

Introducción

Hace unos cuantos años, en el último año de medicina de la facultad, atendí a una paciente que no se me va de la memoria. Estaba realizando una rotación de medicina interna, la última que me tocaba antes de licenciarme. El médico residente me había designado como el principal responsable de tres o cuatro pacientes. Uno de ellos era una marchita mujer portuguesa de setenta y tantos años a la que habían ingresado porque (emplearé el término «técnico») no se encontraba demasiado bien. Le dolían distintas partes del cuerpo. Estaba siempre cansada. Tosía. No padecía fiebre. El ritmo cardíaco y la tensión arterial eran normales. Pero unas pruebas de laboratorio pusieron de manifiesto que tenía una proporción de leucocitos anormalmente alta. Una radiografía del pecho apuntó la posibilidad, no obstante incierta, de una neumonía. Así que su internista la ingresó en el hospital y ahora yo la tenía a mi cargo. Después de extraer cultivos de esputos y de sangre, y siguiendo las instrucciones de su internista, le receté un antibiótico para aquella neumonía hipotética. Durante varios días seguidos la visité dos veces al día. Comprobaba sus constantes vitales, escuchaba sus pulmones y consultaba sus pruebas de laboratorio. Llegué a la conclusión de que lo mejor sería administrarle antibióticos y esperar. Estaría perfectamente.

Una mañana, durante la ronda de las siete, refirió que padecía insomnio y sudoraciones por las noches. Comprobamos las gráficas. Seguía sin tener fiebre. Su tensión arterial era normal. Puede que el ritmo cardíaco fuera un poco más rápido que antes. Pero eso era todo. «Obsérvala atentamente», me dijo el residente. «Por supues-

to», le respondí, pese a que nada de lo que habíamos visto había variado sustancialmente en relación con otras mañanas. Resolví, sin decirle nada a nadie, ir a visitarla al mediodía, hacia la hora de comer. Aquella mañana, sin embargo, el residente la había visitado ya dos veces.

Este acto tan aparentemente intrascendente es el que luego me ha dado muchas veces qué pensar. Se trataba de algo sin importancia, un detalle de escrupulosidad. El residente había notado algo que le inquietó. También me había tomado la medida a mí en el transcurso de sus rondas matinales. Y lo que había visto era un estudiante de cuarto año, con una plaza de cirujano residente en ciernes, durante su última rotación. ¿Podía fiarse de mí? No, no podía. Así que fue a echarle un vistazo él mismo.

Y no era una cuestión de dos segundos y punto. La paciente estaba alojada en la planta catorce del hospital; las conferencias docentes a las que asistíamos por las mañanas, la cafetería y todos los demás lugares a los que teníamos que ir aquel día, estaban en las dos primeras plantas. Los ascensores eran de una lentitud notoria. Se suponía que una de aquellas conferencias docentes le tocaba impartirla al residente. Si hubiera surgido algún problema, podría haber esperado a que le informase una enfermera, como habrían hecho la mayoría de los médicos. Podría haber ordenado a un residente junior que fuera a visitar a la paciente. Pero no lo hizo. Se tomó la molestia de subir en persona.

La primera vez que lo hizo, descubrió que la paciente tenía 38,8 °C de fiebre y que necesitaba que le aumentasen el aporte de oxígeno a través de las gafas nasales. La segunda vez descubrió que le había bajado la tensión arterial y que las enfermeras le habían cambiado las gafas nasales por una mascarilla; la envió a la unidad de cuidados intensivos. Cuando yo empezaba a tener una vaga idea de lo que estaba pasando, él ya había iniciado el tratamiento –utilizando nuevos antibióticos, líquidos intravenosos y fármacos para subirle la tensión arterial– ante lo que se estaba convirtiendo en un shock séptico provocado por una neumonía tenaz y fulminante. La paciente sobrevivió porque él fue a comprobar su estado. Es más, si el tratamiento fue como la seda es precisamente por ello. Nunca hubo que ponerle un respirador artificial. La fiebre cesó al cabo de veinticuatro horas y a los tres días estaba en su casa.

¿Qué es lo que hace falta para desempeñar bien una profesión en la que fracasar es tan fácil y no requiere el menor esfuerzo? En mi época de estudiante, lo que más me preocupaba era ser competente. Pero aquel día el residente dio prueba de algo más que competencia: no sólo demostró saber cómo evoluciona en general una neumonía y cómo tratarla, sino también cómo detectarla y combatirla en el caso de aquella paciente concreta, en aquel momento concreto, con los recursos y personas concretas de los que disponía.

