

Introducción

Estaba una vez de guardia en urgencias cuando trajeron en una camilla a un joven de unos veinte años con un disparo en la nalga. El pulso, la tensión arterial y la respiración eran normales. Después de que un auxiliar clínico le rasgara la ropa con unas pesadas tijeras, le examiné de pies a cabeza intentando ser sistemático, pero rápido. Encontré la herida de entrada en la nalga derecha, un agujero limpio y rojo de un centímetro y medio. No logré encontrar ninguna herida de salida. No se veían más lesiones.

El joven estaba alerta y más asustado de nosotros que de la bala. «Estoy bien, estoy bien», insistió. Pero al examinar el recto con un dedo enguantado éste quedó cubierto de sangre fresca. Y cuando le introduje un catéter uretral también fluyó sangre de rojo intenso de la vejiga.

La conclusión era evidente. La sangre indicaba que la bala había entrado en su cuerpo, tanto a través del recto como de la vejiga, según le dije. Podía haber alcanzado también vasos sanguíneos muy importantes, un riñón, otras partes intestinales. Había que operarle ya, dije. Vio mi mirada y a las enfermeras preparándose para el traslado, y asintió con la cabeza, casi de manera involuntaria, poniéndose en nuestras manos. Poco después, las ruedas de la camilla zumbaban, las bolsas intravenosas se balanceaban, la gente mantenía las puertas abiertas para que nosotros las cruzáramos. En el quirófano, el anesitista le durmió. Practicamos un corte rápido y profundo de arriba abajo en el centro del vientre, de la caja torácica al pubis. Cogimos retractores y abrimos. Y lo que encontramos dentro fue... nada.

Nada de sangre. Ningún agujero en la vejiga. Ningún agujero en el recto. Ninguna bala. Miramos bajo los paños esterilizados la orina que salía del catéter. Era normal, de color amarillo claro. No tenía ni un rastro de sangre. Pedimos que trajeran un aparato de rayos X a la sala y le hicimos radiografías de la pelvis, del abdomen y también del pecho. No mostraron ninguna bala en ninguna parte. Todo esto resultaba, como mínimo, extraño. Después de casi una hora más de búsqueda infructuosa, parecía que lo único que podía hacer por él era coserle. Un par de días después hicimos otra radiografía más del abdomen. Ésta reveló que había una bala alojada en el cuadrante superior derecho del vientre. No encontramos ninguna explicación: ¿cómo una bala de plomo de casi dos centímetros de largo había ido de la nalga a la parte superior del vientre sin dañar nada?, ¿por qué no había aparecido en las radiografías anteriores?, ¿de dónde había salido la sangre que habíamos visto? Finalmente, tras haber causado más daño que la bala, dejamos al joven y a ésta en paz. Lo tuvimos en el hospital una semana. Excepto por la cicatriz, consecuencia del enorme corte que le hicimos, quedó muy bien.

He descubierto que la medicina es una profesión extraña y en muchos aspectos inquietante. Es mucho lo que está en juego y enormes las libertades que se toman. Drogamos a la gente, les insertamos agujas y tubos, manipulamos la química, la biología y la fisiología de sus organismos, los dejamos inconscientes y les abrimos el cuerpo de arriba abajo. Hacemos estas cosas gracias a la confianza constante que tenemos en nuestra pericia como colectivo profesional. No obstante, cuando participas de una manera directa (lo suficientemente directa para ver los ceños fruncidos, las dudas y los pasos en falso, los fracasos además de los éxitos), lo que descubres es lo confusa, incierta y también sorprendente que resulta ser la medicina.

Lo que aún me sorprende es lo esencialmente humano que es el empeño. Por lo general, cuando pensamos en la medicina y en sus capacidades extraordinarias, lo que más viene a la mente es la ciencia y todo lo que nos ha proporcionado para luchar contra las enfermedades y el sufrimiento: las pruebas, las máquinas, los fármacos, las técnicas. Y no cabe la menor duda de que estas cosas son capitales en casi todos los logros de la medicina. Pero casi nunca vemos cómo funciona todo ello en realidad. Tienes una tos persistente y no acudes a la ciencia,

sino a un médico. Un médico que tiene sus días buenos y sus días malos. Un médico con una risa extraña y un mal corte de pelo. Un médico que ha de ver a otros tres pacientes y que, por supuesto, tiene lagunas en sus conocimientos y habilidades que aún está intentando adquirir.

