

LOS MEDICOS TAMBIÉN TIENEN SENTIMIENTOS

“Llamada de aviso para la 632 del Baker”, anunció una urgente voz en los altavoces del hospital. Corrimos a la sexta planta del edificio Baker y cuando llegamos ya estaban allí varios residentes. El caos de los primeros momentos se fue encarrilando bajo la tutela del más veterano de ellos que era quien dirigía las compresiones en el pecho mientras otro residente intubaba al paciente. Otra persona le administraba los fluidos y se instaló un electrocardiógrafo en la habitación. El residente de mayor experiencia dijo que el paciente estaba entrando en parada, cargó las palas del desfibrilador y le dio una sacudida. Se oían cosas como: “Todavía está en parada, sigue bombeando. Dale una ampolla de bicarbonato de sodio y lidocaína. Mientras tanto se le había insertado el tubo endotraqueal y se auscultaba cada uno los lados del pecho para asegurarse de que estaba en posición correcta. Durante los siguientes 20 minutos se abrieron varios frascos de bicarbonato de sodio, se administró epinefrina, procainamida, lidocaína y bretilium, se analizó el nivel de gases en sangre y discutimos los resultados al mismo tiempo que trabajábamos unidos para que el paciente recuperase el ritmo cardiaco.

Como sucede a menudo, el protocolo de reanimación no tuvo éxito. Cuando decidió que habíamos hecho todo lo posible, el residente veterano dio la orden y todos dejamos lo que estuviésemos haciendo; luego, como si todo aquel episodio no hubiese sido más que una distracción de nuestro día a día, nos fuimos. No nos implicamos más y dejamos allí a los empleados de la limpieza con todo el lío que habíamos montado y encargados de notificar lo sucedido al médico del paciente fallecido y a la familia.

Por aquel entonces yo empezaba mis prácticas y era consciente de mi incertidumbre en este tipo de casos: qué hacer, qué medicamentos administrar o cómo manejarme en estas situaciones. El residente sénior me había parecido casi un dios había gestionado cada una de las tareas que debíamos hacer de una manera tranquila y metódica, hasta

convencerme de que habíamos hecho lo suficiente. Estaba segura de que yo nunca sería capaz de hacer algo así porque la curva de formación tiene múltiples obstáculos sobre todo durante los primeros meses y, sin embargo, como con otras muchas tareas en nuestra profesión, los protocolos se hicieron cada vez menos caóticos y más comprensibles. Descubrí que podía intubar yo misma a un paciente y hacer compresiones en el pecho; conseguía identificar los medicamentos que debía administrar y comprendía por qué eran necesarios. Pero descubrí también que cuando se daba la orden de detener las maniobras y nos íbamos de la habitación, una parte de mí era consciente de que olvidábamos algo: nos olvidábamos del propio paciente.

Contra el miedo, los estudios

¿Pero donde aprendimos a diferenciar? A las primeras lecciones nos llegaron muy pronto, en la facultad, cuando nos enfrentamos a la disección de un cuerpo humano (un “cadáver” lo llamábamos, como si fuese algo muy diferente de una persona muerta). Rápidamente empezamos a abrir a nuestro primer “paciente” a la altura de la caja torácica para observar el corazón y nos pulmones, luego pasábamos al abdomen y nos fascinamos con la forma tan perfecta en que está hecho nuestro cuerpo.

Aprendimos a enterrar nuestros miedos bajo una avalancha de conocimiento. Aprendimos el truco para silenciar aquellas partes de nuestro cerebro que realmente no quieren estar cerca de la muerte. Y teníamos una buena razón para hacerlo, ya que si no nunca podríamos trabajar en lo que trabajamos ni tomar decisiones sobre las vidas de nuestros pacientes, y tampoco podríamos entrar en un protocolo absolutamente conscientes de lo dramático que es todo allí. Así que aprendimos a esconder todos esos sentimientos. La pregunta es, por supuesto, cómo evitar perderlos del todo, cómo volver más tarde a ellos con algo de tiempo para pensar.

Algún tiempo después de haber terminado mis prácticas resultó que fui yo la última en abandonar una habitación después de un protocolo de reanimación también fallido. Una vez más, habíamos llegado de todas partes del hospital para tratar de salvarle la vida a un paciente que casi ninguno de nosotros conocía. Por alguna razón, la realidad me golpeó, caí en la cuenta de que acababa de morir una persona y me volví a mirar el cuerpo. Estaba sobre la camilla, con cables a su alrededor, del pecho colgaba inútilmente el tubo endotraqueal y el electrocardiógrafo que habíamos llevado seguía en el mismo sitio pero ahora en silencio y rodeado de un montón de lecturas esparcidas por el suelo. Traté de imaginarme a su familia, aquellas personas a las que dentro de unos minutos les daríamos la noticia y para la que ésta era una pérdida devastadora. ¿Y que había de la propia persona que acababa de morir en nuestras manos a pesar de los intentos por reanimarle y devolverle a la vida?

Me vinieron a la mente algunas frases de la parte final de un responso que había oído alguna vez y lo recité en voz alta. No era una declaración de fe sino más bien un intento de reconocer el final de una vida. Y desde aquel día nunca he presenciado la muerte de un paciente sin repetir esas palabras, como un pequeño intento de recordar que ésa es la última cosa que podemos hacer por él.

En los últimos tiempos otros médicos me han hablado de los rituales que ellos mismos llevan a cabo cuando muere un paciente, una oración, un responso, un poema, un gesto, algo que cada uno nos hemos sentido obligados a hacer para homenajear esa vida perdida. Lo asombroso es que la mayoría de nosotros hacemos esto en privado y no lo compartimos. No nos resulta sencillo hablar de cómo nos afecta perder un paciente ni enfrentarnos a la muerte. Al principio de nuestro periodo de formación, mientras nos inclinábamos sobre los cadáveres que diseccionábamos, aprendimos a silenciar una parte de nosotros mismos. Aprendimos que con sentido del humor y una mirada positiva podíamos evitar conversaciones difíciles sobre algunos de los sentimientos más complicados y ejecutar

nuestro trabajo como simples oficinistas: un cáncer de pulmón recién diagnosticado, un tumor cerebral incurable, un joven tetrapléjico por haberse lanzado al mar en aguas poco profundas, etc. Hablamos desde la gestión médica, detallamos las complicaciones que pueden surgir en cada caso y estudiamos las necesidades específicas de cada paciente, pero no damos voz a los sentimientos.

¿Y por qué no podemos expresarlos? La mayoría de las veces nos lo guardamos todo dentro y luego nos sentimos abrumados cuando tratamos de expresarlos. Quizás si nos acostumbrásemos a hablar de esa parte de nuestras vidas y de la profesión de la misma manera que hablamos de un diagnóstico difícil podríamos crear una corriente que haga útil la aceptación de todas esas experiencias. Debemos ser capaces de comunicarnos más sinceramente los unos con los otros para hacerlo igual con los pacientes. Qué diferente podría haber sido enfrentarme a aquellos primeros protocolos de reanimación si al final el encargado de dar por finalizados los intentos hubiere dicho: “Guardemos un momento de silencio en recuerdo de esta vida”.

**Katherine Treadway.
Facultad de Medicina de
Harvard. Estados Unidos**

Publicado en Diario Médico el 5 de Octubre de 2007.

En el link siguiente con New England Journal of Medicine se puede oír una entrevista a la autora bajo el título “teaching compassion to medical students”

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/352/19/1943/DC1>

Katharine Treadway es assistant professor of medicine en la Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston