norma de mi vida el ejemplo de su limpio vivir. Si la humana flaqueza llegare a hacerme vacilante, buscaré apoyo en su venerable recuerdo, y en la tradición de nobleza y amor al semejante, que legaran a este solar sus generaciones de guías y de mentores. Solemnemente formulo hoy votos de superación en un pacto de honor con mi Patria y con mi Escuela.”

“POR MI RAZA HABLARA MI ESPÍRITU”.

Se tomó la fotografía oficial y... bien, ¡ya somos médicos!

Realicé toda mi carrera de medicina en hospitales porque la Escuela de Medicina en donde inicié mis estudios se alojaba en un hospital civil y los estudiantes nos manteníamos en los pasillos, las salas de hospitalización, las salas de operación y en la sala de urgencias. Por supuesto que contaba con aulas para las actividades académicas y también con amplios jardines y frondosos árboles; pero esa universidad no contaba con todas las especialidades médicas y por ello los estudiantes solo podíamos cursar los estudios más teóricos durante tres años y después debíamos emigrar a la mayor universidad del país para continuar estudiando y vivir la medicina práctica. Como no había otro camino, las autoridades universitarias habían firmado acuerdos con la dirección de la Facultad de Medicina de esa gran universidad para que nuestro ingreso al cuarto año fuera automático lo que comprometía a que los planes de estudio fueran exactamente iguales. Los últimos tres años de la carrera de medicina fueron eminentemente prácticos pues los estudiantes seguíamos asistiendo a los hospitales solo que entonces, las actividades teóricas eran solo de apoyo porque los maestros nos obligaban a mantenernos en contacto con los enfermos en un sistema en el que –sin apartarnos del temario- estudiábamos exhaustivamente cada padecimiento que se presentaba entre los encamados.

Se observa en esto como el estudiante de los primeros años de la carrera de medicina se encontraba con el profesor y seguía puntualmente sus enseñanzas y sus indicaciones y asistía a los servicios de atención para complementar; pero paulatinamente el sistema iba cambiando hasta que en las últimas instancias el estudiante aprendía del enfermo y solicitaba consejo u orientación al maestro para resolver su aprendizaje.

Mi primer desafío fue que el profesor de propedéutica de la clínica (que son los métodos de introducción a la clínica y comprende el interrogatorio y la exploración clínica de las personas, con tendencia a interpretar los síntomas y los signos de las enfermedades) era un médico especial, conocido por ser estricto y exigente por lo que sus alumnos siempre terminaban los cursos adquiriendo los conocimientos requeridos; era muy buen profesor, pero el desafío especial que representaba para mí es que era mi padre y yo sabía que me preguntaría en todas las ocasiones que se presentaran y que yo tenía el compromiso ineludible de contestar correctamente. Para cumplir sin tacha estudié y practiqué con toda dedicación de tal modo que el día del examen me sentía listo para lucirme como se debe en esos casos. No hubo sorteo de temas sino que el sinodal –único– me indicó: “Explorarás el tórax del enfermo que te voy a indicar”. Yo sentí que me saqué la lotería porque el examen clínico del tórax era tal vez el tema que mejor había preparado: lo observaría en inspección para ver la forma, el volumen, el estado de la superficie y sus

movimientos; lo palparía para percibir las vibraciones de la voz, lo percutiría para buscar la presencia de líquido al cambio de sonoridad, si es que lo hubiere y lo auscultaría para escuchar el ruido del aire en movimiento dentro de bronquios y pulmón durante la respiración, y la manera como se transmitían las vibraciones de la voz buscando cuidadosamente los signos patológicos y enunciaría debidamente mi impresión de diagnóstico. ¡Lucimiento seguro!

Pues ¡No! El profesor me hizo ir hasta la cama de un enfermo que tenía fracturada una clavícula y, para inmovilizarla, le habían colocado un aparato de yeso conocido como Velpeau que fija un hombro pero se apoya rodeando casi todo el tórax. Con tal de que el yeso no lastime la piel se coloca antes un vendaje de algodón –o de guata- de modo que resulta casi imposible introducir siquiera un dedo entre aparato y piel. ¡Que sorpresa! Algo totalmente inesperado para mí. Tenía que recurrir al ingenio e improvisar porque ningún libro dice como, y durante el año del curso no habíamos enfrentado dificultad semejante por lo cual tampoco habíamos tenido la oportunidad de consultar a algún maestro.

Con decisión hice lo mejor que pude, informé detalladamente el resultado de la exploración especificando –por supuesto- el hallazgo del enyesado y expresé mi impresión diagnóstico mencionando –por supuesto- la de fractura de clavícula inmovilizada con vendaje de Velpeau.

Durante el segundo año el programa de estudios ofrecía trabajo de laboratorio para estudiar fisiología y bioquímica y los profesores eran personas mayores, respetables, y con fama de tener muy mal carácter. Los estudiantes, que apenas llegábamos a los veinte años de edad, sentíamos esto como un claro desafío por lo que de entrada los bautizamos con apodos. Al de fisiología le pusimos por sobrenombre “El Ranas” porque la mayoría de las prácticas serían realizadas con tales batracios; al de bioquímica –quien cuando se enojaba corría al alumno y antes de que saliera le aventaba el borrador- le dijimos simplemente “Don P” evocando la inicial de su nombre de pila. Yo seguía sintiendo la responsabilidad de tener ejemplar conducta porque entonces mi papá era el director de la escuela, pero me veía atrapado en un código absurdo, no escrito pero mandatario entre los jóvenes, que prescribe jamás delatar a un compañero. Por lo tanto tenía que permanecer callado cuando se hacían bromas a los docentes. Bromas inocentes porque ni siquiera agraviaban a la persona. Una de ellas resultó tener tremendos resultados para mí, aunque no hubiera sido culpable de ella: un condiscípulo tuvo la ocurrencia de depositar los restos de las ranas disecadas en la bolsa de la bata del profesor, varias veces durante la clase, sin que él se pudiera percatar

mientras no metiera su mano en donde se encontraba el cuerpo del delito, quiero decir de la broma.

No supe que fue lo que ocurrió pero el día del examen llegué bien preparado y me presenté ante tres sinodales que me preguntaron lo que quisieron, a lo que contesté nervioso pero convencido de que mis respuestas resultaban adecuadas. Terminé mi respuesta y el presidente del jurado –que era “Don P”- me indicó que saliera para esperar la calificación. Al salir encontré ahí a casi todos mis compañeros porque como mi apellido me hacía ser el primero de la lista y pasaríamos siguiendo ese orden, todos tenían interés en preguntar mi impresión de la mecánica seguida en la sala del examen. Se los pude explicar en detalle porque el jurado deliberó demasiado tiempo. Al cabo me llamaron. Cuando entré, el presidente me indicó que me preguntarían otras cosas a lo que yo asentí convencido que así acostumbrarían examinar a los alumnos. Mi respuesta me pareció satisfactoria y supuse que también al jurado porque el presidente me volvió a indicar que saliera y esperara la calificación. Cuando salí encontré a mis compañeros extrañados, parecía que no les había parecido normal que tardara tanto y que saliera sin resultado. Me volvieron a llamar y me volvieron a interrogar lo que a nadie pareció normal. Por último, me otorgaron la mínima calificación aprobatoria. Nadie comprendía lo que había ocurrido, en especial porque tal liturgia no se repitió en ningún otro caso del examen de esa materia.

Mucho tiempo después, cuando me preparaba para emigrar, visité a “Don P” para darle las gracias por sus enseñanzas pues había sido mi maestro en varias asignaturas. Le llevé un regalito sencillo para expresar mejor mis sentimientos. Entonces, de manera inesperada, se sinceró conmigo y me platicó que “El Ranas” había entendido que yo era el autor de las bromas y se propuso a no dejarme seguir adelante en la carrera de medicina y fue gracias al buen juicio de los otros dos sinodales y a la manera como defendí mis conocimientos que el escollo pudo superarse aunque... a regañadientes.

No dudo de que el hecho de que mi padre fuera profesor de dos materias durante los tres años que cursábamos en esa Escuela, las exigencias de aquel profesor que me impresionó de manera indeleble y otro asunto que quizá describa en otro medio, inculcaron en mí la dedicación al estudio porque, al término del plazo dicho, la Universidad me distinguió otorgándome un diploma por obtener el promedio más alto de calificación; para mí fue inquietante, emocionante y satisfactorio que compartí tal mérito con mi mejor amigo, con quien me reunía a estudiar los temas más difíciles para combinar nuestros sistemas: yo los explicaba en detalle y el los repetía con memoria fotográfica. También me formó el rigor que me mostró el director del plantel,

que era mi padre y me trató como a cualquier alumno, por ejemplo: acudí a cumplir una tarea al laboratorio de patología y utilicé para ello el microtomo (un aparato que congela una porción de tejido orgánico y permite cortarlo en rebanadas transparentes que se colocan en una laminilla de cristal para teñirlo y verlo en el microscopio). Tratando de aprovechar mi tiempo al máximo fui a trabajar fuera del horario escolar y entré sin dificultad porque el profesor me había dejado abierta la puerta. Trabajé solo y con cuidado, recogí el material y dejé todo limpio y ordenado. Pero el velador notó mi presencia (que jamás traté de ocultar) y lo reportó. Al día siguiente la dirección me mandó un extrañamiento y la sentencia de expulsión temporal de la escuela. Se lo informé al profesor de la materia –que era también subdirector– quien intercedió por mí y logró que me levantaran el castigo el mismo día.

La disciplina de estudio rindió también sus frutos durante el seguimiento de la carrera en la ciudad principal del país por lo que ocurrió al término de uno de los cursos cuya sede era el antiguo instituto de la especialidad que me gustaba, que en la zona de auditorios lucía murales pintados por el mejor de los muralistas del ámbito nacional y mundial, quien había plasmado en ellos a todos los personajes de la historia médica de referencia quienes de ese modo resultaban mudos testigos de las actividades de médicos y de estudiantes. El sitio exacto era un aula de aquellas que ahora solo se ven en las fotografías antiguas de los libros de historia: una especie de palenque en cuyo centro se desempeñaba el profesor y en un graderío semicircular se sentaban los alumnos, en filas de diferente nivel sobre el piso del aula. El profesor de esa materia caminaba en el semicírculo mirando fijamente a algún alumno –o alumna–, al llegar cerca le soltaba una pregunta y si la respuesta era correcta sacaba de su bolsa una paletita de caramelo y se la entregaba como premio. El día del examen anunció –de última hora– que no aplicaría cuestionario alguno sino que otorgaría a cada alumno la calificación que él pidiera, y nos convocó a solicitarla con honestidad.

Empezó la lista con mi nombre y me preguntó la calificación que debería ponerme. Le contesté con seguridad, le dije: -¡Diez!

Se levantó de su escritorio. Se quedó quieto volteando su cara hacia donde yo estaba sentado, justo en la primera fila. Se acercó a mí clavándome su mirada. Cuando estuvo cerca me preguntó: - ¿Está seguro que merece diez?

Respondí con un -¡Sí!, seco.

Volvió a preguntar: -¿Apostaría sacar diez o cero de acuerdo a la respuesta a una sola pregunta?

-¡Por supuesto!



Hizo la pregunta y recibió la respuesta correcta. Aceptó tal calificación y me felicitó en frente de todos.

Tuve que enfrentar otra situación difícil. Esto ocurrió en un hospital que fue el primero que se fundó en nuestra patria y, por lo tanto, era una construcción muy antigua: un edificio de tipo español, con arquería, fuentes, patios y jardines; escaleras que durante las noches de guardia parecían lúgubres. Los profesores eran personajes muy distinguidos de la medicina mexicana. El titular, un afamado profesor casi homónimo con el director de una orquesta de moda en esa época y su ayudante era el médico titular del equipo de fútbol de millonarios. Impartían la materia de traumatología y ortopedia que incluía la atención de personas quemadas. Sus enseñanzas nos dejaron conocimiento indeleble y nos hicieron sentir médicos de verdad porque a pesar de que nos faltaban dos años de escuela tuvimos que cumplir un programa de guardias nocturnas durante las cuales no teníamos ninguna actividad; solo acompañábamos a los médicos y los veíamos actuar. También nos programaban trabajo dentro de la sala de operaciones, como ayudantes del más bajo rango pues lo que hacíamos era levantar el pie y la pierna del enfermo acostado –sosteniéndolos solo de los dedos–, tan alto como se pudiera, mientras el cirujano y su ayudante hacían la curación. Parece sencillo pero la verdad es que después de un par de minutos la fuerza se agota y no se encuentra la postura adecuada para cumplir el encargo durante la eternidad que dura el procedimiento.

El examen fue un sábado por la mañana y, tanto los profesores cuanto los alumnos, lo que queríamos era empezar el descanso de fin de semana, en especial tres alumnos procedentes de una ciudad provinciana ubicada aproximadamente a cien kilómetros de ahí. Quizá por eso, el profesor titular anunció que no examinaría a cada uno sino que escogería por azar a tres quienes presentarían examen público y el promedio de las tres calificaciones se les otorgaría a cada uno de los demás. Salieron: el primero de la lista (yo) uno con letra M como inicial y otro con letra S. En cuanto presentamos el examen dos de los tres que nos queríamos ir de viaje, nos retiramos contentos porque nuestra participación había sido excelente.

Hay que imaginar nuestro asombro cuando supimos que el promedio de calificación –y por lo tanto la de todos los alumnos– había sido diez, excepto para los que no estaban quienes recibieron nueve. Hasta la fecha no puedo comprender porque si nuestro examen fue para promedio diez, resultamos mal calificados.

La última parte de la carrera incluye un año de práctica en algún hospital general, periodo denominado “Internado rotatorio” durante el cual el estudiante se acostumbra a vivir en el campo de batalla. Los años previos había tenido cercana relación con sus profesores en el aula y somero trato con los enfermos, bajo la tutela del maestro; pero durante este año de internado vive la mayor parte del tiempo dentro del hospital, come ahí todos los días, y se queda durante la noche entera en fechas fijadas por el “rol de guardias”. En la mayoría de los casos el interno no atiende solo a los enfermos sino que está inmerso en un sistema jerárquico de médicos residentes todos dirigidos por los médicos adscritos; solo que el sistema de enseñanza en tal nivel es absolutamente práctico. La atención de los enfermos descansa esencialmente en los residentes de modo que, durante el día, los médicos internos hacen muchas labores administrativas como elaborar solicitudes de estudio, escribir notas (dictadas) y actualizar las órdenes médicas. Pero en la noche, quien atiende primero al enfermo es el interno y, una vez que ha elaborado el expediente y practicado los primeros estudios paraclínicos, avisa al residente para que dé el visto bueno.

Durante una temporada de mi internado rotatorio me asignaron, en pareja, con una doctora que también era médica interna. Trabajábamos las guardias en un área física muy grande que contaba con un pasillo de distribución de las habitaciones para enfermos que estaban situadas a sus lados. En la parte central estaba la base de trabajo de las enfermeras que, quizá por eso, se llama “central de enfermeras”. Al fondo había una sala de trabajo grande, con una mesa central en cuyo derredor fácilmente se acomodaría veinte comensales sentados. Pero no era mesa para comer sino tenía encima varias máquinas de escribir que tecleaban de día y de noche. En un rincón de esa sala había un pequeño apartado rectangular con solo dos paredes de mampostería, una de cristal con sus persianas y la cuarta no existía, estaba abierta a la sala de trabajo. Ese recoveco funcionaba como alcoba de guardia porque estaba amueblada con una litera de metal, un buró y una silla.

Cuando se recibía la guardia siempre había trabajo pendiente que hacer, pero cerca de media noche casi todo se había resuelto y los internos pasábamos al comedor a tomar un refrigerio; después, si no quedaban pendientes, podíamos dormir un poco, vestidos con uniforme quirúrgico por la zozobra de oír la voz de la enfermera llamando a resolver una situación urgente que obligaría a levantarse cuanto antes y empezar a trabajar.

Les cuento que la doctora que hacía la guardia conmigo era tan joven como yo, pues cursaba también su último año escolar; tenía parecido con cierta actriz de moda en las telenovelas (que fue, por cierto, Señorita Jalisco); y, aunque trabajaba como cualquier otro, siempre se daba a respetar como

mujer y en eso hasta abusaba un poco porque escogía lo que más le convenía segura de que los varones se lo concederíamos. En el caso de la guardia, ella escogió dormir abajo y, por supuesto, a mí me dejó dormir arriba... en la litera, por supuesto.

Siendo el punto más débil de la cadena de médicos en atención a los enfermos y siguiendo el mandato de la “Ley de la Cuerda”, un adagio que reza que la cuerda se rompe por lo más delgado, al interno le toca hacer labores incómodas y desagradables, como es curar todos los días las heridas infectadas de los pacientes encamados. El interno tiene que acondicionar su buena disposición y hacerlo de buena gana porque el enfermo padece, además de los olores repugnantes, el dolor y las molestias de las curaciones que con mayor frecuencia consisten en lavado cuidadoso y retiro de tejido muerto con el fin de favorecer la pronta cicatrización. Fue mi caso ante el de un joven del estado de la república que quedaba en sitio tan extremo que se le dice “Hermana República”. Este joven padecía una enfermedad crónica (es decir: permanente) que afectaba su piel y sus músculos. Pero tenía además una complicación muy rara consistente en úlceras de piel llenas de granitos de arena que había que retirar con el mayor cuidado procurando que no le doliera. No estaba infectada pero la pérdida de la piel le exponía seriamente por lo que mi labor sería evitarlo curándolo al menos dos veces al día. Por esto, yo platicaba con él durante horas, contemplaba largamente sus lesiones y -según mi formación- me pasaba preguntando a los especialistas y buscando más respuestas en los libros especializados. Sin percatarme claramente obtuve un conocimiento detallado de esa enfermedad, de sus consecuencias y de los recursos existentes para atender a los enfermos afectados. Solo lo supe meses después cuando, en mi rotación por el hospital de pediatría hice guardia en un servicio de atención a niños en edad escolar. Una noche llegó un paciente con la enfermedad que les he contado. Por supuesto que la identifiqué, diseñé su estudio e inicié las primeras medidas terapéuticas. Le informé al residente de guardia quien tal vez conocía la enfermedad o quizá estaba cansado porque me dijo -por teléfono- que estaba bien que escribiera el expediente, que diera a las enfermeras las indicaciones pertinentes, que hiciera las solicitudes de estudios y que preparara una petición de interconsulta de los especialistas (quienes me habían encomendado antes la curación del joven) para que la autorizara el jefe de servicio.

La mañana siguiente, pasaron visita los especialistas pediatras. Aquel a quien informé lo acontecido durante la guardia me escuchó atento, examinó someramente al niño y, sin decir nada, se retiró a la oficina del jefe de servicio. En seguida, la secretaria se acercó a mí y me pidió que acudiera de

inmediato a esa oficina. Aclaro que en ese hospital las jerarquías eran marcadas y que algunos médicos trataban a los estudiantes en tono altanero y soberbio, por eso no me sorprendió que al llegar a la jefatura de servicio encontrara molestos al especialista y al jefe. Cuestionaron mi diagnóstico y hasta expresaron que ¿Cómo me atrevía a diagnosticar enfermedad tan rara? Contesté que todas las manifestaciones clínicas descritas en los textos estaban presentes en el niño y que solo habría que esperar el resultado de la interconsulta que se proponía, por lo que les pedí que firmaran y autorizaran su trámite.

Es de suponer que el resultado final corroboró mi impresión de diagnóstico. Entonces, el jefe de servicio me llamó a su oficina y se disculpó conmigo. Para ejemplificar su postura dijo: “Si yo encontraré a su abuelita en la calle seguramente no la saludaría porque no la conozco, ni siquiera tengo idea de cómo podrá ser. Pero si usted me la hubiera presentado yo la conociera bien, de seguro la identificaría, me detendría y la saludaría atentamente”. Agregó: “Así nos ha pasado: usted ya conocía la enfermedad y la identificó de inmediato, pero nosotros no”.

En otra ocasión, siendo residente de último año, me hice acompañar por un interno para visitar a un enfermo internado en otro hospital, a quien querían operar de urgencia, en la noche, y necesitaban que se calificara el riesgo quirúrgico. Interrogamos al paciente, lo exploramos, le tomamos un electrocardiograma y lo interpretamos, discutimos brevemente el diagnóstico y le expliqué cómo se clasifica el riesgo. Por fin, le dicté la nota para el expediente. Respetando la jerarquía yo dictaba y él escribía, yo dictaba y él escribía. Cuando terminamos, le pedí la nota para firmarla y antes de hacerlo tuve la precaución de revisarla. Para mi asombro, no decía exactamente lo que había dictado, pero la firmé porque el sentido de la conclusión era la misma. Reprendí al interno, pero a la vez lo felicité por su iniciativa. Al cabo de los años, nos volvimos muy amigos.

En el mismo contexto narraré una nota cómica: Quizá impulsados por exceso de trabajo, los médicos hemos adoptado la mala costumbre de ahorrarnos algunas palabras y sustituirlas por sus siglas, por ejemplo: para escribir el diagnóstico “Cardiopatía Reumática del tipo de la doble lesión mitral”, escribimos: CR/DLM.

Una ocasión que estábamos trabajando en el cuarto de máquinas que antes describí, llegó un neumólogo que acudía a cumplir una interconsulta. Entró a la sala y nos encontró dictando notas.

Escogió una silla y dirigiéndose a mí expresó: -Doctor, me pasa una M. E.

Le pregunté lo que quería y el aclaró que necesitaba una Máquina de Escribir.

Se la acerqué al tiempo que decía: S. I.

Me preguntó: ¿Cómo dijo?

Le contesté: ¡Que sí!

Al término de la especialidad, los egresados de la institución en que me formé, en especial quienes la cursábamos en la principal unidad hospitalaria del sistema, recibíamos un diploma expedido por la propia institución cuya validez era por supuesto aceptada por el departamento de recursos humanos de tal modo que quienes tuvimos la oportunidad de ser contratados como especialistas nos conformábamos con ese comprobante y despreciábamos o, mejor dicho, no aquilatábamos lo suficiente el título profesional que concedía la más importante universidad del país. Con actitud semejante yo dejé pasar el tiempo antes de gestionar, correctamente, la obtención del documento y su registro en la entidad gubernamental encargada de autorizar la práctica del ejercicio profesional.

Fue varios años después que me pareció conveniente hacer ambos trámites y organicé mis actividades para presentar una solicitud en la oficina de rectoría.

Al llegar a la ventanilla recibí la grata sorpresa de encontrar en ella un rostro conocido: el de un paisano mío a quien conocía aunque no habíamos tenido una relación de amistad. No obstante eso nos saludamos con afecto y él me orientó perfectamente en los detalles del trámite informándome también que por lo general resulta fácil. Reuní los requisitos, llené la solicitud, pagué los derechos y esperé el plazo perentorio. Al término acudí contento a recoger mi título. Saludé al paisano quien me contestó muy serio: el trámite no había concluido y el título no estaba listo porque el expediente no contenía la calificación correspondiente a las prácticas especiales en horario programado a lo que llamamos “Guardias” y consiste en permanecer noches enteras en los servicios de atención de los enfermos, con periodicidad aproximada a una noche si y otra no; claro que sin descansar en el horario diurno. Me dijo que todo lo demás era correcto, que mis calificaciones eran buenas, pero que se necesitaría que demostrara que cumplí esas prácticas o que las repitiera con programa especial.

La perspectiva me pareció casi imposible de superar. Le respondí: ¿Crees que mi esposa acepte de buena gana que yo vuelva a hacer guardias durante dos años? ¿Aceptará con facilidad que le diga que no voy a dormir en

casa cada tercer día? Él se sonrió porque la conocía en persona ya que su hermanita había sido compañera de mi esposa y ellas si se trataban como amigas. Se me quedó mirando y dijo ¡Pues si!, es verdad, no creo que acepte. Le pregunté si había otra posibilidad. Me contestó: -Pide una constancia en el hospital en que cursaste la especialidad. Imposible pues ese hospital ya no existía dado que se derrumbó en tremendo terremoto. Me dijo: Visita al profesor del curso y que te dé una carta de presentación informando que te conoce, que fuiste su discípulo y que hiciste las guardias. Ese profesor titular era en realidad un médico mayor, de gran prestigio, que casi no asistía al hospital y, por supuesto, no nos conocía. Ocurrió una vez que yo tenía programada una conferencia ante mis condiscípulos y el profesor titular sería mi tutor. Lo visité en su consultorio particular y le comenté el caso y el plan de presentación que ya tenía. Me escuchó someramente y sin mayor comentario indicó que estaba bien. El día de la presentación llegó un poco tarde. Yo lo estaba esperando, por cortesía, pero eso no le pareció, me dijo: - Ya debía haber empezado. Empecé una presentación audiovisual elegantemente documentada y relatada de manera amena (al menos así me parecía), pero al cabo de un rato el profesor titular me interrumpió, dijo es suficiente. Se levantó y se retiró cortando mi conferencia a medias y dejando perplejo a todo el grupo. Tuve que preguntar a mis compañeros si querían que continuara, y como el tema era interesante ellos aceptaron sin reparo. Pues bien, acudí a buscarlo y encontré que su consultorio ya estaba cerrado. Busqué su teléfono en el directorio y llamé para pedir una cita, sin mucho entusiasmo porque dudaba que me recordara. Peor salieron las cosas porque la respuesta a la llamada fue fatal: el profesor ya había muerto.

Acudí de nuevo a rectoría y le conté mi odisea a mi paisano a quien esta vez encontré de buen talante. Me dijo que había continuado con mi trámite y que ya casi se completaba, pero que sería mejor si conseguía alguna carta de recomendación de los profesores del curso. Recordé entonces que si había dos profesores que se habían dedicado especialmente en nuestra formación. Los visité y les conté mi penuria. A los dos les pareció divertido imaginarme haciendo guardias como cualquier residente; se rieron pero me dieron sendas cartas con lo que el difícil trámite se superó.

Como me arrepentí de haber incurrido en tal desidia.

## Tercera.

Me amenazaron de muerte.

Ya he dicho como un médico en formación termina su preparación teórica en las aulas y se integra al servicio de una unidad hospitalaria para practicar la medicina bajo la consideración, las órdenes, la dirección y supervisión de médicos con sobrada experiencia quienes de acuerdo con el momento de atención de los pacientes ofrecerán al estudiante una explicación, una demostración, una tareíta, o le soltarán las manos para que haga las historias clínicas, tome decisiones, escriba las recetas o realice los procedimientos.

Con la intención de practicar con la tutela de los especialistas más calificados y con el riesgo de trabajar solo con la papelería de los expedientes, solicité cursar ese año de internado rotatorio en las unidades que constituían el mejor centro médico del país: se conceptuaba *non plus ultra*. Ya para empezar ocurrió que los médicos, de esa y otras instituciones, se declararon en huelga exigiendo mejor trato porque, según decían, ahí se les trataba como obreros lo que distaba muchísimo de la imagen tradicional del médico ante la sociedad.

Como el periodo de tiempo proyectado correspondía con un curso escolar, las autoridades de la universidad ofrecieron alternativas. De esa forma fui a dar a una importante ciudad costera conocida como el lugar más atractivo para el turismo, aunque situada en la costa brava. Era un paraíso terrenal, lugar al que se antoja ir pero no a trabajar sino a disfrutar de la vida. Yo recibí parte de trabajo y parte de disfrute porque me asignaron a una clínica hospital pequeña situada en un lugar alto, a las orillas de la ciudad, por lo que la vista del mar y de los atardeceres resultaba esplendorosa. Éramos dos pasantes con asignación de guardias de veinticuatro horas de trabajo por veinticuatro de descanso. Pero, desde el punto de vista jerárquico, ocupábamos el puesto más alto. ¿Qué más importante que el médico para un hospital?, claro que desde el punto de vista laboral porque en realidad lo más importante siempre serán los enfermos. Vistos así, el personal restante nos consentía, por ejemplo: un oficial de intendencia, que era pescador en sus ratos libres, llevaba con frecuencia mariscos frescos que entregaba en la cocina y la dietista o las cocineras no dudaban en preguntarnos como los apetecíamos. El director de la unidad asistía diario, pero algunos especialistas solo iban por llamado; si no se les necesitaba ni se paraban salvo para contratar al médico interno en descanso

como ayudantes de alguna operación que tuvieran programada en el medio privado. Así, nos la pasábamos muy bien.

Un día domingo en que estaba yo de guardia y en el que había tenido en general poco trabajo, ya al atardecer hubo mucho movimiento porque llegó el presidente municipal de otra localidad a traer a su señora que se encontraba en trabajo de parto. El presidente venía tomado, los familiares asustados porque les parecía que el parto era anormal y la parturienta, adolorida y asustada también llegó “en un grito”.

