
EDITORIAL

Vivir la medicina: Urgencias 1986

Era de noche y la guardia que había sido pesada se volvía relativamente tranquila hacia la madrugada. La Unidad de Urgencias entonces tenía seis camas: tres enfrente de la pequeña estación de enfermeras, una al costado derecho y dos más del lado izquierdo, en el fondo, enfrente a los seis sillones-reposets color café que, a costas de la incomodidad de los enfermos, nos permitían incrementar al doble nuestras posibilidades de internamientos. Ahí pasaban la noche los pacientes que tenían motivo para estar internados, pero sin algo grave que pusiera en peligro inmediato su vida, como el caso del paciente con fiebre y neutropenia que no estaba grave, pero debía de recibir antibióticos intravenosos. El doble esquema de amika-cefalotina. El hospital funcionaba al máximo de su capacidad, por lo que los pacientes de este tipo, que debían quedarse internados, no podían subir a piso. Además, aunque hubiera una cama, no había forma de subir enfermos a piso durante la tarde o noche para liberar espacio en Urgencias, porque el elevado nivel y rango que tenía la academia no permitía subir un enfermo en la noche. Era imposible para los residentes de primer año hacer un ingreso de excelencia en esas circunstancias.

Teníamos cuatro consultorios contiguos y uno más improvisado

en la entrada a Urgencias, al fondo de la barra de recepción, la que se llenaba con expedientes de los pacientes que esperaban consulta y cuando veías que el que seguía era un expediente muy gordo, te producía escalofríos pensar que podría ser de los que tenían la leyenda "tiene complejamiento". Atrás estaba la sala de juntas, con la gran mesa vieja de madera que seguramente existía en el Instituto desde los tiempos de Dr. Jiménez, sobre la que se pasaba visita y en la que nos sentábamos para la sesión de 7 a.m., que parecía interminable los días que salías de guardia. Al lado, el cubículo con las máquinas de escribir, en donde los ingresos serían tecleados, ya sea por los residentes de primer año que estaban de guardia o los que estarían al día siguiente, dependiendo de si la decisión del ingreso se daba antes o después de las 3 p.m. Hasta el fondo había un pequeño cuarto con dos literas, en las que si tenías suerte podrías recostarte una o dos horas durante la madrugada y en las que el cansancio te llevaba a desarrollar la extraña habilidad de conciliar el sueño, aunque a tres metros estuvieran tecleando ingresos, con el ruido que hacían entonces las máquinas de escribir.

La guardia en Urgencias era una batalla diaria. Recibías 12 enfermos y con suerte podías

trasladar a tres o cuatro a los pisos, lo que te daba esas mismas posibilidades de internamiento, que debías administrar cuidadosamente, porque entre el centenar de consultas que llegarían durante el día, seguro que aparecería un paciente con sangrado de tubo digestivo al que tendrías que internar de inmediato. Podría ser alguno de nuestros enfermos con cirrosis hepática con profusa hematemesis, al que tendrías que poner en una de las camas enfrente de la estación de enfermería para colocarle la famosa sonda de Sengstaken-Blakemore, aquella en la que había que hacer contrapeso con un frasco de salina de 500 mL (de los de vidrio), que quedaba colgado enfrente del enfermo para traccionar la sonda hacia el esófago, y al que el paciente no podía quitarle la vista de encima, con una mirada, por la que sabías que estaba convencido que era ese frasco y no el alcohol o el virus NoA-NoB (ahora C) el causante de sus males. Quizá el paciente con sangrado de tubo digestivo sería por úlcera péptica, divertículos o malformaciones venosas, por lo que tendrías que llamar al Dr. Hernández para que viniera al Instituto a media noche a hacer una de esas angiografías con las que se llenaban de interminables placas los negatoscopios de radiología y que tú veías todas igualitas, pero sabías que

llegaría el temido momento en que Jorge Hernández te preguntaría: “Dime, ¿en dónde ves el sangrado?” Te emplumaba* (de qué manera) y te hacía sentir ignorante, pero por alguna razón salías de ahí contento y agradecido, porque habías aprendido algo y porque tu paciente ya podía pasar a cirugía.

