

Prácticas con un bisturí

El paciente necesitaba que le abriéramos una vía central. «Ésta es tu oportunidad», dijo S., la jefa de residentes. Nunca antes lo había hecho, le dije. «Prepárate y llámame por el “busca” cuando estés listo».

Era mi cuarta semana de prácticas en cirugía. Los bolsillos de mi bata blanca corta estaban repletos de listados de pacientes, fichas plastificadas con instrucciones para llevar a cabo reanimaciones cardiopulmonares y para utilizar el dictáfono, dos manuales de cirugía, un estetoscopio, material para vendar heridas, vales de comida, una linterna de bolsillo y alrededor de un dólar en monedas sueltas. Subí nervioso la escalera hasta la planta donde se encontraba el paciente.

«Todo saldrá bien», intenté decirme. Era mi primera intervención de verdad. Mi paciente, de cincuenta y tantos años, corpulento, taciturno, estaba recuperándose de una operación de estómago a la que le habían sometido una semana antes. La función intestinal aún no estaba restablecida, por lo que todavía no podía comer. Le expliqué que necesitaba alimentación intravenosa y que esto requería abrirle una vía especial que debía entrarle por el pecho. Le dije que se lo haría con él tumbado en la cama y que le tenía que aplicar anestesia local en el pecho. Lo que no le dije fue que lo que iba a introducirle medía unos veinte centímetros de largo y que entraría dentro de la vena cava, el principal vaso sanguíneo del corazón. Tampoco le expliqué que la intervención iba a ser difícil. Había algún pequeño riesgo, le dije, como el de sufrir una hemorragia o un colapso pulmonar, pero que en manos expertas los problemas de ese tipo sólo se presentaban en uno de cada cien casos.

Por supuesto, las mías no eran manos expertas. Y los desastres de los que estaba informado me preocupaban. Recordé a la mujer que murió de una terrible hemorragia cuando un médico adjunto le desgarró la vena cava; al hombre al que tuvieron que abrirle el pecho porque a un médico residente se le soltó el catéter que debía introducir dentro de la vía, y que fue a la deriva hasta el corazón del paciente, ocasionándole un paro cardíaco a causa de una fibrilación ventricular. Pero no le dije nada de todo esto a mi paciente cuando le pedí permiso para abrirle.

Había visto a S. practicar dos vías centrales; la primera, el día anterior, y había prestado mucha atención. Vi cómo había dispuesto los instrumentos, recostado al paciente y colocado en una toalla enrollada entre los omoplatos para arquearle el tórax. Observé cómo le había limpiado el pecho con antiséptico, inyectado lidocaína, que es un anestésico local, y luego, con todo esterilizado, le había perforado el pecho cerca de la clavícula con una jeringa que llevaba una aguja gruesa de casi ocho centímetros. El paciente ni se había inmutado. S. me explicó cómo evitar alcanzar un pulmón con la aguja («Entra en ángulo agudo; quédate justo debajo de la clavícula») y cómo encontrar la vena subclavia, una rama de la vena cava situada encima del pulmón, al lado del vértice del mismo («Entra en ángulo agudo; quédate justo debajo de la clavícula»). Siguió introduciendo la aguja casi hasta el fondo. Tiró del émbolo. Ya estaba dentro. Era fácil adivinarlo porque la jeringa se llenó de sangre de color rojo oscuro («Si es de color rojo claro, has alcanzado una arteria. Y eso no es bueno», dijo).

Una vez que la punta de la aguja pincha el vaso sanguíneo tienes que ensanchar el agujero en la pared de la vena, colocar el catéter e introducirlo en la dirección conveniente (hacia el corazón, hacia abajo mejor que en dirección al cerebro), y todo esto sin desgarrar vasos, el pulmón ni cualquier otro órgano. S. explicó que para hacer esto hay que empezar colocando una guía. Sacó la jeringa y dejó la aguja dentro. Salió sangre. Cogió un catéter metálico de casi setenta centímetros de largo del calibre veinte, que parecía una cuerda de acero de guitarra eléctrica, y lo introdujo casi entero por el agujero de la aguja, hasta la vena subclavia, y después hacia la vena cava. «Nunca lo metas a la fuerza –me avisó–, y nunca, jamás, lo sueltes». El monitor cardíaco empezó a marcar una serie de pulsaciones rápidas y ella tiró enseguida hacia el cable hasta sacarlo unos dos centímetros y

medio. Había dado en el corazón y había provocado una fibrilación momentánea. «Me parece que estamos en el sitio conveniente –me dijo en voz baja. Y al paciente–: Está haciéndolo muy bien. Ya sólo quedan un par de minutos».

Prosiguió extrayendo la aguja y volviéndola a colocar con un dilatador, que empujó para que ensanchara la apertura de la vena. Después extrajo el dilatador e introdujo la vía central, un tubo de plástico flexible amarillo del grosor de un espagueti, a lo largo del catéter, hasta que estuvo dentro. Quitó el catéter, vertió una solución de heparina dentro de la vía y suturó el pecho del paciente.

Había visto cómo se hacía. Ahora me tocaba a mí intentarlo. Empecé a reunir el material: una vía central, guantes, bata, gorro, mascarilla, lidocaína... Eso me llevó una eternidad. Cuando por fin lo tuve todo, me detuve delante de la puerta de la habitación del paciente y me quedé allí mirando, intentando recordar en silencio los pasos a seguir. Los seguía considerando de una imprecisión frustrante, pero no podía aplazarlo más. Tenía una larga lista de cosas por hacer: la señora A necesitaba el alta; el señor B, que le extendiera un volante para una ecografía de abdomen; la señora C, que le quitara las grapas. Y cada quince minutos aproximadamente me llamaban al «busca» para encargarme más tareas: el señor X tenía náuseas y necesitaba que le vieran; habían llegado los familiares de la señora Y y «alguien» tenía que hablar con ellos; al señor Z habría que darle un laxante. Respiré hondo, puse cara de «no se preocupe, sé lo que hago» y entré para practicar la vía.

Dispuse los materiales en la mesita de noche, desaté la bata del paciente y le acomodé con el pecho al descubierto y los brazos a los lados. Con un movimiento rápido le di al interruptor de la luz fluorescente del techo y levanté la cama hasta mi altura. Llamé por el «busca» a S. para que viniera. Me puse la bata y los guantes y coloqué en una bandeja aséptica la vía central, la guía y otros materiales del equipo, tal como recordaba que había hecho S. Preparé cinco centímetros cúbicos de lidocaína en una jeringa, empapé dos bastoncillos en la solución antiséptica marrón amarillenta de Betadine y abrí el paquete de sutura. Estaba listo para empezar, y llegó S.

—¿Cómo tiene las plaquetas?

Se me hizo un nudo en el estómago. No lo había comprobado. Era un error grave: si estaban demasiado bajas, la intervención podía oca-

sionarle una hemorragia importante. Fui a comprobarlo al ordenador. El nivel era aceptable.