Yo la recibí, acompañado como debe ser por la enfermera correspondiente al servicio, la pasamos y comenzamos su atención. La exploré y todo me pareció correcto por lo que la sedé y le di instrucciones a la enfermera para coordinar la atención. En eso me informaron que el esposo deseaba hablar conmigo. Me puse la bata blanca sobre el uniforme azul de cirujano y salí ataviado con un gorrito azul y un cubre bocas que deslicé hasta el cuello. El presidente municipal me recibió gritando y blandiendo una pistola escuadra me amenazó diciendo: -No estoy para procrear muertos, esta vieja ya tuvo dos abortos por lo que si mi hijo se muere, morirán también ella y usted.

Yo traté de tranquilizarlo hablando suavemente y explicándole que la situación podría superarse bien, que pondríamos todo de nuestra parte, pero que, como siempre ocurre en un parto, podría tardar un poco en resolverse. Volví a la sala de partos y desde ahí informé al personal de la clínica de lo que estaba sucediendo y les solicité que llamaran al director para que acudiera de inmediato.

No se pudo localizar al director pero estando ya tranquila la señora el trabajo de parto se facilitó y un varoncito nació con toda normalidad y magnífico peso.

Llevé al bebé, ya limpio, a los brazos de su padre quien lo recibió muy contento. Cambiando por completo su actitud, y como pudo, me abrazó y me dio las gracias. También me ofreció que me fuera a trabajar en su pueblo en donde me daría clientela, facilidades, casa, terrenos, animales y mujeres... en ese orden. Por mi parte me mostré contento pero le expliqué que tenía otros compromisos que cumplir pensando para mí: ¿Y si se vuelve a enojar conmigo?

Desde que el Presidente de la República decretó que no se trabajara los sábados, estos se volvieron días muertos, en especial después del mediodía y en establecimientos no comerciales, es decir, los que ofrecen servicios. Así, quien se enferma en sábado o domingo difícilmente encontrará a un médico dispuesto a atenderlo, excepto, claro, si se traslada a algún centro hospitalario.



Pues bien, un sábado cualquiera, pasando el medio día, recibí la llamada telefónica de otro médico, amigo mío, cuya especialidad es la pediatría. Me llamaba preocupado porque un familiar suyo, quien trabajaba como secretaria al servicio de una persona para nosotros desconocida, le llamó diciendo que su jefe estaba en coma y que ella sospechaba que había ingerido sobredosis de tranquilizantes. Mi amigo, médico, me pidió que asistiera yo al domicilio del enfermo y viera que se podía hacer, me dijo que ya había buscado a algún especialista en medicina interna o en psiquiatría pero que, como yo comprendería, ninguno estaba disponible. Me insistió en que la situación podría ser de vida o muerte y explicó que él mismo no asistía porque su especialidad lo hacía sentir muy alejado de la posibilidad de resolver tal problema.

A regañadientes acepté acudir, porque en esos momentos me disponía a comer con mi familia. Anoté en una tarjeta el domicilio y traté de entender las señas que me dio para tratar de facilitar mi llegada, pues según él entendía, el paciente pudiera morir pronto. El domicilio era en un fraccionamiento de lujo situado en una cañada, que es residencial, de grandes avenidas bordeadas por largas bardas y sólidos portones; por lo tanto, carece de “tienditas” lo que me dificultó llegar dado que no había a quien preguntarle por el sitio. Aunque me retrasé un poco llegué por fin a una residencia en la calle y número anotados. Esta se veía completamente sola y silenciosa sobre todo porque la gran fachada era un muro enorme de piedra y tenía un portón, también bastante grande y pesado de madera labrada. Toqué con la aldaba porque no había timbre: TOC, TOC, TOC y tuve que esperar la respuesta unos minutos al cabo de los cuales, rechinando, se abrió una ventanita, instalada en la misma puerta, por la que se asomó un ojo y parte de la cara de una persona. Le indiqué que era el médico y le señalé quien me había pedido que acudiera. La persona, que resultó ser un empleado, me contestó que abriría en seguida y me hizo esperar otros minutos que me parecieron largos ante el apremio de la aparente gravedad del asunto.

Por fin ingresé a la residencia y observé el jardín, muy grande rodeado parcialmente por un camino de baldosas por el cual nos dirigimos a la casa, que era de piedra y parecía castillo, con almenas y todo. Me llamó la atención que en el jardín había muchos perros de los llamados policías por lo con ingenuidad le pregunté a mi guía: ¿Muerden? A lo que contestó terminante y con una sonrisa en los labios ¡No!

A la entrada de la casa toda amplitud era basta. Amplísimo recibidor cuyas paredes eran también de piedra, tenía una chimenea en el fondo y una armadura medieval por un lado; en el centro una mesa de madera, gruesa - como para doce personas- con sus respectivas sillas y, al fondo una escalera

estrecha, que subía en “caracol” como si rodeara una torre. Arriba un pasillo estrecho, de varias puertas cerradas, todas de madera, pequeñas y con vidrios rectangulares, también pequeños, que solo permitían ver las cortinas. El corredor estaba abierto al aire libre, con vista hacia el jardín y tenía un barandal rústico de madera entintada.

En ese momento salió una señorita a recibirnos. Ella era la pariente de mi amigo médico, una mujer joven, de corta estatura, delgada, elegantemente vestida pero poco maquillada. Me saludó muy amable, agradeció que haya aceptado ir en mis horas de descanso y me pasó a una de las habitaciones a la cual no se llegaba directamente sino pasando una antesala. En esa recamará había dos camas “gemelas” con un buró intermedio y sendas cómodas cajoneras, pegadas al muro, frente a los pies de cada cama. En la cama del fondo había un varón, también joven, acostado inerte. La anfitriona me informó que había llegado hacía un rato y lo encontró así, que no respondía a ningún estímulo y señaló un envase de tranquilizantes que parecía vacío por lo que ella dedujo que los había ingerido con fines quizá suicidas.

Le pedí autorización para explorarlo y ella la concedió. Deposité mi maletín de médico en el suelo, a un lado de la cama en la que se encontraba el enfermo. Extraje de ahí mi estetoscopio y el aparato de la presión arterial con intención de iniciar el examen registrando los signos vitales (llamados así porque dan clara idea del estado de gravedad de una persona). Al explorarlo me pareció que estaba durmiendo pues su respiración era tranquila (esperaba encontrarlo con dificultad para respirar por lo que supuestamente había tomado), le medí la tensión arterial y le conté el pulso, le escuché el corazón y examiné sus reflejos encontrando todo bien. El primer diagnóstico que se me ocurrió fue que se trataba de una persona neurótica fingiendo intoxicación, o que estuviera muy dormido por efecto de los sedantes pero no dejé de notar que respondía a la provocación con estímulo doloroso.

Aunque pensaba que el pronóstico no era grave, hablé con la secretaria –ahí presente- y le propuse ampliar su estudio y establecer un plan de vigilancia para lo cual me parecía prudente solicitar una ambulancia y trasladarlo a un hospital cercano. No bien había yo hablado cuando el intoxicado se levantó de la cama hecho un energúmeno y gritando que nadie lo movería; se acercó a la cómoda cajonera correspondiente y, mientras yo colocaba con prontitud mis instrumentos en el maletín, él sacó una pistola y me apuntó con ella. La secretaria se interpuso, le sostuvo la mano y le ordenó que se calmara aduciendo que yo era un médico y solo buscaba su bienestar.

Aprovechando esa intervención salí corriendo a la antesala pero tomé la puerta equivocada y fui a dar a un balcón en el que se encontraban dos perros pastores que de inmediato se levantaron y empezaron a ladrar. Cerré la puerta

y busqué salida, esta vez correctamente me encaminé a la escalerita de caracol oyendo los gritos de la joven que contenía al loco. Al bajar las escaleras recordé que más o menos a mitad de trayecto había un nicho grande que estaba vacío y decidí meterme ahí armado de mi maletín que, algo pesado por contener el instrumental y el electrocardiógrafo, me serviría de defensa en caso necesario. Por supuesto que no quise llegar corriendo a la planta baja ni salir al jardín en donde había una verdadera jauría.

Cuando me detuve en el nicho solo escuchaba los latidos de mi corazón muy agitados y mi respiración jadeante, pero ya no había gritos ni había escuchado detonación alguna. Esperé un poco sin saber que hacer. En eso, oí en la escalera los pasos calmados de la secretaria que amable me pedía perdón por lo ocurrido y me explicaba que ya estaba la situación totalmente controlada. Comedida me acompañó hasta la puerta y ahí me despidió con corrección imponiendo con su presencia el respeto absoluto de los canes.

Llegando a mi casa, repuesto casi por completo, le llamé a mi amigo y le conté lo sucedido. El se mostró asombrado y, por supuesto, apenado. Me ofreció una disculpa argumentando que jamás hubiera imaginado que las cosas sucederían así y me preguntó:

¿Cobraste?

Yo respondí terminante: ¡Claro que les cobré!

Siendo cardiólogo de una importante institución cuya función principal es la procuración de salud a los trabajadores y a sus familias, con muchos años de experiencia, tuve oportunidad de tranquilizar un par de veces a familiares de algún paciente grave que disgustados porque sentían que la atención que previamente se les había brindado resultaba perjudicial a su pariente y expresaban ante mi la intención de cobrar venganza en la persona de algún médico.

Procuraba yo convencerlos de que la intención del médico siempre es la de que mejore el estado de las personas a quienes atiende y que hay ocasiones en que la enfermedad ha superado a las medidas terapéuticas, o estas no han resultado lo suficientemente enérgicas ni son suficientes para resolver el mal y asegurar, con mis mejores argumentos, que el error médico siendo propiciado por múltiples factores no debiera despertar ningún sentimiento de rencor, y menos cuando se ha solicitado ya la intervención de alguien con mayor experiencia como es el especialista y se ha trasladado al enfermo a un centro de atención con mejores recursos.

También tuve oportunidad de enterarme del caso de un compañero médico general que salió a abrir la puerta de su casa atendiendo al llamado del timbre de la calle y se encontró con una persona que le preguntó por su

nombre y al identificarlo sacó una pistola y le disparó varias veces dejándolo mal herido, con tal suerte que su atención inmediata y eficaz le salvó la vida ante un atentado que nunca se supo de quien vino.

El caso es que atendí a una mujer que procedía de otro poblado. Era una señora grande, un poco gruesa, con su pelo casi blanco que era traída a consulta por sus hijas porque se había desmayado varias veces. La enferma me relató que se sentía mareada, se le oscurecía la vista, perdía el equilibrio y el sentido, caía al suelo con violencia tal que se había lastimado varias veces. Una de las acompañantes me platicó que duraba un rato “como muerta” y después sola se despertaba, pálida y temerosa pero con pronta recuperación de sus facultades. Al examen le encontré el pulso lento y la presión aumentada, entre otros hallazgos que no narraré. Le tomamos un electrocardiograma (que es el registro de la actividad eléctrica del corazón) pero este no aportó mayor información. Les propuse hacer una prueba de provocación que consiste en masajear en el cuello un punto en donde se encuentra el seno carotideo, situado en el lugar en donde se bifurca la arteria carótida principal, y funciona como un sensor que permite ajustar el tono vascular cuando es estimulado por un aumento de la presión en el interior de la arteria con la finalidad de “proteger al cerebro”. Con todo cuidado, estando presentes el especialista, una enfermera general y una bióloga encargada de manejar el monitor electrocardiográfico empleado para vigilar la seguridad del paciente y también para registrar los cambios observados en el trazo en una tira de papel milimétrico termo sensible, hice la maniobra obteniendo como respuesta la detención del corazón durante casi seis segundos. No fue necesario iniciar maniobras de reanimación ni aplicar medicamentos porque el ritmo del corazón se recuperó bien y la paciente permaneció alerta, respirando y conversando.

Cuando le pregunté que había sentido me informó que un leve mareo semejante a la manera como le solían empezar los desmayos motivo de la consulta. Le diagnosticué “síndrome de seno carotideo” y, como corresponde, le indiqué la necesidad de implantar un marcapaso cardiaco permanente que la protegiese tomando el mando del corazón en el momento de esos paros cardiacos.

Como siempre ocurre en estos casos, las personas se afligen más por el costo del procedimiento que por el riesgo ya que se les explican ambos de manera cuidadosa. Ante esta dificultad yo les propuse instalar cuanto antes un equipo de uso temporal, que es mucho más accesible que uno definitivo porque solo se compra el electrodo que conecta el interior del corazón con un equipo de estimulación, con el que ya contamos. De cualquier manera es necesario ponerlo en un sanatorio por las condiciones de limpieza y el apoyo

de los rayos X que facilitan la colocación intracardiaca de la punta del electrodo. Les dije que resuelto así, se dispondría de tiempo y se tendría la calma suficiente para resolver la instalación del equipo definitivo.

Como de cualquier modo el asunto era delicado decidieron convocar a la familia incluyendo a una hija que trabajaba como profesora en otro estado de la república y a un hijo que se encontraba preso, para lo cual me pidieron que extendiera sendos informes justificantes, lo que hice pronto. Cuando se comunicaron con la profesora ella informó que tenía a su mamá registrada como beneficiaria del servicio de seguridad social que le concedían en su trabajo y que existía la posibilidad de trasladarla a las instalaciones correspondientes para que fuera intervenida. Les contesté que esa sería una solución muy adecuada.

Mientras esperábamos que se cumplieran con los trámites correspondientes al traslado sucedió algo inesperado que se convirtió en tormenta.

Estando yo en mi consultorio, ya casi para terminar la jornada, acompañado solo del personal que me ayuda, llegaron varias personas encabezadas por un varón fornido a quien yo no conocía y de quien supuse sería aquel a quien le había extendido justificante para salir de la cárcel para visitar a su madre. Llegaron gritando y de muy mal humor, y esa persona me indicó que ya sabían que yo había provocado la enfermedad de su madre y que me imaginara lo que sucedería si ella moría. Le pregunté porque decía tal cosa, a lo que me contestaron que había llamado a otro cardiólogo para pedir una segunda opinión y que él, sin informarme, la revisó y recomendó quitar el marcapaso que yo le había instalado y estudiar mejor el caso porque las alteraciones con que indiqué el procedimiento habían ocurrido por provocación mía.

Entonces les recordé, a las hijas que la trajeron y que por suerte estaban ahí presentes, que el motivo de la consulta era exactamente los desmayos, que ellas mismas la habían visto “como muerta” durante cada episodio, que habían autorizado la prueba de estimulación de seno carotideo y habían estado presentes durante ella pudiendo percatarse que a pesar de que la respuesta había sido anormal la enferma no estuvo en situación de peligro ni había sido necesaria auxiliarla para que se recuperarla, que se habían percatado también de que el procedimiento de implante de marcapaso temporal no había tenido ningún mal efecto y que, estando ahí presente la hija profesora que le brindaba la posibilidad de atención institucional, le recomendaba yo que comentara el caso con un cardiólogo de su localidad o que de una vez la trasladaran a la unidad que ya habíamos platicado y que fueran esos expertos quienes dijeran la última palabra. Mis argumentos les parecieron aceptables porque

deliberaron un poco, calmaron al enojado, me expresaron su decisión de trasladarla como ya estaba planeado y se disculparon conmigo, pero... el susto ¿quién nos lo quitaba?

Habiendo asistido a una reunión médica en la “Cenicenta del Mar”, en donde el ambiente fue muy festivo porque se festejaban las bodas de plata de importante asociación médica, volvíamos a nuestro lugar de origen, invadidos de cierta sensación de euforia. El vuelo de regreso era un poco largo y, por lo tanto, resultaba cansado después de setenta y dos horas de actividad continua, por lo que teníamos la sensación de urgencia por llegar. Dos horas de incómodo y aburrido vuelo incitan a buscar que hacer, en especial cuando el librito que se lleva para entretener el viaje, ya fue leído por completo.

De pronto una señora regresa nerviosa a su asiento y al pasar por el pasillo dice: Un muchacho se paró. Me pongo de pie y volteo hacia la parte trasera del avión. Observo mucho movimiento de pasajeros y decido acercarme y preguntar si necesitan a un médico. Camino de prisa por el pasillito, pidiendo permiso para pasar.

Al llegar encuentro a un sobrecargo a quien le digo: ¡Soy médico!, ¿puedo ayudar?

Me contesta: ¡Sí! Pase por favor.

Se trata de un individuo masculino, joven (entre veintitrés y veintisiete años), delgado pero fornido; sentado en el suelo y recargado en la pared del avión; flanqueado por dos personas corpulentas -con aspecto de ser pasajeros- una de ellas con un cinturón ancho -tejido- en las manos, y la sobrecargo principal en frente. El joven tiene los brazos extendidos al frente, las manos juntas y la cabeza inclinada entre los brazos. Solloza y repite de manera redundante que no quiere regresar porque lo maltratan y lo quieren matar (no dijo quienes ni porque), al tiempo que me muestra rasguños en sus brazos y afirma que “ellos” se los hicieron.

Al decirle que no volamos de regreso sino que estamos por llegar a nuestro destino, él contesta: “como vamos a llegar si el viaje tarda treinta y cinco horas y llevamos muy poco tiempo”.

Yo le digo: ¡Soy médico!, te voy a acompañar y a cuidar para que no pase nada; le repito: -¡Todo está en calma!, al tiempo que froto suavemente su espalda y acaricio el dorso de su mano.

Me pide que me identifique. Le enseño mi credencial y él la da por buena.

Mientras estoy a su lado le palpo el pulso y lo encuentro amplio y rítmico, con frecuencia alrededor de ochenta latidos por minuto; lo noto un

poco pálido pero no demacrado; sus ojos no están irritados y las pupilas parecen normales, aunque no exploro los reflejos.

El problema es que esta persona se levantó de su asiento de repente, se abalanzó hacia la salida de emergencia de la parte de atrás del avión e intentó abrirla. La sobrecarga, que se encontraba cercana, corrió hacia él cuando lo vio ingresar en la zona prohibida, le gritó que no tocara esa puerta y como él siguió su idea, la sobrecarga, armada de valor, trató de detenerlo luchando con él. Por supuesto que el tipo la maltrató porque tenía mucha fuerza. El fragor de la batalla llamó la atención de los pasajeros de las filas posteriores por lo que dos de ellos acudieron con presteza a auxiliar a la valiente chica. Lograron dominarlo poco antes de que yo llegara.

Mi primera impresión es la de una reacción de pánico por claustrofobia. Pregunto si tienen a la mano algún tranquilizante. El supervisor de a bordo responde que traerán el botiquín para que yo lo revise; no puedo utilizarlo porque está cerrado con candado. Van a buscar la llave pero al regresar me dicen que el capitán no autoriza administrar medicinas porque “no se puede saber la manera en que reaccionara”. Me preguntan si es mejor amarrarlo, yo contesto que no es necesario. El supervisor le dice a la sobrecarga que vuelva a sus actividades y que él nos acompañará; yo sugiero que la dama se quede porque ella resultará familiar a la persona que atendemos y, por lo tanto, le infundirá confianza. Le pregunto al joven si prefiere pasar a su asiento pero la sobrecarga me informa -hablándome al oído y con voz muy baja- que el procedimiento señala que debe mantenerse separado de los demás pasajeros. Respondo que nos apegaremos a esa indicación. El enfermo, nervioso, repite sus argumentos sin cesar, pero al cabo de un rato se tranquiliza, baja las manos y aprieta el nudo de su zapato, lo que percibo como señal de que ha recobrado cordura. En ese momento llega otro sobrecarga que trae unas cuerditas en la mano y me informa, con discreción, que el capitán ordena que se sujete. Le pido que repita la orden. Él lo hace. En ese momento, les digo que no puedo ayudar más y regreso a mi asiento.

Puesto que tuvo una reacción inesperada e inusual, de alto peligro; que hubo que someterlo por la fuerza y no con razones; que su lenguaje era coherente pero incongruente con las circunstancias y resultaba reiterativo; que todo esto demuestra delirios: de persecución y de perjuicio y desorientación mental en tiempo y espacio; apretarse la cabeza y repetir la cantaleta bien pudiera ser manía y como la somera exploración física no mostró datos patológicos que fueran ostensibles, concluí que se trató de una reacción psicótica en una persona joven con rasgos de tipo esquizofrénico. No se puede sostener el diagnóstico inicial de reacción de pánico por claustrofobia ni se puede negar efecto de psicotrópicos.

Mientras regreso a mi asiento noto las miradas de admiración del resto de los pasajeros; por cierto, todos sentados y con sus cinturones de seguridad ajustados por órdenes del capitán. Poco después, el supervisor se acerca a mí y me comenta que siempre no lo sujetaron, que aceptó sentarse en su asiento bordeado por los dos sujetos fortachones. Al pasar la sobrecarga, muy seria, caminando como si nada, le noto un moretón en el cuello y escoriaciones en su mejilla, en su brazo y en su antebrazo. Ella es la heroína, todo el mérito que tiene salvar la vida de ciento cincuenta personas, en pleno vuelo, sin provocar pánico es de ella; yo actué al margen de las circunstancias, aunque es cierto que pude tranquilizar a ese enfermo usando solo psicoterapia.



## Cuarta.

Tratamiento revolucionario que resolvió lo que no se creía posible.

En un poblado situado muy por encima del nivel del mar y con fama de ser la ciudad más fría de toda la república, vivía un joven que, en una noche especialmente fría y descuidando a su esposa y a sus dos pequeños hijos, se fue de parranda hasta la capital del estado aproximadamente a cinco o seis kilómetros del pueblo. Es ahí una ciudad próspera que cuenta con tantos servicios cuantos necesita porque estando cerca de la sede del gobierno federal mucha gente se ha mudado para evitar los conflictos de la gran metrópoli aunque tengan que viajar para trabajar en ella; aunque tiene el inconveniente de ser la capital de estado más fría de la nación porque durante la mayoría de las mañanas del invierno amanece a cero grados. Por comodidad la llamaré así: Cero Grados.

Cuando regresaba en su carrito hacia su hogar iba un poco cansado, un poco tomado y había pésima visibilidad en el camino. De repente se topó con un bulto tirado en el camino y, por más que trató de librarlo, lo aplastó y el auto se desvió a la cuneta. Bajó del vehículo para ver cual era el daño y descubrió que el bulto que había pisado era el cadáver de una persona y, por supuesto, se asustó muchísimo. Temblando de frío trató de sacar el auto de la cuneta para darse a la fuga, lo que le costó tal esfuerzo que sentía que el pecho se le abría, que la respiración no le alcanzaba y tuvo un acceso de tos hasta que despejó gruesa flema. Cuál no sería su sorpresa observar, con la escasa luz de los faros de su coche, que la flema era escarlata: ¡Había escupido sangre! No sabía si por el susto, por el esfuerzo o por el frío pero se sentía desfallecer. Una vez librado el carro decidió que en vez de llegar a su casa, con su señora - a quien seguro espantaría también- debía dirigirse al servicio de urgencias de la clínica de la seguridad social en la ciudad de Cero Grados, lo que no quedaba muy lejano. Al llegar, los médicos diagnosticaron insuficiencia cardiaca y la explicaron como consecuencia de un infarto.

No fue fácil rescatarlo porque la insuficiencia cardiaca que complica al infarto del miocardio significa daño importante del tejido del corazón el cual se ha mortificado y perdido su capacidad funcional. Casi todos los enfermos en esta situación mueren en pocos días. No obstante, ésta persona salió adelante aunque quedó tan limitado para realizar actividades que me decía: Al

despertar, lo primero que hago es tomar mi medicina, sino, no puedo ni levantarme a orinar.

Los médicos de Cero Grados ampliaron sus estudios y descubrieron que era portador de una malformación congénita llamada Coartación Aórtica, que consiste en que la arteria principal del organismo se estrecha mucho justo después de aportar los ramos que conducirán la sangre a la cabeza y los brazos. Esta malformación permite adecuada circulación a través de las arterias coronarias, que son las que nutren al corazón, pero ocasiona hipertensión arterial lo que representa una tremenda sobrecarga del trabajo cardiaco; el corazón se hipertrofia al grado de que la sangre circulante por las coronarias llega a no ser suficiente, en especial en condiciones de esfuerzo, frío y estrés.

Como la solución de esa malformación consiste en reseca la porción coartada de la arteria aorta y anastomosar los extremos para librarla del obstáculo a la circulación sanguínea, enviaron al enfermo al hospital en donde yo trabajaba, que era el nivel correspondiente a la cirugía de corazón. Ahí, los cardiólogos completábamos los estudios de los enfermos enviados hasta demostrar que se requería una operación y que el riesgo fuera aceptable. En el caso presente le practiqué arteriografía aórtica, para demostrar la coartación, y coronaria, para comprobar que estas arterias estaban sanas.

Con tales datos lo presenté en la junta médico quirúrgica: una reunión que celebrábamos cada semana, cardiólogos y cirujanos, para discutir aquellos casos de tal modo que la decisión fuera firme en el sentido de que la indicación quirúrgica era absoluta y el riesgo aceptable.

Los cirujanos de tórax del hospital no aceptaron operar a este enfermo porque tenía la presión arterial normal y, según ellos, con eso se demostraba que la coartación no era importante ya que esta malformación es conocida como una de las causas de hipertensión arterial; además, teniendo insuficiencia cardiaca tan limitante el riesgo resultaría muy alto y, por lo tanto, prohibitivo.

Surgió el desafío de abandonar al enfermo –y a su familia- a los azares del destino a sabiendas de que no sobreviviría mucho tiempo.

Discutí el caso en privado con mi jefe de servicio y le propuse intentar un tratamiento novedoso, no ortodoxo y potencialmente riesgoso. Consistía en administrarle medicamentos vasodilatadores, de los que se usan para bajar la presión sanguínea, a sabiendas de que él la tenía normal, pero con el argumento de que su presión arterial era así porque el gasto cardiaco estaba reducido (que mostró el cateterismo cardiaco), es decir que el corazón no bombeaba suficiente sangre para mantener la cantidad deseable, lo que suele ocurrir como consecuencia de que la utilización exagerada de los mecanismos

de defensa del organismo (activados en la hipertensión arterial o la insuficiencia cardiaca y que consisten en secretar sustancias vasoconstrictoras potentísimas) aumentado en demasía la resistencia de las arteriolas al flujo sanguíneo (las arteriolas son las arterias más pequeñas del cuerpo y tienen función de válvula). La hipótesis era que el vasodilatador ajustaría el tono de las arteriolas y permitiría aumentar gasto sanguíneo y tensión arterial. La hipótesis se confirmó, el enfermo se mostró hipertenso, volvimos a cateterizar y a presentar el caso en la junta médico quirúrgica y enfatizamos en la diferencia de los datos de ambos estudios de cateterismo cardiaco lo que fue suficiente para convencer a los cirujanos de la conveniencia de operarlo con un riesgo quirúrgico muy aceptable.

La operación fue exitosa y el enfermo se recuperó rápidamente, le volvieron: el color, las fuerzas y el buen ánimo, y aumentó de peso. Seguí atendiéndolo en la consulta externa del hospital y la última vez que lo vi me platicó que había estado de vacaciones en Acapulco y había nadado en el mar con la libertad de quien está sano.

Pocos años después, radicando en una ciudad capital conocida como La Preferida del Sol, enfrenté el caso de un niño a quien le habían diagnosticado una enfermedad muy compleja: Tenía un aneurisma que le afectaba toda la arteria aorta (Un aneurisma es la dilatación anormal e irregular de una arteria que la deforma y altera la mecánica circulatoria porque el flujo sanguíneo, que suele ser laminar, se torna turbulento) y también a la válvula aórtica (que es la que permite la salida de sangre del corazón hacia la aorta e impide, en condiciones normales, que regrese a la cavidad cardiaca porque de no hacerlo ésta se dilataría y perdería efectividad en el bombeo) dejándola insuficiente. Su caso había sido presentado a los mejores cirujanos del corazón del país pero ellos habían encontrado pretextos para no operarlo sabiendo que la intervención era casi imposible porque el daño extenso de la arteria principal del organismo dificultaría cambiarla toda, además que la intervención tendría que manipular la circulación de las arterias coronarias porque el procedimiento ideal consistía en sustituir la válvula aórtica y la porción inicial de la aorta.

Al conocer de las características del estudio del enfermo noté que contaba con un cateterismo cardiaco completo, es decir con medición de la presión de cada una de las cavidades, el cálculo del gasto cardiaco y de las resistencias al flujo sanguíneo, además de angiografía de la aorta con inyección selectiva –de medio de contraste– de cada una de sus porciones. Mi atención se centró en que el gasto cardiaco era bajo y las resistencias vasculares exageradamente elevadas. Propuse a los padres orientar su

tratamiento en el sentido de reducir las resistencias buscando obtener aumento del gasto, por lo menos mientras se encontraba un camino razonable para efectuar la intervención quirúrgica que requería.

Recurrí a un medicamento vasodilatador sencillo que pudiera dosificar en cantidad adecuada a la superficie corporal del niño, lo prescribí y recomendé a los padres tener confianza en que el medicamento no representaba riesgo y tener, como yo, la esperanza de que resultara efectivo.

