

ESPECIALIDADES MÉDICAS

TOMO 1

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Vocación, Ciencia y Práctica

Medicina Familiar

Ginecología y
Obstetricia

Pediatría

Nutrición Clínica

Psiquiatría

Odontología



FECIM-ECUADOR

COAUTORES:

- Flor Geovanna
Aguilar Mendieta
- Anahí Alejandra
Campoverde Cuenca
- Clara Alexandra
Caraguay Quinde
- Diego Ismael
Guarco Colcha
- Luis Enrique
Guzmán Aguirre
- Esthela Carolina
Hidalgo Tapia
- Diana Carolina
Llanos Cortez
- Shirley Patricia
Martínez Carrillo
- Alex Javier
Medina Bustos
- Josah Alejandra
Melo Segovia
- Jorge Luis
Poma Minga
- Zamira Elena
Sánchez Azar
- Gustavo Alberto
Sares Reyes
- Karina Estefanía
Zambrano Villaprado



ISBN: 978-9942-7224-7-8



www.revistafecim.org



TOMO 1
**SALUD FAMILIAR
Y COMUNITARIA**
Vocación, Ciencia y Práctica

**FUNDACIÓN PARA LA EDUCACIÓN,
CALIDAD E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Coordinación y Producción

Soluciones de Capacitación en Salud Cía. Ltda.
FACMED ECUADOR
www.hts.com.ec

Editores

Diana Guevara Aguilera.
Freddy Guevara Aguilera.
Marivel Figueroa Ríos.

Dirección Ejecutiva

Freddy Guevara Aguilera.

Coordinadora Editorial

Marivel Figueroa Ríos.

Comercialización y Marketing

Lilibeth Castro Ramones.

Editorial

FECIM ECUADOR

ISBN

978-9942-7224-7-8

DOI

Quito- Ecuador

Marzo 2026

Se prohíbe la reproducción total o parcial de la obra sin autorización de la editorial.



fecim



COAUTORES



Flor Geovanna Aguilar Mendieta
Anahí Alejandra Campoverde Cuenca
Clara Alexandra Caraguay Quinde
Diego Ismael Guarco Colcha
Luis Enrique Guzmán Aguirre
Esthela Carolina Hidalgo Tapia
Diana Carolina Llanos Cortez
Shirley Patricia Martínez Carrillo
Alex Javier Medina Bustos
Josah Alejandra Melo Segovia
Jorge Luis Poma Minga
Zamira Elena Sánchez Azar
Gustavo Alberto Sares Reyes
Karina Estefanía Zambrano Villaprado



ÍNDICE

Prólogo

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DOBLE LATIDO

Med. Josah Alejandra Melo Segovia 15

LA ESENCIA HUMANA DE LA ENFERMERÍA MATERNA

Dra. Carolina Hidalgo Tapia, PhD 20

CUANDO LA VOCACIÓN DUELE

Med. Diego Guarco..... 24

CUANDO EL SILENCIO RESPIRÓ

Med. Gustavo Sares Reyes..... 29

DECISIÓN URGENTE POR AMOR FETAL

Med. Shirley Martínez 34

MEDICINA FAMILIAR

LA TRAVESÍA DEL “ÁSCARIS”

Med. Jorge Poma Minga 41

NUTRICIÓN CLÍNICA

DEL AULA A LA REALIDAD

Lic. Karina Zambrano, Mg..... 46

CUANDO MESSI ENTRÓ AL HOSPITAL

Alejandra Campoverde Cuenca..... 51

ODONTOLOGÍA

LA REVOLUCIÓN ODONTOLÓGICA 3D

Odont. Luis Enrique Guzmán Aguirre 57

PEDIATRÍA

PEQUEÑOS CUERPOS, GRANDES SILENCIOS ROTOS

Med. Diana Carolina Llanos Cortez..... 66

EL LLANTO DE VIDA

Med. Javier Medina Bustos..... 71

ESCUCHAR TAMBIÉN CURA

Med. Zamira Sánchez Azar..... 76

PSIQUIATRÍA

VIVIR BAJO UNA ESPADA

Med. Clara Alexandra Caraguay Quinde..... 81

LA PRISA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Med. Flor Aguilar Mendieta 89



PRÓLOGO

La salud familiar y comunitaria no se construye únicamente en consultorios u hospitales equipados con tecnología avanzada. Se edifica, ante todo, en el encuentro humano, en la escucha atenta y en la decisión consciente de no minimizar una preocupación.

Este primer tomo de Especialidades Médicas no es un compendio frío de disciplinas, sino una travesía por escenarios reales donde la Ginecología y Obstetricia, la Pediatría, la Psiquiatría, la Nutrición Clínica, la Medicina Familiar y la Odontología convergen para ofrecer una mirada integral del cuidado. Aquí, la precisión diagnóstica, el cálculo terapéutico y la tecnología conviven con algo igualmente imprescindible: la sensibilidad.

La salud familiar implica comprender que ningún paciente llega solo. Cada consulta trae consigo una historia, temores acumulados y expectativas. La atención primaria y comunitaria no representa un nivel menor de complejidad; constituye el cimiento del sistema sanitario, el espacio donde se detectan signos sutiles y se construye la confianza que sostiene los tratamientos a largo plazo.

Estas páginas recuerdan que la especialización no debe fragmentar al ser humano. El conocimiento técnico pierde sentido si no se integra con ética y cercanía. No basta con intervenir; es necesario acompañar.

Este libro invita a estudiantes de medicina, médicos generales, especialistas, licenciadas en enfermería, nutricionistas, odontólogos y profesionales del primer nivel de atención a reflexionar sobre su práctica:

¿Escuchamos lo suficiente?

¿Utilizamos la tecnología para servir verdaderamente?

¿Ejercemos con responsabilidad y visión humana?

Especialidades Médicas. Tomo 1: Salud Familiar y Comunitaria es una afirmación: la excelencia clínica puede convivir con la empatía, y el conocimiento avanzado encuentra su verdadero valor cuando se pone al servicio del cuidado integral.

Porque la salud comunitaria comienza allí donde alguien decide transformar su profesión en un compromiso consciente con la vida.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DOBLE LATIDO

Med. Josah Alejandra Melo Segovia



El reloj marcaba las seis y media de la mañana cuando llegué al hospital. El aire frío del pasillo principal me devolvía a la realidad: otro día de internado, otra guardia, otra oportunidad de enfrentar lo desconocido. En el silencio previo al cambio de turno, el murmullo de los monitores cardíacos se mezclaba con el eco distante de pasos apresurados. Desde que comencé la rotación en Ginecología, cada jornada despertaba en mí una mezcla de respeto y fascinación. Esa especialidad tenía algo único, una energía que oscilaba entre la vida y la urgencia, entre la precisión de la ciencia y lo imprevisible. Tal vez era esa frontera la que me atraía tanto. Me sentía, de algún modo, testigo de un acontecimiento profundamente humano: el nacimiento.

Al recibir el parte matutino, la residente mencionó un caso que captó mi atención de inmediato: “Gestante de 34 semanas, embarazo gemelar, control de bienestar fetal.” Lo anoté con cierta ansiedad. No era frecuente encontrar embarazos gemelares bajo vigilancia hospitalaria, y menos aún tener la oportunidad de participar en uno. La paciente había ingresado la noche anterior por cefalea leve y contracciones irregulares. Tenía 29 años, cursaba su segundo embarazo y no presentaba antecedentes patológicos relevantes. Se trataba de un embarazo bicorial biamniótico, es

decir, con dos placentas y dos bolsas amnióticas, la forma más segura dentro de lo complejo.

Entré a la habitación acompañando a la residente. La mujer estaba despierta, con una serenidad que parecía desafiar el peso del abdomen que albergaba a sus dos hijas. Me presenté con una sonrisa nerviosa y le expliqué que iba a colocarle el monitor fetal. Mientras preparaba los transductores, repasé cada paso aprendido: localizar los polos cefálicos, distinguir los sonidos, comparar frecuencias.

El primer latido apareció rápido y firme, con una frecuencia de 145 por minuto; el segundo tardó unos segundos más en escucharse, más débil al inicio, pero nítido después. Dos líneas verdes se dibujaron en la pantalla, paralelas y vibrantes. Por un instante, todo en la sala pareció detenerse. Dos corazones latiendo al mismo tiempo. Dos vidas dentro de un mismo cuerpo.

La residente revisó los trazos y frunció el ceño con discreción. “El gemelo B presenta desaceleraciones intermitentes — dijo—. Mantén vigilancia continua.” Asentí, intentando proyectar seguridad, aunque por dentro sentía la intensidad del momento. Mi compañero de guardia, Daniel, otro interno, se acercó para apoyarme. Entre los dos alternábamos la monitorización, registrábamos los signos vitales y compartíamos observaciones en voz baja. Ambos éramos conscientes de que estábamos frente a un caso excepcional.

La paciente comenzó a referir dolor pélvico más intenso; las contracciones se habían vuelto regulares. El ambiente en la sala cambió: las conversaciones se hicieron breves, las miradas más concentradas. La residente decidió valorarla nuevamente y, al tacto, detectó una dilatación de cuatro centímetros. Mientras tanto, el trazado del gemelo B empezó

a deteriorarse; las desaceleraciones se hicieron más profundas y sostenidas.

Poco después, la obstetra de guardia llegó y revisó los registros con la rapidez que solo da la experiencia. Bastó una mirada para tomar la decisión. “Sufrimiento fetal agudo del gemelo B —dijo—. Cesárea de emergencia.” La frase quedó suspendida en el aire, cargada de urgencia. En segundos, el equipo se movilizó. Daniel y yo nos miramos sin palabras; ambos sabíamos que enfrentaríamos nuestra primera cesárea gemelar. Nos asignaron para asistir en todo lo necesario. Entraríamos juntos al quirófano, compartiendo el miedo y la emoción de presenciar, por primera vez, el nacimiento de dos vidas.

El quirófano estuvo listo en minutos. El sonido constante de los monitores, el olor del antiséptico y el frío del aire acondicionado creaban una atmósfera casi solemne. La paciente fue trasladada y anestesiada. Mientras nos lavábamos las manos y nos colocábamos las batas estériles, sentí cómo la adrenalina recorría todo mi cuerpo. Intenté disimular el temblor de los dedos al colocarme los guantes. Todo era precisión y ritual. La doctora inició la incisión y el campo quirúrgico se transformó en un mundo aparte, donde solo existían la luz blanca y el silencio expectante del equipo. Daniel sostenía los separadores; yo aspiraba, limpiaba, seguía cada gesto y observaba con atención. No se trataba solo de una cirugía: era una coreografía de exactitud donde cada movimiento contaba.

Al abrir la cavidad uterina, el líquido amniótico se presentó claro. La obstetra introdujo sus manos y, con un movimiento firme, extrajo a la primera bebé: una niña vigorosa que lloró de inmediato. Su grito agudo llenó la sala y sentí un nudo en la garganta que se disolvió en una sensación de paz interior.

Pero el alivio duró poco. El segundo feto se encontraba en presentación podálica. La doctora solicitó mayor tracción y Daniel y yo asistimos con movimientos coordinados. Finalmente, el pequeño cuerpo emergió flácido y pálido. El silencio que siguió fue casi insoportable. El neonatólogo intervino con rapidez: aspiración, estimulación y ventilación con bolsa y mascarilla. En segundos, un gemido leve se transformó en un llanto corto, suficiente para que todos soltáramos el aire contenido. Las dos niñas estaban vivas.

La doctora sonrió bajo la mascarilla, transmitiendo serenidad. Completamos la cirugía con calma. La madre permanecía estable, los signos vitales dentro de parámetros normales, el útero contrayéndose adecuadamente y el sangrado escaso. Mientras ayudaba a cerrar la piel, reflexioné sobre la fuerza invisible que sostiene la vida incluso cuando parece agotarse. Por primera vez comprendí, desde dentro, la magnitud de la ginecología: no solo traer hijos al mundo, sino sostener, con manos y decisiones, la línea exacta que separa el riesgo de la esperanza.

Horas después, cuando la paciente despertó en recuperación, Daniel y yo fuimos a verla. Le contamos que sus hijas estaban bien, respirando por sí solas y bajo cuidado en neonatología. La mujer rompió a llorar, con ese llanto silencioso que no necesita palabras. Antes de que nos retiráramos, nos llamó con voz débil: “Doctora, doctor... ¿cómo se llaman ustedes?” Nos miramos sorprendidos.

“Soy Alejandra —respondí— y él es Daniel.”

Ella sonrió con esfuerzo, las lágrimas aún sobre las mejillas. “Entonces así se llamarán mis hijas: Alejandra y Daniela. Quiero que lleven los nombres de quienes las recibieron.”

No supe qué decir. Sentí que el aire se detenía por un instante y lo único que pude hacer fue devolverle una sonrisa. Daniel se pasó la mano por la frente, nervioso. Al salir al pasillo, murmuró: “Creo que no hay manual que te prepare para algo así.” Asentí. Ningún libro de fisiología ni protocolo clínico enseña lo que se siente al ver nacer dos vidas y escuchar que llevarán tu nombre.