Aleccionado, comencé a limpiar el pecho del paciente con los bastoncillos. «¿Le has puesto el rollo debajo de la espalda?», preguntó S. Pues no. También había olvidado eso. El paciente me miró. S., sin decir nada, cogió una toalla, la enrolló y la colocó. Acabé de aplicar el antiséptico y después cubrí al paciente de forma que sólo quedara al descubierto la parte superior derecha del pecho. Se retorció un poco debajo de la tela. Entonces S. inspeccionó la bandeja. Me preparé.

—¿Dónde está la jeringa adicional para verter la heparina cuando esté colocada la vía? —¡La había olvidado! Ella salió a buscarla.

Tanteando, intenté localizar el punto correcto en el pecho del paciente. «¿Aquí?», pregunté con los ojos para no socavar más la confianza del paciente. S. asintió con la cabeza. Anestesié la zona con lidocaína («Ahora sentirá un pinchazo y una leve quemazón»). Después cogí la aguja de casi ocho centímetros y se la clavé en la piel. La hice avanzar despacio y con inseguridad, unos pocos milímetros cada vez, temeroso de introducirla donde no debía. «¡Qué grande es la condenada aguja!», pensaba. No podía creer que estuviera clavándola en el pecho de alguien. Me concentré en mantener el ángulo de entrada, pero, la aguja hacia abajo, no hacía sino pinchar la clavícula una y otra vez.

—¡Ah! —gritó el paciente.

—Perdone —dije.

S. indicó con un gesto ondulante de la mano que empujara por debajo de la clavícula. Esta vez lo conseguí. Tiré del émbolo. Nada. S. me indicó que entrara más adentro. Nada. Saqué la aguja, lavé bajo el agua algunos pedacitos de tejido que la obstruían y lo intenté de nuevo.

—¡Ah!

De nuevo la había introducido demasiado superficialmente. Conseguí desplazar la aguja otra vez por debajo de la clavícula. Tiré del émbolo. Lo mismo, nada. «Es demasiado obeso», me dije. S. se puso con rapidez los guantes y la bata. «¿Qué tal si lo intento yo?», dijo.

Le pasé la aguja y me hice a un lado. La clavó, tiró del émbolo, y en un instante estaba dentro. «Enseguida terminamos», le dijo al paciente. Me sentí un auténtico inútil.

Dejó que continuara yo, así que realicé los pasos siguientes, aunque con pulso vacilante. No me había dado cuenta de lo larga y flexible que era la guía hasta que la saqué de la bolsa de plástico y, al introducir un extremo en el pecho del paciente, el otro casi tocó la sábana no esterilizada. También me olvidé del dilatador hasta que S. me lo recordó. Luego, una vez introducido, no empujé con la fuerza suficiente y fue ella quien tuvo que terminar de introducirlo. Finalmente colocamos la vía, echamos la solución y suturamos.

Fuera de la habitación, S. me dijo que la próxima vez intentara ser menos indeciso, aunque tampoco debía preocuparme demasiado de cómo habían ido las cosas. «Lo conseguirás –dijo–. Sólo te falta práctica». Yo no estaba tan seguro. La intervención seguía siendo del todo desconcertante para mí. Y no podía soportar la idea de tener que introducir una aguja tan hondo y tan a ciegas en el pecho de alguien. Esperé la radiografía con ansiedad. Pero salió bien: no había dañado el pulmón y la vía estaba colocada en el sitio adecuado.

No todo el mundo sabe apreciar los atractivos de la cirugía. Cuando eres estudiante de medicina y estás en un quirófano por vez primera, viendo al cirujano aplicar el escalpelo en el cuerpo de alguien y abrirle como si se tratara de una fruta, o te estremeces horrorizado o te quedas boquiabierto de admiración. Yo me quedé boquiabierto. Lo que de verdad me cautivó fue sobre todo la idea de que una persona tuviera suficiente seguridad en sí misma para manejar aquel escalpelo.

Hay un dicho sobre los cirujanos que se emplea como reproche: «A veces se equivocan, pero nunca dudan». Y a mi parecer, ahí radicaba su fuerza. Los cirujanos se ven inmersos todos los días en un mar de incertidumbres. La información es insuficiente; la ciencia no es exacta; los conocimientos y las aptitudes de uno nunca son perfectos. Ni siquiera en la más sencilla de las operaciones se puede garantizar que un paciente vaya a salir bien, o incluso vivo. Aquella vez, de pie junto a la mesa, me pregunté cómo sabía el cirujano que conseguiría que aquel paciente se pusiera bien, que todos los pasos se desarrollarían según lo previsto, que controlaría la hemorragia, que no habría infección y que los órganos no resultarían dañados. No lo sabía, por supuesto. Pero aun así cortó.

Más adelante, siendo aún estudiante, me dieron permiso para que yo mismo hiciera una incisión. El cirujano trazó con un rotulador una

línea de puntos de unos quince centímetros en el abdomen de un paciente dormido y luego, para mi sorpresa, me pasó el bisturí. Recuerdo aún el calor que desprendía recién sacado del autoclave esterilizador. El cirujano me dijo que estirara la piel con los dedos pulgar e índice de la mano que me quedaba libre hasta tensarla. Me indicó que practicara un corte suave hasta alcanzar la capa de grasa. Apoyé la parte inferior de la hoja en la piel y corté. La experiencia fue extraña y adictiva, mezcla de la excitación por la violencia del acto, junto con la preocupación por hacerlo bien, y de la fe justificada en que, de algún modo, aquello era positivo para aquella persona. También tuve la sensación un poco repugnante de descubrir que se requería más fuerza de la que pensaba (la piel es gruesa y elástica, y a la primera tentativa no profundicé lo suficiente; así que tuve que cortar dos veces). Aquel momento hizo que quisiera ser cirujano, no un aficionado a quien se confía el bisturí durante instantes, sino alguien con la suficiente seguridad en sí mismo para proceder como si se tratara de algo rutinario.

No obstante, un médico adjunto empieza sin dominio alguno, sólo con una tendencia natural irresistible a no hacer nada parecido a apretar un bisturí contra la carne o clavar una aguja en el pecho de alguien. Mi primer día como cirujano residente me destinaron a urgencias. Entre mis primeros pacientes había una mujer flacucha de cabello oscuro, de unos treinta años, que entró cojeando, con los dientes apretados y con la pata de una silla de madera de unos setenta y cinco centímetros de largo clavada en la planta del pie. Explicó que la pata se había desprendido de una silla de la cocina en la que había intentado sentarse y que, al levantarse de un salto para evitar caerse, había pisado muy fuerte, con el pie descalzo y sin querer, el tornillo de siete centímetros y medio que sobresalía de la pata. Puse todo mi empeño en no parecer alguien que acababa de obtener el título de medicina justo la semana anterior. Estaba decidido a mostrarme tranquilo, incluso hastiado, a parecerme a esa clase de tipos que han visto cosas así infinidad de veces. Le examiné el pie y vi que el tornillo estaba incrustado en la base del hueso del dedo. No había hemorragia y, hasta donde pude palpar, tampoco fractura.