Había, por supuesto, muchas otras posibilidades: cetoacidosis diabética en un joven, encefalopatía hepática en coma, y muy profundo, si era un paciente postoperatorio de Warren, y al que podías sacar del coma únicamente poniéndole enemas de lactosa, sepsis asociada a pielonefritis, pie diabético con gangrena o los crecientes casos de neumonías intersticiales por *Pneumocystis carini* en pacientes jóvenes previamente sanos. Los dolores de pecho los envías al instituto de al lado. En ese entonces no nos interesaban asuntos del corazón, a menos que fueran los que están conectados con el alma. Éramos verdaderamente del diafragma para abajo. Si tenías suerte, el paciente que había llegado con aspecto sumamente séptico, dolor en el área hepática y puño-percusión positiva, sabías que aunque se viera muy mal, podías mandarlo a casa con metronidazol y te convertirías en héroe.

Ocurrió en la madrugada. El servicio se había tranquilizado y se escuchaba a lo lejos el funcionamiento de algún ventilador en la Unidad de Terapia Intensiva. A la paciente de la cama B, que había recibido en la guardia, tenía que ponerle un catéter cen-

tral antes de la cirugía. La punción subclavia era, por supuesto, la elección. La yugular siempre me pareció demasiado incómoda para el enfermo. Había puesto tantas subclavias en los interminables cuatro meses de piso del R2, anteriores a mi rotación de Urgencias, que casi podía hacerlo con los ojos cerrados y, por supuesto, sin manchar la sábana del enfermo. “Cuando pongas un subclavio sin derramar una sola gota de sangre, es que ya sabes bien cómo hacerlo”, me dijo algún residente de mayor rango durante el R1. Era fácil imaginarse por dónde corría la vena subclavia por debajo de la clavícula. Un puntito de xilocaína para reducir el malestar de la paciente. Mientras tanto, platicaba con ella sobre la graduación reciente de uno de sus hijos en la preparatoria.

El trócar entró sin problemas, al primer intento. Vino la sorpresa. La jeringa se llenaba rápidamente con una sangre que aun en la oscuridad del servicio se veía roja escarlata, brillante y con una presión que empujaba el émbolo. “Me metí en la arteria subclavia”, pensé, y retiré el trócar. Nunca me había pasado y en el momento sentí un frío que me recorría el cuerpo. La paciente me veía en silencio, cuando me dijo: “Ay, doctor, siento que me voy”, y se le cerraban los ojos. La enfermera que le tomaba la presión arterial me dijo: “Doctor, tiene 80/60”. Mi imaginación me transportó a una pesadilla, que fue peor que internarme en el infierno de Dante. Empecé a imaginar

la arteria subclavia rota, sanguinando a chorro y drenando su contenido al interior de una pleura, también rota por la punción, causando un hemotórax súbito, que explicaría la hipotensión arterial y que irremediablemente llevaría a mi paciente a la muerte. Mi reacción adrenérgica era intensa. Resonaba en mi interior *Primun non nocere, primun non nocere*. Pasaron por mi mente cualquier cantidad de ideas, ninguna de ellas agradable. Romper un juramento, aunque sea sin intención, no es algo que pueda uno consentir fácilmente. Mientras divagaba entre la angustia y el terror, mis ojos pasaron por el monitor que entonces teníamos en las camas de Urgencias. Comparrado con los de ahora, era pequeño y rudimentario, con pantalla verde, y no emitía ruido con cada pulsación. Quizá por eso lo había pasado inadvertido. Cuando lo vi, me volvió el alma al cuerpo. Nunca me había dado tanto gusto ver que una paciente tuviera 40 de frecuencia cardiaca, ni asistir a las clases de fisiología y anatomía en el primer año de la carrera, en donde aprendí cuál es el décimo par craneal, cómo se llama y para qué sirve y, por supuesto, nunca me había dado tanto gusto que existiera la atropina. Un milagro y 5 min después, la paciente y yo regresamos a la realidad, sólo que la mía era distinta, porque ya no volví a ser el mismo.

Gerardo Gamba

Editor en Jefe
Correo electrónico:
gamba@biomedicas.unam.mx

* Emplumar. Modismo utilizado en el hospital para definir el hecho de que un colega te haga evidente que no sabes algo relacionado con tu paciente o con la enfermedad en general.