A menudo acudimos a los grandes atletas en busca de enseñanzas acerca de cómo rendir más y mejor. Y en efecto, en lo tocante al valor de la perseverancia, el esfuerzo, la práctica asidua y la precisión, los deportistas pueden enseñarnos mucho a los cirujanos. Pero en el ámbito de la medicina el éxito presenta dimensiones que están ausentes del terreno deportivo. Para empezar, hay vidas en juego. Por tanto, nuestras decisiones y omisiones tienen repercusiones morales. Nos enfrentamos, además, a unas expectativas abrumadoras. Como médicos, nuestra tarea consiste en hacer frente a las enfermedades y conseguir que cada ser humano disfrute de una vida tan larga y tan libre de precariedad como permita la ciencia. A menudo, los pasos a dar en este sentido son inciertos. El conocimiento que hay que dominar es a la vez inmenso y fragmentario. Y sin embargo, se espera que actúemos con rapidez y consistencia, incluso cuando la tarea de cuidar de una sola persona exija coordinar los esfuerzos de centenares de otras, de los técnicos de laboratorio a los enfermeros de cada turno, pasando por los ingenieros que supervisan el funcionamiento de los sistemas de suministro de oxígeno. También se espera que cumplamos con nuestro trabajo de modo humanitario, con delicadeza e interesándonos por cada paciente concreto. Lo que convierte a la medicina en una profesión tan interesante y tan inquietante a la vez no es sólo lo que hay en juego, sino también lo complejo que es ponerlo en práctica.

Hace poco traté a una paciente que tenía un cáncer de mama. Virginia Magboo tenía sesenta y cuatro años, era profesora de lengua y se había localizado un bulto del tamaño de un guijarro en uno de sus pechos. Una biopsia verificó el diagnóstico. El cáncer era pequeño, de algo menos de dos centímetros de diámetro. Ella sopesó sus opciones y optó por un tratamiento de conservación del pecho: yo iba a practicarle una amplia extirpación del bulto, además de lo que

se conoce como una biopsia de ganglio centinela, para asegurarnos de que el cáncer no se había extendido a los ganglios linfáticos. Después empezaríamos con la radioterapia.

La operación no era complicada ni tampoco especialmente arriesgada, pero el equipo tenía que ser meticuloso durante cada uno de sus pasos. El día de la intervención, antes de llevar a Magboo al quirófano, el anestesiólogo verificó dos veces que podíamos seguir adelante. Comprobó el historial médico de Magboo, examinó los resultados de las pruebas de laboratorio en el ordenador y también su electrocardiograma. Se aseguró de que la paciente no había comido nada en al menos seis horas y le pidió que abriera la boca para ver si había dientes sueltos que pudieran desprenderse o una dentadura que hubiese que quitarle. Un enfermero comprobó la pulsera para asegurar que se trataba de la persona indicada, verificó con ella a qué medicamentos era alérgica y confirmó que la intervención que aparecía en el formulario en el que daba su consentimiento era la que ella esperaba. El enfermero también comprobó que no llevara lenti-llas ni joyas que pudieran restringir el riego sanguíneo a un dedo o engancharse con algo. Para que no tuviera pérdida posible, marqué con rotulador el punto exacto donde Magboo había notado el bulto. A primeras horas de la mañana, antes de acudir al quirófano, también se le inyectó una pequeña cantidad de trazador radioactivo junto al bulto del pecho como preparación para la biopsia del ganglio centinela. Luego utilicé un contador Geiger para localizar el trazador y comprobé que las cuentas eran lo bastante fuertes para determinar cuál era el ganglio «activo» que debía extirpar. Entretanto, en el quirófano, dos enfermeras se estaban asegurando de que la estancia había sido limpiada a fondo después de la intervención anterior y de que todos disponíamos de todo el material imprescindible. El equipo quirúrgico lleva un adhesivo que se vuelve marrón si se esteriliza mediante calor y nos confirmaron que así había sido. Después de que alguien pusiera en duda que estuviese funcionando correctamente, un técnico retiró el electrocauterizador y lo sustituyó por otro. Todo se comprobó y se verificó repetidas veces. Magboo y el equipo estaban listos.

Yo había terminado de operar a mis otros pacientes hacia las dos de la tarde; por tanto, también estaba preparado. Entonces recibí una llamada de teléfono.

Una encargada del puesto de control del quirófano me dijo que se iba a retrasar la intervención.

—¿Por qué? —le pregunté.