—Vaya, debe de resultar doloroso —comenté, como un idiota.

Lo lógico era ponerle una inyección antitetánica y extraer el tornillo, pero, ¿y si sangraba?, ¿y si le fracturaba el pie o algo peor? Me

disculpé y salí a buscar al doctor W., el cirujano más veterano de guardia. Le encontré ocupándose de una persona que había sufrido un accidente de tráfico. El paciente estaba muy mal. La gente gritaba. Había sangre por el suelo. No era buen momento para hacer preguntas.

Pedí una radiografía. Supuse que así ganaría tiempo y podría verificar mi impresión poco profesional de que no tenía ninguna fractura. Conseguir que la hicieran me costó alrededor de una hora y no reveló ninguna fractura. «Es sólo un tornillo –dijo el radiólogo– incrustado en la parte superior del primer metatarsiano». Mostré la radiografía a la paciente. «Mira, el tornillo está incrustado en la parte superior del primer metatarsiano». «¿Y qué va usted a hacer?», quiso saber. ¿Que qué iba a hacer?

Fui a buscar al doctor W. Seguía ocupado con el accidentado, pero logré interrumpirle para enseñarle la radiografía. Se rió entre dientes al verla y me preguntó qué pretendía hacer. «¿Sacar el tornillo?», aventuré. «Sí», dijo, lo que significaba: «¡No se lo vamos a dejar clavado!». Me preguntó si le había puesto una inyección antitetánica y después me hizo volver junto a la mujer.

De vuelta en la sala de urgencias dije a la paciente que le sacaría el tornillo, convencido de que respondería algo así como: «¿Usted?». En cambio, dijo: «Muy bien, doctor». Había llegado la hora de ponerme manos a la obra. Primero le pedí que se sentara en la mesa de reconocimiento y que dejara la pierna colgando por el lado. Pero no pareció que aquello fuera a funcionar, así que le dije que se tumbara con el pie fuera del extremo de la mesa, de modo que la pata quedara en el aire. El dolor aumentaba a cada movimiento. Le inyecté un anestésico local por donde había entrado el tornillo y eso la ayudó un poco. Luego agarré el pie con una mano y la pata con la otra y durante un instante me quedé paralizado. ¿Podía hacer aquello de verdad? ¿Debía hacer aquello de verdad? ¿Quién era yo para atreverme a hacer algo así?

Al final, sencillamente me obligué a hacerlo. Dije «Un, dos, tres» y tiré, con demasiada cautela al primero, y con energía después. Se quejó. El tornillo no se movía. Giré la pata y de repente se soltó. No hubo hemorragia. Lavé la herida, como decían los libros de texto que había que hacer en caso de herida perforante. La mujer comprobó que podía caminar, aunque le dolía. Le advertí de los riesgos de infección y de los síntomas que ello conllevaba. Su gratitud fue enorme y

halagadora, como si un león diera las gracias a un ratón, y aquella noche me fui a casa eufórico.

En cirugía, como en todo, la pericia y la seguridad en uno mismo se adquieren por medio de la experiencia, con titubeos y de forma humillante. Como el tenista, el intérprete de oboe y el que arregla discos duros, el cirujano necesita practicar para llegar a ser bueno en lo que hace. Aunque en medicina hay una diferencia: practicamos con personas.

Mi segundo intento de abrir una vía central no salió mejor que el primero. La paciente estaba en la unidad de cuidados intensivos, gravemente enferma, con un respirador, y necesitaba la vía para que le pudieran administrar directamente en el corazón fuertes medicamentos. Estaba también muy sedada, lo que agradecí. No advertiría mi «búsqueda» a tientas.

Esta vez me preparé mejor. Coloqué la toalla enrollada y las jeringas de heparina en la bandeja. Comprobé los resultados de los análisis, que eran positivos. También me esmeré en cubrirla de manera que, si por error manejaba de nuevo con torpeza la guía, ésta no tocaría nada sin esterilizar.

A pesar de todo ello, la intervención fue un fracaso. Clavé la aguja demasiado superficialmente y luego demasiado hondo. La frustración superó la indecisión. Probé un ángulo tras otro, pero nada funcionó. Hasta que, de repente, un destello de sangre en la jeringa me indicó que ya había alcanzado la vena. Sostuve la aguja con una mano y quise sacar la jeringa con la otra. Pero la había introducido demasiado y al quitarla saqué también la aguja de la vena. La pared torácica de la paciente empezó a sangrar. Hice presión lo mejor que pude durante cinco minutos seguidos, pero la zona seguía amoratada. El hematoma hacía imposible colocar allí la vía. Quise darme por vencido. Pero la paciente necesitaba una vía y el médico residente que me supervisaba estaba decidido a que lo consiguiera. Después de que una radiografía mostrara que no le había lesionado el pulmón, me dijo que lo intentara otra vez en el otro lado con un *kit* nuevo. Volví a fallar, y antes de que convirtiera a la paciente en un acerico mi supervisor me relevó. A él mismo le llevó varios minutos y dos o tres pinchazos encontrar la vena, lo que hizo que me sintiera mejor. A lo mejor se trataba de un caso de dificultad infrecuente.

Sin embargo, cuando fracasé con un tercer paciente unos días después me asaltaron las dudas de verdad. Una vez más lo intenté una y otra vez, y nada. Me hice a un lado. El médico adjunto que me supervisaba lo consiguió al siguiente intento.

Los cirujanos, como colectivo, muestran una curiosa uniformidad. Creen en la práctica, no en el talento. Frecuentemente la gente supone que tenemos que tener muy buenas manos para ser cirujanos, pero no es así. Cuando me entrevistaron para entrar en un programa de cirugía, nadie me hizo suturar o realizar una prueba de destreza, ni nadie comprobó si tenía el pulso firme. Ni siquiera es preciso tener los diez dedos para que le acepten a uno. Sin duda, el talento ayuda. Los profesores universitarios dicen que cada dos o tres años son testigos de cómo alguien con talento, que adquiere habilidades manuales complejas con una rapidez inusual, que percibe la práctica de la cirugía en su totalidad, que se da cuenta de los problemas antes de que aparezcan, se licencia con éxito. No obstante, los cirujanos de los hospitales clínicos dicen que lo más importante para ellos es encontrar gente lo suficientemente concienzuda, trabajadora y crédula para continuar con la práctica de algo que resulta difícil siempre. Como me dijo una vez un profesor universitario de cirugía, pudiendo elegir entre una persona con doctorado que hubiera clonado un gen de un modo laborioso y un escultor con talento, escogería al médico siempre. «Por supuesto –dijo–, no dudo de que el escultor tendría más talento; pero seguro que el médico no sería tan inestable». Y al fin y al cabo, eso es lo más importante. Los cirujanos creen que la pericia puede aprenderse, pero no la tenacidad. Es un punto de vista que se sostiene incluso en los mejores departamentos de cirugía. Contratan a licenciados sin experiencia en cirugía y se pasan años preparándoles. Y funciona.

