

Vivir la medicina: carencia de recursos

Es probable que pocos recuerden mi nombre. Es irrelevante, porque muy poca gente alguna vez lo supo. Fui mejor conocido en el Instituto como el *Jolín*. Después de cinco años en el INNSZ, probablemente los mejores de mi vida, algún interno se me acercó y me preguntó:

—¿Oye, *Jolín*, sabes en dónde puedo encontrar al Dr. Héctor Ferral?—

Después del internado de pregrado en el INNSZ en Medicina Interna, 1984, y superados los difíciles exámenes de admisión, incluyendo el psicológico y las temidas entrevistas, fui aceptado a un programa piloto de residencia de radiología, en la que era necesario completar dos años de medicina interna antes de iniciar propiamente la residencia de radiología. Acepté gustoso la posición. Completé dos años de medicina interna e inicié la radiología en 1988, aquel que vio la llegada al poder del Presidente Salinas.

La primera vez que tuve guardia de radiología, en un estado de completa ignorancia de lo que era el diagnóstico por imágenes, fui solicitado en terapia intensiva para tomar una radiografía portátil del tórax, con el diagnóstico tentativo de neumotórax. Así que acudí empujando el *dino* (nombre

de cariño que tenía el armatoste monstruoso, pesado, impráctico y viejo de rayos portátil). Tomé la radiografía y cuando vi la placa de tórax: —¡Wey!—, no tenía ni la menor idea de lo que estaba viendo, así que regresé a la terapia con estetoscopio en mano, exploré al paciente y me dije:

—*Jolín*: este paciente tiene un neumotórax derecho.

Una vez convencido por clínica de mi diagnóstico, hablé con el residente de terapia y le dije:

—Tu paciente tiene un neumotórax.

Pocos minutos después, los residentes de cirugía evacuaron exitosamente el neumotórax con un tubo pleural.

A la mañana siguiente, el Dr. Jorge Hernández revisaba todas las radiografías que se habían hecho de guardia y cuando llegamos a la temida radiografía de tórax me dijo:

—Bueno *Jolín*, ¿y que les dijiste?—. A lo que contesté:

—Que el paciente tenía neumotórax derecho y fue manejado con un tubo pleural.

Para mi beneplácito el Dr. Hernández me vio a los ojos y me dijo:

—¡Excelente! Creo que tienes un futuro en la radiología.

Nunca le confesé que mi diagnóstico no había sido por imagen,

sino por clínica, y a la fecha sigo considerando que soy mal radiólogo, pero buen clínico.

Sucedió una fría guardia de invierno en 1990, hacia el final de mi tercer año como residente de radiología. Ya había completado rotación en angiografía con el Dr. Hernández y me sentía capaz de hacer angiografías diagnósticas. Esa noche, que hasta entonces había sido una guardia tranquila, apareció muy apurado Luis Oñate, tocó la puerta de mi cuarto y me dijo:

—*Jolín*, ¡despierta! Tengo una paciente que está sangrando del tubo digestivo, no sé de dónde y necesito una angiografía.

Sabiendo que ese día me había quedado completamente solo en el Departamento, un poco aterrado, le contesté:

—Luis, lo podemos hacer, pero me vas a tener que ayudar, porque no lo puedo hacer solo.

Hacer una angiografía en aquel entonces era toda una empresa. No teníamos técnico de guardia, ni enfermera de guardia, así que éramos solamente Luis y yo. La sala de angiografía era arcaica. No existía la tecnología de ahora. Había que cargar las placas, diseñar el programa perforando tarjetas de cartón con la secuencia y tiempos de disparo deseados para cada exposición. Luego,

revelar las placas en el cuarto oscuro y llenar los negatoscopios con imágenes, para analizarlas una por una, en secuencia. Así que, una angiografía diagnóstica, sin asistencia, llevaba por lo menos una hora. No había sustracción digital, eran placas radiográficas, uno podía tocarlas, olerlas, sentir las, eso se ha perdido.