La sala de recuperación estaba a rebosar. Así que había tres quirófanos que no podían sacar sus pacientes y todas las intervenciones posteriores quedaban suspendidas hasta que se despejara la sala de recuperación.

—Vale, no hay problema.

Esas cosas pasan de vez en cuando. Esperaríamos. Sin embargo, a las cuatro de la tarde, Magboo aún no había entrado en el quirófano. Llamé al puesto de control para averiguar qué pasaba.

Me dijeron que la sala de recuperación ya estaba despejada, pero Magboo tendría que ir detrás de una paciente con un aneurisma aórtico roto, que venía de urgencias. Procurarían encontrarme otro quirófano.

Le expliqué la situación a Magboo —que seguía tendida en la camilla en el área de espera preoperatoria— y me disculpé. «No debería de tardar mucho más», le comenté. Se lo tomó con filosofía. Lo que haya de ser, será, dijo ella. Trató de dormir para ayudar a hacer pasar el rato, pero no paraba de despertarse. Y cada vez que lo hacía, nada había cambiado.

A las seis volví a llamar y hablé con el director del puesto de control de los quirófanos. Podían ofrecerme una sala, pero no había suficiente personal de enfermería. A partir de las cinco sólo hay enfermeros para ocuparse de diecisiete de nuestros cuarenta y dos quirófanos. Y en ese momento se estaban realizando veintitrés intervenciones: ya había obligado a los enfermeros de cuatro salas a realizar horas extras obligatorias y no podía obligar a ninguno más. No había forma de hacer sitio para otro paciente.

Entonces, ¿cuándo podría entrar Magboo en el quirófano?

«Es posible que no pueda entrar en absoluto», me respondió. Después de las siete, sólo habría personal de enfermería para nueve quirófanos; a partir de las once, podrían funcionar cinco como máximo. Y Magboo no era la única paciente en espera. «Lo más probable es que haya que cancelar la operación.» ¿Cancelarla? ¿Cómo íbamos a cancelarla?

Bajé en persona al puesto de control. Uno de los cirujanos ya estaba allí, presionando al anestesiólogo jefe. Otro estaba chillando-

le por teléfono al director de quirófanos. Todos queríamos un quirófano y no había suficientes para todos. A un paciente había que extirparle un cáncer de pulmón. Otro tenía una masa en el cuello y había que hacerle una biopsia. «Mi caso es muy rápido», adujo uno de los cirujanos. «El mío no puede esperar», dijo otro. Nos ofrecieron quirófanos para el día siguiente y nadie quiso aceptar. Todos teníamos ya otros pacientes con fecha y hora cuyas intervenciones habría que posponer para hacer sitio a los primeros. Y en cualquier caso, ¿qué garantía teníamos de que aquel caos no se volvería a repetir mañana?

Expuse los argumentos a favor de Magboo. Tenía un cáncer de mama y había que extirpárselo. El trazador radioactivo, inyectado hacía más de ocho horas, se iba disipando con el paso de las horas. Posponer su operación significaría que habría que ponerle una segunda inyección de trazador radioactivo –lo que duplicaría así su exposición a la radiación– sólo porque no le podían asignar un quirófano. Sería impresentable, les dije.

Sin embargo, nadie quiso comprometerse a nada.

* * *

Este libro trata acerca de cómo mejorar el rendimiento en la profesión médica. Como médico, uno ingresa en esta profesión pensando que todo es cuestión de hábiles diagnósticos, pericia técnica y cierta capacidad para empatizar con el prójimo. Pero no es así y uno lo descubre enseguida. En medicina, igual que en cualquier otra profesión, tenemos que vérnoslas con sistemas, recursos, circunstancias y personas... además de con nuestros propios defectos. La profusión de obstáculos a los que nos enfrentamos parece infinita. Pero a pesar de ello hemos de progresar y pulir nuestros métodos; tenemos que mejorar. En este libro quiero explicar cómo lo hemos hecho y cómo seguimos haciéndolo.

Los capítulos del libro exploran tres requisitos esenciales para triunfar en medicina o cualquier otra actividad que entrañe riesgo y responsabilidad. El primero es ser diligente: prestar suficiente atención a los detalles para evitar los errores y superar los obstáculos. La diligencia parece una virtud de poca monta y elemental (se limita uno a prestar atención, ¿no?). Pero no es ni una cosa ni otra. La diligen-

cia es a la vez fundamental para rendir y endiabladamente difícil, como pongo de relieve por medio de tres narraciones: una acerca del esfuerzo que exige algo tan aparentemente sencillo como asegurarse de que los médicos y el personal de enfermería se laven las manos, otra sobre los cuidados dispensados a los soldados heridos en Irak y Afganistán, y otra sobre los hercúleos esfuerzos invertidos para erradicar la poliomielitis de la faz de la tierra.

El segundo reto es obrar bien. La medicina es una profesión fundamentalmente humana. Como tal, está continuamente plagada por flaquezas humanas como la avaricia, la arrogancia, la inseguridad y la incomprensión. En esta parte del libro reflexiono sobre algunos de los interrogantes más espinosos que se nos plantean a los médicos, como cuánto deberíamos cobrar y qué les debemos a nuestros pacientes cuando cometemos errores. Doy cuenta de las historias de cuatro médicos y un enfermero que violaron los códigos éticos de la medicina participando en ejecuciones de presos. Le doy vueltas a cómo saber cuándo seguir luchando por un paciente enfermo y cuándo decir basta.

El tercer requisito para triunfar es ser lúcido, poseer la capacidad de pensar las cosas desde cero. La lucidez es una virtud que suele malinterpretarse: no se trata de estar en posesión de una inteligencia superior, sino de tener carácter. Por encima de cualquier otra cosa, supone ser capaz de reconocer los propios fracasos, no disimular las fallas y ser capaz de cambiar. La lucidez surge de la reflexión pausada, obsesiva incluso, sobre el fracaso, además de la investigación constante para encontrar nuevas soluciones. No es fácil cultivar estos rasgos, pero está lejos de ser imposible. En esta parte del libro cuento la historia de personajes del mundo de la medicina que transformaron la atención médica a través de la lucidez –por ejemplo, la forma de realizar los partos y de enfrentarse a enfermedades incurables como la fibrosis quística– y medito acerca del modo en que otros podemos hacer lo mismo.

Mejorar es una tarea de alcance infinito. El mundo es un lugar caótico, desorganizado y desconcertante, y la medicina no se libra de dichas características en ninguno de sus aspectos. Para complicar las cosas todavía más, quienes la practicamos somos meros seres humanos propensos a distraernos, débiles y con tendencia a dar prioridad a nuestros propios intereses. Y no obstante, vivir como médico supo-

ne hacerlo de forma que tu propia existencia esté estrechamente ligada a la de los demás, a la de la ciencia y a la relación confusa y compleja que las une a ambas. Ser médico consiste en vivir de forma responsable. Lo que hay que preguntarse, por tanto, no es si se acepta esa responsabilidad o no. Por el sólo hecho de ejercer labor de médico, uno ya la ha aceptado. La pregunta es: una vez asumida esa responsabilidad, ¿cómo cumplir dignamente con la tarea?

Virginia Magboo aguardó durante dos horas más, ansiosa y hambrienta, en un zona silenciosa, bien iluminada y sin ventanas. Los minutos iban sucediéndose inexorablemente en el reloj. En el mundo de la medicina uno tiene a veces la impresión de encontrarse en el interior de una máquina colosal e increíblemente compleja cuyos engranajes se mueven de acuerdo con un ritmo propio y arbitrario. Es posible que la noción de que la voluntad y el esfuerzo por mejorar en beneficio de los demás puedan marcar las diferencias parezca de una ingenuidad sin remedio. Pero no lo es.

Magboo me preguntó si existía alguna posibilidad real de que aquella noche la operaran. La probabilidad de que así fuera, le dije, era cada vez menor. Pero no me sentía capaz de mandarla a su casa y le pedí que aguantara un poco más. Un poco antes de las ocho, recibí un mensaje de texto en mi busca. «Podemos trasladar a su paciente a la sala veintinueve», decía la pantalla. Al parecer, dos enfermeras habían visto lo desbordados que estaban los quirófanos y pese a que podrían haberse marchado tranquilamente a su casa, se ofrecieron voluntarias para quedarse hasta tarde. Cuando después hablé con una de ellas, me comentó: «De todas formas, no tenía ninguna otra cosa que hacer». Cuando uno hace un esfuerzo extra, a veces descubre que no es el único dispuesto a hacerlo.

Once minutos más tarde, Magboo estaba tendida sobre la mesa del quirófano con un sedante inyectado en el brazo, la piel desinfectada y el cuerpo cubierto por una sábana. Extirpamos el cáncer de mama sin problemas. Los ganglios linfáticos estaban libres de metástasis. Y estaba lista. Se despertó calmada y la vendamos. En cierto momento, la vi mirando al techo, hacia las luces del quirófano que estaban directamente encima de ella.

—Parecen conchas —dijo.