Hace poco trajeron a un chico en helicóptero a uno de los hospitales donde trabajo como médico residente. Lee Tran, como vamos a llamarle, era un chaval con el pelo de punta recién salido de la escuela primaria. Siempre había gozado de buena salud. Pero la semana anterior, su madre había notado que tenía una tos seca y persistente y que parecía faltarle su energía habitual. Los dos días anteriores casi no había comido. La madre pensó que probablemente era una gripe. Sin embargo, aquella noche el chico la llamó, pálido, tembloroso y resollando, sin apenas poder respirar. En una sala de urgencias de un centro de su localidad, los médicos le trataron los problemas de respiración con vaporizadores, creyendo que sufría un ataque de asma. Pero, después, una radiografía mostró que una masa enorme ocupaba el centro de su pecho. Le hicieron una tomografía axial (TAC) para obtener una imagen más detallada. El austero blanco y negro reveló que la masa era un tumor denso, casi del tamaño de una pelota de fútbol, que envolvía los vasos sanguíneos del corazón, lo empujaba a un lado y comprimía las vías respiratorias de ambos pulmones. El tumor ya había aplastado por completo el conducto del pulmón derecho y, al no recibir oxígeno, el pulmón aparecía en el escáner como un pedacito gris. En su lugar, un mar de líquido procedente del tumor ocupaba la parte derecha del pecho. Lee vivía gracias al pulmón izquierdo, aunque el tumor ya estaba oprimiendo la vía respiratoria correspondiente. El hospital local donde se encontraba no disponía de los medios para tratarle, así que los médicos de allí nos lo remitieron. Disponíamos de especialistas y de equipamiento de alta tecnología, pero eso no significaba que supiéramos con seguridad qué hacer.

Para cuando Lee llegó a nuestra unidad de cuidados intensivos, su respiración era un zumbido estridente y agudo que podía oírse a tres camas de distancia. La literatura científica era rotunda al respecto: suponía un peligro mortal. Acostarle sólo provocaría que el tumor bloqueara el resto de la vía respiratoria. Administrarle sedantes o anestesiarse podía tener el mismo efecto. Una intervención para extirpar el tumor resultaba imposible. Con todo, sabíamos que la qui-

mioterapia disminuía en ocasiones estos tumores en el curso de unos pocos días. La cuestión era cómo ganar tiempo para el chico a fin de averiguarlo. No estaba claro que sobreviviera a aquella noche. Éramos junto al enfermo dos enfermeras, una anestesista, un compañero cirujano de pediatría con no demasiada experiencia y tres residentes, uno de los cuales era yo; el cirujano de pediatría de más antigüedad daba instrucciones a través del móvil mientras conducía desde su casa al hospital; el oncólogo también estaba avisado. Una enfermera apoyó a Lee en unas almohadas para que estuviera lo más erguido posible. La otra le puso una mascarilla de oxígeno y conectó monitores que controlaban las constantes vitales. El chico tenía los ojos muy abiertos, estaba preocupado, y su respiración era más o menos el doble de rápida de lo normal. Su familia aún estaba lejos, viajando hacia allí. Pero se comportó con gran valentía, como sucede con los niños más frecuentemente de lo que uno imagina.

Mi primera decisión fue que la anestesista debía introducirle un tubo de respiración duro en la vía respiratoria para asegurar que ésta no se cerrara, antes de que el tumor la invadiera. Pero la anestesista pensaba que eso era una locura. Tuvo que hacerlo sin una sedación adecuada y con el chico incorporado. Y el tumor se iba extendiendo por la vía respiratoria. Estaba convencida de que no podría introducir el tubo mucho más.

El cirujano propuso otra idea: si introducíamos un catéter en la parte derecha del pecho y extraíamos el líquido que la ocupaba, el tumor se inclinaría y se separaría del pulmón izquierdo. No obstante, el cirujano de más antigüedad que estaba al teléfono pensó que esto podía empeorar las cosas. Una vez que has empujado una roca, ¿puedes saber con certeza en qué dirección va a rodar? Sin embargo, a nadie se le ocurría una opción mejor, así que al final dijo que adelante.

Expliqué a Lee lo que íbamos a hacer de la forma más sencilla que supe. Dudo que lo entendiera. Quizá fue mejor así. Después de reunir todo el material que necesitábamos, dos de nosotros sujetamos con fuerza a Lee y otro le inyectó un anestésico local entre las costillas. Luego le practicó un corte con un bisturí e introdujo a la fuerza un catéter de goma de unos cuarenta y cinco centímetros de largo. Fluyó hacia afuera una gran cantidad de líquido sanguinolento y durante un instante temí que hubiéramos hecho algo terrible. Pero,

a la vista del resultado, salió mejor de lo que podíamos esperar. El tumor se movió a la derecha y, de alguna manera, las vías respiratorias de los dos pulmones se abrieron. La respiración de Lee se volvió más tranquila y silenciosa al instante. Y, después de observarle unos minutos, también la nuestra.