Esa madrugada, mientras completaba la nota en la historia clínica, escribí con la precisión habitual: “Cesárea de emergencia por sufrimiento fetal agudo del gemelo B. Nacen dos niñas vivas, en buenas condiciones, madre estable.” La descripción era técnica, pero detrás de esas líneas había algo imposible de registrar: la tensión de la urgencia, el temblor de las manos, la emoción contenida, el silencio que antecede al primer llanto. Para el registro médico, era solo otro parto; para mí, el inicio de una certeza.

Al salir del hospital, el cielo comenzaba a iluminarse. El amanecer teñía de dorado los ventanales y el aire olía a humedad y cansancio. Me detuve frente a la puerta de urgencias y respiré hondo. En algún lugar del edificio, dos recién nacidas dormían, con los nombres de quienes presenciaron su llegada. Comprendí entonces que, aunque aún me esperaban muchos turnos, exámenes y desvelos, esa noche había decidido, sin pronunciarlo, el rumbo de mi vida. Quiero dedicarme a esto, pensé. Quiero ser parte de ese instante en que el silencio se quiebra con un llanto y el mundo comienza de nuevo.

LA ESENCIA HUMANA DE LA ENFERMERÍA MATERNA

Dra. Carolina Hidalgo Tapia. PhD



Durante mi proceso de investigación doctoral, tuve el privilegio de adentrarme en una experiencia cualitativa que reveló, desde sus raíces, la profunda esencia humana y el valor intrínseco de los profesionales de enfermería, un pilar del cuidado que, lamentablemente, ha permanecido históricamente invisibilizado en la narrativa sanitaria.

A lo largo de este camino investigativo, mi atención se centró en un ámbito fundamental que exige mayor reconocimiento y visibilidad social: el papel decisivo de la enfermería durante los primeros mil días de vida.

Esta etapa, que abarca desde la concepción hasta los dos años de edad, trasciende lo meramente cronológico. Representa una ventana epigenética determinante para el desarrollo físico, emocional, cognitivo y social del ser humano. Lo que ocurre en esos mil días define, en gran medida, la salud y el potencial de toda una vida.

En una ocasión, en un centro de salud, una enfermera atendía a Sofía, una primigesta de 28 años que acudía a su control posparto. A diferencia de otras madres, en sus ojos no había alegría, sino una profunda ansiedad. Su bebé, un varoncito hermoso, lloraba por hambre, y ella lo observaba con una mezcla de amor y temor, incapaz de acercarlo al pecho.

La licenciada Marta, con más de diez años de experiencia en atención primaria, se aproximó para tomar los signos vitales, una tarea rutinaria que dominaba con precisión y calma.

—Buenos días, señora Sofía —dijo con voz serena—. ¿Cómo amaneciste? Tu presión está perfecta y la herida cicatriza bien.

Mientras registraba los datos, Sofía respondió en un susurro:

—Estoy bien, licenciada... es solo que no puedo amamantarlo. Siento que lo hago mal. No quiere tomar el pecho, y me duele mucho.

En ese momento, muchas profesionales habrían recurrido a la teoría: “Debe colocarlo en posición de cuna, asegurar un buen agarre, no rendirse.” Sin embargo, Marta comprendía que la educación en salud no se sostiene solo en la técnica. Supo ver más allá de la obstrucción del conducto: percibió el miedo y la vulnerabilidad que Sofía no lograba expresar.

Marta activó inmediatamente sus cualidades blandas, dejando ver su faceta más humana. Dejó a un lado la historia clínica, el carné y las tarjetas, se sentó frente a Sofía y puso en práctica la escucha activa. Su postura corporal —abierta y serena— le transmitió un mensaje silencioso pero claro: “Te estoy viendo a ti, no solo a la paciente.”

—Sofía, entiendo esa sensación de frustración. Es completamente normal —dijo con voz cálida—. ¿Sabes? Hace veinte años, cuando tuve a mi primera hija, sentí lo mismo. Pensaba que no era suficiente madre. No estás sola en esto.

Esa breve confesión, un gesto de empatía genuina, rompió la barrera del miedo. Las lágrimas comenzaron a rodar por las mejillas de Sofía. En ese instante, no fue la técnica, sino la

conexión humana lo que permitió a la enfermera trascender su función asistencial.

El ambiente cambió. Con la confianza ya establecida, Marta inició su labor educativa, no con un discurso, sino con un diálogo basado en la comunicación asertiva, el respeto y la comprensión.