La evolución posterior del enfermo mejoró cada vez más, sus estudios médicos (llamados paraclínicos) mostraron que la indicación de operar se había perdido porque su capacidad física era normal al grado de que jugaba fútbol (le recomendé escoger la posición de portero) y creció en tal forma que superó en estatura y peso a sus padres y a su médico, por supuesto. Cuando escribo esto ya es un adulto y está por terminar los estudios de una carrera profesional en cuyo desempeño se mantendrá sedentario en beneficio de su evolución. No obstante, debe continuar su seguimiento y actualizar sus estudios y prescripción al menos dos veces al año ante la expectativa de que la necesidad de cirugía de corazón vuelva a surgir.

## Quinta.

Ofreció pagar con hijas.

¿Qué es lo más importante para las personas?: Pudieran enlistarse varias respuestas. La vida seguro que lo es porque sin ella no hay persona. La fama pudiera ser porque muchas veces trasciende a la muerte de la persona física. En la expresión de casi todos, se deciden por postular que la salud es la primera prioridad, así, se convierte en denominador común entre los deseos del nuevo año. También hay que tomar en consideración la unión familiar que siendo la primera célula de la sociedad, simboliza fortaleza y resulta motivo de tranquilidad. No obstante, es notorio que lo que más importa a las personas es el dinero, ya sea el propio obtenido en el transcurso de la vida o el imaginario que se quiere aunque no se cuente verdaderamente con el.

Narraré ahora el caso de un enfermo diabético, hipertenso, ciego y grave. Resulta que yo ya lo conocía porque acudía de manera periódica a visitarme en mi consultorio; como no era muy asiduo, en algunas ocasiones me pidió acudir a su domicilio lo que hacía yo con gusto por la sensación de prestarle la mejor atención. Por todo esto yo conocía bien a su familia, pero no había tenido acercamiento de amistad. El enfermo era octogenario y vivía con su esposa que era también señora mayor, y tenían tres hijas solteras y bonitas; por cierto que las tres eran diferentes en sus facciones, color de la piel, tipo de pelo y carácter.

Una noche me llamaron con urgencia solicitando la visita a domicilio. No era tarde y no me había retirado a descansar y como su casa no estaba lejos de la mía, llegué a su lado en tan solo unos minutos. Lo encontré moribundo: casi desmayado, con los labios amoratados, la respiración muy agitada, tos constante y un sonido en el pecho como el que hace una olla al hervir. Su presión arterial era baja y la frecuencia cardiaca acelerada e irregular; además tenía las piernas muy hinchadas y la glucosa... por los cielos. Le apliqué ligaduras en los brazos, a nivel de las axilas, y en los muslos, lo más cercano a las ingles. Administré un medicamento debajo de la lengua, para que su absorción fuera inmediata, y solicité traslado a un sanatorio que quedaba a la otra cuadra. Habiendo llegado improvisamos una unidad de cuidado intensivo colocándole un monitor electrocardiográfico y una bomba de infusión intravenosa en una habitación normal, y contratamos a una enfermera de cabecera. Iniciamos su tratamiento ajustando las dosis cuidadosamente de acuerdo con la evolución clínica y con los resultados de laboratorio que el

equipo de químicos realizó en forma periódica hasta obtener la normalidad del funcionamiento de su organismo. Al cabo de un par de días, cuando ya se sentía y estaba bien le informé que la situación estaba bajo control y que podría volver a su casa en el momento que él quisiera. Ante el resultado exitoso el enfermo me declara: Gracias doctor, ha salvado usted mi vida. Como no tengo con que pagarle, escoja usted alguna de mis tres hijas, aquí presentes.

Entre las peores dificultades que puede enfrentar el médico esta la de tomar decisiones cuando se trata de un paciente grave, en estado terminal. Sin embargo hay que decir que si le llaman pidiendo que preste su atención no puede negarse ni amilanarse. Lo primero que debe hacerse en estos casos es informar con veracidad y al detalle los aspectos concernientes al pronóstico, a la efectividad de los recursos terapéuticos con que se cuenta y cotizar aunque sea someramente el costo de la atención permitiendo que la decisión sea tomada en conjunto.

Cuenta un chascarrillo que en el momento en que un médico explicó a su paciente que ya no tenía nada que hacerle y que moriría muy pronto y le pidió que expresase su última voluntad, el enfermo contesto: ¡Que traigan a otro doctor!

Algo así es el motivo de la siguiente narración: El caso de un enfermo mayor de sesenta y cinco años de edad con padecimientos antiguos y muy complicados (diabetes, insuficiencia renal y respiratoria) que de pronto sufre un infarto cardiaco extenso acompañado de insuficiencia cardiaca (la unión de las tres se denomina insuficiencia orgánica múltiple y si se complica con sangrado gástrico resulta mortal por necesidad) lo que pone al enfermo al borde de la muerte. Para colmo de males, no encuentra lugar para ser hospitalizado en un hospital adecuado por lo que va a dar a una maternidad que no cuenta con los servicios, los recursos ni las instalaciones para atender a un enfermo así. Por lo tanto, el llamado al cardiólogo ocurre más de veinticuatro horas después de instalado el infarto, cuando el tejido cardiaco expuesto a la necrosis (mortificación celular) ha ocurrido, ya nada se puede rescatar.

Los traumatólogos tienen una filosofía peculiar para enfrentar problemas graves porque jerarquizan prioridades, dicen: lo primero es salvar la vida, en seguida la extremidad y conservar la función. Con semejante enfoque mi primera intención fue evitar que el enfermo se muriera resolviendo la insuficiencia cardiaca, mejorando la respiratoria, soportando la renal y protegiendo al estómago para evitar que sangrara, en seguida tratar de minimizar el daño que el infarto suele dejar en el corazón procurando facilitar

la mejor utilización de los mecanismos de defensa del propio organismo aplicados en la remodelación del ventrículo afectado, y también manteniendo en el mejor control posible la glucosa, la nutrición del enfermo y su buen estado de ánimo. El esfuerzo fue compartido con un médico internista que habiendo sido quien me mandó llamar tenía que formar equipo. Por supuesto que hubo que improvisar los recursos de los que se carecía y solicitar al personal paramédico integrado por enfermeras, químicos y nutrióloga para obtener el mejor resultado que se pudiera. Los familiares, por su parte, hacer acopio de recursos para solventar los gastos que se fueran ocupando y montar guardias para acompañar al enfermo y que se sintiera confiado. El equipo funcionó perfectamente en todas y cada una de sus partes de modo que en alrededor de una semana, o diez días, el enfermo estaba bien, no había bajado de peso, empezaba a caminar y se encontraba contento y con la buena esperanza de regresar a su casa.

En eso llegó un pariente que acudía desde lugar lejano, saludó y se mostró alarmado de ver que atendíamos al enfermo en una maternidad y que no había participado un nefrólogo, no obstante que los resultados de laboratorio señalaban que todo estaba bajo control y que el peligro había pasado. Sugirió pedir otra opinión, derecho innegable de todo enfermo, por lo que llamó a un nefrólogo, quien a su vez pidió la opinión de otro cardiólogo. De ahí surgió confusión porque se les dio a entender que todo lo que habíamos hecho estaba mal y se les dijo que debería ser trasladado cuanto antes a una ciudad situada a casi doscientos kilómetros de distancia para hacerle un procedimiento llamado cateterismo cardiaco cuyo objetivo es recanalizar la arteria coronaria obstruida en busca de salvar el tejido expuesto a la necrosis; en realidad es así, pero tal medida solo tiene utilidad cuando se hace en los primeros noventa minutos de evolución, y tiene como contraindicación absoluta a la insuficiencia renal, lo que lo contraindicaba en las condiciones del caso.

El resultado fue que se inició una movilización que expuso al enfermo, le costó muy cara y no le sirvió de nada, bueno quizá al médico si porque construyó su casa. En cambio, el médico internista y yo resultamos mal vistos y no nos pagaron nada.

Muy diferente ocurrió otra ocasión en que fui llamado de urgencia a un sanatorio para atender a una enferma, procedente de otro país, que había venido para visitar a sus amigos. Apenas tenía unos días en su visita cuando se puso muy grave. Cuando llegué la enfermera me informó su condición empezando, tal como debe ser, por recitar signos vitales –así nombrados porque dan idea rápida de la gravedad del caso– destacando en ello que no

escuchaba la tensión arterial y que el número de pulsaciones era lento. Sin más trámite iniciamos la atención combinando la elaboración del diagnóstico con la instalación del tratamiento, urgidos por que la situación de la enferma era de agonía. Entre otras cosas instalamos el monitor electrocardiográfico y registramos el electrocardiograma corroborando que el corazón casi estaba detenido. Lo primero en este caso era restaurar la circulación sanguínea a la vez que se resolvía el origen de la tremenda falla cardiaca. Para lograrlo iniciamos las maniobras de atención de paro circulatorio colocando un tubo dentro de la tráquea y asistiendo la respiración con el equipo diseñado para tales casos que se denomina Ambú y consiste en una bolsa semirrígida, parecida a un balón de fútbol americano, pero nada dura, con que se insufla aire a los pulmones en la cantidad que se requiera; también efectuamos compresiones en el pecho, las que aprovechando la elasticidad del tórax obtienen que el corazón succione sangre de las venas y se mantenga activa la circulación lo que se vigila al palpar el pulso en respuesta a las maniobras. Recurrimos simultáneamente a lo que se dice “soporte vital avanzado” que consiste en la aplicación de sueros y medicamentos entre los que preferimos soluciones alcalinas suponiendo que la reacción de la sangre se había vuelto muy ácida y que eso conduciría a la muerte si no se resolviera bien. Parte de este soporte vital avanzado también es la colocación de marcapaso cardiaco de uso temporal el que resulta relativamente fácil si se punciona una vena en la base derecha del cuello porque esa conecta directamente con el corazón y permite la introducción inmediata del electrodo. La punción se hace con una aguja gruesa montada en una jeringa hipodérmica lo que permite tomar las muestras de sangre necesarias para hacer varios análisis de laboratorio que confirmen lo que por medio de la interpretación clínica se ha supuesto. El marcapaso funcionó muy pronto y estimuló al corazón con una frecuencia de latidos completamente normal, no obstante la circulación no se recuperó y la enferma falleció al cabo de interminables minutos de esfuerzo sostenido.

Salí a dar la noticia a los acompañantes que, como dije, no eran sus familiares sino simplemente sus amigos. Puesto que la habían visto tan mal y alguna persona hasta presencié todo nuestro trabajo comprendieron bien el caso y solo solicitaron indicaciones para tramitar la inhumación.

Otra dificultad insalvable se nos presentaba, a la administradora del sanatorio y a mí, por supuesto, que sería la recuperación del gasto de atención. Cuando ella lo comentó, los amigos ahí presentes ofrecieron llamar a los familiares de la difunta y pedirles que se hicieran cargo, además de aportar algunos datos que permitieran buscarlos y hacerles llegar las cuentas. De cualquier manera nada se pudo lograr. Más la institución que yo, perdimos el estipendio y tuvimos que resignarnos.



Bueno al menos eso creímos porque ocurrió que después de medio año, el hijo de la señora vino desde aquel país en que vivía, visitó la clínica, pidió la cuenta (que, como es correcto, se guardaba) y pagó lo requerido.

Dos casos opuestos por completo que forman parte del batallar de los médicos que trabajan no solo para servir sino también para subsistir.

La honradez significa el reconocimiento de los compromisos, por ejemplo el pago del estipendio acordado. Sin embargo, tratándose de la salud de un ser querido conviene plantear tres cuestiones: ¿Cuánto se tendrá que pagar?, ¿cómo se podrá pagar?, y ¿cuándo se efectuará el pago?, o las parcialidades si es que hay posibilidad de arreglo. Hoy en día, en muchos hospitales de alto nivel en los que las cuentas suelen resultar enormes, se tiene contemplado el pago con tarjeta de crédito, y los cajeros tienen el cuidado de pasar la cuenta diario a los familiares de los enfermos. En sanatorios menos comercializados –porque siempre hay trato comercial en estos centros– se fía, como decían los dueños de estanquillos; y muchas veces a la pura palabra porque en ciudades pequeñas en donde se conoce a todo el mundo, la gente sabe ser honrada. A veces, cuando se atiende a personas no conocidas se les pide firmar un pagaré lo que legalmente no sirve de nada porque se reconoce el derecho a la salud, como a la alimentación.

Es el caso de un padre de familia que mantuvo en tratamiento hospitalario a su pequeña hija durante un largo lapso de tiempo, tanto como para que la niña se hiciera amiga del personal de médicos y de enfermeras y los tratara como amigos; es posible que en la central de enfermeras, es decir en el sitio en donde las enfermeras se reúnen para preparar medicamentos y escribir sus expedientes, tengan colgado algún dibujo de esa pequeña artista que permaneció hospitalizada mucho, tanto como el resto de sus días.

A los gastos de hospital se juntaron los funerarios con el agravante de que durante muchos días la familia descuidó el negocio que era una pequeña mueblería de barrio.

Apenas la sepultaron y acudió el padre a la caja del hospital para pedir una prórroga, la que con gusto se concedió. Pero pasado el plazo no se presentó a pagar por lo que se le buscó por teléfono y se encontró con que la línea había sido cancelada. Se mandó a un cobrador a buscarlo en su domicilio –que estaba en la misma tienda– quien se encontró la cortina baja. Tocó la puerta con los nudillos y nadie le respondió. Fue necesario que tocara fuertemente golpeando el metal con sus llaves para que alguien se asomara. Anunció el motivo de visita y le dijeron que el señor no estaba pero que en cuanto llegará acudiría al sanatorio para saldar su deuda.

Así ocurrió. Unas horas más tarde estaba frente al director del nosocomio, en compañía del cajero quien no sabía qué decisión tomar y es que el buen hombre les explicó su condición precaria asegurando que no contaba con liquidez; pero ofreció efectuar pago en especie, dijo: Tengo unos muebles en la tienda. Si ustedes quieren vayan y escojan los que les gusten y que les puedan servir, en cantidad suficiente para pagar mi cuenta. Tengo en el escritorio la lista de precios autorizada por el Ayuntamiento para que no crean ustedes que los voy a engañar.

Hoy en día el sanatorio luce unos muebles muy bonitos, como no se suelen ver en los agrestes paisajes de hospitales. Vaya *usté* a saber si hubo arreglo entre el director y el mueblero.

Como todos aceptarán, los policías son parte de un grupo de personas que se encuentran muy expuestas y casi desprotegidas; podría decirse que viven sus vidas en el área de los héroes porque, sea de manera consciente o no, donan sus vidas a la sociedad que ellos protegen y permanecen expuestos al sacrificio sin clara justificación a sabiendas que cada día que pasa pudiera ser el último de su existencia. Bueno tal vez no sea tanto en el caso de los policías cuya actuación es preventiva o de aquellos, como los agentes de tránsito, que solo tratan de mantener en orden la vida cotidiana de los ciudadanos; pero es clara en aquellos policías que persiguen criminales y que con frecuencia se tienen que enfrentar con ellos.

Este es el caso de un policía judicial que investigaba los delitos cometidos por una banda de malandrines y ya tenía las pistas para dar con ellos de modo que les seguía los pasos, digamos que demasiado cerca. Si muy de cerca, tanto que le tendieron emboscada, le dispararon a mansalva por lo que no se pudo defender y resultó muy herido. No trabajaba solo y, en consecuencia, lo acompañaban otros compañeros que, aunque ya se habían despedido de él al llegar a su domicilio, no se habían alejado suficiente como para no escuchar el ruido de los disparos y, siempre dispuestos a la lucha, acudieron al rescate: corrieron hacia el sitio del ataque y dispararon sus armas aun sin distinguir a los agresores los que, dándose cuenta de esa reacción inesperada, se dieron a la fuga con clara señal de cobardía. Los colegas del herido lo encontraron tirado en un charco de sangre, junto a la puerta de su casa y con las llaves en la mano pues no había abierto aún. Lo recogieron, lo subieron en el carro y lo llevaron de prisa al sanatorio más cercano en donde, casualmente, encontraron a uno de los mejores cirujanos de la región. Él procedió a explorar al herido y lo encontró chocado, pálido, sudoroso, con el pulso filiforme y sin registro de presión arterial por lo que dedujo que estaría sangrando. Parecía no tener heridas en el cráneo ni en el tórax y sus reflejos

todos estaban bien. Solo le quedó una duda porque una herida pudiera haber dañado el corazón, mejor dicho el pericardio.

También por casualidad me encontraba en el sanatorio pues había acudido a dar consulta. Me llamó y me pidió opinión. Cuando acudí el enfermo ya estaba en el quirófano y el cirujano se preparaba para empezar a operar porque la vida casi pendía de un hilo. Habían solicitado sangre y todos los acompañantes del enfermo fueron donadores por lo que pronto se contó con la suficiente para iniciar la transfusión. Yo me vestí con uniforme azul de cirujano y entré a la sala para valorar al enfermo. Por supuesto lo exploré sin encontrar frote pericárdico ni otro dato de taponamiento cardiaco; datos muy importantes porque el frote es un sonido característico de la lesión pericárdica y el taponamiento es señal de gravedad cuando la cantidad de sangre que se junta en el saco pericárdico -que envuelve al corazón-, lo repleta impidiendo que las cavidades cardiacas se llenen adecuadamente y, en consecuencia, reduce drásticamente el gasto, es decir la cantidad de sangre bombeada hacia el organismo; por lo tanto las venas del cuello se llenan, en especial durante la inspiración cuando deberían vaciarse, y la presión arterial se mantiene baja. Le tomé un electrocardiograma en busca de disminución del voltaje de la activación cardiaca; ya se sabe que el corazón es eléctrico y funciona con corriente que él mismo produce y distribuye a todas sus partes para “darse un toquecito” que produzca su contracción y, con ello, bombear la sangre; ya se tiene conocido cuales son los límites del voltaje considerados normales; de ese modo identificar el derrame pericárdico con ayuda del trazo electrocardiográfico resulta relativamente fácil. En este caso no hubo tal alteración. La posibilidad de sangrado abundante se fortalecía cada vez. Propuse hacer el mejor estudio para identificar el derrame, que es el ecocardiograma, solo que el único equipo disponible era adecuado para obstetricia porque el examen orientado a identificar las características del producto del embarazo y la situación de la placenta es de lo más solicitado mientras que para estudios de corazón se necesitan equipos especiales. Acudí el radiólogo, dueño del ultrasonido, y me prestó el equipo advirtiéndome que estaba seguro de que serviría. Yo le contesté que si dado que lo que buscaba: el derrame pericárdico, era fácilmente accesible. En efecto, pude ver bien las imágenes requeridas y corroboré que el corazón no estaba involucrado en el daño recibido.

Para ese momento, el cirujano ya estaba explorando la cavidad abdominal en donde encontró gran colección de sangre. Solicitó más transfusión solo que el banco de sangre no tenía la cantidad suficiente. Como muchos otros policías habían acudido al llamado para fungir como donadores, la química del laboratorio les analizó el tipo de sangre, lo que es un

procedimiento fácil ya que se pone una gota en una lamina de cristal en donde se le agrega una solución reactiva y luego se ve en el microscopio para notar si forma grumos. En la prueba que no los hace está el tipo de sangre de la persona. A cada uno de quienes coincidieron en tipo sanguíneo se les extrajo la cantidad suficiente de sangre para llenar una bolsa de aproximadamente medio litro. Se hicieron “pruebas cruzadas” colocando una gota de sangre del paciente en contacto con una del donador y buscando grumos con ayuda del microscopio. Si no los hay significa que la sangre es compatible. Así, se aplicó cualquier cantidad de transfusión aun sin haber realizado la búsqueda legal de enfermedades infecto-contagiosas como: hepatitis, SIDA o paludismo, por ejemplos.

El cirujano, usando su habilidad, identificó la fuente de sangrado en un riñón lastimado y lo extirpó sin dudar ni un momento con lo que el sangrado se contuvo. Pronto se recuperó la presión arterial y el enfermo mejoró.

Una vez que hubo despertado de la anestesia y se corroboró que sus signos vitales permanecían normales y estables, se trasladó a la sala de cuidado intensivo de una institución de salud, a que tenía derecho, para continuar su atención y devolver por completo su salud, ya que la vida se le había salvado.

Todos contentos y felices pues el procedimiento resultó exitoso y aunque el mérito era propio del cirujano, todos lo sentíamos nuestro. Así fue hasta el momento de cobrar honorarios porque el policía herido no tenía recursos ni familia, bueno, por lo menos en esa ciudad. Sus compañeros se sentían satisfechos de haber donado la sangre y a ninguno le preocupaba la cuenta de los honorarios médicos, incluyendo el cobro de servicios del sanatorio.

En compañía del cirujano, que comandaba al equipo improvisadamente formado, acudimos a visitar al procurador de justicia quien nos recibió muy amable pero contestó que no contaba con fondos para ese tipo de acontecimientos y tampoco tenía justificación para pedirlos; sin embargo, se mostró tan complacido y satisfecho de la decisión con que se actuó para salvar la vida de su empleado que ofreció encontrar la manera de cubrir todos los gastos. “No se preocupen, dijo, que aunque sean pagos como con gotero, les cubriremos todo, completo, sin quedar a deber centavo alguno”.

En efecto, nos pagó: Nos citaba por teléfono, a uno u otro de quienes solicitamos el pago, y en cada ocasión nos entregaba una cantidad que contabilizaba mentalmente haciendo notar cuanto se había cubierto y cuanto más faltaba para saldar la deuda. Al parecer no llevaba registro alguno ni nos pedía recibo. No teníamos idea de cómo habría obtenido el dinero necesario

para efectuar cada pago, y en realidad no nos interesaba con tal que nos pagara.

Casualmente me di cuenta de lo que estaba pasando aunque no puedo narrar como lo supe. El caso es que encomendó a sus policías a decomisar cuanta pistola hallaran. Una vez en su poder la ponía en venta, en un mercado negro, subrepticio, a veces malbaratándolas, hasta completar la cuenta y... quien sabe si cuanto más.

## Sexta.

El marcapaso la resucitó.

El síncope cardiaco siempre es presagio de mala suerte y tiene con frecuencia una consecuencia fatal. Consiste en un desmayo, no la sensación de cansancio o decaimiento sino la pérdida total del estado de alerta y la consecuente caída, un fuerte golpe que lesiona varias partes del cuerpo y apena al afectado porque pierde el control de sus esfínteres y se orina en el vestido. Es frecuente que se deba a detención momentánea del corazón por un trastorno del sistema eléctrico. Es oportuno recordar que el corazón es un órgano eléctrico que produce su propia electricidad y la conduce por un sistema de células de músculo cardiaco que se han especializado y forman, por decirlo así, una central principal, otra subcentral que es de segundo orden y la tercera, de reserva, con pobre funcionamiento y localización variable; además de una serie de conductos para distribuir un estímulo eléctrico hacia todas las partes del corazón en fracciones de segundo permitiendo que su movimiento resulte sincrónico, ágil y efectivo. A la central principal se le llama Seno auricular, a la secundaria Nodo Aurículo-ventricular y a la reserva, Idioventricular. El estímulo eléctrico se produce en el Seno y es conducido al Nodo, el cual lo recibe y sanciona su paso hacia la parte funcional más importante del corazón: los ventrículos. En ausencia de actividad del Seno, el Nodo toma el mando del corazón pero la frecuencia con que estimula es la mínima aceptable; por lo tanto si falla, la fuente de reserva hace lo propio pero tan lento que el enfermo apenas sobrevive. Pues bien, o mal por tratarse de su temible efecto, si el Seno o el Nodo dejan de trabajar el enfermo queda en peligro de muerte, pendiendo su vida de un hilo. Hay veces en que la falla es transitoria y el corazón vuelve a funcionar correctamente permitiendo la recuperación de la persona, quien se siente bien pero en posibilidad de recaer.

Así ocurrió con varios casos: Una persona menesterosa fue llevada a un hospital público dedicado en honor a un médico que radicó en La Preferida del Sol y prestó desinteresadamente sus servicios a la población del lugar, pero antes, trabajando en lo más alto había contribuido a difundir el uso de soluciones para la rehidratación por vía oral de niños con diarrea lo que redundó en una importante disminución de la mortalidad infantil, permitió a muchos menores incluirse en la vida productiva de su generación y desarrollar al mundo como no había ocurrido en veinte siglos.

Esa mujer padecía de síncope cardiaco: de repente decía: “me da, me da, me da”, se desmayaba y caía al suelo con violencia; permanecía como muerta unos instantes y después revivía como sin nada. El diagnóstico fue de bloqueo del corazón lo que indicó la instalación inmediata de un marcapaso cardiaco artificial el cual se conecta al interior del corazón por medio de un cable especial, es introducido por vía intravenosa y se coloca bajo visión de rayos X. Se puso un marcapaso de uso temporal, cuyo costo es bajo y en esa ocasión se obtuvo fácilmente con fondos del hospital, pero ella requería un equipo definitivo cuyo costo sería al menos diez veces mayor. Se recurrió entonces a la donación ofrecida por un club social muy prestigiado en el mundo porque ha donado todas las vacunas hasta eliminar la poliomielitis, y gran parte de la leche que se ofrece en venta a precio de regalo entre la gente necesitada. Por supuesto que respondieron bien pero condicionaron la donación a que fuera colocada en un Hospital General de La Perla de Occidente por dos razones: no había en Colima un equipo de rayos X adecuado para ver imágenes dinámicas en tiempo real como se requiere para esos procedimientos, y porque allá contaban con un cirujano que no les cobraría por operarla. La única dificultad que se presentó fue la del traslado porque, al parecer, no tenía ningún familiar disponible. Otra institución gubernamental que vela por el bienestar familiar ofreció cubrir los gastos de ambulancia y una trabajadora social se dispuso a acompañarla cuando fuera. Así se hizo solo que estando todo listo la enferma se negó a autorizar la intervención.

Autorizar una operación es requisito indispensable y tiene que provenir de la persona que será intervenida, salvo que sus condiciones de edad o salud mental no resulten adecuadas en cuyo caso tiene que ser el familiar más cercano; en el caso de los niños la autorización para operar la dan los padres, bueno, con uno de ellos basta.

Atendimos también a una niña de catorce años de edad que también tenía síncope cardiaco el que se anunciaba con un aura que, por supuesto asustaba a la enfermita quien, hablando del marcapaso, gritaba: ¡Pónganmelo! en cuanto sentía venir el síncope, pero legalmente no se podía hacer nada mientras no llegara su papá del rancho y diera autorización. Nosotros, con el terrible remordimiento de la impotencia, la vigilábamos, la atendíamos, la consolábamos y desesperábamos con ella en espera del padre y teniendo los instrumentos en la mano y la voluntad dispuesta a transferir la norma ética del consentimiento informado. El tiempo parecía eterno, el plazo en llegar interminable; sin embargo, al cabo todo se resolvió de manera favorable y la niña, convertida en elegante señorita nos invitó a apadrinar sus XV años.

Por ese tiempo se abrió en la localidad un gabinete de rayos X con equipo moderno entre el se contaba un fluoroscopio con intensificador de imagen; es decir un equipo que permitiría observar directamente la colocación del electrodo intracardiaco. Lamentablemente estaba fuera de las instalaciones propias de un hospital porque no se requerían condiciones absolutamente limpias para los estudios para los que se había adquirido. Como tal equipo resolvía la principal dificultad para la instalación de marcapasos cardiacos definitivos, concertamos un acuerdo con el director de ese centro en el sentido de que cuando hubiera un paciente que lo requiriera, llevaríamos personal que dispusiera las condiciones de antisepsia adecuadas en la salita de rayos X; ropa quirúrgica e instrumental estéril y a una enfermera quirúrgica que pudiera auxiliar la operación. Como las compañías proveedoras de marcapasos se encargan del soporte técnico que complementa la intervención, enviando a personal capacitado con equipo de estimulación temporal, medición de parámetros eléctricos del interior del corazón y del umbral de estimulación, el problema fue resuelto. Quedaba aun una dificultad que de ninguna manera resultó insalvable: los pacientes se hospitalizarían en un sanatorio cercano y serían trasladados por la ambulancia de manera oportuna al horario programado. De semejante manera, se les transportaría de regreso para cuidar su convalecencia.

Implementamos el procedimiento para intervenir a una mujer mayor con diagnóstico de síncope cardiaco por detención repentina del corazón. Solicitamos el marcapaso que sería surtido en un par de horas pues lo trajeron de otra ciudad más importante. Solicitamos la ambulancia y estando todo listo le entregamos a la enferma; mientras disponían su traslado nos adelantamos al gabinete radiológico para preparar todo y tenerlo listo a modo de ponernos a trabajar en cuanto llegara la paciente, sin perder ni un segundo. Al llegar la ambulancia el chofer nos llamó a gritos e informó que la enferma no había llegado pues murió en el trayecto. Corriendo me acerque a explorarla. Lo primero fue corroborar que no tuviera pulso, como fue. En seguida observar la reacción de sus pupilas porque si responden a estímulos luminosos hay esperanza de recuperación, como fue. De inmediato inicié maniobras de reanimación: Abrirle la boca y observar que nada obstruyese la vía respiratoria. Insuflar respiración de boca a boca un par de veces. Comprimir con mi peso su pecho, poniendo mis manos sobre la parte inferior del esternón y apretando firmemente, tratando de no lastimar; manteniendo un ritmo de una compresión por minuto. Como pude solicité a mis ayudantes que me trajeran un equipo de punción venosa, el electrodo de marcapaso temporal y unos guantes, por supuesto. Sin desperdiciar el tiempo y con ayuda del personal



especializado que me acompañaba, puncioné una vena gruesa en el pliegue del codo izquierdo e introduje el electrodo, conectado al marcapaso temporal que ya estaba encendido, estimulando con voltaje de gran amplitud para estimular el corazón cuanto antes. Como los electrodos de uso temporal son semirrígidos y tienen cierta curvatura, al introducirlos suavemente a través de la vena se acomodan de manera natural dentro del corazón aunque con riesgo de perforarlo. Tuvimos éxito, el marcapaso capturó al corazón y lo hizo volver a trabajar con lo que la enferma recuperó sus funciones, despertó, nos saludó, se quejó de sentirse adolorida y se prestó a la realización del procedimiento originalmente programado. Con toda calma le implantamos el marcapaso definitivo, volvió pronto al sanatorio y salió de alta, caminando y arreglada, al día siguiente. La vida nos dio oportunidad de seguir su evolución por muchos años, tantos que aproximadamente a los diez le cambiamos el generador de impulsos por uno nuevo que le ofrecía disfrutar otro tanto de la vida.

## Séptima.

Experiencia y confianza simultáneas:

La edad puede determinar el nivel de confianza al médico: Cuando empecé a trabajar en la clínica un paciente preguntó: ¿Ese chavo es el cardiólogo? No obstante que ya tenía yo veintinueve años. Desconfió y se fue sin recibir consulta. Un año después estuve a cargo de un importante hospital, durante el turno nocturno. Tuve que dejarme crecer la barba y hacerme acompañar por un residente con aspecto de gente mayor para que me respetaran. Pero el objeto principal de esta historia fue como, durante mi servicio social en un pueblo muy chico. En referencia a esto lo llamaré “Chico”. Como toda la región sería mi responsabilidad, tuve que atender dos centros de salud. Estuve ahí poco tiempo a pesar de lo cual la gente me tomó confianza y se encariñó conmigo no obstante que apenas tenía veintitrés años de edad, lucía y me comportaba como gente menor.

“Chico” es un pueblito pintoresco situado en la sierra pero muy cerca de la capital del estado. El paisaje es hermoso pues se trata de un bosque de encinos y de ocotes; con gigantescas peñas que desafían a las nubes. Se llega al pueblo por una carretera angosta que serpentea entre el bosque y, de paso, es fácil observar aves de muchos tipos, ardillas y conejos. Ya en él, hay una explanada central empedrada, situada frente al atrio arbolado de la iglesia. A los lados del jardín, frente y a un costado de la iglesia, hay dos portales de madera en cuyos andadores se encuentran varias tiendas, el hotel y un consultorio médico de un solo cuarto, con las paredes de piedra, dividido por medio de un cancel de madera que separa la oficina y el área de exploración. La gente es, generalmente, pobre ya que su ocupación principal es el cultivo de flores, manzanas y duraznos. Pero es alegre y respetuosa de sus costumbres lo que atrae al turismo el “Sábado de Gloria” para presenciar el colgamiento de Judas, interpretado por una persona del pueblo a quien se le atan cohetes y regalos siguiendo la antigua tradición mexicana de quemar los judas cuando al tronar los cohetes caen al suelo los regalos que son recogidos por quienes puedan hacerlo.

En realidad, el centro de salud que debería atender no estaba en la cabecera municipal sino en un ejido tipo situado aproximadamente a cinco kilómetros. Este era un lugar ejemplar que el gobierno federal había construido como parte de una serie de nuevos pueblos en los que se instaló un

taller de carpintería; un molino; una escuela con oficina para el profesor y varias aulas; una clínica con su consultorio, sala especial para curaciones y atención de partos y un par de camas de observación para adultos y otras tantas para menores. También contaba el pueblo con una o dos docenas de casitas de dos habitaciones con patio posterior para el servicio. Pero el ejido tipo no contaba con energía eléctrica por lo que se convirtió en un pueblo fantasma: los talleres abandonados, las casas inhabitadas eran usadas como bodegas de pastura y la clínica que yo tenía que mantener activa. Para lograr esto yo asistía dos veces por semana; no más porque en el lugar no había gente de modo que solo asistían a consulta cuando sabían que yo estaría.

Para llegar al lugar era necesario transitar por un camino de terracería que recorría un autobús todas las mañanas por lo que el viaje de ida era cómodo, pero el regreso, sin horario determinado, tenía que ser caminando a pie por entre el bosque. Resultaba emocionante, en especial por la noche, llena de sombras y ruidos escalofriantes, con la única defensa que pudiera proporcionar una lámpara de mano, o la luz de la luna.

Pues bien, en tales condiciones visitaba el centro de salud de carboneras dos veces por semana. Las primeras visitas fueron casi de reconocimiento, para limpiar y ordenar lo que hubiera en el consultorio. Busqué a algunas personas en las casas de la localidad y solo por ocasión encontré a alguna y le invité a llevar a sus niños a consulta. En poco tiempo, encontraba personas esperándome y entonces, les ofrecí la atención de sus enfermedades, algunos medicamentos, les hice curaciones, les apliqué vacunas, les enseñe a hervir el agua, a lavarse las manos antes de comer y después de hacer sus necesidades fisiológicas; a preparar sus alimentos de manera que conserven todo su potencial nutritivo y me entrevisté con el jefe de los Servicios Coordinados de Salubridad para sugerirle apoyar a las autoridades municipales en el trámite necesario para introducir electricidad al ejido tipo ya que ellos lo necesitaban mucho y estaban dispuestos trabajar en jornadas de fin de semana para ayudar a tender el alambrado. Al jefe le gustó la idea y participó con entusiasmo tal que al término de mi servicio la luz estaba conectada, los talleres funcionaban bien y la clínica tenía clientela.

El municipio de “Chico” pudiera llamarse así en comparación de otro lugar cercano que es conocido como “Grande”, pero paradójicamente el municipio en donde presté el servicio social es muy grande aunque se llame “Chico”. Su extensión es tal que mientras la cabecera municipal está situada en la montaña, en medio de un paisaje alpino, las comunidades más alejadas están en clima semidesértico. Para llegar a ellas hay que recorrer áreas de diferente clima: Primero un bosque de encinos, con hojas de mil colores que al caer se secan y quedan algo duras haciendo el piso resbaloso y con peligro;

hay después parcelas de tierra sembradas de maíz, verdes y acogedoras porque dan sensación de frescura; pero más adelante aparecen los mezquites que surgen como por magia en un suelo de tepetate y piedra dura y tan caliente que sofoca al medio día. Por supuesto que en todo el trayecto hay arroyos de diferente caudal, que ofrecen siempre el agua refrescante. Para visitar esos lugares y llevar hasta ellos los servicios ya mencionados fue necesario solicitar el apoyo del presidente municipal para que instruyera a los jueces (o comisarios ejidales) en sentido de citar a las personas de las comunidades en determinados lugares en la fecha y hora programada. Aceptó gustoso y activó todos los mecanismos necesario, además, decidió prestarme su mejor caballo y hacerme acompañar por el comandante para garantizar mi seguridad, mejor dicho nuestra seguridad porque para esos viajes me hacía acompañar de dos enfermeras, una de ellas personal asignado al centro de salud y la otra una jovencita que trabajaba de manera voluntaria y honorífica, probablemente pensando en mejorar la perspectiva del futuro.

En vista de que la cabecera municipal era el mayor conglomerado comunitario y, por lo tanto, tenía la mayor necesidad de atención médica, decidí atender el consultorio del que ya se disponía que, aunque era una propiedad prestada a la autoridad municipal, contaba con personal asignado, es decir la enfermera que me acompañaba en todas mis actividades médicas, con mobiliario, instrumental y algunos medicamentos entre los que destacaba una bolsita de papel de estraza, guardada en una vitrina, sin llave, que contenía docena y media de ampollitas de Meperidina que es un derivado de la Morfina que alivia el dolor y produce sensación de euforia y que años después sería casi imposible conseguir porque se volvió medicación restringida al grado de que quien porte una sola ampollita podría resultar ser reo de cárcel. El presidente municipal era un señor en sexta década de vida, como de 1.80 m de estatura y complexión media, con sienes encanecidas y poblado bigote gris, que vestía siempre con traje estilo inglés, de tres piezas, preferentemente de color oscuro y se tocaba con sombrero tejano de fieltro en semejantes tonos. A pesar de su elegancia, él vivía en la localidad muy cercana a “Chico” y tenía acostumbrado a su secretario, a que tronara un cohetón cuando se necesitaba su presencia para dejarse venir al galope en una yegua fina que tenía diario ensillada y presumía que se la había regalado el gobernador del estado. Yo le propuse la idea de cambiar el consultorio por un centro de salud explicándole que casi atrás de la presidencia municipal había una escuela de piedra que había sido abandonada cuando se construyó otra de tipo más moderno: Era adecuada porque tenía varios salones, amplios, techados correctamente sobre muros gruesos y resistentes; tenía también instalaciones para baño y cocina y un pequeño lugar aldaño que había servido como habitación para el maestro.

Lo malo era que estaba abandonada y un poco deteriorada pero yo le dije que si él convencía a los habitantes del pueblo para que la arreglaran, yo solicitaría al Jefe de los Servicios Coordinados de Salubridad en el Estado para que nos dotara de mobiliario y aceptara contratar los servicios de electricidad y agua potable. Por supuesto que le gustó la idea y tan rápido como el galopar de su cuaco puso manos a la obra y citó a la ciudadanía. Por mi parte acudí a la ciudad capital y me entrevisté con el jefe a quien, dicho sea de paso, conocía bien porque tenía amistad con mi padre, dada su relación como médicos. Él me dijo que –como siempre ocurre– no tenía presupuesto pero que en la bodega había algunos muebles guardados y no comprometidos; que fuera yo y escogiera lo que me fuera útil y que los enviaría hasta el edificio que le platiqué. También él se entusiasmó con la idea pues seguramente utilizaría esa acción para adornarse con las autoridades superiores enarbolándola como propia de su administración, lo que a mí me tenía absolutamente sin cuidado. Ante esto, el Jefe inició, por su parte, el trámite para que se construyera un nuevo centro de salud en ese pueblo.

Pronto iniciamos el funcionamiento del nuevo centro de salud de “Chico”, con un pequeño festejo que encabezó el presidente municipal quien develó un letrero, pintado en una tabla por las personas que trabajaron en la reconstrucción y que decía: Centro Comunitario de Salud. Años después me enteré de la inauguración formal de las nuevas instalaciones, pero esa es otra historia porque eran atendidas por pasantes de nuevas generaciones.

El servicio social se presta como una retribución a la sociedad por la preparación universitaria que se ha otorgado al pasante, de modo que se tiene que cumplir cuando ya se ha terminado la carrera de medicina pero antes de recibir el título profesional por lo cual, aunque ya se tengan todas las herramientas para atender bien a los enfermos, hacen falta la seguridad y el aplomo que solo aporta la experiencia. A continuación narraré un par de casos que tuve que atender y me hicieron recurrir a la entereza necesaria para salir adelante con resultado satisfactorio: El primero es el de una persona mayor que vivía en un jacal muy arriba del monte. Si, era una casita humilde pero rodeada de flores, jardines naturales y al lado de una huerta de duraznos que en el principio del año tiran casi todas las hojas y muestran su alegría por el fruto que ofrecerán cubriéndose de florecitas rosas. El enfermo era una persona mayor, por no decir un anciano aunque lucía como tal. Estaba delgado, demacrado, con un color entre moreno pálido y amarillento en toda la piel, casi totalmente desdentado, con la nariz escarchada y emanaba penetrante olor a orina, es decir como a amoniaco. Se quejaba de diarrea crónica y antigua que se había resistido a remedios y medicamentos adquiridos en la

tiendita del pueblo. Lo interrogué completamente, como lo indican los cánones, y lo exploré con detenimiento siguiendo el método que había practicado diariamente durante la rotación por los servicios de un hospital general en el cual cursé mi último año de la escuela, que es eminentemente práctico y tan útil que transforma, como metamorfosis a un alumno recién salido del aula, como si fuera un gusanito que se vuelve mariposa, convirtiéndolo en todo un médico. Durante esa rotación, que llamamos “internado” el estudiante acompaña a médicos con mayor experiencia y realiza, bajo supervisión, los trabajos que se encomiendan; algunos aburridos como escribir solicitudes de estudios y transcribir las indicaciones médicas de enfermos hospitalizados. En el caso del enfermo con diarrea, llegué a la conclusión de que la causa de su mal sería insuficiencia renal crónica y, recordando las rutinas de atención de pacientes con semejante mal durante el internado, prescribí correctamente todo su tratamiento incluyendo medicinas, régimen de alimentación y cuidados especiales y lo trasladé al Hospital Civil de la capital del estado, de donde me enviaron una nota de felicitación.

El segundo caso me resultó escabroso pues me llamó la comadrona del pueblo para sacarla del apuro de no resolver un parto de primeriza. Cosa sumamente extraña porque yo lucía inexperto y ella era reconocida. Tal vez se decidió al conocer el resultado del otro enfermo o quizá me tendía una trampa. Yo asistí con un poco de recelo. Encontré la casita abarrotada de mujeres que lloraban, gimoteaban o rezaban, todas con cara de preocupación o pena. Al ingresar encontré que la iluminación del cuarto era muy poca y allí estaba acostada la parturienta agitada, desesperada, gritando y manoteando. Saludé a la comadrona y le di algunas indicaciones para dar a entender que estaba yo dispuesto a permitir que me ayudara. Procedía a explorar a la enferma y descubrí que la expulsión de su hijito era inminente, pero que ella estaba muy asustada y temblando de miedo, lo que seguramente asustó también a la partera, en especial porque llevaba ya varias horas en trabajo de parto. Le apliqué a la madre mi recurso principal: una ampolleta de Meperidina que la sedó y aminoró el dolor; permitió que sus músculos se relajaran y facilitó la culminación del parto. Yo la atendí con oportunidad y corrección aceptando la colaboración de la partera, al menos en aspectos de cuidado del recién nacido, con lo que compartimos méritos. La madre se quedó contenta, el niño nació bien y gritó fuerte lo que fue buena noticia para todos. Eso me dio prestigio enorme porque en delante ellas mismas me recomendaban.

Al término del plazo de estancia en el lugar y, después de experimentar los días más fríos de mi vida, les entregué una comunidad vacunada, educada, con buen nivel de salud y con mejores instalaciones (pusimos luz en una

comunidad y construimos el centro de salud en la otra, no obstante la necesidad de recorrer la zona a caballo y a pie, entre el monte y hasta de noche). Me despidieron con una fiesta a la que asistieron todos y muchos llevaron viandas especiales; es más el presidente obsequió una botella del mejor licor. Además me llevaron regalos especiales, de lo mejor porque llenaron mi carrito de flores y frutas. Sin embargo, confieso con pena que cuando regresé, años después, nadie se acordó de mí.

## Octava.

Gozó la maternidad a pesar de estar operada de corazón.

Aunque parezca anticuado afirmo que la primera prioridad de la mujer es la maternidad. Muchas mujeres de la vida moderna tal vez opinen distinto concediendo tal prioridad a su preparación y a su desempeño en un mundo de competencia en busca de status laboral. A su tiempo les volvería a preguntar, cuando enfrenten ellas las experiencias de cargar y amamantar a sus hijos.

Recuerdo el caso de una chica quien fue diagnosticada portadora de una enfermedad de las válvulas cardiacas cuando solicitó un examen prenupcial. Por supuesto que no aplazaría la boda por lo que su médico le sugirió no embarazarse hasta que no tuviera lo opinión de un cardiólogo. Consultó a un especialista quien le indicó cirugía de corazón y la envió al hospital en donde yo trabajaba. Ahí, mi labor era completar el estudio y discutir los casos ante los cirujanos de corazón, para que no hubiera dudas en cuanto a la necesidad del tratamiento ni del riesgo quirúrgico, aceptaran operar e hicieran la programación pertinente. La intervención que requería esta joven le impediría embarazarse para siempre porque consistía en sustituir una de las válvulas cardiacas por una prótesis especialmente diseñada para trabajar con eficacia y durar toda la vida, pero que requieren administración continuada de medicamentos anticoagulantes porque siendo un cuerpo extraño al organismo humano, provocan la formación de coágulos sanguíneos que atrapan el mecanismo del aparatito el cual deja de funcionar poniendo en grave peligro la vida de quien lo porta. Especialmente importante el uso de estos medicamentos en personas con riesgo de sangrado como es una mujer embarazada, razón por la cual resultan incompatibles embarazo y tratamiento con anticoagulante. Así se lo dije y le sugerí adoptar un hijo. Ni ella ni el marido lo aceptaron y me pidieron otra solución. Como mantenerla en tratamiento conservador resultaba peor en el sentido de que tampoco le permitiría tolerar el embarazo y le reduciría drásticamente su expectativa de vida, les propuse emplear una prótesis valvular de tipo biológico, de Hancock, que es una válvula de cerdo montada en un anillo de plástico, solo que les advertí que no duraría mucho pero le daría la oportunidad de tener un hijo, o quizá dos. Conseguimos la válvula en Europa y los cirujanos se la implantaron con éxito.



En cuanto convaleció se embarazó, (tres veces seguidas) calcúlenle unos tres o cuatro años. El tercer embarazo resultó tormentoso porque, en efecto, la prótesis biológica ya no servía y la cardiopatía se descompensó haciendo necesaria la atención de la enferma en el hospital durante casi todo el curso de la preñez.

Al término, y después de su puerperio, fue reoperada del corazón para colocar una prótesis mecánica, que son como un disquito de carbón pirolítico sostenido por una estructura de un metal llamado Stelita y que le durase toda la vida pues ya había completado su familia.

## Novena.

### Medicinas alternativas.

Tuve un sueño extraño en el cual estaba yo en compañía de una médica neuróloga distinguida, quien es también investigadora, doctora en ciencias médicas y miembro de la Academia de la Medicina y trata a algunos enfermos con dolor usando métodos poco ortodoxos. En el sueño, participábamos en la atención de un caso clínico cuyas características ya no recuerdo. Hago un paréntesis para comentar que la memoria es así, tiene un componente cuya duración es efímera y su principal exponente es el contenido de los sueños, casi al despertar se desvanecen. En este sueño mío ocurrió que habiendo discrepancias en la comprensión de una enfermedad, varios tipos de medicina alternativa participaban en conjunto permitiendo obtener buen resultado y mejorar al enfermo.

Al despertar estuve reflexionando acerca de dos casos de cercanía personal: El primero es el de un médico especialista y maestro en ciencias médicas; profesional sumamente estudioso, dedicado y calificado -pues había sido jefe de servicio en el hospital de especialidades en un afamado centro médico; jefe de los servicios médicos estatal por la institución de salud más importante y, después, secretario de salud del gobierno estatal- quien me consultó por un dolor torácico. Cuando lo examiné concluí que era diabético y que el dolor correspondía con una neuralgia intercostal de la misma etiología. Le prescribí, por supuesto, dieta, ejercicio y tres medicamentos: un hipoglucemiante, un antineurítico, y un antiinflamatorio que también es analgésico. Un tiempo después me llevó de regalo un libro y me platicó que el dolor no había cedido, por el contrario, persistió y se volvió continuo e irresistible por lo que utilizó otros antineuríticos -aun raros- y analgésicos de gran potencia sin resultado satisfactorio. Visitó entonces a una mujer especialista en fisioterapia quien le recomendó acupuntura, en lo que él no creía pues la consideraba pura habladuría. Como había ya probado varios tratamientos y esa médica se la podía hacer, aceptó observando con gran sorpresa que el resultado fue alivio instantáneo del dolor. Quedó convencido de la bondad del tratamiento al grado de que lo recomendaba a sus pacientes como parte de la terapéutica habitual en su consultorio particular. Yo entendía que habría coincidencia entre el resultado del procedimiento de acupuntura y

la acumulación de efectos del control de la glucemia, la vitamina, el anti-inflamatorio y el antineurítico, pero no se lo dije.

Para mi asombro, poco después me di cuenta de que otro médico, internista y reumatólogo y también calificado -pues estudió el curso de maestría y fue jefe de servicio de reumatología en el hospital más conocido del país-, sabía hacer acupuntura y la aplicaba a sus pacientes como parte de sus rutinas terapéuticas.

Por último menciono que la doctora del sueño, neuróloga acostumbrada a lidiar con el dolor en sus enfermos, utiliza un procedimiento equivalente a la acupuntura, denominado Tens.

El segundo caso surge de hurgar en el recuerdo; se trata del mío mismo: Durante una visita a cierta ciudad antigua, amurallada, que ha crecido ganándole terreno al mar -que por suerte es verdaderamente manso en tal lugar- a la que íbamos para difundir los conocimientos de la cardiología -en jornada organizada por las autoridades del Hospital de Cardiología en el que yo trabajaba, y como parte de las actividades de educación médica continua de la institución de la cual se dependía-, en que acompañaba yo a mi Jefe de Servicio y a otro cardiólogo adscrito, ocurrió que nos recibieron de manera tan magnánima que nos ofrecieron todos los camarones del sitio, y nosotros nada hurraños, aceptamos la invitación entendiendo un desafío para terminar con ellos. La consecuencia no se hizo esperar pues al día siguiente amanecí con diarrea, náusea y decaimiento. No obstante, como teníamos programadas actividades durante toda la mañana, me levanté, me arreglé, desayuné y me puse en marcha hacia la clínica hospital en la que estábamos cumpliendo la misión que se nos encomendó. Justo al entrar en la clínica, acompañado por mis compañeros, tuve una lipotimia (esto es decir como un desmayo) y, por poco me caigo. Con toda presteza, estando en una Unidad Médica bien acondicionada y rodeado de médicos capaces, me llevaron al servicio de Urgencias en donde permanecí hospitalizado algunas horas durante las cuales no me di cuenta cabal de lo que ocurrió. Desperté de pronto cuando sentí la mano de mi Jefe en mi frente y, al abrir los ojos, lo vi, ataviado con la bata médica y con seriedad inusitada pues estaba acostumbrado a tratarlo como persona y como amigo. Pudo ser coincidencia porque en ese momento me sentí bien, me levanté, me arreglé y declaré: ¡Listo para comer más camarones! Es posible que hayan administrado algún anticolinérgico, mas no me di cuenta; lo que recuerdo vivamente fue que me administraron abundante cantidad de un te de preparación especial que hasta la fecha prescribo y reconozco con un mote: Es efectivo porque rehidrata, pero es también mágico porque se prepara con un poco de bicarbonato y jugo de naranja en tal orden

que al agregar el cítrico el té hace efervescencia aumentando así la confianza de quien se lo va a tomar.

El sueño en referencia me hizo reflexionar que las llamadas medicinas alternativas no se encuentran en competencia unas contra otras sino más bien resultan complementarias. Si bien algunas, como la alópata y la cirugía cuentan con evidencia de su efectividad, otras como la acupuntura, el TENS, la rehidratación con tizanas y la imposición de las manos proporcionan indudable beneficio a los enfermos aunque de momento no se puede predecir su efecto.

## Décima.

El caso del enfermo “tricuspeideo” que mejoró con cerveza.

El día del médico es un festejo peculiar. Procede del recuerdo de la fecha en que Valentín Gómez Farías, que era médico y presidente suplente de México, decretó la apertura de la Escuela de Medicina, el día 23 de octubre de 1833, después de que la enseñanza superior había sido cancelada buscando evitar el abuso que hacía una institución religiosa al impartir la educación.

Aunque la comunidad ha olvidado casi por completo el origen, cada año se festeja de distintas formas, pero todas ellas tienen como esencia la satisfacción de haber resuelto situaciones difíciles y peligrosas, devolviendo la salud y preservando la vida de ininidad de personas que acuden a los médicos en busca del alivio. Si bien es cierto que el resultado de la atención médica no siempre es exitoso, el saldo es favorable con mucho, en especial cuando la atención se dirige a la comunidad y con medidas preventivas. Muchas enfermedades, inclusive algunas cuya etiología no era conocida y, por supuesto, se carecía por completo de implementos terapéuticos como ocurrió con la viruela, por ejemplo. Así, en ceremonias formales, presididas por las autoridades civiles, se reconoce la labor de médicos distinguidos; se inauguran instalaciones y equipos; o simplemente se hacen fiestas en las cuales hay regalos, alegría, comida y tragos. Las asociaciones de médicos suelen organizar cenas o incluso bailes, sin embargo, hay que aceptar que en las clínicas, sanatorios y hospitales también se hacen festejos: el personal auxiliar –incluyendo enfermeras, recepcionistas, trabajadoras sociales, secretarias, nutriólogas, etc., se ponen de acuerdo para llevar algunos platillos y disponerlos de tal modo que alcance para todos y –en ocasiones los propios festejados- llevan refrescos. Se prefiere que no haya bebidas embriagantes en pos del sentido deontológico: No dar mal aspecto a los enfermos ni a sus familiares que saben perder la confianza en el médico que tiene aliento alcohólico. No obstante, se da el caso de que alguien lleve unas cervezas que tomadas con moderación pudieran tener lugar.

Tal es el caso que voy a platicar: Ocurrió en un hospital gigantesco, quizá de cuatrocientas camas, divididas en servicios de especialidad que ocupaban siete pisos de una torre de doce: La planta baja que servía como área de distribución, con escaleras y elevadores y un amplio lobby con sillones de

descanso; el piso de oficinas de dirección y administración; y el correspondiente a salas de operaciones con instalaciones para disposición de instrumental, baños y vestidores de médicos y enfermeras. Era un edificio largo que tenía forma de T y en el ala perpendicular albergaba consultorios, laboratorios y salas de estudios paraclínicos como radiología y medicina nuclear. El servicio de cardiología reunía a cardiólogos y cirujanos cardiovasculares -especializados en corazón o vasos sanguíneos periféricos- y contaba con amplias salas de juntas en sus extremos. Esas salas son sitios de reunión constante para los médicos porque en ellos trabajan diario: Después de la visita cotidiana a los enfermos elaboran los expedientes correspondientes, con la ayuda de los médicos residentes -es decir con aquellos médicos, ya titulados y bien calificados, que cursan la especialidad durante cuatro o cinco años- y de estudiantes de medicina en rotación, los que también aportan. Entonces, en esos lugares, amueblados con grandes mesas de juntas y los asientos necesarios para dar cabida a todos, se dedican a dictar y escribir notas, a dictar y escribir hojas de indicaciones, a elaborar solicitudes de estudios, recetas para los enfermos que serán dados de alta o certificados de incapacidad. Cada piso cuenta con la central de enfermeras en donde ellas preparan medicamentos y elaboran también anotaciones; y con dos oficinas: una para el jefe de servicio, que aloja a la secretaria y guarda la cafetera; y otra para la trabajadora social y la recepcionista de piso. Diariamente todos se encuentran activos de modo que apenas encuentran momentos para platicar, pero periódicamente y cumpliendo programas pre establecidos se reúnen a discutir casos de enfermos cuya solución debe tener responsabilidad compartida, o para compartir lecturas de temas científicos relacionados con la especialidad.

Cuando llega el día del médico (y también el día de las enfermeras) todos se juntan a hora determinada para celebrar un pequeño festejo. El personal femenino se distribuye platillos para que el esfuerzo sea menor, las viandas tengan sabores variados que alcancen para todos. Aun siendo los festejados, los médicos -de todos los niveles dichos- se cooperan para comprar las tortillas y los refrescos, y la secretaria prepara cantidades extraordinarias de café porque no falta alguien que llegue con un pastel.

Los personajes que protagonizan esta narración son cuatro: dos médicos residentes estudiantes de cardiología, la recepcionista del piso que era una guapa mujer que trataba bien con todos porque resultaba un nexo entre médicos, enfermos y familiares, y un enfermo casi desahuciado porque tenía muy dañado el corazón a consecuencia de que las válvulas que deben regular la circulación sanguínea habían dejado de funcionar y se encontraba encamado desde hacía varias semanas en espera de que sus condiciones fueran lo

suficiente confiables como para que fuera operado con buena posibilidad de éxito. La dificultad principal estribaba en que no orinaba lo suficiente y retenía líquidos de tal manera que tenía las piernas hinchadas y el abdomen distendido por lo que se llama ascitis, que se conoce también como hidropesía. Los dos residentes mencionados habíamos intentado todo tipo de tratamientos, inclusive habíamos revisado las lecturas más modernas al respecto y habíamos discutido su caso en la sesión correspondiente al menos un par de veces y emprendido cuanto tratamiento se nos había ocurrido de modo tal que vislumbrábamos un final distinto al que se ha mencionado, y que por supuesto no queríamos ni imaginar.

La recepcionista estaba enterada del mal pronóstico y tal vez por eso se compadeció. El enfermo descubrió que alguien había llevado unas cervezas y le pidió una a la recepcionista. Ella, conocedora de la responsabilidad que le representaba se presentó con nosotros pidiendo autorización. Los dos médicos sentimos la petición como si fuera una “última voluntad” y se lo concedimos. Al cabo de un rato la recepcionista volvió y nos dijo que siendo botellas pequeñas el enfermo la había tomado muy pronto y ahora quería otra. A regaña dientes y un poco presionados por la súplica de la chica, acabamos por autorizar la segunda, eso sí: pero ¡ni una más!

En la visita del siguiente día, la enfermera correspondiente nos informó de la evolución de cada enfermo: dijo signos vitales y enunció las novedades. Al llegar con este caso nos dijo: ¡No me lo van a creer! Ha orinado tanto que casi se deshinchó. Lo examinamos y corroboramos la mejoría, actualizamos sus análisis de laboratorio para demostrar que todo estaba bien y avisamos a los cirujanos para operarlo al día siguiente. La operación fue exitosa, el enfermo salió muy bien y pronto volvió a su casa. Pero nosotros nos cuidamos de no propalar el remedio hasta elaborar una hipótesis que explicara el efecto de manera razonable y aceptable en el contexto del conocimiento de los mecanismos de eliminación de agua y sales por el organismo humano.

## Décima primera.

Eutanasia o encarnizamiento terapéutico.

Los médicos gozan el privilegio de establecer los límites exactos de la vida en el contexto del sistema cronológico diseñado ex profeso por el hombre, cuando alguien nace el médico informa la hora en que nació, de la misma manera en que establece la hora de un deceso aunque este sea de persona connotada, aunque tenga trascendencia histórica, aunque no resulte deseado para nadie el médico dice: “Murió este día, a tal hora” y todos los demás respetan su decisión porque, además los escribe en papelería oficial y firma la responsiva.

Tal afirmación de ninguna manera se refiere a que el médico decida esos sucesos, solo establece el momento apoyando su conclusión en los conocimientos que posee y en los acontecimientos que contempla.

El médico se prepara de por vida y lo hace tesoneramente con la finalidad primera de preservar la salud entendida como la plenitud en el gozo y la realización de las personas en todas sus actividades vitales, laborales, sociales y deportivas, y tratar de prolongar la vida.

Por tales conocimientos es capaz de identificar lo que ocurrirá a los enfermos que atiende para lo cual se esfuerza por que el diagnóstico del padecimiento de cada uno de ellos sea lo más acertado y exacto posible porque de ese modo tendrá una visión clara del pronóstico en términos de viabilidad, recuperación y plazos. Por supuesto se da que los médicos, por bien que trabajen, están sujetos a error en vista de que su diagnóstico se apoya en la narración que haga el enfermo de las molestias que percibe, de la sinceridad con que se le digan, y de la medida en que la confesión de algunos síntomas pueda lesionar el pudor y los intereses de la persona afectada. En seguida hecha mano de sus procedimientos de exploración corporal con los que está plenamente acostumbrado y sabe que pueden tener sensibilidad y especificidad variables (es decir pueden identificar un mal dejando pasar resultados falsamente afirmativos o pueden negar la presencia de una enfermedad permitiendo que algunos casos anormales pudieran parecerle bien). Por último recurre a los estudios complementarios, hechos por general en otros medios, por personas que ni conoce –cuya experiencia es imprecisa- y empleando recursos cuyo origen es bastísimo. El médico entonces, y el enfermo en consecuencia, están siempre expuestos al error de diagnóstico y,



por extensión, en el pronóstico y plazos. Los procedimientos terapéuticos también pueden ser limitados y su efecto selectivo según la idiosincrasia de la persona a quien se aplican: un medicamento puede ser totalmente efectivo en unos casos y encontrar resistencia en otros, por ejemplo.

Entonces, los médicos prefieren utilizar expresiones relativas al expresar el pronóstico y al establecer los plazos. Usan porcentajes que muchas veces han sido identificados en otros medios y en manos de otras personas, los que son extrapolados de manera indebida ante la carencia de datos propios, imposibles de conocer cuando el número de casos que se tratan en un ámbito suele ser limitado y no permite generalizar.

Ante tal incertidumbre, y en términos generales, los médicos prefieren enfocar los peores porcentajes porque si se equivocan el resultado será preferible: dice: la probabilidad de morir por un infarto del miocardio complicado con falla del corazón y con estado de choque es alrededor del 85%; si el enfermo se compone a todos parecerá mejor. Pero si muestra un panorama de optimismo puede volverse contra sí: dice: es una operación de bajo riesgo, y el paciente operado muere; toda la sociedad lo atacará aun a sabiendas que riesgo menor no significa nulo.

En la era cibernética se cuenta con un soporte que puede personalizar la selección de las medidas terapéuticas según las características de cada caso, e informar la probabilidad de éxito. El médico que recurre a este tipo de asesoría, a través de su computadora personal, y además se afirma en su experiencia tendrá la confianza suficiente no solo para aconsejar al familiar cual es el mejor camino sino que puede guiar las medidas de atención y resolver los casos.

Mientras no se detengan las funciones vitales todo se puede planear y esperar los resultados, pero si, por ejemplo, la circulación de la sangre se pierde se recurrirá a medidas de salvamento, que también están jerarquizadas en función del resultado, se dice: si el paro del corazón resulta terminal, es decir que ocurre como el último evento de la vida, intentar recuperar al enfermo resultará cansado e inútil. Pero si el paro cardiaco es incidental, seguramente se resolverá, sin importar el esfuerzo que nos cueste.

Esas medidas se conocen en el argot médico como RCP que significa reanimación cardiopulmonar y tiene por objeto restablecer la circulación de la sangre para aportar oxígeno a las células del cuerpo, en especial a las más sensibles que son las cerebrales. Los primero que hacen los médicos es cerciorarse que no hay circulación sanguínea buscando palpar el pulso en todos aquellos lugares del cuerpo humano en donde suele ser accesible. En seguida buscan señales de daño cerebral observando los reflejos pupilares. Al no encontrar pulso ni señal de daño cerebral inicia las maniobras observando

que las vías de la respiración (boca y garganta) se encuentren libres de obstáculo que impidiera el flujo del aire necesario para restablecer la ventilación pulmonar. En seguida, cumplido ese requisito, sopla suave y brevemente sobre los labios de la persona atendida mientras ocluye la nariz con los dedos de una mano y abate la mandíbula con la otra mano; de inmediato se retira y repite la operación. El tercer paso es comprimir el pecho con las palmas de ambas manos, colocadas una sobre la otra, manteniendo los codos rectos para que la compresión se haga con el peso de su propio torso, de manera suave, pronta y repetida una vez cada segundo manteniendo un ritmo de ocho compresiones por dos respiraciones hasta recibir ayuda cuando se iniciará una segunda fase de atención que incluye el registro del electrocardiograma, la aplicación de medicamentos y la desfibrilación eléctrica (una descarga de doscientos Joules de corriente directa aplicada en el tórax de la persona atendida).

El papel del médico y del personal que le auxilia en la atención de estos casos queda así definido y claro, pero en el trayecto encontrará también las opiniones de personas quienes aun sin tener conocimientos acerca de las enfermedades, contemplan otros panoramas: de cariño, de creencias, de finanzas y otros más.

Este es el caso de una enferma afectada por infarto del miocardio extenso, es decir que gran parte del tejido de su corazón se había mortificado, había perdido la vitalidad y trastornado tanto la función cardiaca que la sangre recibida quedaba estancada en la circulación pulmonar dificultando su respiración en una situación denominada insuficiencia cardiaca, lo que la presentaba moribunda no obstante que era atendida en el mejor sanatorio de la localidad.

El panorama esa vez se presentaba sombrío pero con amplia posibilidad de rescate, y los medios disponibles eran suficientes y razonablemente efectivos. La paciente se encontraba en una habitación amplia, fresca e iluminada; se hallaba recostada en la cama clínica con la cabecera elevada; tenía conectada a la nariz una manguerita verde que le proporcionaba oxígeno y en la vena del codo larga manguera transparente procedente de una botella con suero; un monitor de cabecera que mostraba en la pantalla el trazo electrocardiográfico y en una ventanita adicional las cifras de saturación de oxígeno, expresadas en porcentaje, y de tensión arterial, en milímetros de mercurio. A su lado el cardiólogo, una enfermera y su hija. En eso llegó un sacerdote que le aplicó los santos óleos, le perdonó sus pecados (a una señora amable, respetable y buena) y le concedió indulgencia plenaria, es decir, le abrió la puerta del cielo.

Su familiar, cariñosa, la tomaba la mano, la besaba y le rogaba que no muriera, dando alientos para que se sobrepusiera a la enfermedad, usando para ello la mejor expresión de cariño filial.

El médico cardiólogo preocupado por la gravedad del caso, prescribía segundo a segundo las modalidades del tratamiento a la enfermera que mostrando diligencia parecía adivinar las órdenes porque apenas las dictaba el médico y ya las estaba aplicando ella.

Así transcurrieron minutos angustiantes, que en la madrugada siempre parecen más largos; hasta que, según se vio, la enferma despreció la indulgencia plenaria y con ello su entrada al cielo; se aferró al corazón de su hija; asimiló el tratamiento acertado y se recuperó. ¡Si! Se aferró a la vida porque sobrevivió varios años, rodeada de afecto y con la suficiente calidad de vida para hacer lo que quisiera.

O este caso, por ejemplo: Se trató de enfermo crónico quien portaba un marcapaso implantado en otro medio y acudió a consulta porque lo notó inflamado. Un marcapaso de uso definitivo es un pequeño aparato de forma más bien elíptica, de cuatro por tres centímetros y con grosor de milímetros que se implanta bajo la piel del pecho, casi siempre apenas abajito de la clavícula. Al examinar a éste enfermo se apreció que el marcapaso estaba presionando la piel y aunque su borde es romo la estaba maltratando y la podía romper. El problema se resolvió cambiando la ubicación del aparatito hacia la parte de atrás del músculo pectoral, el principal músculo del pecho, aquel que se puede sentir si se coloca la mano junto al hombro cerca de la clavícula al mismo tiempo que se levanta el brazo para señalar al frente, como tratando de tocar algún objeto. Como el procedimiento fue breve, sin molestia y poco caro el paciente tomó confianza y volvía de manera periódica a consulta para revisión de su aparato.

Los marcapasos cardiacos están diseñados para dar señales de desgaste con un margen de un par de meses para poderlos cambiar antes de que dejen de funcionar colocando la vida en entredicho. Con esos indicadores se prescribió en cambio del aparato colocando uno más fino, por supuesto que nuevo y con garantía de ocho años lo que indujo al enfermo a abandonar un poco el cuidado de su corazón.

Cuando me volvió a llamar las cosas estaban graves. Lo habían hospitalizado pues portaba cáncer en un pulmón; y estaba tan avanzado que le impedía respirar; materialmente se estaba asfixiando. Los familiares, que ya confiaban en mí esperaban un milagro. Poco se podía hacer porque además se tuvo el agravante de que los oncólogos que opinaron no ofrecieron solución.

Se informó a los familiares y solo se recurrió a medidas paliativas, procurar que estuviera bien mientras la naturaleza cumpliera su cometido.

De pronto, pasada la media noche, recibí el llamado del médico de guardia quien me informó que el enfermo tuvo paro respiratorio y me pidió que acudiera yo a atenderlo porque no podían encontrar a los médicos tratantes. El paro circulatorio era aislado porque el corazón seguía latiendo estimulado por el marcapaso, lo que ofrecía una solución parcial: colocar una sonda en la garganta y ayudar la respiración con aparatos especiales. Como se había colocado un monitor de electrocardiograma, se notaba el trabajo del corazón con la imagen del trazo y con el sonido que puede escucharse desde la central de enfermeras del hospital. El personal del sanatorio se dispuso a iniciar ese tipo de atención mientras yo llegaba.

Cual sería mi sorpresa al encontrar a médico de guardia y enfermera, parados en el pasillo porque los familiares no los dejaron entrar.

En cuanto llegué y me presenté me pidieron que no interviniera. Estaban conscientes de que no había mucho que hacer y se resignaban a “dejarlo ir”. Esperé pacientemente la oportunidad de actuar, parado en la puerta del cuarto, la cual estaba cerrada y asegurada por dentro.

Entonces salió uno de los parientes y me preguntó si se lo podían llevar aprovechando que estaba aún vivo, para evitar el traslado de un cadáver. Le contesté que sí, pero que debían darse prisa porque no tardaría en morir, lo que ocurrió en ese momento dando al traste con el plan propuesto. Les expresé mi pesar, les informé la hora del deceso y extendí el certificado de defunción.

La muerte puede presentarse de manera inesperada dejando al médico inerme: Paseaba en compañía de un grupo de amistades, por la marina de un lujosísimo hotel al que habíamos acudido atraídos por la fama de su cocina, la que pudimos confirmar con creces porque el Chef era meticuloso en la preparación de los platillos mostrando su resistencia a servir las viandas completamente al natural lo que tratándose de mariscos representa siempre un desafío. Esta cocina se caracteriza por aderezar los alimentos de manera que tal vez hasta pudiera calificarse como exótica ya que desde la presentación se antojaba degustarlos. Durante la sobremesa, caminamos en el embarcadero contemplando fastuosos yates que echaban amarras. De pronto entró una lancha rápida a gran velocidad y desde ella se escuchaba un griterío. Los comentarios primeros fueron en el sentido de que los tripulantes vendrían demasiado alegres y que entrar así podría representar peligro. Mas en seguida los gritos se oyeron como lamentos y alguno logró apreciar que las personas venían desesperadas y algunas hasta llorando. La lancha llegó al embarcadero y llamaron la atención de los guardias encargados de la seguridad del hotel.

Uno de ellos se acercó, conversó brevemente con la tripulación y regresó corriendo con el radio de intercomunicación en la mano. Como se acercó a nosotros yo le dije que soy médico y pregunté si podría ayudar. Corriendo exhausto y casi sin poder hablar me dijo: Pues acérquese para allá.

Yo acudí tan pronto pude, iba vestido de blanco pero no con uniforme médico. Al llegar noté que dos personas gritaban: Aguanta, amigo, aguanta. Me acerqué y les dije en voz muy alta (porque tenían gran escándalo) ¡Yo soy médico y vengo a tratar de ayudar! Con ello me prestaron atención y me indicaron abordar. Dentro del bote descubrí a una persona acostada, muy pálida, con espuma en la boca y también en la nariz; sus ojos estaban entreabiertos al igual que su mandíbula, y tenía el cuerpo cubierto con una sábana ensangrentada. Me acerque a sentir su pulso y le descubrí una muñeca pero al instante me percaté, con asombro, que el brazo no estaba pegado al cuerpo: Se encontraba desprendido desde el punto más alto del hombro, en un corte limpio como si hubiera sido hecho con una sierra eléctrica; se apreciaban el hueso y los músculos pero ya no estaba sangrando. Busqué el pulso en otros lugares acostumbrados como tobillos, ingles y carótidas, sin encontrarlo; cada vez más convencido de que todo había acabado, recargué mi oreja en su pecho y no detecté latido; recurrí al signo más confiable para reconocer la actividad neurológica de un cuerpo desfallecido: observé las niñas de los ojos y las encontré dilatadas, fijas: haciendo sombra con mi propio cuerpo y retirándome de momento logré que la luz del sol (que estaba muy brillante) las estimulara, pero sin obtener respuesta lo que de manera categórica confirmaría mi sospecha. Como durante el tiempo en que realicé todo esto había sentido la piel bien helada, supuse que habría tenido un accidente y se había desangrado en el mar. Me incorporé y con la debida seriedad les dije: ¡Ya no tiene vida!, lo siento. Todos quedaron mudos mientras yo me retiré. Ya lejos recapacite que no podía decir la hora en que esa persona murió.

En plan de corolario recordaré dos casos: El de un enfermo gravé afectado por extenso infarto del miocardio, es decir que gran parte del tejido cardiaco se había mortificado, su función estaba perdida y había que esperar la cicatrización procurando minimizar el daño y obtener una recuperación suficientes para que la persona pudiera tener libertad de acción. Había salido ya de la unidad de cuidado intensivo coronario y se encontraba encamado en una habitación de cuidado intermedio. Tanto los médicos cuanto los familiares se sentían optimistas en cuanto a la evolución, pero persistía la incertidumbre dada por el antiguo conocimiento de que el corazón es traicionero.

Ocurrió que mientras se pasaba la visita matutina, en la cual el especialista y los médicos en formación tanto en nivel escolar cuanto en

postgrado, acompañados por la enfermera, la dietista y la trabajadora social, examinan y discuten el estado de cada enfermo y rediseñan el tratamiento o programan operaciones o salidas de alta a los domicilios de aquellos quienes han mejorado lo suficiente; fueron avisados por el familiar de ese enfermo informando que tenía intenso dolor en el pecho. Todos los integrantes del equipo acudieron a atenderlo; la enfermera, experta en tales lides, llevó los medicamentos pertinentes para enfrentar la emergencia. Al llegar, el especialista exploró rápidamente al enfermo y confirmó la administración del medicamento e indicó que se colocara debajo de la lengua porque de esa manera su efecto sería muy rápido, tardaría entre tres y cinco minutos para que el enfermo se compusiera. No obstante, todos reconocían que la situación del paciente sería grave por el daño establecido apenas unos días antes de esa fecha. Mientras se comentaba que habría necesidad de devolverlo a la unidad coronaria y probablemente de intervenirlos quirúrgicamente, el enfermo miró a los ojos al especialista, le sonrió, levantó un poco la mano en señal de despedida y murió.

El otro es solo una conversación sostenida en la habitación de un sanatorio:

Parados a los lados del cadáver – sin amortajar– de su madre, un familiar y yo, conversamos de temas filosóficos:

Me preguntó: ¿Qué piensa de la muerte?

Contesté: Desde el punto de vista del médico la muerte representa el fin, porque después de ella ya no tenemos que hacer. (Quizá si para los de la agencia funeraria sea el principio), (¿Y... para los curas, será esperanza?)

Me preguntó: ¿Por qué se niega uno a morir?

Contesté: Porque se apega uno a la vida, no como función biológica sino como un conjunto de acciones y pasiones a las que se está acostumbrado y que, por supuesto, cambiar, en lo que sea, resulta muy difícil, en especial cuando tal cambio se presenta como un motivo de incertidumbre.

Me preguntó: ¿Usted está preparado para morir?

Contesté: ¡No! porque diario tengo muchas cosas nuevas por hacer; pienso que si muriera mi tarea quedaría inconclusa. Pero creo que hay personas que no solo están preparadas para morir sino que lo desean. Esas personas serían, por ejemplo: Quienes sufren por enfermedad o por tristeza; quienes se encuentran solos o incapacitados para sostenerse, o quienes creen que ya no sirven y que no tienen nada que hacer. Recuerde que hay quienes se suicidan.

Me preguntó: ¿Entonces, usted no cree que haya algo después de la muerte?

Contesté: No se ha demostrado que lo haya, salvo cuando la obra realizada en la vida resulta trascendente y la persona que muere sigue presente, a través de

lo que hizo, al cabo de generaciones. Los demás lo ven como una esperanza de inmortalidad, a la que se aferran. Por supuesto que para pasar a otra vida sin esfuerzo ni sufrimiento.

Agregué (respecto a su difunta): Vi como la ungió un sacerdote, por lo que me parece que estaba preparada para morir y que lo hizo con tranquilidad.

En eso llegó una sobrina de la muerta y le dijo al hijo: “Está ya en donde debe estar”.

Yo le comenté que estaba enferma y la estábamos atendiendo; la bañaron, la entalaron y luego murió, por eso, le dije: La muerte vino por ella y se la llevó. Estaba lista.

## Décima segunda.

Ni un instante de descuidó.

Como las enfermedades no tienen horario y suelen afectar en cualquier momento, conviene que los médicos estén todo el tiempo dispuestos para atender a quien enferme. Es recomendable, entonces, que entre los atributos de un aspirante a médico se encuentre la falta de apego a dormir bien, a comer tranquilos y a mantenerse descansados. Como de cualquier manera eso resulta ser característica propia de quien debe atender a los enfermos, la preparación de los estudiantes incluye larguísimas jornadas de trabajo, estudio y dedicación, fuera del currículo escolar, para que se vayan acostumbrando. Ya en el último año de carrera se cursa un “internado rotatorio” durante el cual el médico en formación prácticamente vive en un hospital: come de prisa cuando le alcanza el tiempo o fuera de horario cuando las encargadas de la cocina han aceptado el pedido de que le guarden un poco. Hace guardias nocturnas en las que viste con ropa especial –como un uniforme blanco- que le permita recostarse en donde pueda y descansar aunque sea por ratos. Durante ellas se las ingenia para resolver aspectos de la evolución de los pacientes o de las rutinas de trabajo para aprovechar todo el tiempo y robarse esos pequeños lapsos que lo mantengan activo, por ejemplo se acude al servicio de urgencias para preguntar si se ha planeado hospitalizar alguna persona y en caso afirmativo empieza a conocer el caso y a escribir la papelería necesaria del expediente antes de que se le asigne cama y de que sea trasladada. Otro ejemplo es el de visitar a los enfermos que se reportan delicados, estudiar los casos y prescribir adelantándose a los acontecimientos en previsión de una complicación inesperada que requiriese atención en horas durante la guardia. No obstante, muchas veces se conforma con ver amanecer mientras espera un elevador que lo lleve a la residencia médica en donde supone que le espera una tibia cama; solo llega a su habitación para asearse, cambiarse y prepararse a trabajar todo el día. De ahí a desayunar corriendo, consumiendo lo más que sea posible y presentarse sonriente, como si nada, ante los médicos adscritos, al paso de la visita matutina.

Terminado el internado y cumplido con el servicio social el pasante de medicina debe escribir una tesis, que comprueba de manera experimental con la tutela de un investigador, para solicitar el examen final y convertirse en médico cirujano (algunas universidades titulan a médicos, cirujanos y



parteros, pero ninguna a licenciados en medicina). Realicé mi trabajo de tesis integrándome al equipo del cirujano de corazón más famoso de ese tiempo para probar distintas soluciones de llenado de la bomba de circulación extracorpórea, un aparato que tiene por objeto desviar la sangre impidiendo que circule por corazón y pulmones y de oportunidad de mantener al enfermo en magnífica condición mientras su corazón es abierto para sustituir una válvula o para obturar una comunicación anómala.

La operación se realiza en la mañana, en personas que se han conocido previamente a la intervención, con el detalle suficiente como para no dejar escapar nada que pudiera entorpecer su evolución a la mejoría. En ese proceso, el recién egresado de la facultad de medicina se expone sin pensarlo a establecer lazos de afecto con alguien que enfrentará al sufrimiento y a la muerte.

Mi trabajo en el equipo no era, en realidad, el cuidado del paciente, sino vigilar el cumplimiento del protocolo lo que consistía en tomar muestras de sangre arterial por medio de una cánula insertada en la arteria radial, que se encuentra en la muñeca, justo abajo del dedo pulgar, y procesarlas en el laboratorio con un equipo para medir la reacción de la sangre y establecer el grado de acidosis que se pudiera producir como resultado del proceso de circulación extracorpórea y, por extensión, demostrar que la solución de llenado de la bomba que nosotros proponíamos, protegería, en este aspecto, a los enfermos que la recibieran. También era mi tarea llevar un registro de la evolución de cada enfermo en cuanto a sus signos vitales, la recuperación del corazón operado, la eficacia de la respiración, la magnitud del sangrado, el volumen de orina medido cada hora como indicador del funcionamiento renal; todo esto durante las primeras 24 horas siguientes a la operación. Por supuesto que acompañaba a médicos recibidos y en vías de especialización que eran los encargados del cuidado de los pacientes en la sala de recuperación, pero como estaba uniformado igual que ellos y cercano a los enfermos y luchando por no dormirme durante la noche de guardia, me sentía muy realizado.

Esa lucha por soportar el sueño en ocasiones se vuelve tormentosa porque los ojos se cierran solos y la mente se pone en *off*. De los demás médicos de guardia empezaba yo a aprender que se puede tomar café, se puede caminar de un lado a otro, se puede conversar de todo tema, se pueden lavar los dientes, o intentar cualquier recurso pero el sueño acabará por vencer al desvelado de modo que lo único que puede permitir estar alerta es despertar. Por supuesto que para despertar se debe dormir un rato.

Como se puede apreciar yo era el menor de la cadena de atención médica de los enfermos porque aun no me recibía de médico cirujano y, por

supuesto, era el más joven. No obstante, ponía semejante entrega en el cumplimiento de mis obligaciones para estar a tono con el resto del equipo. Así, aunque no iba diario, me presentaba puntualmente, portaba el uniforme, acompañaba la visita de los enfermos y conocía los expedientes y a los pacientes que serían operados.

El motivo de esta narración es el caso de una joven enferma que tenía afectadas varias de las válvulas del corazón (que siendo una bomba que succiona e impele, las necesita para mantener la circulación sanguínea en un solo sentido) con gran repercusión hemodinámica por lo que tenía deterioro en las funciones respiratoria, hepática y renal lo que confería riesgo elevado a su operación para cambiar, por lo menos, dos válvulas, a corazón abierto con desviación de la sangre a la máquina de circulación extracorpórea, a cuyo manejo estaba yo adscrito para ayudar a dos enfermeras que se encargaban especialmente de esa tarea. Como el estado orgánico general de la enfermita estaba muy complicado fue necesario posponer varias veces la fecha de la intervención de modo tal que se hospitalizaba, la examinaban y al encontrar cualquier inconveniente se diseñaba la solución y se daba de alta con nueva programación. Esta situación de incertidumbre le fue provocando cada vez más miedo. Como ella era una jovencita, quizá de mi edad o un poco menos, congeniamos porque yo, sintiéndome también doctor, la visitaba tratando de consolarla mostrándole un panorama menos sombrío, le decía por ejemplo: “Mira, los cirujanos quieren asegurarte que saldrás bien de la operación y que tendrás una larga vida durante la cual puedas hacer casi todo lo que quieras sin que la enfermedad te lo impida como lo hace ahora. Si posponen tu operación es con esa intención; ten paciencia. Ella tomó confianza en mí de modo que cuando llegó el día me preguntó si yo asistiría a su cirugía. Le contesté que sí, que esa era mi obligación. Me preguntó si yo la operaría. Le contesté que no, que mi actuación en la sala sería secundaria y que nada del resultado dependería de lo que yo iba a hacer. Me preguntó si estaría yo de guardia durante la noche que ella pasara en recuperación. Le contesté que por supuesto, porque tenía que hacerle análisis cada hora. Me pidió que la acompañara, que no la dejara sola ni un momento, porque así sentiría menos miedo y seguro colaboraría mejor con los especialistas para lograr obtener todo el éxito que se esperaba. Le prometí que lo haría.

Así fue, la operación salió bien y empezó correctamente su recuperación. Como siempre, los médicos residentes y las enfermeras asignadas a su cuidado trabajaron diligentemente, escribiendo anotaciones cada hora en una hoja especial. Yo, por mi parte, tomaba las muestras, las analizaba y las informaba al médico de guardia para que él las anotara debidamente. La enfermita no despertó porque la mantenían sedada con

medicamentos, lo que se hace de rutina porque los enfermos recién operados del corazón no se sentirían cómodos si permanecieran despiertos conectados a un respirador, un monitor de electrocardiograma conectado con alambres en el pecho, con unas sondas de drenaje torácico que permiten observar la magnitud del sangrado; otras para recoger la orina y mantener el estómago vacío y con las mangueritas de suero en las venas y en la arteria radial; y encima de todo, con el dolor de la herida quirúrgica.

Aunque la presión arterial se mantenía baja y los resultados de laboratorio dejaban que desear, todo se mostraba bien menos la fatiga que afectaba más cada momento, a pesar del café, la charla, la caminata y el lavado de los dientes. Yo me senté en un sillón situado casi al lado de la cama de la enferma para observar su respiración y el trazo electrocardiográfico. Ni noté cuando me dormí, de pronto el rebumbio me sobresaltó, abrí los ojos y observé a todo el personal en movimiento: la enferma tuvo paro del corazón y no la podían rescatar a pesar de aplicar correctamente las maniobras correspondientes. Pasaron minutos angustiantes. Yo, por mi parte, ofrecí ayudar en lo que pudiera, que era muy poco puesto que era el menor en jerarquía y también en responsabilidad. Me gritaban: Has esto, o has aquello y yo lo cumplía pronto y de la mejor manera. Mas todo fue inútil, la paciente murió antes de que amaneciera y yo quedé con la amargura de no haber cumplido a su solicitud: Me dormí y la descuidé. Claro que de no haberlo hecho, el resultado hubiera sido el mismo porque como reza el dicho: Los mirones son de palo.

## Décima tercera.

Primeras intervenciones quirúrgicas.

El cirujano de corazón con quien yo trabajaba era el más prestigiado del país, había sido pionero en varios procedimientos y cuando llegó el momento de trasplantar un corazón desde el pecho de un donante que lo tuviera sano a un cardiópata en estado terminal puso al equipo en manos a la obra, sobre todo porque otro connotado cirujano lo había realizado en una ciudad del continente negro. Como estábamos adscritos en un hospital de concentración de pacientes de la institución de seguridad social que protege a todos los trabajadores, no era difícil encontrar al receptor: un enfermo del corazón con insuficiencia cardiaca sin respuesta a tratamiento completo y con esperanza de sobrevivida menor de un año. Tampoco resultaría difícil encontrar un donador porque ese hospital se ubicaba en un centro médico con otros siete entre los cuales estaba el de traumatología; y además se contaba con servicio de neurología y neurocirugía, bien equipados. Se mantuvo al receptor hospitalizado con las mejores medidas terapéuticas procurando que estuviese diario en sus mejores condiciones para que “aguantara” la operación, de modo que en cuanto llegó un accidentado con daño cerebral irreversible – diagnosticado así por los neurólogos- se convenció a los familiares de la importancia de esa operación, se trasladó a un quirófano aledaño al de cirugía cardiaca y se dispuso todo para la histórica operación.

En eso estando se presentó el director del nosocomio y llamó aparte al cirujano principal para explicarle que lo que pretendía hacer no era admisible: El hecho de retirarle el corazón latiendo a una persona inconsciente podría lucir como homicidio porque el diagnóstico de muerte exigía que el corazón se hubiera detenido; es más si se pudiera demostrar que el donador ya estaba muerto tampoco resultaría porque las leyes prohibían mutilar a los cadáveres.

Ante eso ocurrió consternación; todo se suspendería; nadie sabía que hacer. El cirujano pidió al director que lo consultara con el departamento jurídico de la institución. Aun con la dificultad de no estar reunidos todos los abogados integrantes, se pusieron en comunicación, consultaron las leyes y no encontraron salida alguna. El cirujano insistió sugiriendo que se turnara el asunto a la presidencia de la república pidiendo un decreto que lo autorizara. Pasado largo rato se tuvo la respuesta definitiva: ¡Imposible! Habría que cancelar la intervención quirúrgica, devolver al donante a la sala de terapia

intensiva a esperar que su corazón se parara; al receptor a su casa para esperar la muerte y a volver a planear el procedimiento.

Todo esto tuvo la repercusión más trascendente porque la sugerencia que se hizo al departamento jurídico se transformó en una propuesta de ley y fue aceptada estableciendo que el deceso ocurre por la muerte cerebral; concepto vigente hasta el siglo XXI.

Habría pasado un cuarto de siglo cuando recibí en mi consultorio –en la Preferida del Sol- a un médico amigo mío; él no era especialista pero habíamos coincidido en un sanatorio cercano a la ciudad más grande del país en donde yo era el cardiólogo y él atendía el servicio de urgencias. El motivo de su visita era platicarme que un sobrino suyo estaba muy enfermo de tuberculosis y le habían pronosticado poco tiempo de vida, pero él tenía sus dudas acerca del diagnóstico. Le parecía que pudiera tener insuficiencia cardiaca.

Acepté examinarlo y confirmé su sospecha: no padecía tuberculosis sino insuficiencia cardiaca avanzada, en etapa terminal. La causa era una enfermedad del corazón cuyo origen no es muy claro pero se considera irreversible. El sustrato de la enfermedad es que el corazón se dilata y sus paredes se adelgazan, las células se mortifican y la utilidad del latido acaba por perderse.

Les dije que el único tratamiento efectivo sería el trasplante de corazón y que, como tenía derecho a una importante institución de salud del país, habría que averiguar si ellos podrían operarlo. Como ocurre siempre que se atiende a un enfermo con un problema de difícil solución, el médico se queda cavilando, pesando la manera de facilitar las cosas. De esa manera me acordé que el Jefe del Servicio Médico de esa institución era un cirujano amigo mío, con quien había convivido durante guardias en un gran hospital y también en los ratos libres que nos dejaba la poca clientela con que empezamos a trabajar en consultorios privados situados puerta con puerta en el mismo edificio. Busqué el número de su teléfono privado –ya que no había telefonía celular- y le llamé a una hora prudente. Le comenté lo que necesitábamos y me contestó que el jefe de cirugía de corazón del principal hospital de la institución en donde trabajaba le había insistido mucho en la conveniencia de hacer trasplante cardiaco por lo que estaban haciendo todos los ajustes necesarios y que muy pronto estarían en condiciones de operar a este enfermito. Me dio instrucciones para regularizar los trámites necesarios para el traslado del enfermo a la ciudad capital de la república.

El paciente fue a consulta y se topó con que todos tenían gran interés en su caso. Le hicieron infinidad de estudios clínicos y paraclínicos y le dieron

instrucciones de estar pendiente. Un par de semanas después le llegó una llamada: Tenía que presentarse ese mismo día, debería confirmar su llegada porque una ambulancia lo esperaría en el aeropuerto. Como el paciente tenía su trabajo en la terminal aérea de su localidad, lo acomodaron en el siguiente vuelo por lo que pronto llegó a su destino. Una vez en el enorme hospital le indicaron que se bañara muy bien y lo pasaron al quirófano.

Cuando despertó de la anestesia no tenía con quien hablar porque no conocía a nadie del personal de enfermería que lo estaba atendiendo pero además, como era el primer caso de trasplante cardiaco de esa institución lo tenían completamente aislado por el temor de que contrajera alguna enfermedad infecciosa dado que recibía medicamentos -llamados inmunosupresores- que al restringir la respuesta del organismo para eliminar un cuerpo extraño, cohíben la reacción de rechazo del organismo al corazón trasplantado.

Tuvieron que pasar varios días antes de que le permitieran a su mamá entrar a la sala de aislamiento en que se encontraba encamado, y solo envuelta en larga bata de tipo quirúrgico, con gorro y tapa bocas. La recibió con mucho gusto y cuando la señora le preguntó sus impresiones la respuesta fue una pregunta, le dijo: ¿quién es una señora bajita, gordita, morenita, a quien he soñado con insistencia; y que en mis sueños me trata con tal cariño que yo le digo mamá? La madre soltó el llanto y no le contestó nada. Posteriormente le dijo que la persona descrita era la madre del donador, quien murió de manera inesperada en un accidente automovilístico.

Cuando el joven operado regresó a su ciudad natal, el personal del aeropuerto le hizo una recepción a la que fui invitado. Todos le dieron muestras de cariño y ofrecieron refrescos y bocadillos que el enfermo no pudo probar porque seguía con indicación de aislamiento: ahora quien tenía puesto el tapabocas era precisamente él. Sin embargo, con el paso del tiempo se recuperó muy bien y, sería porque comía de más o porque algún medicamento le causó ese efecto, engordó demasiado; se consiguió una novia y se dedicó a vivir normalmente, como si nada, lo que no le resultó muy bien porque al cabo de más o menos cuatro años tuvo intensa reacción de rechazo, viajó de inmediato para ver al cirujano que lo había operado, pero llegó muerto a ese hospital que en otra vez le devolvió la vida.

Los cuidados de atención a la salud tienen como principal objetivo que las personas se mantengan en bienestar, contentas, activas y participativas en el ámbito poblacional en el que se desempeñan tanto en aspectos laboral cuanto en el social y el recreativo; pero por supuesto que pretenden prolongar la duración de la vida de cada uno, y de la humanidad en general. Con tales

objetivos el médico recurre a distintos procedimientos preventivos, terapéuticos y de rehabilitación. Es claro que la prevención de los padecimientos (mediante el control de factores de riesgo, mejorando la higiene, la alimentación y el ejercicio) y de los accidentes han logrado bien los objetivos planteados. La rehabilitación física y emocional hace la lucha para reintegrar a los enfermos a su medio. Ambos se aplican antes y después de las etapas críticas de las enfermedades mientras que durante éstas el médico echa mano de aquellos recursos que tienen la capacidad de aminorar el sufrimiento, evitar complicaciones, eliminar los factores determinantes del daño y evitar la muerte. Es memorable el advenimiento de los antibióticos pues al curar las enfermedades infecciosas aumentaron la esperanza de vida de la población. También se puede destacar que la rehidratación oral de los niños con diarrea contribuyó en gran medida a cambiar el curso de la historia en la segunda mitad del siglo XX pues en ese tiempo la población infantil sobrevivió y tuvo acceso a las plantillas laborales que impulsaron el enorme desarrollo del conocimiento y la tecnología. No obstante, ante las enfermedades del corazón poco se había logrado en este último aspecto de la acción médica: Se hizo clásico un proyecto de investigación que comparó la administración de un producto farmacéutico -que impide el funcionamiento exagerado de mecanismos neurohumorales que el organismo tiene para la adaptación a las sobrecargas, de trabajo o de volumen, del corazón- a personas con insuficiencia cardiaca quienes recibían el tratamiento clásico completo. Hay que recordar que el corazón es una bomba que succiona la sangre de las venas y la impulsa hacia las arterias manteniéndola en constante circulación, adecuada a las necesidades del metabolismo de cada momento de la vida, de modo que cuando la bomba cardiaca falla el organismo recurre a una serie de mecanismos de adaptación para superar el desequilibrio. Cuando esta capacidad se vuelve insuficiente la persona enferma decae, se incapacita y muere pronto. Durante años se han empleado en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca: medicamentos que tonifican al tejido cardiaco aumentando su fuerza de contracción; otros que reducen el volumen circulante; naturalmente el reposo y la dieta baja en sal ya que el Sodio -que es el principal componente de la sal- tiene la propiedad física llamada adsorción que permite se le peguen las moléculas de agua en proporción de nueve a una, lo que aumenta el volumen de sangre circulante y sobrecarga de volumen al corazón. A los enfermos del estudio científico que se describe se les administró aquel producto revolucionario y se compararon con otros que no lo tomaban. Cuidando la integridad de quienes se someten a tales experimentos, se designa un comité que vigila los aspectos de ética profesional de modo que no se les exponga a riesgo innecesario. En éste

experimento, el comité de ética revisó periódicamente la evolución de los enfermos así tratados. Un día, el comité llamó a los investigadores y les ordenó: ¡Interrumpan la investigación! Si porque quienes recibían el medicamento que se estaba probando sobrevivían mientras que quienes solo recibían el tratamiento tradicional completo no.

La terapéutica también ha recurrido a la manipulación funcional del corazón con ayuda de aparatos, al grado de haber intentado la aplicación de una bomba que succiona e impele denominada “Corazón artificial” que habiendo terminado el siglo XX no dio el resultado deseado. Un tratamiento que si cobró auge fue la estimulación eléctrica del corazón cuando sus propiedades: crono trópica (es decir la capacidad de producir electricidad con la frecuencia necesaria para que responda latiendo con la frecuencia necesaria mantener un gasto cardiaco suficiente) y dromotrópica (que es la distribución sincrónica de la electricidad, a todas sus porciones para que su contracción sea uniforme) se encuentran comprometidas alterando seriamente la sincronía de movimiento en pos de obtener bombeo proporcional abundante; o sea, que expulse suficiente sangre en cada latido y que estos sean los necesarios para que el cuerpo funcione como resulte necesario.

Viene al caso el de un enfermo mayor quien había sufrido dos infartos del miocardio y, en consecuencia, había perdido la función de tal cantidad de tejido cardiaco que el desempeño del corazón lo mantenía postrado, sin poderse acostar ni realizar ninguna actividad física. Esta persona era familiar político de un prestigiado cirujano de corazón quien opinó que la única solución a su problema sería trasplantarle un corazón sano lo que, de entrada, parecía una solución utópica. Le dijo que habría que hacerlo pronto porque, con expresión un poco cruel, pero realista, el cuñado comentó: -“¡O no terminas este año!”

Como su electrocardiograma mostraba importantes alteraciones en la conducción intracardiaca de los estímulos eléctricos, le propuse la implantación de un marcapaso con posibilidades de re sincronización del movimiento de las cavidades del corazón, lo que requería la participación de personal e instalaciones especializadas. Se trasladó a una ciudad más importante de aquella en la que estábamos, en donde hubiera servicios médicos del más alto nivel, y se hizo implantar un marcapaso de los llamados de estimulación multisitio.

Coincidió este suceso, en tiempo, con el caso de otra persona –joven- a quien si se le trasplantó un corazón por lo que su evolución se pudo comparar casi día a día. Ambos recuperaron su capacidad de acción en plenitud. Este paciente –que portaba un marcapaso de re sincronización del corazón- se reintegró a su trabajo al grado de que abrió una sucursal de su negocio en otra



ciudad cercana y la hizo prosperar a la par que su establecimiento matriz. Sobrevivió, aproximadamente cuatro años, al igual que el trasplantado poniendo de manifiesto que ambos tipos de tratamiento son eficaces pero que su capacidad de prolongar la vida es poca.

En la ciudad en que vivo se realizó una operación cardiaca el año de 1960 a una enferma que sobrevivió más de treinta años. Pero en el resto del siglo solo en condiciones de emergencia se tocó el corazón para restaurar heridas penetrantes que lo hubieran alcanzado. Eso hasta que se tuvo que atender a una enfermita extranjera a quien le habían diagnosticado cáncer pulmonar, invasor, y le habían pronosticado que pronto moriría.

Buscando vivir en un sitio confortable en donde sus ahorros pudieran alcanzarle para sobrevivir el poco tiempo que esperaba se mudó a las costas cercanas a nosotros. Pero su enfermedad se volvió muy molesta, al grado de impedirle realizar cualquier tipo de actividad. Solicitó entonces la atención de un cirujano oncólogo prestigiado de la ciudad quien diagnosticó que el tumor había afectado al pericardio (una estructura membranosa formada por dos capas aledañas que contienen escasa cantidad de líquido envolviendo al corazón con la utilidad de lubricar su movimiento) y que este comprimía al corazón impidiendo su funcionamiento adecuado en una situación clínica conocida como “taponamiento cardiaco”. Como esas condiciones requieren la participación de los cardiólogos, solicitaron mi opinión. Revisé a la enferma con toda dedicación y concluí que el pericardio no estaba pegado al corazón sino que la cantidad de líquido que contenía era la causa de tan grave complicación. Intenté drenarlo mediante punción directa, lo cual es relativamente fácil y con poca posibilidad de complicación: cuando el resultado es exitoso, la enferma mejora de manera instantánea, en cuanto se extrae el contenido de la primera jeringa de veinte mililitros. No obstante, la punción no permitió eliminar el derrame lo que estableció la sospecha de que se tratara de material caseoso –con textura de queso- como el que produce la tuberculosis, una enfermedad crónica pero susceptible de curar. Para extraerlo se requería de una intervención de mayor calado: la ventana pericárdica. Aunque requería mayor intervención quirúrgica que la punción también resultaba aceptable porque no había que abrir completamente el tórax y, por lo tanto, no compromete la función respiratoria lo que de ninguna manera era deseable ante una enfermita grave. El problema fue que aunque yo había hecho tal operación hacía tiempo que no la practicaba y que el cirujano oncólogo no tenía ninguna experiencia en el manejo quirúrgico del pericardio. Recurrimos entonces a un cirujano general que atendía urgencias y que si

había trabajado la cirugía torácica por razones obvias ya que él operaba a los heridos.

Lo convocamos y aceptó con gusto aunque confesó no conocer la operación que se le proponía. Como la enferma estaba grave y se consideraba desahuciada y como el tiempo apremiaba para resolverlo en junta médica se acordó que no habría tiempo para trasladarla a otro nivel de atención y que integraríamos de inmediato un equipo con los dos cirujanos que aportarían su experiencia y habilidad y un cardiólogo que dictaría la técnica.

Mientras nos preparábamos en el vestidor, estando ya la enferma en la sala de operaciones, dicté detalladamente la técnica de la cual destacaré tres pasos: Recortar con tijeras de Mayo (que tienen mandíbulas muy fuertes) el apéndice xifoides, que es la punta del esternón. Alcanzar el pericardio a través de un túnel estrecho empleando las pinzas de Allis que son largas, esbeltas y terminan ampliándose en la punta en forma de manitas con cuatro dedos iguales por lo que permitirían sostener el pericardio en dos puntos. Cortar el pericardio entre las dos pinzas de Allis con una tijera también larga y esbelta pero con mandíbulas cortas, finas y filosas conocida como de Metzembaun (en recuerdo del cirujano que la diseñó).

La operación se realizó con éxito pues el espacio pericárdico se evacuó liberando al corazón en su trabajo y el diagnóstico de la enfermedad infecciosa (y curable) se confirmó. El ambiente resultaba un poco tenso dadas las circunstancias que rodeaban al procedimiento pero la calma volvió al momento de abrir el pericardio cuando el cirujano anunció: “Prepárate pericardio que ahí te va la Metzembaun...”

## Décima cuarta.

La educación médica continua.

Un gran hospital que se dedica a una rama definida de la medicina, como son la cardiología y la cirugía de corazón, debe tener intercambio de actividades con otros hospitales tanto en aspectos de asistencia de enfermos cuanto en los de educación médica continua porque la confrontación de ideas y experiencias y la discusión entre pares contribuye en gran medida a la superación de las metas y al logro de las expectativas de crecimiento laboral. Con semejante idea, el hospital en donde trabajé como cardiólogo durante trece años elaboraba programas diseñados *ex profeso* por la jefatura de enseñanza. Por un lado había visitas programadas a las unidades de la Institución de Seguridad Social, ubicadas en los diferentes estados del país. Los grupos de visitantes estaban constituidos por un jefe de servicio y dos cardiólogos, aunque en ocasiones se incluía a un cirujano de corazón en cualquiera de los tres lugares. En cumplimiento de tal proyecto visité al menos siete ciudades acompañando al propio jefe del servicio al que me encontraba adscrito y al jefe de cirujanos de corazón, con quienes me había formado no solo como especialista sino también como médico y como un ciudadano lleno de entusiasmo por servir a los demás y por conocer todos los secretos de la ciencia, del arte y también de la tauromaquia.

Las visitas estaban diseñadas para que, llegando a cada lugar, nos mezcláramos con los médicos de la entidad, sin distingo de ninguna especie; es más después de saludar a las autoridades solicitábamos unas batas, que venían de la lavandería, con el escudo oficial y no necesariamente de las tallas adecuadas. Si bien se dictaban conferencias, se trataba de que hubiera amplia participación usando lenguaje coloquial, en veces menos formal de lo debido; haciendo incluso chascarrillos y dejando conceptos dudosos y susceptibles de ser discutidos. Con la finalidad de evaluar ese objetivo didáctico se ponía especial atención en la manera en que nos despedían: si recibíamos un simple “Adiós, que les vaya bien” habríamos trabajado mal, si en cambio nos ofrecían agasajo nuestra misión se cumpliría con creces. Las actividades de las visitas incluían asistir a la consulta con el especialista de la unidad visitada y también el pasar la visita de los enfermos que estuviesen hospitalizados, o encamados de manera especial puesto que se avisaba con oportunidad el programa sugiriendo que se citara a casos de difícil solución para atenderlos en junta

médica. Como nos esforzábamos para lograr el cumplimiento de tales objetivos en ocasiones nos alejábamos un poco del protocolo acostumbrado dentro del hospital, en cuanto al tratado diferencial entre jerarquías. En el caso de los grupos con los que participé en esas experiencias, contamos con la fortuna de que el jefe que nos acompañaba era, “Buena Onda” como dicen los jóvenes de hoy; es más, le gustaba contar chascarrillos lo que nos colocaba de inmediato en el buen afecto de los visitados.

He aquí tres casos sencillos que ilustrarán lo que he dicho:

Dos cardiólogos, que trabajábamos juntos y habíamos congeniado a tal grado que nuestro trato y nuestro aspecto resultaban semejantes, acudimos al servicio de urgencias llamados para la atención de una persona que tenía una taquicardia patológica; es decir, aceleración excesiva de la frecuencia de latidos del corazón producida por una anomalía del sistema de conducción de los estímulos eléctricos que determinan el ritmo cardiaco, en la cual hay conductores supernumerarios, conocida como la enfermedad de Wolf-Parkinson-White, en recuerdo de quienes la descubrieron. Mientras mi colega observaba el trazo electrocardiográfico, yo que me había percatado del problema le dije:

- Se la voy a quitar, por favor dí en voz alta el nombre de la enfermedad

Él entendió de inmediato de lo que se trataba y me contestó:

- ¡Va!

Mientras él decía Wolf-Parkinson-White, yo efectué un estímulo a un pequeño sensor de presión llamado Seno Carotideo, que se encuentra en la porción media del cuello, justo al lado de aquel músculo que se levanta cuando se voltea la cara hacia el lado contrario. Al hacerlo, la respuesta fue favorable de modo que la imagen del monitor electrocardiográfico de cabecera mostró la recuperación inmediata del ritmo normal con una frecuencia cardiaca adecuada. Pareció como por arte de magia: Mi compañero dijo las “palabras” y la arritmia desapareció al instante.

En la segunda iba yo acompañando al jefe de cirugía de corazón quien tenía personalidad imponente y -por su trato con nosotros en el hospital- todos lo sentían muy agresivo. Buscando manejar los objetivos del dominio afectivo él se mostró amable con nuestros visitados y logró que nos hicieran un festejo de despedida. Nos llevaron a un pueblo cercano a la ciudad sede de la visita y nos dieron de cenar muy bien. Al momento de servir un digestivo, ofrecieron un licorcito extraño al que denominaban “Verde” y sabía un poco como al gusto de una cactácea conocida como biznaga, que se usa mucho en repostería. No parecía contener alta graduación alcohólica por lo que resultaba

más bien un poco dulzón. Les dije que sería bebida especial para las damas lo que no les gustó, respondieron que ya vería y empezaron a decir bromas pesadas, especialmente dirigidas al personaje de mayor jerarquía, quien las toleró, se rió de ellas y los dejó agredirlo. Cuando habíamos degustado varias veces el licor “Verde”, yo que soy tranquilo de carácter y además de talla chica, me molesté por esas bromas y les reclamé, lo que caldeó los ánimos. El jefe de servicio detuvo la conversación con toda oportunidad informando que ya era un poco tarde y que nosotros viajaríamos a nuestro destino a primera hora del día siguiente, además, mencionó, que hacía mucho frío; les agradeció correctamente el agasajo y todas las atenciones y les pidió que nos llevaran de regreso a nuestro hotel. Ellos tomaron sus palabras a bien, correspondieron el agradecimiento diciéndonos que la visita les parecía muy productiva y nos invitaron a volver. Durante el resto de la jornada no hicimos ningún comentario de lo sucedido conscientes de que lo mejor sería olvidarlo porque, en realidad, no tenía importancia. Yo por mi parte me quedé cavilando acerca de lo que contendría ese licorcito verde que tanto nos cambió el carácter.

Por último platicaré de una visita más en la cual también terminamos festejados con magnífica comida de mariscos, justo en el lugar del país en donde los hay mejores, y que fueron escanciados con bebidas muy sabrosas. La reunión acabó tarde como para que pudiéramos abordar un autobús que nos llevará a otra ciudad, situada como a cien kilómetros de ahí, en donde se encontraba el aeropuerto desde el cual emprenderíamos el vuelo de regreso. Como la siguiente corrida de camiones de ninguna manera llegaría a tiempo, nuestros anfitriones propusieron enviarnos en la ambulancia la que sin duda viajaría más rápido.

No habiendo otra solución aparente, ni tampoco inconveniente en ello, aceptamos el ofrecimiento y, aun estando bien de salud y contentos, llegamos al avión en ambulancia.

En realidad la experiencia extraordinaria motivo de este relato se refiere a las visitas que recibimos como parte de ese programa de educación médica continua. Así ocurrió cuando tratando de aprender los criterios de selección de enfermos afectados seriamente en sus arterias coronarias del corazón y, por lo tanto, con riesgo potencial de angina de pecho, infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca o muerte súbita, las autoridades del departamento de enseñanza incluyeron en el programa de educación médica continua la visita de un profesor de lo más distinguido, quien había puesto en auge un procedimiento que él mismo diseñó y probó en animales y personas, denominado “*Coronary Bypass*” (en español: puente aorto coronario) que

consiste en desviar la sangre desde la aorta (principal arteria del organismo) hasta más allá del sitio de obstrucción de la arteria coronaria afectada, usando para ello un segmento de vena safena (la más larga del cuerpo porque conecta la circulación sanguínea de cada pie con la de la ingle) del mismo enfermo. Se trataba de un médico argentino admirable por muchas cosas: La primera era su carrera porque procedente de las clases socioeconómicas medias estudió la carrera normalista y se formó como bachiller al mismo tiempo que como profesor. Trabajó como docente y con su sueldo se costó la carrera de médico. Ejerciendo la medicina obtuvo la oportunidad de hacerse cirujano general y cirujano cardiovascular por lo cual emigró al país con la mejor atención médica, en donde desarrolló el procedimiento quirúrgico que pronto llamó la atención de los enfermos de todo el mundo y, por supuesto, de los demás cirujanos, entre ellos los nuestros que expresaron su petición de verlo operar a nuestros pacientes y en nuestro propio medio.

Nosotros ya teníamos un servicio de cirugía de corazón de primera clase porque nuestros cirujanos operaban más de mil quinientos casos -a corazón abierto- cada año y sus resultados eran comparables favorablemente con los de cualquier otro centro de cirugía de corazón.

Los pacientes operados eran trabajadores enfermos que procedían de cualquier sitio del país, enviados por los cardiólogos de esos lugares. Sin embargo, conviene describir que en nuestro hospital los cardiólogos adscritos los explorábamos con detalle y, por lo general, les hacíamos cateterismo cardiaco para afinar el diagnóstico y demostrar la indiscutible indicación quirúrgica. Lo de indiscutible es literal porque una vez concluido el estudio integral de cada enfermo se citaba a todos los cardiólogos del servicio correspondiente (adultos, pediatría o cuidado intensivo) para que lo revisaran y en seguida se presentaba el caso en sesión médico quirúrgica informando a los cirujanos el consenso de opinión de los cardiólogos y estableciendo debate hasta asegurar que el tratamiento quirúrgico beneficiaría al paciente exponiéndolo a riesgo aceptable por completo, tanto para el médico cuanto para el enfermo y sus familiares.

Entonces, para recibir la visita del importante cirujano, los servicios de cardiología de adultos elaboraron una estrategia de selección de casos a la que coloquialmente apodamos “Los Arrieros del Gaucho” para lo cual trabajamos horas extras hasta reunir un grupo selecto de personas con importantes obstrucciones de las arterias coronarias: En un solo vaso, en varios o múltiples; con lecho vascular bueno, regular o malo; con función cardiaca aceptable o muy alterada; los que le presentaríamos en sesión médico quirúrgica.

Trabajamos con entusiasmo y con ese mismo ánimo los presentamos a su aceptación.

En cuanto el maestro vio las angiografías coronarias que tanto nos habíamos afanado en hacer bien contestó: ¡No sirven! Con lo que nuestro gozo se fue a un pozo.

La explicación que dio es que el número de exposiciones por segundo con se habían filmado resultaban demasiado lento para dar una clara idea de la circulación de la sangre en el interior de la arteria. Parecían imágenes estáticas. Para dar la impresión de tiempo real el número de exposiciones debería ser más del doble. Tanto trabajo para nada.

Quizá por no dejarnos con las ganas de verlo en plena acción y frustrados por dispendio de recursos, aceptó operar un caso que tenía una lesión arterial importante y, a pesar del defecto técnico en el material de diagnóstico, parecía tener lecho distal aceptable.

La operó rápido a pesar de que explicó claramente el procedimiento a los cirujanos que observaban atentos la operación. El resultado fue satisfactorio para todos. Se organizó un breve festejo mientras el enfermo pasaba a la sala de cuidado postoperatorio para recuperación.

Al día siguiente, todos los participantes nos consternamos al recibir la noticia de que el enfermo murió durante la noche. Resulta que como el enfermo presentó alguna alteración del ritmo cardiaco se le aplicó un antiarrítmico natural, pero como en esa época no se disponía de equipos de inyección regulada, algún cambio en la posición de la venopunción propició que la infusión del medicamento fuera demasiado rápido y el corazón dejó de latir sin responder a los esfuerzos desesperados del personal de guardia quienes de ninguna manera deseaban rendir malas cuentas. A todos nos invadió una enorme sensación de haber quedado en ridículo cuando presumíamos de ser el mejor hospital del mundo.