No analicé nuestra decisión hasta más tarde. Fue poco más que una conjetura puesta en práctica, casi a tientas. No teníamos ningún plan alternativo en caso de que hubiera ocurrido un desastre. Y después, al buscar informes de casos parecidos en la biblioteca vi que de hecho había otras opciones. Al parecer, lo más seguro habría sido aplicar una bomba de derivación cardiopulmonar como las que se usan en las operaciones de corazón, o por lo menos haber tenido una preparada. Sin embargo, al comentarlo con los demás descubrí que nadie se arrepentía de nada. Lee sobrevivió. Eso era lo que importaba. Y ya estaba sometiéndose a la quimioterapia. Los análisis del líquido revelaron que el tumor era un linfoma. El oncólogo me dijo que eso daba a Lee un setenta por ciento de posibilidades de recuperarse por completo.

Éstos son los momentos en los que se da la medicina de verdad. Y a partir de momentos como éste empezó a tomar forma este libro, al ver cómo funcionan las cosas y pensar en ellas tal como son. Se supone que la medicina es un área ordenada de conocimientos y procedimientos, pero no lo es. Es una ciencia imperfecta, una aventura de conocimiento que cambia sin cesar; información incierta, personas falibles y vidas en peligro. Hay ciencia en lo que hacemos, sí, pero también costumbre, intuición y, en ocasiones, puras conjeturas. La distancia entre lo que sabemos y a lo que aspiramos persiste. Y esta distancia complica todos nuestros actos.

Soy cirujano residente a punto de terminar mis años de prácticas, y este libro surge de la intensidad de esta experiencia. En otras épocas he sido científico de laboratorio, investigador de la sanidad pública, estudiante de filosofía y ética y asesor de política sanitaria del Gobierno. Soy además hijo, marido y padre de médicos y he intentado aplicar las perspectivas que todo ello me aporta a lo que he escrito aquí. Pero, ante todo, este libro ha surgido de lo que he vivido y presenciado en la atención diaria a las personas. Un médico residente siempre está en una posición ventajosa dentro de la práctica médica: está al tanto

de todo, lo ve a la vez todo y las distintas partes del todo, y al mismo tiempo lo ve de una manera diferente.

En cierto modo tal vez sea natural que la cirugía pretenda abordar las incertidumbres y los dilemas de la medicina práctica. La cirugía ha evolucionado hacia la alta tecnología tanto como la medicina clínica, pero los mejores cirujanos siguen reconociendo las limitaciones tanto de la ciencia como de la capacidad humana. Aun así, deben actuar con decisión.

El título del libro, *Complicaciones*, tiene que ver no sólo con los giros inesperados que pueden darse en la práctica médica, sino también, y fundamentalmente, con mi interés por las incertidumbres y dilemas que subyacen a nuestros actos. Es esa medicina que no está en los libros, pero que siempre me ha intrigado, me ha inquietado y me ha asombrado al compartir experiencias con otros miembros de la profesión.

He dividido el libro en tres partes. La primera analiza la falibilidad de los médicos y se pregunta, entre otras cosas, cómo se producen errores, cómo aprende un principiante a utilizar un bisturí, qué es un buen médico, cómo es que uno bueno puede terminar siendo malo. La segunda se centra en los misterios y las incógnitas de la medicina y en los esfuerzos por descifrarlos. Son las historias de un arquitecto aquejado de un dolor de espalda que le incapacitaba, y para el que no pudimos encontrar ninguna explicación fisiológica; de una joven con unas náuseas persistentes y terribles; de una presentadora de televisión que se sonrojaba hasta que la cosa se agravó tanto que no pudo seguir desempeñando su trabajo. La tercera y última parte gira en torno a la incertidumbre en sí misma. Porque lo más interesante y esencial en medicina no es cuánto sabemos, sino cuánto no sabemos y de qué forma podríamos paliar esa ignorancia aplicando un poco de sabiduría.

En cada una de las partes he procurado mostrar no sólo ideas sino también personas, tanto pacientes como médicos. Al fin y al cabo es la medicina práctica y cotidiana la que más me interesa: lo que sucede cuando las simplicidades de la ciencia se enfrentan a las complejidades de las vidas personales. Por muy omnipresente que esté la medicina en la vida moderna, en su mayor parte permanece oculta y frecuentemente mal entendida. La hemos considerado siempre más perfecta de lo que es y menos asombrosa de lo que puede llegar a ser.