Marta comprendía que Sofía necesitaba más que una simple orientación técnica sobre el agarre y la anatomía del pecho. Su experiencia le permitió reconocer que la ingurgitación mamaria era el principal obstáculo físico, pero también percibió la carga emocional que acompañaba a esa dificultad.

Durante casi una hora permaneció junto a ella. Con movimientos delicados corrigió la postura, ajustó la almohada y, sobre todo, sostuvo su mano cada vez que la frustración reaparecía. Así demostró que la competencia técnica y el pensamiento crítico representan solo una parte del cuidado; la otra, la que realmente transforma, es la humana.

El instante culminante llegó cuando, con el pecho más blando, el bebé logró un agarre profundo y succionó con fuerza. Sofía exhaló un suspiro de alivio, y una sonrisa —la primera en días— iluminó su rostro. La leche comenzó a fluir, pero lo que verdaderamente se derramó fue el aprendizaje. No solo había adquirido una técnica de lactancia, sino que había recuperado la confianza en su cuerpo y en su instinto, gracias a la pedagogía del cuidado que Marta encarnaba.

Al día siguiente, Sofía regresó al centro de salud para buscarla:

—Licenciada Martita, quería agradecerle. No me enseñó solo a amamantar, me enseñó a no tener miedo.

Marta respondió con una sonrisa serena. Comprendió que el verdadero éxito de una enfermera educadora materna no se mide en mililitros de leche ni en la cicatrización de una herida, sino en el empoderamiento de una madre.

Aquel día, su atención fue impecable: valoró signos, curó la herida y brindó cuidados precisos. Sin embargo, lo que realmente marcó la diferencia fue su esencia humana: la empatía al identificarse con Sofía, la comunicación basada en la experiencia y la paciencia para esperar el momento adecuado. Gracias a ello, Marta trascendió su rol asistencial y se convirtió en agente de transformación. No atendió solo un cuerpo: educó, sanó y fortaleció una mente y un espíritu.

En la enfermería materna, las habilidades blandas revelan su verdadera dimensión: un acto de liderazgo profundamente humanista.

CUANDO LA VOCACIÓN

DUELE

Med. Diego Guarco



Nunca imaginé iniciar mi vida profesional de esta manera. No fue un sueño cumplido ni una meta buscada, sino el simple azar: nombres que aparecían en una pantalla, plazas que se desvanecían una tras otra y, al final, un punto remoto entre montañas frías, donde el tiempo parecía avanzar a otro ritmo. Llegué sin expectativas ni romanticismo, sin comprender aún lo que significaba estar solo frente a la medicina.

El primer día no hubo bienvenida ni adaptación. Apenas crucé la puerta, con el bolso aún al hombro, una enfermera me llamó para entrar en una sala destinada a recibir nuevas vidas. Una mujer estaba en trabajo de parto. No hubo presentaciones ni tiempo para pensar. Era el momento de actuar: miradas rápidas, órdenes breves, una vida intentando llegar al mundo. El llanto del recién nacido llenó el cuarto. Por un instante solo existieron dos respiraciones: la suya, dando su primer sorbo de aire frío, y la mía, profunda, más por alivio que por satisfacción. No me sentí héroe, me sentí sobreviviente de mi primera prueba. Aquella mañana comprendí que aquí nadie pregunta si estás listo; simplemente te toca.

Con el tiempo, el frío dejó de sentirse en la piel y empezó a instalarse en la rutina. Noches interminables, puertas golpeadas a deshoras, gritos pidiendo ayuda, pasos en la oscuridad. Elegí quedarme, no por valentía, sino porque me

parecía lo correcto. Aún no entendía del todo cómo eran las cosas, y como muchos, creí que quedarse era parte del deber.

Las emergencias llegaban sin aviso: sangre, silencio, respiraciones contadas, decisiones solitarias. Nada glamuroso, nada heroico. La ruralidad enseña rápido: aquí nadie te aplaude, nadie te consuela, nadie te explica cómo cargar con lo que ves. Estudié más, practiqué más, no para destacar, sino para no fallar. El miedo a equivocarme se volvió un motor más fuerte que cualquier motivación idealista.

A veces las cosas salían bien. Pacientes que llegaban graves y se iban estables. Una felicitación aislada, un gesto de gratitud, instantes que daban un respiro y parecían justificar las madrugadas sin sueño. Por un momento creí que todo sería así: esfuerzo, angustia, resultado, alivio.