Recibimos la visita de un texano y al verlo imaginé ver a un pistolero de película porque usaba botas de tipo vaquero con elevados tacones, probablemente para aumentar un poco su estatura que si bien no era pequeña si resultaba inconveniente al lado de la hermosa mujer que lo acompañaba. Este personaje era un cirujano de corazón famoso porque inventó los primeros modelos de prótesis para sustituir las válvulas enfermas del corazón; aparatos tan buenos que se convirtieron en las “estrellas” de la cirugía cardiaca, especialmente destacadas porque su inventor celebró con una fiesta cuyos invitados de honor eran una mujer operada quince años antes, que asistió portando su prótesis mitral original que funcionaba como nueva (la válvula mitral es la que permite el acceso de la sangre al ventrículo izquierdo, unidad

principal de bombeo de sangre), y un enfermo quien cumplía diez años con prótesis cardiaca en posición aórtica (la válvula aórtica está a la salida de la sangre expulsada por el ventrículo izquierdo) quien cumplía diez años de la primera instalación, aunque ya se la había cambiado una vez instalando prótesis del mismo tipo.

En esa época, habíamos reunido un conjunto de nueve casos parecidos entre si, de quienes habían tenido infarto del miocardio y, como parte de su estudio integral, se les había estudiado con angiografía coronaria: un estudio de rayos X en el cual el cardiólogo inyecta una sustancia radio-opaca directamente en las arterias coronarias del corazón mediante una esbelta sonda que se introduce a través de alguna arteria mayor, situada en la periferia, por ejemplo en el pliegue del codo o en la ingle. Este estudio tiene por objeto principal identificar sitios de estrechez de las coronarias, causados por aterosclerosis –enfermedad muy frecuente en estos casos, que afecta en especial a fumadores, diabéticos, hipertensos o a personas con excesivo colesterol en la sangre- porque al encontrarla se puede cambiar la historia natural del padecimiento, de manera favorable al enfermo, al desviar la sangre con el puente aorto coronario (y hoy en día mediante plastia realizada desde el interior del vaso). En los casos que reunimos la patología era distinta y resultaba excepcional; no había informes de casos semejantes por lo que decidí solicitar la opinión del profesor visitante.

Por supuesto que no era el único cardiólogo que le preguntaría sus dudas por lo que, para establecer un orden, se organizó una sesión especial. Cada ponente dispondría de diez minutos para describir su pregunta y el profesor la respondería en el tiempo que estimara necesario.

Cuando tocó mi turno yo iba con la intención de presentar un breve resumen y mostrar transparencias que ilustraran los hallazgos angiográficos. Me indicaron también que antes de empezar tenía que decir un “título” que diera a entender el tema que trataría.

Así lo hice, hablando en español para que todo el auditorio entendiera sin dificultad; pero contábamos con la ayuda de un intérprete profesional, versado en temas médicos, para traducir la pregunta al invitado y también la respuesta para todo el auditorio. Empecé diciendo que el tema que trataría sería de una enfermedad de las tres arterias coronarias principales (que siempre es indicación de cirugía cardiaca) y que al hablar de ello imaginaba al profesor como los pistoleros que, sonrientes, acarician sus armas cuando aprecian una batalla fácil. Seguramente el intérprete tradujo bien porque el profesor, efectivamente se sonrió. Pero tal sonrisa desapareció cuando vio las arteriografías ya que las arterias que le mostré no eran los conductos tubulares, de paredes lisas con limitadas zonas estrechas sino enormes, deformes y



tortuosas, yo las comparo con el interior de una cáscara de chícharos. Cuando le tocó el turno de responder, serio y con expresión adusta, se abstuvo de comentar.

Desde luego que la deformación general de las arterias coronarias, llamada ahora “ectasia coronaria” resultaba raro pues de semejante manera reaccionó otro profesor distinguido que nos visitó. Él procedía también de un país de habla inglesa; era una persona mayor (entonces nosotros éramos aun médicos jóvenes), tenía el aspecto de un sabio y el nombre de un invencible policía que combatió a los gánsteres de Chicago al frente de un escuadrón llamado “Los Intocables”. Tampoco diré su apellido pero si puedo sugerir que una especie de etimología mezclada del griego y del inglés podría hacer pensar en el corazón del día.

En fin, esa vez no presenté yo los casos, pero cuando los conoció, el profesor se quedó pensativo y, por medio de intérprete, nos contestó con dos preguntas, dijo: ¿Cuántos de casos como estos han diagnosticado? y ¿Qué les hacen? Aprendimos entonces que al trabajar poniendo atención a lo que se está haciendo ofrece la oportunidad de descubrir cosas nuevas y que con esto se adquiere el compromiso con la comunidad científica de describirlas, explicarlas y resolverlas, en beneficio del conocimiento establecido.

Nos visitó otro profesor afamado que se llamaba también como el jefe de “Los Intocables” pero su apellido se perpetuó en un fonendoscopio que inventó, el cual tiene un cilindro uniendo las campanillas de auscultación y una manguera para cada oído. Él, sin duda, era un clínico cuidadoso, como se entiende al saber que inventó un instrumento que permitiera oír mejor. Y como se cree que siempre hay antagonismo entre los clínicos y los cirujanos porque mientras los primeros suelen tener tendencias conservadoras en cuanto a los sistemas de atención de los enfermos, los cirujanos suelen ser agresivos, se entenderá que no se inclinaría mucho por los procedimientos quirúrgicos. Nosotros en cambio, siendo cardiólogos, teníamos la costumbre que impone trabajar para cirujanos de modo que, con tal de indicar correctamente las operaciones, habíamos desarrollado el instinto de agresividad propio de este tipo de atención.

Además, estábamos iniciando una nueva etapa de nuestra experiencia consistente en implementar las nuevas técnicas de revascularización del corazón mediante plastia transluminal de las arterias coronarias, realizada durante el cateterismo cardiaco. Esto parecía menos agresivo que la cirugía a tórax abierto ya que el enfermo permanece despierto durante todo el procedimiento porque se utiliza anestesia local; y la herida para penetrar al

interior de los vasos sanguíneos se hace con una aguja de inyectar, solo que un poco ancha y un poco más larga (de ninguna manera exagerada).

En esa ocasión quise presentarle un caso del cual me sentía orgulloso y tenía justificación porque en realidad rompía lo establecido. Unos años antes había ocurrido un auge en la cirugía de revascularización directa del corazón mediante puentes aorto coronarios por lo que un grupo de investigadores decidió revisar los archivos de los principales centros de cirugía de corazón en donde se hacía ese tipo de operaciones. Ese grupo, conocido como CASS (acrónimo de Coronary Artery Surgery Study) comparó la evolución a largo plazo de personas operadas y personas no operadas, separadas en grupos según la extensión de las lesiones de las arterias coronarias y el daño identificado en la función del ventrículo izquierdo. El estudio CASS concluyó que el tratamiento quirúrgico de personas con afección de las tres principales arterias coronarias –o de la arteria coronaria izquierda principal, también llamada tronco porque se ramifica en casi todas las demás- resulta indudablemente benéfico tanto en aspectos de sobrevida, cuanto de recuperación de su vida activa; en cambio ponía en gran duda la operación de personas afectadas de una sola arteria, salvo que estuviesen muy limitadas por síntomas ya que el resultado solo mejoraba la capacidad de trabajo y no la sobrevida ya que de por si resulta buena, es decir, que la enfermedad de una sola arteria coronaria no suele poner en peligro la vida de los enfermos.

Pero la conclusión del estudio CASS no era extrapolable al nuevo tratamiento de revascularización mediante angioplastia transluminal porque esta es de riesgo casi nulo para la vida y por lo tanto capaz de superar el pronóstico de la enfermedad nativa, en especial si la arteria coronaria enferma es la segunda más importante, llamada Descendente Anterior Izquierda.

Tal era el caso que le presenté: Un varón, en cuarta década de vida, quien llegó al servicio de Urgencias del Hospital con manifestaciones clínicas y electrocardiográficas sugestivas de infarto agudo del miocardio; es decir que despertó en la madrugada por intenso dolor en el centro del pecho, comparable con un opresión “como si me pisara un elefante” decía, acompañado de sensación de estrangulamiento y ahogo, sudoración profusa, ganas de vomitar y la premonición de que moriría en ese instante (por eso lo llevaron a urgencias) y el registro del electrocardiograma mostró los cambios que llamamos de “lesión”; no obstante, los análisis de complemento para demostrar la destrucción del tejido del corazón salieron repetidamente normales (son sustancias nombradas “enzimas” y son intracelulares por lo que la destrucción de las células las derrama en la sangre y se pueden medir y dar idea de la magnitud del daño). Como los cambios electrocardiográficos sugirieron que amplio territorio de la cara anterior del corazón sufría por

isquemia (es decir menor aporte sanguíneo que el requerido para funcionar bien) era de suponer obstrucción crítica de esa arteria coronaria mencionada ya: la descendente anterior izquierda.

Ante tal perspectiva le hice una angiografía que corroboró el diagnóstico planteado. Teniendo el material disponible, la experiencia suficiente y la convicción de beneficio introduje un catéter con un balón cerca de la punta de modo que al inflarlo comprimiera el material que obstruía la luz de vaso y permitiera recuperar basta circulación. La inyección de medio de contraste para conocer el resultado demostró el éxito, el enfermo se repuso, fue dado de alta, se reintegró ampliamente en su actividad laboral cotidiana que consistía en fabricar ropa de piel por lo que cuando volvió a consulta me llevó un saco hecho –más o menos- a mi medida.

Presenté el caso a la consideración de nuestro ilustre visitante, destacando la importancia de la lesión, su fácil acceso y el resultado satisfactorio ilustrado con la imagen angiográfica y el desempeño del enfermo en una banda sin fin –para demostrar que al esfuerzo máximo su corazón no daba señal de sufrimiento- y en su mismo lugar de trabajo.

Él se quedó pensativo y, hablando genéricamente, contestó: “Son ustedes especialmente agresivos, según veo”.

Nosotros aprendimos la angioplastia coronaria siguiendo varias vías: Primero la lectura de descripciones y experiencias publicadas en la literatura médica respectiva, después con la visita de quien era entonces el médico con más experiencia y tenía ángel para trabajar y para explicar, tal y como lo sugería su nombre. Pero también visitando hospitales en los que el procedimiento se hacía todos los días durante mucho tiempo.

El profesor que les digo venía de un centro hospitalario erigido en honor del santo médico o, quizá mejor, del patrono de los médicos, pero –aunque procedía de más allá del Océano Atlántico- había estudiado la carrera de cardiólogo en este país porque tenía familiares acá y el instituto en donde se preparó tenía entonces gran prestigio mundial. Sin embargo, hay que reconocer que el costo de procedimientos que requieren material desechable que se fabrica en el extranjero, unido a la idea popular –conocida como malinchismo- de que en otros países se trabaja mejor, lo hizo emigrar al centro que cité. Él conocía bien a nuestros paisanos y también todas nuestras costumbres, es más hablaba nuestro idioma por lo cual de inmediato nos cayó bien. En efecto, atendió cuantos casos le presentamos y en cada uno nos permitía ayudarlo y nos daba sabios consejos. Por supuesto que nosotros hacíamos el cateterismo cardiaco con maestría de tal modo que adoptar un procedimiento aledaño no parecía cosa de “otro mundo”. La relación que

establecimos fue tan buena que nos decidimos a hacer una fiesta de despedida en un restaurante que le gustara y en donde pudiésemos departir en libertad como compañeros de trabajo. El día de la reunión todo el restaurante tenía ambiente festivo porque coincidió ser viernes, 12 de diciembre, y pago de quincena y de aguinaldo de modo que había banderitas de papel colgadas en el techo, serpentinas y globos, música de mariachis y todo lo necesario para un jolgorio. El profesor llegó un poco tarde de modo que nos encontró con toda la alegría necesaria. Traía consigo una caja de cartón que contenía un trozo de manguera transparente y una bolsa de globos de colores, los que estuvo inflando al soplar a través del tubo hasta que se soltaban y salían volando ruidosamente para caerle encima a alguno de los invitados o de las invitadas acompañantes; en referencia a que la sonda que se usa para la angioplastia coronaria transluminal es semejante a una manguera con un globito en la punta.

Entusiasmados con la idea de desarrollar ese procedimiento –que ha llegado a ser sumamente popular por efectivo- en beneficio de los derechohabientes y aprovechando que uno de los cardiólogos del *Staff* era vástago directo del jefe supremo, solicitamos al maestro visitante que lo recibiera en su centro de trabajo, encomendándolo a uno de los patronos de mayor devoción. Por supuesto que no hubo ninguna dificultad con el financiamiento ni de la estancia del enviado ni para la dotación del equipo necesario para el procedimiento, partiendo del postulado de que resultaría en indudable mejoría para el tratamiento de una enfermedad que complicada requiere hospitalización prolongada, en sala de terapia intensiva, muchos estudios especiales y con frecuencia acaba en cirugía de corazón.

Mientras regresaba nuestro adalid, se integró un equipo en el cual me incluyeron en reconocimiento a la habilidad y experiencia que había reunido al cabo de casi diez años de realizar el cateterismo cardiaco; se elaboró una estrategia cuidadosa, bajo la dirección del cardiólogo más reconocido del nosocomio y se hicieron varios ensayos: los primeros asignando los roles que ocuparía cada miembro del equipo estando ya en la sala de hemodinámica. En seguida recitando cada quien cuál sería su participación, como se ensaya una obra de teatro. Por último, estando ya presentes todos los actores y mientras se contaba con un caso ideal para ser el primero (persona joven, con reciente aparición de los síntomas, electrocardiograma poco alterado, sin enfermedades adyacentes y con una sola lesión vascular, pequeña, proximal, no calcificada ni cercana a la bifurcación arterial) trabajamos juntos varios casos de coronario grafía, a manera de quedar “acoplados” en el funcionamiento del equipo.

Por lo tanto, cuando se presentó la ocasión, se realizó ese procedimiento de angioplastia coronaria transluminal, por vez primera en nuestro país, siendo el resultado satisfactorio al grado de que decidimos publicarlo en la revista médica que es el órgano de difusión de la institución en que laborábamos entonces.

Pasaron los años, las sienes blanquearon, la experiencia se acumuló y el prestigio surgió exaltando el egoísmo. Soñaba con que me invitaran a dictar conferencias, es más a veces lo propiciaba dirigiéndome a algún profesor u organizador de un curso y le proponía disertar sobre alguno de mis temas favoritos, no tanto porque hubiera yo leído mucho acerca de ellos sino porque hubiera producido algún conocimiento adicional buscando contribuir aunque fuera de manera menor con el progreso de la ciencia. Por supuesto que he acudido a todos los congresos de la asociación médica en la que estoy inscrito, y en cada uno he presentado al menos el resultado de un trabajo de investigación original, es decir que las observaciones obtenidas no eran conocidas antes de ello.

No me sorprendió entonces que un personaje distinguido por su participación en los sistemas de enseñanza del gran instituto de cardiología, me llamara y me invitara a fungir como profesor. Como ese personaje -cuyo nombre recuerda la versión italiana de un arcángel, o arcángela porque el nombre se usa indistintamente para hombres y mujeres- es reconocido en el ámbito médico en que me desenvuelvo, contesté de inmediato su llamada, no sin preguntarme ¿Para qué me hablará si no nos conocemos en persona y estamos asociados en agrupaciones médicas distintas, no necesariamente afines? Más me sorprendió su invitación a participar en un programa de difusión de los conocimientos más modernos en el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica –que en ese momento representaba un problema de salud en el ámbito mundial- y me indicara la necesidad de que acudiera yo –con gastos pagados- a un curso de adiestramiento para uniformar el contenido de la información que se incluiría. Le pregunté si el nombramiento sería honorífico (es decir sin remuneración) o si se contaría con un patrocinador. Me respondió asombrado ¡Por supuesto que lo hay! Y me informó que se trataba de una compañía fabricante de medicamentos. Como yo sabía que esa empresa estaba por introducir una marca me pareció que me estaban contratando como locutor, o como vendedor, y no acepté lo que provocó la ira de quien me invitaba al grado que en lo futuro sentí un veto para mis actividades académicas por parte de la sociedad médica en la que ese personaje ocupaba puestos directivos, y también en la revista que resultaba ser su tribuna.

Para esas fechas sospechaba que la industria farmacéutica se estaba apoderando de los programas de educación médica continua porque en todos los cursos y congresos había vendedores representantes de los productos en promoción; porque los agentes que visitan a los médicos en los consultorios hacían las invitaciones y ofrecían becas que no solo representaban la inscripción a los eventos sino también cubrían los gastos de transportación y hospedaje; y porque las sesiones se diseñaban dirigidas a ponderar un producto mediante la inclusión de profesores (llamados *speakers*) que dictan conferencias enseñadas y con material audiovisual con claro enfoque comercial a tal grado que en algunas reuniones formales y en revistas serias se requiere ahora hacer una declaración en que conste que no hay “conflicto de interés”, es decir, patrocinio comercial.

Lástima que las reuniones médicas tan importantes para establecer consensos en líneas de atención y cuidado de los enfermos hayan perdido autenticidad en pos de ganancia comercial.

Desde luego que uno de los principales medios de actualizar el conocimiento, en todas las áreas, pero sin duda en la del conocimiento médico, son los congresos organizados por las principales agrupaciones de especialistas del orbe. En México hay dos de mayor importancia y yo estoy afiliado a una de ellas, la de formación más reciente, integrada por todos los egresados de una misma escuela, por lo que en sus albores llevó una denominación alusiva. Siendo una asociación reciente, he tenido oportunidad de asistir a todos los congresos (celebrados cada dos años) llevando experiencia clínica novedosa, con la pretensión de producir nuevos conocimientos que pudieran resultar de utilidad para todos los especialistas del país, y en algunos casos, del mundo.

Para participar como investigador en un congreso médico hay que solicitar inscripción en la sección llamada “Presentación de Trabajos Libres” en referencia a trabajos de investigación. Se envía un resumen del trabajo que se pretende presentar y se espera el dictamen de una comisión de evaluación. Una vez que ha sido aceptado, los organizadores del congreso envían respuesta que incluye la programación, es decir fecha, hora, lugar en donde se presentará y el tiempo de que se dispone.

Hoy en día el trámite resulta fácil porque todo se puede realizar por la red cibernética, pero tiempo atrás había que enviar el material por correo con la incertidumbre de si ¿llegará?, y de ¿cuánto tardará? En la época que relataré tampoco había servicios confiables de paquetería. Ante semejante perspectiva y estando cercana la fecha límite para presentación, por un lado, y la intención de no faltar a ningún congreso, por el otro, me encontraba preocupado y, en

consecuencia, lo platicaba con frecuencia a mis amigos. Uno de ellos me dijo que el lo resolvería, y lo hizo con tal seguridad que yo confié. Me dijo que tenía muy buena amistad con algunos policías de caminos y que les pediría que organizaran un sistema de relevo para hacerlo llegar de un extremo a otro del país. Agregó que como todos son amigos y muy dignos de confianza, sería de esperar que el envío tardara en llegar, cuando mucho, dos días. Yo, presionado por el tiempo y respaldado por la confianza de mi amigo, acepté y lo entregué encantado. No me extrañó que no hubiera respuesta porque no alcanzaba el tiempo para el correo y no se podía esperar que se devolviera por la misma vía. No obstante, hablé por teléfono con el presidente de la Asociación y principal organizador del congreso y le comenté la situación. Dado que todos los integrantes de esa Asociación éramos condiscípulos en diversas generaciones de egresados, él me contestó con afecto y dijo: “No te preocupes, hombre, en cuanto llegué tu envío yo te programaré”.

Llegó por fin el día del congreso. Mi señora y yo estuvimos presentes en la inauguración y al término de ésta le pregunté al presidente:

- ¿Por qué no aparezco en el programa? Respondió:
- No llegaron tus artículos.
- ¿Podré participar?
- ¿Tienes el material listo?
- ¡Por supuesto! Traigo transparencias y todo.
- Te voy a programar hoy en la tarde, pero tienes que recuperar los documentos que dices que enviaste.

Le pedí a mi señora que averiguara la sede de la Policía de Caminos y fuera a preguntar por los trabajos perdidos.

Ella se fue y yo continué en las actividades del congreso, preparando mi material de presentación en espera de estar listo a la hora programada. Las horas de espera se hicieron largas de modo que la sesión empezó sin que llegaran los trabajos. Me tocaba el sexto lugar en el orden y sería el último programado. Se presentaron los primeros artículos y, en cada uno, se concedió tiempo suficiente para preguntas y discusión entre los asistentes y el ponente. Se presentaba ya el cuarto trabajo y yo estaba nervioso, sin recibir noticia. De pronto, se abrió la puerta en el fondo del salón, que estaba oscuro, y en la penumbra alcancé a ver la sonrisa alegre que extrañaba y una mano en alto mostrándome los papeles. Presenté el trabajo de investigación que resultó muy novedoso. Fue bien recibido. Lo defendí sin problema y terminamos la sesión, tranquilos y contentos.

Le pregunté a mi señora porque tardó tanto y me dijo: “El paquete no estaba aquí porque el enlace se detuvo en la ciudad capital del estado aledaño. Lo localizaron por teléfono y le indicaron al patrullero que estaba de guardia

que pasara a recogerlo y lo trajera”. Agregó: Me fui en un camión que llevaba a todas las señoras a un paseo. El chofer aceptó pasar por las oficinas de la patrulla. Como dijeron que llegaría en la tarde completamos el paseo y, de regreso, pasamos a recogerlo”. Me platicó también que cuando volvió al camión con el paquete en la mano, todas las señoras, que ya conocían el problema, la recibieron con aplauso”.



## Décima quinta.

Tratamientos espectaculares.

A nadie asombra hoy día que si la computadora se ha trabado basta con restablecer sus sistemas para que funcione correctamente (se ha generalizado el uso del barbarismo resetear, procedente del verbo inglés to reset). Pudiera entenderse que el sueño de todas las noches es la manera natural de resetear la actividad de la mente y que durante el proceso es necesario hacer varias pruebas porque las neuronas son muchos más sofisticadas que los circuitos electrónicos; por eso la profundidad del sueño oscila desde no poder despertar de ninguna manera hasta el llamado sueño MOR o de movimiento ocular rápido durante el cual se empieza a despertar y se tienen los ensueños que para algunos autores han sido inspiración para notables obras literarias; como es fase de prueba, tiene gran actividad: la persona se mueve, en especial los ojos aun con los párpados cerrados, suda, la respiración se le agita, el pulso aumenta y de pronto ocurre una parálisis general momentánea. Si la persona despierta en el momento, se alarma porque sintió que caía al abismo, o porque su corazón late de prisa o porque está bañada en sudor. Por lo general, despertar en el momento de una fase MOR que no sea definitiva, se aprovecha para levantarse a orinar pero se vuelve a dormir y vuelve a tener sueño profundo. No obstante, aunque el sueño se hace superficial cuatro o cinco veces en cada noche, solo se despierta en algunas ocasiones hasta que se está listo para recordar.

Seguro parecería descabellado apagar deliberadamente la mente con tal de realizar tal proceso. Pues bien, hace algunos años los psiquiatras decidieron que eso pudiera ser el tratamiento ideal para enfermos con trastornos mentales totalmente descontrolados al grado de que resulte imposible mantenerlos en el medio social porque llegan a ser estorbosos o aun peligrosos para si y para todos los demás; esos enfermos que son calificados vulgarmente como “locos de atar”. Para implementar tratamiento semejante se recurrió a tres procedimientos principales: Administrar una descarga eléctrica que iguale las cargas de todas las neuronas y las restablezca. Aplicar insulina en dosis tan alta que reduzca la concentración de glucosa hasta niveles peligrosos. Inhalar bióxido de carbono (el desecho natural del organismo, que se encuentra en la sangre en forma de ácido carbónico y determina la reacción sanguínea hacia la acidosis) hasta alcanzar lo que llaman “zona crepuscular”.

Tuve oportunidad de asistir y ayudar en varios de estos tratamientos y, con esa experiencia, narraré la que me dejó impresión profunda: El coma inducido con CO<sub>2</sub>.

Llega al servicio de urgencias una persona que viene sujeta por varios enfermeros, a veces atada en una camilla, para poderla contener. Se le punciona una vena del antebrazo –siempre con dificultad porque no se deja- y se coloca una solución buffer (amortigua la reacción ácida) que sirve también como una vía para aplicar medicamentos de emergencia. Se le coloca una mascarilla cerrada sobre la nariz y la boca y se le administra solo bióxido de carbono. Un anestesiólogo vigila cuidadosamente al enfermo en cuanto a sus signos vitales y los reflejos más finos para cuidar que llegue justo al punto en que enfrenta peligro de muerte. En este momento, se sustituye el CO<sub>2</sub> por oxígeno puro y se espera a que despierte la persona. En seguida se puede desatar, se sienta a platicar y puede volver a su casa como si nada le hubiera acontecido.

Como a mí (que era apenas interno rotatorio) me ponían a cuidar al enfermo ya despierto, hasta que pasara un lapso razonable como para que su respiración fuera normal, me ponía a platicar con ellos y, por supuesto, les preguntaba lo que habían soñado. Me dijo:

- Siendo apenas un niño me subí a una barda y caminaba sobre ella como un equilibrista de circo; a mi lado volaban mariposas de colores y a los lados, muy debajo de mi notaba la presencia de muchas personas, entre ellas conocí a mis padres, que me miraban con cariño y a varios de mis amigos, que se miraban contentos...

Visto así se pudiera aceptar que la muerte no es tan mala para quien la recibe como para quienes lo contemplan, lo han amado y lo extrañarán.

El médico suele ser espectador activo de tales acontecimientos y, por ello, le ha perdido el miedo a la muerte (si afecta a otro, por supuesto), en especial cuando cuenta con recursos para rescatar a la víctima, por ejemplo ante un paro cardíaco incidental (no terminal) que llamamos “contemplado” porque ocurre cuando médicos y enfermeras vigilan al enfermo. Tal es el caso de personas sometidas a cateterismo cardíaco, en especial si tienen predisposición a trastornos del ritmo cardíaco o hay que inyectar las arterias coronarias enfermas.

El cateterismo cardíaco se hace en salas de operación que parecen de otro mundo porque suelen ser muy amplias, tienen el equipo radiológico especial que resulta monstruoso por el tamaño o porque tiene un cabezal con forma de gran mandíbula, que contiene con la fuente de rayos X en un extremo y un equipo de identificación de las imágenes en el opuesto; este

suele ser de gran tamaño porque contiene una cámara de video con sistema óptico especial para manipular la imagen, por ejemplo, un sistema de ampliación de la imagen, de los llamados zoom. Hay también equipos de registro de presiones y de monitoreo cardíaco, equipo para reanimación cardiopulmonar que incluye desfibrilador, medicamentos y soluciones de venoclisis. En una gaveta especial puede haber equipo de reserva para ofrecer al operador la posibilidad de utilizar lo que necesite, con tal de que trabaje en condiciones totalmente adecuadas. Hay un armario para guardar delantales radio opacos y una mampara que protege de la radiación al técnico radiólogo encargado de ajustar el equipo moviendo el cabezal para dar la proyección requerida en la visualización óptima de las características de las arterias estudiadas. Todo ese equipo hace que la amplísima sala tenga solo estrechos corredores para poder pasar, excepto, claro, para el acceso, acomodo y retiro del enfermo quien no sufrirá más incomodidad que la de ser el centro del espectáculo.

Al momento de inyectar el corazón del enfermo late lento, en ocasiones demasiado lento. Se acostumbra designar a una persona del equipo cuyo única actividad es vigilar el trazo electrocardiográfico mostrado por un monitor, reaccionar al instante, dar la alarma y disponer todo lo necesario para resolverlo bien. Esa persona, al notar la lentitud del latido cardíaco, da la indicación al enfermo para que tosa muy fuerte (lo cual se le ha enseñado antes de empezar el procedimiento) con lo que la arteria coronaria se vacía y el corazón recupera la frecuencia normal de latidos. Pero si el enfermo no reacciona oportunamente o no tose con suficiente fuerza, el corazón cambia su ritmo y puede sufrir una arritmia mortal llamada “fibrilación ventricular” durante la cual el corazón no late, solo tiembla sin fuerza alguna. En ese momento, la persona encargada de la vigilancia (por lo general una enfermera) indica que retire pesado cabezal del equipo de rayos X; que los operadores retiren sus manos del enfermo porque aplicará una descarga de corriente directa de doscientos W/S en el pecho y, cualquiera que estuviese en contacto con la piel la recibiría también. Separa los electrodos especiales del equipo de desfibrilación, los coloca en lugares específicos del tórax y al grito de “¡Va el pack!” descarga restableciendo el ritmo del corazón, rescatando al enfermo del peligro de muerte y permitiendo al equipo continuar el procedimiento, como si nada hubiera pasado porque toda la maniobra duró apenas pocos segundos.

Semejante ocurre en las salas de terapia intensiva coronaria en donde se atiende a enfermos con infarto agudo del miocardio, muy bien vigilados porque es una enfermedad con alta posibilidad de muerte. Los enfermos con infarto del miocardio viven una situación en la cual una porción de su corazón

ha perdido la vitalidad, ha muerto y evoluciona hacia la cicatrización. Esto compromete la función de bombeo de sangre por pérdida de movimiento en una porción de tamaño variable, según el caso; recuérdese que el corazón es una bomba que succiona e impele. Las paredes se adelgazan al grado de que se pueden romper. Y se compromete la función eléctrica (recuérdese que el corazón es un órgano eléctrico que produce y distribuye la electricidad –que lo hace latir- por las células mismas del tejido cardiaco) propiciando la ocurrencia de alteraciones del ritmo o de la conducción de consecuencia potencialmente fatal.