Actualmente se realizan muchos estudios sobre personas de elite (violinistas internacionales, grandes maestros de ajedrez, patinadores profesionales, matemáticos, etc.), y la diferencia más relevante que encuentran los investigadores entre éstos y personas menos preparadas es la práctica que han acumulado. En realidad, el talento verdadero quizás sea el que uno tiene para practicar. K. Anders Ericsson, especialista en psicología cognitiva y experto en rendimiento, observó que el mejor modo de que los factores innatos desempeñen un

papel importante puede consistir en la disposición para dedicarse a un aprendizaje continuo. Descubrió, por ejemplo, que a las personas con un rendimiento brillante tampoco les gusta practicar (éste es el motivo por el cual los atletas y los músicos dejan de practicar cuando se retiran). Pero aun así tienen más voluntad que otros para seguir esforzándose.

No estaba seguro de que éste fuera mi caso. ¿De qué servía, me preguntaba, seguir practicando con la apertura de vías centrales, cuando ni siquiera lograba introducirlas? Si hubiera tenido una idea clara de qué hacía mal, entonces quizá habría tenido algo en qué concentrarme. Pero no era así. Por supuesto, todo el mundo me hacía sugerencias. «Entra inclinando la aguja hacia arriba». «No, entra inclinando la aguja hacia abajo». «Dobla la aguja por la mitad». «No, curva la aguja». Durante algún tiempo intenté evitar practicar otra vía. Pero pronto surgió un caso nuevo.

Las circunstancias fueron lamentables. Era tarde y no había dormido la noche anterior. El paciente padecía obesidad mórbida: pesaba casi ciento cuarenta kilos. No podía tumbarse porque el peso del pecho y el vientre le dificultaba la respiración. Sin embargo, necesitaba urgentemente una vía central. Tenía una herida con una infección grave y le hacían falta antibióticos por vía intravenosa, y nadie fue capaz de encontrarle las venas de los brazos para una inyección intravenosa periférica. Tenía esperanzas de librarme de aquello. Pero un residente hace lo que le mandan, y me mandaron que tratara de abrir la vía.

Fui a la habitación. El paciente parecía asustado y dijo que pensaba que no resistiría más de un minuto tumbado boca arriba. No obstante añadió que entendía la situación y que estaba dispuesto a colaborar. Decidimos conjuntamente que se quedaría incorporado hasta el último momento. Después ya veríamos.

Realicé los preparativos: comprobar los análisis, disponer el *kit*, colocar la toalla enrollada, etc. Le limpié la zona y le cubrí el pecho mientras él seguía incorporado. Esta vez me supervisaba S., la jefa de residentes, y cuando todo estaba listo informé al paciente de que iba a inclinarle hacia atrás, con una mascarilla de oxígeno en la cara. La carne ondulante envolvía su pecho. No lograba encontrar la clavícula con las yemas de los dedos para identificar el punto de entra-

da adecuado. Y ya parecía que le faltaba aire –la cara enrojecida. Miré a S. como si quisiera decirle: «¿Quieres relevarme?». «Sigue», indicó. Hice un cálculo aproximado de dónde estaba el sitio adecuado, le anestesié la zona con lidocaína y luego clavé la aguja. Durante unos instantes pensé que no sería suficientemente larga, pero después noté que la punta se introducía bajo la clavícula. Presioné un poco más y tiré del émbolo. Increíblemente se llenó de sangre. ¡Estaba dentro! Me concentré en sujetar la aguja con firmeza, para no moverla ni un milímetro al sacar la jeringa e introducir la guía. Ésta entró sin problemas. El paciente respiraba ya con mucha dificultad. Le incorporamos y dejamos que recobrara el aliento. Después le volvimos a acostar para conseguir que la entrada de la vía se dilatara, e introduje la vía central.

—Buen trabajo –fue lo único que dijo S., y luego se fue.

Sigo sin tener ni idea de qué es lo que hice bien aquel día. Pero a partir de entonces se me dieron bien las vías. Practicar es extraño en este sentido. Durante días y días sólo identificas parte de lo que hay que hacer. Y después, un día, ves la escena completa. El aprendizaje consciente se vuelve conocimiento inconsciente, y no puedes decir con precisión cómo.

He practicado ya más de cien vías centrales. No soy infalible, ni mucho menos. Por supuesto, he vivido infinidad de lo que en la profesión preferimos denominar «incidentes adversos». A un paciente le pinché un pulmón, por ejemplo (el pulmón derecho de un cirujano de otro hospital, nada menos) y, dadas las probabilidades que barajamos, estoy seguro de que volverán a suceder cosas por el estilo. También se da ese caso esporádico que debería ir bien, pero que finalmente se complica, sin importar lo que uno haga (también tenemos una expresión para esto. Cuando un colega pregunta: «¿Cómo ha ido?». «Ha sido una paliza», respondemos, y no hace falta decir más).

Pero también hay veces en las que todo va a la perfección. No piensas. No te concentras. Cada movimiento se sucede sin esfuerzo. Coges la aguja. La introduces en el pecho. Notas cómo se desplaza, un deslizamiento inconfundible a través de la grasa, un ligero impedimento en la densidad del músculo, el sutil crujido a través de la pared de la vena, y ya está. Los momentos así son magníficos.

La formación quirúrgica es el resumen de todo este proceso (tropezos seguidos de conocimiento y de momentos sublimes) una y otra vez, y las tareas son cada vez más difíciles, con riesgos cada vez mayores. Al principio trabajas en lo básico: ponerte los guantes y la bata, cubrir a los pacientes, coger el bisturí, atar un trozo de sutura de seda; por no mencionar dictar, trabajar frente al ordenador, pedir medicamentos. Pero después las obligaciones son más intimidatorias: seccionar, cauterizar, abrir con un bisturí, cerrar un vaso que sangra, extirpar el tumor, desinfectar la herida... Antes de que hubieran pasado seis meses había practicado vías, apendicectomías, injertos de piel, operaciones de hernia y mastectomías. A final de año realizaba amputaciones de extremidades, biopsias de ganglios linfáticos y hemorroidectomías. A los dos años me enfrentaba a traqueotomías, ciertas operaciones de intestino delgado e intervenciones laparoscópicas de vesícula biliar.

Estoy en mi séptimo año de preparación. Ahora un corte sencillo en la piel ha empezado a parecerme algo insignificante, el principio de un caso cualquiera, nada más. Últimamente estoy aprendiendo a reparar aneurismas aorticoabdominales, a extirpar cánceres de páncreas, a desobstruir arterias. He descubierto que no soy ni habilidoso ni torpe. He ido, simplemente, aprendiendo con la práctica.

Es difícil, en medicina, hablar de todo esto con los pacientes. La carga moral que supone practicar con personas siempre nos acompaña, aunque normalmente en silencio. Antes de cada operación me acerco a la sala de preoperatorio y me presento al paciente. Siempre lo hago.