Sin dudarlo, Luis aceptó bajar conmigo y hacer el procedimiento. No había camilleros a esas horas de la noche. Fuimos juntos por la paciente, la bajamos a angiografía, la preparamos e hicimos el estudio. Sin mucho problema logramos la cateterización selectiva de la arteria mesentérica superior e inyectamos a ciegas el contraste. Los negatoscopios llenos de placas no mentían: era evidente que la paciente tenía una hemorragia activa en el íleon distal.

Corrí a urgencias a buscar a Luis que se había llevado a la enferma y le dije:

—La paciente tiene sangrado activo en el íleon terminal, así que no te demores en meterla al quirófano. Si quieres te ayudo a llevarla.

Mi sorpresa fue mayor cuando la respuesta de Luis fue categórica:

—*Jolín*. Sí, hay que operarla, pero estoy solo. No sólo me vas a ayudar a llevarla, me vas a ayudar a operarla.

—Pero —repliqué—, soy un internista que pretende ser radiólogo, cómo quieres que te ayude—. A lo que Luis Oñate me contestó:

—No temas, *Jolín*, yo te voy diciendo qué hacer y en dónde cortar.

Nunca había operado a nadie en mi vida, pero esa noche era un llamado de solidaridad con Luis y con la paciente, así que nos llevamos a la enferma al quirófano y

la operamos. Luis localizó el íleon terminal y lo removió. Yo fui su primer ayudante en la cirugía. Me parece recordar que después de remover el segmento de íleon terminal que estaba afectado, hizo una anastomosis término-terminal primaria. Nunca voy a olvidar la sensación de cansancio, pero de satisfacción, cuando sacamos a la paciente a su cama. La paciente sobrevivió. La pieza quirúrgica fue enviada a patología y el diagnóstico fue tuberculosis intestinal.

Aquella noche no dormí. Fue una experiencia formativa maravillosa. Nunca pasó por mi mente: ¿Dónde está la enfermera? ¿Dónde está el camillero? ¿Dónde están los catéteres? Esto no me toca. Nuestro enfoque era sacar adelante a nuestra paciente, hacer lo que estaba médicamente indicado y fue lo que hicimos, sin fijarnos en la burocracia, en las limitaciones administrativas.

A 25 años de distancia hago angiografías de emergencia por lo menos tres veces al mes. Me enfrento a problemas muy similares; sin embargo, los resuelvo en una forma muy diferente. En un caso como el que relato, el día de hoy hay que bajar al paciente a la sala de angiografía usando al personal de transporte, pues como médico, no estoy autorizado a hacerlo yo mismo. Hay que tener una hoja de consentimiento oficial, firmado por el paciente, por mí y por un testigo. Una enfermera tendría que checar alergias, problemas adicionales y saber si había miembros de la familia a quienes contactar. Las angiografías se harían en una sala de hemodinamia dedicada, bajo con-

diciones estériles estrictas, con enfermeras, técnicos de guardia y toda la parafernalia necesaria. Escogería seguramente uno de los múltiples microcatéteres que tengo en la sala, una micro guía 0.018", con lo que haría una cateterización superselectiva de la rama sangrante y embolizaría en menos de 20-30 min. Sin embargo, no dejo de pensar en la experiencia educativa que viví ese día, con mínimos recursos, fue invaluable. La carencia de recursos puede ser frustrante, pero también puede darte cosas inesperadas. Sacar de ti lo mejor que tienes guardado. Para mí fue un proceso decisivo en mi formación como médico y como radiólogo intervencionista. Estas experiencias me hicieron entender mi realidad desde otro punto de vista y me dieron la capacidad de resolver problemas en tiempos adversos.

Confieso que ahora me encuentro en un estado de profunda nostalgia y reflexión donde echo de menos mis felices momentos de formación. Estoy contento, sin embargo, porque sé que aproveché muchísimo el tiempo en el Instituto y sirva este editorial para reconocer públicamente que estoy profundamente agradecido con mi maestro, el Dr. Jorge Hernández, que me puso en este camino que sigo disfrutando profundamente.

Reimpresos:

Héctor Ferral
Senior Clinical Educator,
NorthShore University
HealthSystem
Department of Radiology
2650 Ridge Ave.
Evanston, IL 60201
hectorferral@gmail.com