Parte de la vigilancia médica es el monitoreo del ritmo cardiaco en aparatos que se colocan en la cabecera del enfermo y también a una central de enfermeras. Cuando se presenta el problema (por lo general la fibrilación ventricular antes descrita) el personal reacciona con presteza. Comentaré dos de mis experiencias: La primera se refiere a que estando yo presente, justo al lado del enfermo, noté la detención del corazón pero fue tan pronto que antes de que perdiera el estado de alerta le grité con voz alta: ¡Respire! Y el paciente respiró; yo empecé a comprimir el pecho -subido en el banco de altura que se coloca al lado de la camilla para facilitar el acceso del paciente- procurando que mis codos se mantuvieran extendidos por completo de modo que la compresión se hiciera fundamentalmente con el peso de mi tronco al recargarme, teniendo las manos sobrepuestas, en la parte baja del esternón. Las enfermeras oyeron el grito, se percataron al instante de lo que pasaba y se movilizaron correctamente para resolver el problema. Mientras llegaban yo comprimía el pecho del enfermo cinco veces y le volvía a gritar: ¡Respire! obteniendo buena respuesta. Una vez su respuesta fue mayor porque levantó sus manos y quitó las mías de su pecho con lo que volvió a desmayarse. En eso llegó el equipo de desfibrilación, se administró la descarga, el corazón se recuperó y el enfermo despertó asombrado de vernos a todos porque no se percató de nada.

La segunda fue más simple porque, tratándose de un paciente de alto riesgo, se había dejado el desfibrilador al lado de su cama. Al presenciar –en el monitor de cabecera- la aparición de fibrilación ventricular, corroboré la ausencia de pulso, preparé el equipo de desfibrilación, lo coloqué como es debido y apliqué la descarga recuperando el ritmo cardiaco y manteniendo vigente la vida del enfermo. Cuando llegó el personal de enfermería el peligro estaba resuelto y el enfermo bien de tal modo que solo dicté las indicaciones necesarias para su recuperación completa y para mejorar el esquema de tratamiento con la previsión de que volviese a ocurrir la situación de peligro.

Esas personas, quienes tienen detención del corazón, dejan de pensar y dejan de respirar y enfrentan cambios sumamente peligrosos en todas las células del cuerpo, cambios debidos a que no llega suficiente aporte de oxígeno a los tejidos con lo que el metabolismo se altera y produce sustancias ácidas de gran poder destructivo y difíciles de compensar; en especial en los tejidos más vulnerables como el cerebro que no toleraría esta situación por más de ocho minutos. Si antes de ese plazo se restaura la circulación de sangre y ésta contiene suficiente oxígeno la vida se mantendrá, pero en caso contrario se perderá. Por esto es que se dice, formalmente hablando, que son personas con muerte clínica. Cuando las maniobras de recuperación son exitosas, esas personas volverán a la vida, estrictamente hablando –y aceptando la definición de muerte clínica- resucitarán.

A riesgo de decepcionar, narraré ahora las experiencias de muchas personas “resucitadas” a quienes entrevisté:

La mayoría de las respuestas fue en el sentido de que no sintieron nada. Algunas personas narran que oían lo que decía el personal que los atendía – médicos y enfermeras, o paramédicos- pero no podían contestar aunque lo intentaran. Es posible que no hubieran perdido totalmente el sentido de alerta (popularmente se dice “la conciencia”). Otros contestan que miraron un abismo o un orificio abismal en el suelo de la habitación y sentían enorme atracción hacia ello, como si un remolino los arrastrara, todo esto antes de dejar de percatarse de lo acontecido. Dos tal vez tuvieron la experiencia llamada “autoscopia” que consiste en verse a sí mismos, como si estuvieran colocados en un plano superior y fueran espectadores de ese acontecimiento: veían su cuerpo tendido y al personal atendiéndolos hasta que de pronto, habiendo vuelto al interior de su cuerpo, despertaban y veían el mismo panorama pero desde abajo, es decir estando ellos tendidos en el “lecho de muerte”.

Contrastan esas respuestas con la que dio el enfermo psicótico llevado a la zona crepuscular de su conciencia cuando, en lugar de oxígeno, respiraba CO<sub>2</sub>.

El edema agudo de pulmón –antes llamado “Asma cardiaca”- es una situación clínica grave por falla crítica de la función cardiaca de bombeo. Recuérdese que el corazón es una bomba que succiona e impele sangre. La sangre que bombea el ventrículo izquierdo procede de las venas pulmonares. Por eso, en la insuficiencia ventricular izquierda la sangre se estanca en las venas del pulmón en grado tal que alcanza y vence la presión hidrostática de los capilares con lo que hay extravasación de líquido hacia las vías respiratorias: alveolos, bronquiolos y bronquios con lo que el paciente se

asfixia y muere. Las medidas terapéuticas clásicas tienen por objeto mejorar la función de bombeo del corazón y restringir el retorno de sangre, procurando que permanezca en las venas del cuerpo, en especial de las extremidades inferiores. Para lograrlo se dispone de varios recursos entre los que destaca la administración de sustancias derivadas de la nitroglicerina que relajan las venas. Esos productos son de aplicación fácil de modo que se puede variar la dosis en cuestión de segundos para obtener el efecto suficiente para que la congestión pulmonar disminuya y la sangre vuelva a circular. Pero esos medicamentos tienen efectos colaterales indeseables que, en general, no resultan peligrosos salvo que la disminución de volumen sanguíneo se viera muy reducida, porque eso disminuiría el gasto cardíaco y comprometería más el caso.

Se trata de una paciente de sexo femenino, en novena década de vida, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, quien presentó fibrilación auricular (taquiarritmia frecuente que hace latir al corazón demasiado rápido e irregular y trastorna el llenado ventricular porque hace perder la colaboración que aporta la contracción de la aurícula, es decir un receptáculo que aumenta la presión intraventricular al final de la diástole) y edema agudo de pulmón. Su tratamiento se inició con premura pero mientras se esperaba el control de la arritmia, y dada la gravedad de los síntomas, se le administró una dosis alta del vasodilatador venoso ya descrito con lo que en efecto mejoró pero enfrentó un efecto secundario peculiar porque le causó un ataque de risa incontrolable. Era curioso de ver a los familiares angustiados, las enfermeras apuradas, el médico preocupado y la enferma risa y risa.

## Décima sexta.

Terremotos vividos en los hospitales.

“Creí que me daría una embolia cerebral, dijo, porque me sentía muy mareado, todo se movía y el piso parecía no estar, además de que veía todo nublado. Mas pronto noté que podía moverme bien, podía pensar y hablar y que la visión borrosa se debía a enorme cantidad de polvo que me rodeaba y había manchado ya mi ropa. Además caí en cuenta de que en el momento crítico oí un intenso ruido, como si algo se derrumbara. Como estaba en el cuarto piso de un estacionamiento vehicular me acerqué a la orilla y noté con gran asombro que el edificio al que me dirigía había desaparecido. También pude percatarme de que mucha gente corría desorientada y gritaba o lloraba sin control. Opiné que lo mejor sería sacar mi carro cuanto antes y acudir a mi casa para ver si mi familia estaba bien. En el trayecto me asusté al observar que la ciudad había sido destruida por el temblor de tierra más fuerte que había yo sentido en mi vida. Lo que no pensé fue lo que pensarían en el hospital al que me dirigía cuando notaran mi ausencia. Seguro concluirían que estaría yo muerto”.

Los terremotos causan consternación, cada quien reacciona diferente. Por lo general nadie sabe bien lo que hay que hacer sin importar que se les haya dicho y aunque se hayan practicado simulacros. A mí me tocó estar presente en muchos y muy fuertes.

Cuando llegué yo al centro médico en donde trabajaba, llevaba prisa porque suponía que la atención médica sería muy solicitada. Aunque no lo esperaba, tampoco me sorprendió que no se pudiera entrar al estacionamiento por lo que dejé mi auto estacionado al lado de un jardín grande que había enfrente. Acudí caminando y observé que los edificios de los hospitales estaban muy dañados, en especial los más altos (que tenían ocho y más pisos) pero la Unidad de Congresos (que era de un solo piso y de forma circular) parecía estar indemne (claro porque no tenía más mobiliario que las butacas de los salones). Cuando por fin me acerqué al hospital de cardiología observé que un ala (dedicada a estudios especiales de rayos X y laboratorio y, por consiguiente, era muy pesada) yacía sepultada en un pozo. Frente al hospital había varias personas pero llamó mi atención, en especial, el aspecto del director: se le veía anonadado, sin bata, con las mangas enrolladas hasta los codos, su cara desencajada y sin rasurar. Me acerqué y lo saludé. Me contestó

llamándome por mi nombre (siempre lo hacía así) y agregó: ¡Vea lo que ha pasado!

Frente a nosotros el edificio principal del hospital (de siete pisos) estaba partido en tres partes; una sobre otra, desplomadas como un metro cada una de la otra. Su preocupación principal sería el destino de los enfermos que permanecían atrapados en él, aunque no lo dijo. Le pregunté que deberíamos hacer y se quedó pensativo; claro, no sabía. Le informé que acababa de pasar por la unidad de congresos, que esta se veía bien y que podríamos trasladar allá a los enfermos que pudiéramos rescatar. Me contestó que le parecía buena idea.

Para sacar a los enfermos había que llevarlos por el pasillo hasta la escalera principal; bajar por ella hasta donde estaba rota; volver al pasillo; cruzar una grieta de separación en distancia como de un metro, sobre la que se habían colocado camillas suficientemente fuertes para soportar el peso de quienes las cruzaran; recorrer nuevamente por el pasillo hasta alcanzar la escalera de emergencia y, por ella, bajar hasta donde estuviera rota; regresar de nuevo hacia la principal, repitiendo el cruce de grieta, y bajar por fin hasta la salida.

Tengo el recuerdo indeleble de un enfermo cincuentón, alto y delgado, sin rasurar, ataviado con una de esas batas que permanecen abiertas por la espalda, quien llevaba en una mano un televisor portátil y en la otra sostenía su botella de suero. Recuerdo vivamente la imagen de las enfermeras, correctamente uniformadas, pero blanqueadas por el polvo, como si se les hubiera esparcido harina; una de ellas sentadita en la banqueta, con carita de pesadumbre y dolor, a quien le pregunté que le pasaba y me contestó que tenía angina de pecho; como pasaba en ese momento la jefa de enfermeras le pregunté si traía medicinas, como era muy previsora me ofreció la necesaria y se la administró cuanto antes a la enferma quien se recuperó dispuesta a seguir trabajando; nosotros le recomendamos ir a su casa de inmediato y solicitar atención en su clínica si esa estuviera en pie. Recuerdo con claridad que alguien me pidió ayuda para atender a un enfermo recién operado quien tenía muy alta presión arterial; lo encontré respirando con dificultad a través de una sonda endotraqueal colocada para asistirlo mejor, pero no tenía ventilador automático; le retiré la sonda, empezó a respirar sin dificultad y su presión arterial se mejoró sola.

Cuando trasladábamos a los enfermos topamos con la dificultad de que no habría agua potable ni instalaciones sanitarias adecuadas ni suficientes, ni medicamentos. Entonces llegaron instrucciones definitivas: Algunos serían llevados a otros hospitales para continuar su atención, pero todos aquellos que pudieran volver a sus casas con seguridad serían dados de alta por sus médicos



siempre y cuando estos recordaran las características del caso y los medicamentos requeridos lo que se escribiría en cualquier pedazo de papel que se presentaría en la farmacia del centro hospitalario para que le entregaran la dotación suficiente para un día, para acudir después a la unidad de adscripción correspondiente.

Cansado, empolvado y profundamente emocionado, al término de la jornada me reuní con un compañero que cuento entre mis mejores amigos. Nos quedamos contemplando el hospital y entonces le anuncié que dejaría la ciudad y me iría a una hermosa ciudad de provincia en donde sin duda tendría mejor vida.

Estando en la sala de cateterismos, atendiendo a un enfermo cardíaco al cual le había puncionado la arteria femoral (una de las más grandes del cuerpo, situada en el pliegue de la ingle) para introducir una sonda larga cuya punta estaría en el interior mismo del corazón, fue cuando ocurrió el temblor. El movimiento intenso asustó a todos los presentes y la mayoría salió corriendo, excepto yo que tenía la responsabilidad de cuidar la vida del enfermo, ni él que tenía que permanecer acostado pues de levantarse arrancaría la sonda con peligro de desangrarse. La sala quedó oscura porque se cortó la luz, y con ello la mesa –que era sostenida por electroimanes- quedó suelta, libre, siguiendo el zangoloteo y asustando más al enfermo.

Yo tuve que conservar la calma, hablar con el paciente para tratar de calmarlo, sostener la mesa para mantenerla quieta y, con la otra mano, cuidar que el catéter no saliera. Los segundos se hicieron largos pero en cuanto dejó de temblar y volvió la corriente eléctrica todo se convirtió en anécdotas inolvidables.

En el pasillo del área de consulta de un hospital general, en donde los médicos residentes -aquellos que se preparaban como especialistas- atendían a enfermos externos que por lo general venían de sus casas -aunque algunos llegaban procedentes de alguna de las ocho unidades hospitalarias del principal centro médico del país- había una camilla de traslado, de las que no tienen frenos, y en ella reposaba un paciente en espera de ser recibido.

Cuando comenzó el temblor uno de los residentes corrió a proteger a la persona que se encontraba imposibilitada para buscar abrigo y, por supuesto, sumamente asustada; solo que no tomó en cuenta que el edificio se movía bamboleante por lo que él rebotaba contra las paredes de un lado para otro sin poder llegar a donde pretendía. Tal era su inestabilidad que desde la camilla – que tenía el freno puesto- el enfermo le gritó: “doctor párese y sosténgase,

antes de se caiga y se pueda lastimar”. Es verdad que nadie sabe quién ayudará a quien ni tampoco cuáles serán las condiciones.

Al tratar de volver al piso de encamados y estar en disponibilidad de colaborar a resolver lo que pudiera ofrecerse, pasé junto a un laboratorio en el cual se veía una neblina verde, de mal olor y efecto picante en la mucosa nasal; estaban ahí unas químicas que parecían no saber que hacer: huir o dedicarse a controlar los gases. Como se veían indecisas y se cubrían bocas y narices con gasas o pañuelos me decidí a ayudarles de cualquier manera. En ese momento llegó el jefe del servicio, quien era un personaje en su especialidad: de aspecto serio y formal, caracterizado por su elegancia en el vestir, en el hablar y en su trato general. Abrimos la puerta del laboratorio y ayudamos al personal en su salida. En seguida el jefe tomó un extinguidor y golpeó con fuerza el vidrio de un ventanal, quizá con la intención de ventilar el ambiente. Curiosamente el tanque rebotó sin siquiera astillar la ventana. Yo, mientras tanto, abrí con calma las ventilas y, como habíamos dejado la puerta abierta, de inmediato se despejó esa niebla. No todo salió bien porque una de las mujeres atrapadas resbaló, cayó en el lodo humeante y se quemó en la piel de sus piernas y sus muslos; nosotros mismos la ayudamos a salir y la colocamos en una camilla en espera de trasladarla al servicio de urgencias correspondiente. Al volver a la sala de encamados nos asombró recibir, de quienes estaban ahí presentes, un inmerecido aplauso al que no correspondimos de manera alguna.

Pero lo peor fue cuando tembló mientras todo el personal médico estaba reunido en el auditorio principal. Fue lo peor porque ese auditorio estaba en el segundo sótano de un edificio aledaño a la nave principal. Ese edificio albergaba los aparatos médicos más grandes y pesados por lo que colapsó durante un temblor más intenso cayendo todo en el tercer sótano que servía como cimiento hidráulico para mantener estable la construcción.

Cuando empezó el sismo se apagó la luz. Se oyó el movimiento de la gente en la oscuridad pero, posiblemente en previsión de una estampida con personas aplastadas, uno de los asistentes gritó: “¡No sean cobardes! ¡Quédense sentados! ¡Ahorita se pasa! Así lo hicimos y, como se dijo, el temblor fue breve aunque si se sintió intenso. En cuanto volvió la luz salimos caminando y comentando las distintas opiniones respecto a lo sucedido, subimos las escaleras hasta salir a una explanada desde donde se podía ver toda la fachada del edificio principal. Reunidos ahí observamos que había varios cristales rotos y muchas personas asomadas mirándonos y seguramente juzgando que éramos los únicos que parecían haber salido huyendo para

ponerse a salvo. Es decir que queriendo ser valientes logramos quedar como los más miedosos

## Décima séptima.

Los médicos también se enferman.

Los médicos son personas como cualquiera aunque pudieran endurecerse o, mejor dicho, hacerse resistentes, tanto al sufrimiento que les rodea cuanto a las enfermedades que tienen que enfrentar.

Por lo general, el médico, cumpliendo con la deontología, debe ser pulcro y amable, sin mostrar ninguna expresión de rechazo o repugnancia hacia la persona que atiende. Si bien es cierto que cuando llega a consulta una persona desaseada, pudiera tener derecho de reclamarle. Ocurrió que llegó un mecánico que probablemente había estado acostado en el suelo reparando la suspensión de un automóvil porque tenía la espalda y la nuca llenas de polvo y sus manos sucias, embarradas de grasa, le pregunté por qué llegaba así y contestó que venía de trabajar. Sin sarcasmo, sino diciendo la verdad, le comenté que yo acababa de curar a una persona con una llaga y no por eso lo recibía apestoso, manchado de sangre ni de pus. Lo invité a lavarse las manos antes de empezar nuestra entrevista lo que aceptó de buena gana. Se lavó y continuamos su atención con dedicación y respeto. En cambio, tuve que atender a otra persona, de condición económica baja, quien llegó al consultorio aseada y con su ropa limpiecita pero al explorarla me encontré con que portaba una enfermedad de la piel que le afectaba los tobillos los que se veían hinchados, descamados, cuarteaduras que excretaban escaso líquido seroso, pero no despedía ningún hedor. Como tenía síntomas sugestivos de insuficiente circulación sanguínea en piernas, tobillos y pies, tuve la necesidad de palparlos, sin ninguna protección porque no contaba con guantes de cirujano (además de que no acostumbraba calzarlos para palpar la piel de los enfermos). Realice la exploración con cuidado, me lave las manos, expresé mi diagnóstico y prescribí el tratamiento indicado. Un día sentí comezón en los dedos índice y anular de la mano derecha, también en la palma de esa mano. Poco más tarde tenía yo ronchas rojas cuarteadas y sangrantes. En realidad semejante experiencia se me presentó varias veces. A posteriori he dudado si mi actuar fue el adecuado porque poco tiempo después me apareció esa dermatitis. La enfermedad se ha vuelto crónica, pero ya no me preocupa porque se muy bien cómo tratarla y que su evolución es recurrente; vuelve de vez en cuando, en especial si me expongo al contacto con el polvo, como ocurre cuando hojeo un libro antiguo. Hoy recomiendo a los estudiantes de

medicina que sean cuidadosos, pues lo peor que le puede ocurrir a un médico es contagiarse de las enfermedades de los pacientes que atiende.

Sin duda que la experiencia hace aprender a las personas (entendiendo el aprendizaje como el cambio observable en la conducta). Los médicos mayores no se exponen tanto. Los médicos en formación, en cambio, llegan a sentirse heroicos y se exponen más de lo debido.

Recién iniciada mi carrera hospitalaria, estando de guardia, con varios servicios de pediatría a mi cargo, fui llamado con urgencia por las enfermeras de una sala de recién nacidos. Se trataba de un hospital de nueve pisos y los servicios que yo tenía que cuidar estaban en el mismo piso por lo que me bastó acudir corriendo para hacerme cargo de la situación. Me encontré con que un bebé, de seis o siete meses de edad, estaba a punto de morir pues tenía paro cardiaco. Yo conocía bien el ABC de la reanimación cardiaca puesto que forma parte de los conocimientos esenciales para la práctica de la profesión. De inmediato limpié su vía aérea (A) teniendo cuidado de eliminar de la boca y garganta cualquier objeto que pudiera obstruir la respiración, como flemas, por ejemplo; inicié respiración de boca a boca (B), que en el caso de enfermos tan chicos se administra por boca y nariz al mismo tiempo ya que su carita puede ser cubierta por la boca abierta de quien está atendiendo el caso que tendrá que soplar suavemente, en un soplido rápido, y retirarse de inmediato porque de otro modo se expone a recibir una sensación desagradable al momento de que el paciente exhala exponiéndose a vomitar allí mismo. La letra C de la nemotecnia es el masaje cardiaco, o la compresión rítmica de la cara anterior del tórax, en su porción inferior y que a los niños se les administra comprimiendo su esternón con los dos dedos pulgares. Mantuve las maniobras procurando hacerlo bien, repitiendo dos respiraciones y alterando con ocho compresiones con el pensamiento constante de rescatar a ese enfermo que atendía pues tendría larga vida por delante. El médico residente llegó un poco después porque él seguramente se encontraría en una sala de trabajo, estudio o descanso que había en el último piso del edificio; él se encontraba como jefe de guardia y supervisaba varios de los servicios. Al llegar me preguntó por el problema y yo le expliqué brevemente lo que ya había hecho. Asintió y echó un vistazo a lo que estaba yo haciendo, revisó el expediente clínico y me dijo: “Déjelo doctor. Es un enfermo terminal” porque tenía una malformación cardiaca grave e imposible de operar y se había complicado con una sencilla enfermedad de las vías aéreas que agravaba su cardiopatía. De mala gana abandoné las maniobras en respeto a la indicación jerárquica y me puse a hacer el certificado de defunción.

Pocos días después me enfermé de bronquitis infecciosa, semejante enfermedad que la que le quitó la vida al niño, pero siendo yo un adulto joven y saludable, y porque inicié los antibióticos cuanto antes, pude curarme y recuperarme pronto.

En los centros hospitalarios hay siempre un escalafón que se respeta porque quienes se encuentran en los niveles superiores son personas con más experiencia que fungen como profesores de los de rango inferior. Por eso, el trabajo fino y más divertido queda en manos de los más altos y la papelería, acciones de antisepsia, curaciones y requisiciones son hechas por los inexpertos. No obstante, acatando el papel de profesores, aquellos médicos situados en el nivel superior dan oportunidad de hacer bien bajo su supervisión lo que hace que los aprendices busquen toda oportunidad de practicar y aprender a cambio de sus servicios.

Durante las jornadas de guardia se trabaja arduamente y se descansa poco, en especial en la sala de partos porque ahí se atiende simultáneamente a dos personas durante una situación crítica. Como la atención del parto es un procedimiento que todos los médicos enfrentarán en su vida profesional y tienen el serio compromiso de hacerlo con perfección, los internos buscan siempre todas las oportunidades de participar como parteros y esas oportunidades se presentan con mayor frecuencia en las horas de la madrugada porque es cuando otros médicos de mayor jerarquía encuentran momentos para descansar. Cuando yo tenía aproximadamente un mes de rotación llegó un momento en que casi no podía yo levantarme de lo cansado que estaba; creí que me había pasado de acomedido y, aunque entonces no se hablaba de tal, tendría fatiga extrema por exceso de trabajo a la que se le llama *Burn-out* y se conceptúa como peligrosa para la vida misma; pero también había perdido el apetito, me sentía adolorido del cuerpo y un día amanecí con fiebre, manchas púrpura en las piernas y nódulos dolorosos en las axilas.

Le comenté a mi compañera de guardia quien me informó que me miraba pálido y me recomendó acudir a Urgencias. Así lo hice. Como iba ataviado de uniforme me recibieron de inmediato. El médico de guardia resultó ser otro compañero de rotación quien me interrogó y me exploró. Me dijo: “Tienes púrpura, ganglios y el bazo está crecido”. Yo asustado pensé para mí: “¿Será Leucemia? El médico de guardia expresó su opinión diagnóstica de que trataba de una enfermedad infecciosa y no de leucemia como yo me estaba imaginando. Solicitó la opinión del infectólogo del hospital –un médico mayor, muy prestigiado- quien también me interrogó y me exploró; después solicitó algunas pruebas sanguíneas y confirmó el diagnóstico de una enfermedad viral de poca virulencia pero de lenta

evolución. Me extendió un certificado de incapacidad y me mandó a mi casa. ¡Magnífico!, pensé, pues con ello, me concedió un merecido periodo de descanso. Hoy, han pasado muchos años y cuando me siento cansado me pregunto: ¿Seguirá activo ese virus?

Por último narraré el caso que le ocurrió a un amigo mío quien no era cardiólogo, como yo, sino que se dedicaba a hacer autopsias con fines de investigación forense. Él era perito en investigación judicial y tenía mucha experiencia: se reportó el asesinato de una joven pasante de la carrera de medicina, ocurrido en cierta comunidad rural. Mi amigo, el forense, acudió a la escena del crimen y observó todos los indicios que le permitieran llegar a una hipótesis: observó la manera como el asesino ingresó y salió al lugar del crimen; se fijó en las huellas de zapatos y detalló el tamaño y profundidad de las pisadas para calcular la talla del criminal; notó la marca de una mano, manchada de sangre, que se colocó en el quicio de la puerta; puso especial interés en el *modus operandi* y concluyó que la persona no era muy inteligente, pero se trataba de un varón alto, pesado y mal vestido. Informó cuanto antes a los detectives quienes sin hacer “retrato hablado” preguntaron a la gente por alguien que fuera así. En seguida obtuvieron la respuesta que agregaba que se trataba de un loco, agresivo y desalmado, pero también indicaron en donde se le podía encontrar. Acudió la policía, encontró al indiciado y lo detuvo sin dificultad, el mismo día en que se descubrió el cadáver. Todo eso yo lo supe porque mi amigo me lo contó, tal vez mientras comíamos carne asada pues nos reuníamos a veces para platicar y como suele suceder entre colegas, acabamos conversando de nuestras experiencias más recientes.

Mi amigo era parecido a mí porque le importaban las mismas cosas: acostumbraba estudiar, resultaba poco afecto a dormir, a comer y a divertirse. Decía que lo más importante en la vida es ser honesto y, con ello, exigía que sus conclusiones fueran siempre fidedignas porque se situaba entre el defensor una víctima y el acusador del responsable, sin excederse y exaltar a la víctima o castigar a un inocente. Para cumplir estas metas era meticuloso y exigente en extremo de tal modo que muchas de las pesquisas las tenía que hacer por sí mismo con tal de cerciorarse de que el resultado fuese totalmente demostrable.

Muchas veces hacía personalmente la evisceración del cadáver, es decir que habría el torso con una incisión en Y desde las axilas hasta el esternón - que se separa de las costillas con grandes tijeras- y de ahí a todo lo largo del abdomen hasta el pubis para extraer la mayor parte de los órganos y examinarlos con detalle tal que no basta la revisión sino que se hacen cortes microscópicos y se envían muestras de líquidos y otros tejidos al laboratorio

químico. Es necesario examinar también el cerebro y las meninges por lo que hay que cortar el cráneo con una sierra eléctrica a fin de tener acceso al interior de esa cavidad cerrada. Pues bien, el perito dejaba al prosector (quien habitualmente eviscera) el papel de su ayudante. Ese trabajo puede resultar riesgoso porque quien lo hace, a pesar de que se ponga bata, gafas, tapaboca y guantes, puede quedar en contacto con los tejidos del muerto, en especial con la sangre y otros humores, pero lo más peligroso es que al cortar los huesos puede cortarse con ellos porque, siendo duros, son capaces de romper los guantes, exponiendo al médico a contagiarse de enfermedades, a veces sencillas, otras veces complejas como en los casos de la hepatitis o el SIDA..

Nunca sabremos si eso fue lo que pasó pero de pronto mi amigo, el médico forense, enfermó de gravedad: Perdió la fuerza por completo, y el apetito también; palideció y el color de su piel se hizo terroso; se le hincharon las piernas y el abdomen; todo el tiempo le dolía el estómago y vomitaba con frecuencia. Recurrió a un especialista quien le mandó hacer varios estudios y concluyó que se trataba de una hepatitis fulminante. El pronóstico se cumplió correctamente porque mi amigo, el médico forense, falleció poco después.

Es verdad que el médico puede exponerse a la equivocación, al maltrato, a la amenaza, al temor, a la enfermedad misma pero jamás se arredrará ante las circunstancias en que debe trabajar. Anteponer el bienestar del enfermo y la tranquilidad de sus allegados. Cuidar el patrimonio familiar de aquel que atiende volviéndose fiduciario (como sabiamente ha señalado un filósofo de la era actual) para administrar justamente los recursos tanto pecuniarios cuanto terapéuticos buscando para si solamente la satisfacción de servir, la obtención correcta del emolumento y el gozo o la tristeza del resultado final.