—Hola, soy el doctor Gawande. Soy uno de los médicos residentes de cirugía y voy a ayudar a su cirujano.

Eso es más o menos todo lo que digo. Tiendo la mano y sonrío. Pregunto al paciente si todo va bien. Charlamos. Hago preguntas. Muy de vez en cuando, los pacientes se sorprenden.

—No quiero que me opere un residente —dicen—. Intento tranquilizarles.

—No se preocupe. Yo sólo ayudo —digo—. Siempre está a cargo un médico adjunto.

Nada de esto es del todo mentira. El médico adjunto es quien manda, y un residente sabe que no debe olvidarlo. Durante la operación que llevé a cabo hace poco para extirpar un cáncer de colon a una

mujer de setenta y cinco años, el médico adjunto estuvo delante mío desde el principio. Y fue él, no yo, quien decidió por dónde cortar, cómo aislar el tumor, cuánto pedazo de colon había que quitar.

No obstante, decir que sólo ayude no deja de ser un subterfugio. Después de todo, no fui sólo un par de manos adicionales. Si no, ¿quién manejaba el bisturí?, ¿por qué estaba junto al cirujano?, ¿por qué elevaron la mesa para adecuarla a mi metro ochenta de estatura? Estaba allí para ayudar, sí, pero también para practicar, lo que quedó claro cuando llegó la hora de volver a unir el colon. Hay dos formas de suturar los extremos: coserlos manualmente o graparlos. Grapar es más rápido y fácil, pero el adjunto sugirió hacerlo manualmente: no porque fuera mejor para la paciente, sino porque era lo que yo había practicado más veces. Cuando todo se hace de un modo correcto, los resultados son siempre parecidos, pero mi supervisor no me quitó los ojos de encima. Suturaba despacio y de manera imprecisa. En cierto momento advirtió que había dejado los puntos demasiado separados y me hizo dar unos puntos adicionales en medio para que no hubiera filtraciones. En otro, vio que no penetraba lo suficiente en el tejido con la aguja para asegurar un cierre consistente.

—Gira más la muñeca —me dijo.

—¿Así? —pregunté.

—Sí, más o menos —respondió. Estaba aprendiendo.

En medicina nos hemos enfrentado durante mucho tiempo al conflicto entre el imperativo de ofrecer la mejor asistencia posible a los pacientes y la necesidad de proporcionar experiencia a los principiantes. Las residencias tratan de atenuar el daño potencial mediante la supervisión y la asunción de responsabilidades progresiva. Y hay motivos para pensar que la enseñanza beneficia a los pacientes. Por lo general, los estudios revelan que los hospitales clínicos obtienen mejores resultados que los otros. Los médicos residentes quizá no sean del todo profesionales, pero tenerlos supervisando a los pacientes, haciendo preguntas y manteniendo alerta al cuerpo facultativo parece que ayuda. Pero todavía es imposible evitar esas primeras veces llenas de inseguridad en que un médico joven intenta practicar una vía central, extirpar un cáncer de mama o suturar dos secciones de colon. No importan las precauciones; en general, estos casos resultan peor con un principiante que con alguien experimentado.

No nos hacemos ilusiones al respecto. Cuando un médico adjunto trae a un familiar enfermo para que le operen, la gente del hospital se lo piensa mucho antes de dejar participar a los que están preparándose. Incluso cuando el médico adjunto insiste en que participen como de costumbre, el médico residente que ayuda sabe que no será ni mucho menos un caso del que pueda aprender: si hay que poner una vía central, desde luego no lo hará un novato. En cambio, las unidades y dispensarios donde los médicos residentes tienen más responsabilidad están llenos de pobres, personas sin seguro, borrachos y dementes. Hoy en día, los médicos residentes tenemos pocas oportunidades para operar por nuestra cuenta, sin que nos ayuden los médicos adjuntos, pero cuando lo hacemos antes de obtener el título y empezar a intervenir solos, por lo común es a este tipo de pacientes, los más humildes.

Ésta es la incómoda realidad de la enseñanza. Según la ética tradicional y la presión social (por no mencionar los fallos de los tribunales), el derecho de un paciente a la mejor atención posible debe estar por encima de la necesidad de preparar a los principiantes. Queremos la perfección sin la práctica. Pero todo el mundo sale perjudicado si no se instruye a los profesionales del futuro. Así que se oculta el aprendizaje detrás de los cobertores, las anestias y las medias palabras. Y el dilema tampoco afecta sólo a los residentes, los médicos que están preparándose. Porque resulta que el proceso de aprendizaje se prolonga más de lo que cree la mayoría de la gente.

Mi hermana y yo crecimos en la pequeña ciudad de Athens, en Ohio, donde nuestros padres todavía ejercen la medicina. Hace mucho, mi madre escogió ejercer como pediatra a tiempo parcial, y sólo tres días a la semana, y pudo hacerlo porque la consulta de urología de mi padre empezó a llenarse de pacientes. Lleva ya más de veinticinco años trabajando en ella y su despacho está abarrotado de pruebas que lo atestiguan: una pared repleta de archivadores para los historiales de los pacientes, regalos de personas diversas expuestos por todas partes (libros, cuadros, objetos de cerámica con frases de la Biblia, pispapeles pintados a mano, figuras de cristal y cajas talladas, además de la estatuilla de un chico que orina cuando le bajas los pantalones). En un estuche acrílico detrás de su mesa de roble hay algunas docenas de las miles de piedras de riñón que ha extirpado a sus pacientes.

Únicamente ahora que ya vislumbro el final de mi formación he empezado a pensar en serio en el éxito de mi padre. Durante la mayor parte del período de residencia he considerado la cirugía como un conjunto de conocimientos y habilidades más o menos compacto que se adquiere con la preparación y se perfecciona con la práctica. Había, tal como yo imaginaba, un progreso continuado para realizar determinadas tareas delicadas (en mi caso, extirpar vesículas biliares, cánceres de colon, balas y apéndices; en el suyo, piedras de riñón, cánceres testiculares y próstatas inflamadas). Dicho progreso alcanzaría su punto culminante a los, pongamos, diez o quince años, se mantendría estable durante una etapa larga, y quizá decaería un poco durante los cinco últimos años previos a la jubilación. Sin embargo, la realidad resulta ser mucho más complicada. Llegas a ser bueno en ciertas cosas, me dice mi padre, pero enseguida descubres que lo que sabes está superado. Surgen nuevas tecnologías y técnicas que sustituyen a las anteriores, y el proceso de aprendizaje comienza otra vez. «Tres cuartas partes de lo que hago hoy no lo aprendí en la etapa de residencia», dice.

Solo, a más de ochenta kilómetros del colega más próximo, ya que no ha tenido nunca a otro médico al lado que le dijera: «Tienes que girar más la muñeca», ha tenido que aprender a poner prótesis de pene, hacer microcirugía, revertir vasectomías, realizar prostatectomías sin dañar los nervios, implantar esfínteres urinarios artificiales. Ha tenido que aprender a realizar litotricias extracorpóreas a base de ondas de choque y a utilizar litotritores de láser (un instrumento para deshacer piedras de riñón); a colocar tubos expansibles ureterales doble J, de silicona configurados en cuatro espirales y de retroinyección de longitud múltiple (no me pidan detalles), y a manipular uretoscopios de fibra óptica. Todas estas tecnologías y técnicas se introdujeron después de que terminara de formarse. Algunos procedimientos se basaban en técnicas anteriores. Otros, no.

Ésta es, de hecho, la experiencia por la que pasan todos los cirujanos. El ritmo de la innovación médica ha sido incesante y no tienen más remedio que adaptarse a lo nuevo. Rechazar las nuevas tecnologías implicaría negar a los pacientes los beneficios de avances médicos valiosos. Con todo, los peligros de la etapa de aprendizaje son ineludibles, tanto en el ejercicio profesional como durante el período de residencia.

Inevitablemente, para el cirujano establecido las oportunidades de aprender están mucho menos estructuradas que para el residente. Cuando llega un aparato o un procedimiento nuevo importante, como sucede todos los años, los cirujanos empiezan por hacer un curso, generalmente de un día o dos, a base de conferencias de «peces gordos» de la cirugía con vídeos y notas detalladas. Nosotros, en cambio, llevamos un vídeo a casa, como mucho, hacemos una visita para observar cómo lleva a cabo la operación un colega (mi padre acude a menudo a la clínica Ohio State o Cleveland para enseñar). Pero no hay mucha preparación práctica. A diferencia de lo que ocurre con los médicos en ejercicio, un residente de visita no puede asistir casos, y las oportunidades de practicar con animales o cadáveres también son escasas y se dan muy de vez en cuando (Gran Bretaña prohíbe incluso a los cirujanos en ejercicio practicar con animales). Cuando apareció el láser de contraste el fabricante creó un laboratorio en Columbus donde los urólogos de la zona pudieran adquirir experiencia. Pero en la época de mi padre, la principal experiencia proporcionada era tratar de destruir piedras de riñón en probetas llenas de un líquido parecido a la orina, e intentar atravesar la cáscara de un huevo sin dañar la membrana interior. Mi departamento de cirugía compró hace poco un *robot* de una sofisticación asombrosa, de novecientos ochenta mil dólares, con tres brazos y una cámara, todo de dimensiones milimétricas, que controlado desde una consola permite a un cirujano llevar a cabo casi cualquier operación sin el menor temblor de manos y con incisiones imperceptibles. Un equipo de dos cirujanos y dos enfermeras viajó en avión a la sede central del fabricante, en San José, California, para entrenarse durante un día entero. Y llegaron a practicar con un cerdo y un cadáver (por lo visto, la compañía compra los cadáveres a la ciudad de San Francisco). Pero incluso esto, que es practicar mucho más de lo habitual, no fue precisamente una preparación sólida. Aprendieron lo suficiente para entender cómo manejar el *robot*, empezar a conocer sus posibilidades y comprender el modo de planificar una operación. Eso es todo. Tarde o temprano uno tiene que ir a trabajar y probarlo, sin más.

Al final, los pacientes se benefician (normalmente muchísimo), aunque los primeros es posible que no, incluso puede ser que salgan perjudicados. Consideremos un caso sobre el que informó la unidad

de cirugía pediátrica del renombrado hospital londinense Great Ormond Street, tal como se detalló en la publicación *British Medical Journal* en la primavera de 2000. Los médicos describieron los resultados tras operar consecutivamente a trescientos veinticinco niños con un defecto grave en el corazón, conocido como *transposición de grandes arterias*, durante un período (de 1978 a 1998) en el que los médicos pasaban de una operación a otra varias veces al día. Los niños que sufren esta enfermedad nacen con los vasos del corazón intercambiados: la aorta sale de la parte derecha, y no de la izquierda, y la arteria pulmonar sale de la parte izquierda en lugar de salir de la derecha. Por consiguiente, la sangre que entra es bombeada en sentido contrario, y retorna al cuerpo en vez de pasar primero a los pulmones, donde puede oxigenarse. No es posible sobrevivir a este trastorno. Los niños mueren amoratados, cansados, sin saber lo que es respirar con normalidad. Durante años no fue factible cambiar los vasos a la posición adecuada por cuestiones técnicas, así que los cirujanos practicaban lo que se conoce como «operación de Senning»: abrían un paso dentro del corazón para permitir que la sangre de los pulmones pasara a la parte derecha del corazón. La operación de Senning permitía a los niños vivir hasta la edad adulta. No obstante, la parte derecha del corazón, más débil, no puede hacerse cargo de la circulación de la sangre de todo el cuerpo tanto tiempo como la izquierda. Al final los corazones de estos pacientes fallaban y muy pocos llegaban a la vejez. Más tarde, en la década de 1980, una serie de avances tecnológicos hicieron posible practicar la conexión arterial de manera segura. Rápidamente se convirtió en el procedimiento preferido. En 1986 los cirujanos del Great Ormond Street llevaron a cabo el primer intercambio y su informe demostró que sin lugar a dudas fue un avance cualitativo. La mortalidad anual después de una intervención de transposición disminuyó en un setenta y cinco por ciento respecto a la que se producía con la operación de Senning, con el resultado de un aumento de la esperanza de vida hasta los sesenta y tres años, en lugar de hasta los cuarenta y siete. Pero el precio del aprendizaje fue terrible. Las primeras setenta operaciones arrojaron una mortalidad del veinticinco por ciento, en comparación con sólo el seis por ciento que arrojaba la operación de Senning (murieron dieciocho niños, más del doble de la cifra de fallecidos que hubo durante toda la época Senning). Mis colegas sólo logra-

ron dominar la operación con el tiempo: en las siguientes cien operaciones de transposición sólo murieron cinco niños.

Como pacientes, exigimos tanto pericia como progreso. A lo que nadie quiere enfrentarse es al hecho de que son deseos contradictorios. En palabras de un informe público británico, «no debería haber *etapas* de aprendizaje en lo que se refiere a la seguridad de los pacientes». Pero eso no es más que una ilusión.

Hace poco un grupo de investigadores de la Business School de Harvard, especializado en estudiar el coste-beneficio del aprendizaje en la industria (en la fabricación de semiconductores, aviones y cosas así), decidieron examinar el de los cirujanos. Siguieron a dieciocho cirujanos cardíacos y a sus equipos cuando éstos adoptaron una nueva técnica de cirugía del corazón mínimamente invasiva. Me sorprendió descubrir que este estudio era el primero de este tipo. Aprender es una cosa omnipresente en medicina, y aun así nadie había comparado jamás los resultados alcanzados por diferentes médicos clínicos.

La nueva operación de corazón, que requería una pequeña incisión entre las costillas en vez de abrir el pecho del paciente, resultó ser considerablemente más difícil que la convencional. Dado que la incisión es demasiado pequeña para que pasen por ella los tubos y las pinzas usuales con los que se consigue desviar la sangre al aparato de la derivación cardíaca, los cirujanos tuvieron que aprender un método más difícil, mediante el que había que colocar a través de los vasos de la ingle gamas y catéteres. Tuvieron que aprender a operar en un espacio muy reducido. Y las enfermeras, los anestesistas y los perfusionistas tuvieron que dominar también nuevas funciones. Había tareas nuevas para todo el mundo, instrumentos nuevos, nuevas maneras «de que las cosas salieran mal», y formas nuevas de solucionarlas. Como era de esperar, se descubrió que todos experimentaban etapas considerables de aprendizaje. Mientras que un equipo experto emplea entre tres y seis horas en operaciones así, los equipos estudiados tardaban una media de tres veces más con los primeros casos. Los investigadores no pudieron analizar los porcentajes al detalle, pero sería disparatado suponer que no variaban.

Lo más interesante es que los investigadores descubrieron desigualdades sorprendentes en la velocidad a la que aprendían distin-

tos equipos. Todos recibieron las mismas sesiones de formación de tres días y procedían de instituciones muy respetadas, con experiencia en la adopción de innovaciones. Sin embargo, en los más de cincuenta casos tratados, algunos equipos se las ingeniaron para reducir a la mitad el tiempo de las operaciones, mientras que otros no fueron capaces de mejorarlo en absoluto. Resultó que la práctica no necesariamente perfeccionaba. Que lo hiciera, según descubrieron los investigadores, dependía de *cómo* practicaban los cirujanos y sus equipos.

Richard Bohmer, el único médico entre los investigadores de Harvard, hizo varias visitas para observar a uno de los equipos que aprendía más deprisa y a otro de los que lo hacía con mayor lentitud, y la diferencia le dejó perplejo. Aunque parezca mentira, el cirujano del equipo que aprendía deprisa era bastante inexperto en comparación con el del equipo que aprendía despacio: había terminado la residencia hacía sólo un par de años. Pero se aseguró de escoger para su equipo personas con las que había mantenido buenas relaciones de trabajo con anterioridad y de mantenerlas cohesionadas durante los primeros quince casos, antes de permitir la entrada de un nuevo miembro. Pidió al equipo que pasara una sesión de prueba antes de atender el primer caso y después planificó seis operaciones para la primera semana, de forma que entre una y otra no hubiera tiempo suficiente para olvidar la experiencia. Citó al equipo antes de cada caso para discutirlo con detalle, y también después para elaborar los informes pertinentes. Se aseguró de que se siguieran atentamente los resultados. Y como persona, según pudo constatar Bohmer, mi colega no ejercía de jefe prepotente. De hecho le comentó a Bohmer: «Un cirujano tiene que estar dispuesto a convertirse en compañero [con el resto del equipo], y ser capaz de aceptar consejos». A lo mejor sonaba a tópico, pero lo cierto es que, hiciera lo que hiciera, funcionaba. En el otro hospital, el cirujano escogió a los miembros de su equipo casi al azar y no trató de mantenerlos unidos. En los primeros seis casos, el equipo cambió de integrantes varias veces; es decir, que no era un equipo. Y el cirujano no dio sesiones informativas previas ni elaboró informes sobre las operaciones ni realizó seguimientos de los resultados.

El estudio de la Business School de Harvard obtuvo conclusiones interesantes. Durante la etapa de aprendizaje podemos hacer cosas

que tengan resultados; por ejemplo, reflexionar sobre los preparativos y hacer un seguimiento de los profesionales, ya sean estudiantes, médicos residentes, cirujanos o enfermeras veteranas. Pero algunas conclusiones del estudio son más preocupantes. Sin importar lo buenos que fueran, los cirujanos que aplicaban una técnica nueva, antes de mejorar empeoraban, por lo que el aprendizaje resultó más largo y se vio afectado por una variedad de factores mucho más complicados de lo que nadie imaginaba. Todo esto confirma que no se puede preparar a principiantes sin poner en peligro la atención a los pacientes.

Sospecho que ésta es la causa de lo mucho que engaña un médico con lo de «yo sólo ayudo»; con el discurso «tenemos un procedimiento nuevo para su trastorno y usted es la persona perfecta»; o el de «necesita una vía central», sin pensar en el «aún estoy aprendiendo a hacerlo». En ocasiones nos sentimos obligados a admitir cosas así cuando estamos haciendo algo por vez primera, pero incluso entonces tenemos tendencia a pensar en los porcentajes de éxito, que por lo demás casi siempre son de cirujanos con experiencia. ¿Decimos alguna vez a los pacientes que debido a que somos novatos los riesgos serán inevitablemente más elevados, y que es probable que con otros que tengan más experiencia les vaya mejor? ¿Les decimos alguna vez que necesitamos que lo acepten de todos modos? Yo nunca lo he oído. Dado lo que está en juego, ¿quién en su sano juicio aceptaría que practicaran con él?

Muchos cuestionan esta suposición. «Mira, la mayoría de la gente entiende qué es ser médico –insistió un experto en política sanitaria cuando fui a visitarle a su despacho no hace mucho–. Tenemos que dejar de mentir a los pacientes. ¿Puede la gente aceptar riesgos en beneficio de la sociedad?», hizo una pausa y después se contestó a sí mismo. «Sí», dijo con firmeza.

Desde luego sería una solución digna y justa. Preguntaríamos a los pacientes con franqueza, abiertamente, y ellos dirían que sí. Pero es difícil de imaginar. Me fijé en la foto de uno de sus hijos que tenía sobre la mesa, que había nacido sólo hacía unos meses, y le planteé una pregunta totalmente injusta.

—¿Habría permitido entonces que el médico residente atendiera el parto? –le pregunté. Se hizo el silencio durante un momento.

—No –admitió–, ni siquiera le dejamos entrar en la habitación.

Un motivo por el que dudo de que podamos mantener un sistema de entrenamiento médico que dependa de que el paciente diga: «Sí, puede practicar conmigo», es que yo mismo me negué en una ocasión. Un domingo por la mañana, cuando mi hijo mayor, Walker, tenía once días de vida, de repente sufrió una insuficiencia cardíaca congestiva a causa de lo que resultó ser un defecto cardiovascular grave. No era un caso de transposición, sino que un segmento largo de la aorta no se había desarrollado. Mi esposa y yo estábamos aterrorizados (los riñones y los pulmones también empezaron a fallarle), pero el niño resistió hasta que le operaron con éxito; aunque la recuperación fue irregular, a las dos semanas y media ya estaba en condiciones de volver a casa.

Pero todavía no se habían terminado los problemas ni mucho menos. Al nacer pesó tres kilos, pero cuando tenía un mes de edad sólo pesaba dos kilos y trescientos gramos y necesitaba cuidados intensivos para poder ganar peso. Además tomaba dos medicamentos para el corazón que tenía que dejar, y los médicos nos advirtieron de que, a largo plazo, la operación resultaría insuficiente. Al crecer, la aorta requeriría o bien dilatación mediante un tubo expansible, o sustitución quirúrgica total. No podían decir exactamente cuándo y cuántos de estos procedimientos serían necesarios. Un cardiólogo especialista en niños tendría que seguirle de cerca y decidir.

Cuando faltaba poco para que le dieran el alta, aún no habíamos decidido quién sería ese cardiólogo. En el hospital había atendido a Walker un equipo entero de cardiólogos, en el que había desde compañeros que estaban preparándose hasta médicos adjuntos que habían estado practicando durante décadas. El día anterior a que recibiera el alta, uno de los compañeros residentes se me acercó y me ofreció su tarjeta, sugiriéndome que pidiera hora de visita para que llevara a Walker. De todos los del equipo era el que más tiempo había dedicado a cuidar a Walker. Era el que había visto a Walker cuando se estaba ahogando, el que había realizado el diagnóstico, el que le había recetado los medicamentos que le estabilizaron, el que había coordinado a los cirujanos y el que había venido a vernos todos los días para responder nuestras preguntas. Por otra parte, yo sabía que éste era el modo de conseguir pacientes. La mayoría de las familias no conoce de sutilezas y cuando un equipo salva la vida de su hijo aceptan que cualquiera de sus miembros le siga tratando.

Pero yo sí las conocía. «La verdad es que estamos pensando en ir a ver a la doctora Newburger», dije. Era la jefa adjunta de Cardiología en el hospital, y una reconocida experta en enfermedades como la de Walker. El médico residente se quedó cabizbajo. No era por él, le dije. Ella tenía más experiencia, eso era todo.

—Siempre hay un médico adjunto supervisándome, ¿sabes? —dijo. Pero yo le hice un gesto negativo con la cabeza.

Sé que no fui justo. Mi hijo tenía un problema poco frecuente. Mi compañero necesitaba adquirir experiencia. Yo, un médico residente, tenía que entenderlo más que nadie. Pero la decisión no me atormentó. Era *mi hijo*. Si tengo opción, siempre escogeré la mejor atención para él. ¿Cómo puede esperar alguien que haga otra cosa? Desde luego, el futuro de la medicina no debería depender de ello.

En cierto sentido, pues, el «engaño» es inevitable. Hay que «robar» aprendizaje, tomarlo como una carrera de obstáculos en su conjunto. Y así ocurrió durante el ingreso de Walker en muchas ocasiones, ahora que recuerdo. Lo intubó un estudiante. Un residente de cirugía ayudó en la operación. El residente de cardiología le puso una de las vías centrales. Ninguno de ellos me pidió permiso. Si hubiera tenido oportunidad de escoger a alguien con más experiencia, lo habría hecho, sin duda. Pero así era como funcionaba el sistema, no se ofrecían otras opciones, de manera que lo acepté. ¿Qué otra cosa podía hacer?

La ventaja de esta «fría maquinaria» no es sólo que gracias a ella se aprende. Si aprender es necesario, pero perjudica, entonces debería perjudicar a todos por igual. Si hay una alternativa se oculta, y si se ofrece no se hace de manera equitativa. Es sólo para quien tiene contactos y está informado; para los de dentro, pero no para los de fuera; para el hijo del médico, pero no para el del camionero. Si no todo el mundo puede elegir, quizá sea mejor que no se pueda elegir nunca.

Son las dos de la tarde. Estoy en la unidad de cuidados intensivos. Una enfermera me dice que hay coágulos obstruyendo la vía central del señor G. El señor G. lleva ya con nosotros más de un mes. Tiene casi setenta años, es de Boston, está escuálido y agotado y su vida pende de un hilo... o de una vía, para ser más exactos. Tiene varias perforaciones en el intestino delgado que la cirugía no ha podido cerrar, y los líquidos biliares se filtran fuera de la piel a través de dos peque-

ños poros enrojecidos en la zona del abdomen. Su única opción es que lo alimentemos por vía intravenosa y esperar a que se curen las fístulas. Necesita una vía central.

Supongo que puedo hacerlo. Ahora ya tengo experiencia. Pero la experiencia implica una responsabilidad: tengo que enseñar durante la intervención. «La ves, la colocas y la enseñas», como decimos medio en broma.

Hay una residente desde hace poco en el servicio. Sólo ha colocado una o dos vías. Le hablo del señor G. Le pregunto si está libre para la intervención. Interpreta que se lo estoy preguntando realmente. Dice que aún tiene pacientes que ver y un caso que ha surgido después. ¿Podía ocuparme yo de la vía? Le digo que no. No consigue disimular una mueca. Está abrumada, como estaba yo, y a lo mejor asustada, como también lo estaba yo.

Empieza a concentrarse y le pido que repase de principio a fin los pasos a seguir, una especie de ensayo, le digo. Acierta en casi todo, pero olvida algo fundamental: revisar los análisis y lo de la peligrosa alergia del señor G. a la heparina, que hay que administrar a través de la vía. Me aseguro de que tome nota de ello, y luego le digo que se prepare y que me avise por el «busca».

Aún estoy adaptándome a este nuevo papel. Asumir la responsabilidad de los fallos propios es muy penoso. Pero tener que intervenir para evitar los de otra persona es totalmente distinto. De pronto se me ocurre que se le podía haber roto el paquete del *kit* al abrirlo y que debía de haberle dicho que lo ensayara antes. Pero no puedo. Los equipos deben de costar doscientos dólares cada uno. Me enteraré para la próxima vez.

Media hora después me llama al «busca». El paciente ya está cubierto. La médica residente lleva la bata y los guantes puestos. Me dice que tiene el suero salino que hay que administrar por la vía y que los análisis del paciente están bien.

—¿Le has puesto la toalla enrollada? —pregunto.

Se le ha olvidado. Enrollo una toalla y la coloco debajo de la espalda del señor G. Le miro a la cara y le pregunto si está bien. Asiente con la cabeza. No parece tener miedo. Después de todo lo que ha pasado, ya sólo es cuestión de resignación.

La residente escoge un punto para realizar el pinchazo. La extrema delgadez del paciente es inquietante. Se le ven todas las costillas

y temo que ella le perfore un pulmón. Inyecta la medicación anestésica. Después introduce la enorme aguja y el ángulo que elige no parece correcto. Le indico con la mano que cambie de posición. Esto provoca que actúe con mayor inseguridad. Empuja más la aguja y veo que no lo consigue. Tira del émbolo: la jeringuilla no se llena sangre. Extrae la aguja y lo intenta de nuevo. Y una vez más el ángulo parece erróneo. Esta vez el señor G. siente la punzada y se incorpora con brusquedad debido al dolor. Le agarro de un brazo. Ella le inyecta más medicación anestésica. Me cuesta no relevarla. Pero no puede aprender sin practicar, me digo. Decido dejar que pruebe una vez más.