Me equivoqué.

Una madrugada me buscaron. “Una urgencia”, dijeron. Caminos largos, tierra, silencio tenso. Una casa humilde, demasiadas miradas, una mujer inmóvil sobre un lecho improvisado. Piel fría, rostro suplicante. Un pulso débil, casi ausente. Tierra húmeda bajo la paja. No hubo maniobra posible, ni tiempo. Solo la certeza de haber llegado cuando ya nada podía hacerse. Dije lo que todos sabían, pero necesitaban oír. Declaré la hora de la muerte. Entonces estalló el llanto, las miradas duras, las culpas flotando en el aire. Esa noche comprendí que, en la ruralidad, la muerte no solo se observa: se carga.

Después llegó lo inesperado: la duda institucional, las preguntas afiladas, la sensación de estar solo ante un juicio silencioso. Revisaron cada línea escrita. No buscaban comprender; buscaban un culpable. Me sostuvo una sola frase

en mi evolución, nada más. No hubo disculpas. La tormenta pasó como suelen hacerlo allá: sin explicación y sin abrazo.

Semanas más tarde, otra emergencia. Esta vez no estaba solo. Éramos varios, todos marcados por experiencias similares. La dureza del lugar nos había curtido. Una habitación oscura, sangre en el suelo, una mujer al borde del abismo, un recién nacido sin fuerza. No hablamos, actuamos. Cada uno sabía qué hacer, como si el cuerpo recordara antes que la mente.

Salimos en la ambulancia, pero la suerte volvió a poner su prueba. En medio del camino, un accidente bloqueaba la carretera: una plataforma volcada impedía el paso. Los comuneros, al enterarse, llegaron casi sin hablar. Con palas, picos y machetes comenzaron a abrir un nuevo sendero entre la tierra. Verlos trabajar juntos, sin que nadie lo ordenara, me conmovió más de lo que quise admitir. Fue una muestra simple, pero inmensa, de lo que une a un pueblo cuando se trata de salvar a uno de los suyos. Gracias a ese camino abierto a golpes por manos desesperadas llegamos al hospital y dejamos a la paciente. Sentimos, por un momento, la tan nombrada satisfacción del deber cumplido.

Cinco días después llegó la noticia: había fallecido. Y otra vez, las preguntas, las miradas, el silencio final. Todo se repitió: los cuestionamientos, las dudas, las revisiones. Sin embargo, los casos resueltos anteriormente nos habían dado cierta credibilidad ante quienes evaluaban nuestro trabajo. Hubo investigación, como siempre, pero esta vez el desenlace fue distinto. Se concluyó que todo se había hecho correctamente: las maniobras, los tiempos, el traslado. Con el paso de los días se supo que la paciente había iniciado el trabajo de parto muchas horas antes de pedir ayuda, y que esa demora, más que cualquier otra cosa, determinó su destino.

Cuando eso quedó claro, no hubo más preguntas ni más investigaciones. Solo persistió una verdad amarga, pero indiscutible: no todas las pérdidas pueden evitarse.

En ese lugar aprendí cosas que no se enseñan. Que la vocación sostiene incluso con pocas horas de sueño y un corazón cansado. Que el miedo no desaparece: se administra. Que hay días que terminan sin aplausos ni certezas. Que querer salvar no siempre salva. Y que existen derrotas invisibles que uno carga en silencio.

Escribo esto para dar forma a una experiencia que transformó mi manera de entender la medicina y la vida. Tal vez también para acompañar a quienes han pasado o pasarán por algo parecido. Lo escribo porque es verdad. Porque sé que muchos llegarán a lugares como aquel creyendo que están solos. Y, como me ocurrió a mí, les temblarán las manos cuando la duda pese más que el cansancio. A ellos les digo: no están solos. No son los primeros ni serán los últimos.

Cada médico rural guarda sus propias historias: algunas terminan bien, otras permanecen grabadas para siempre. En medio de la incertidumbre se aprende a actuar, a decidir y a seguir adelante, aun sin entenderlo del todo. Habrá días en los que nada parezca suficiente, en los que el silencio después de una pérdida sea el único sonido del turno. Pero también habrá otros en los que una mirada, un agradecimiento o el simple hecho de llegar a tiempo basten para recordar que vale la pena.

La ruralidad te moldea, te confronta y te enseña a mirar la vida desde otro lugar. Te muestra que la medicina no siempre salva, pero siempre acompaña. Y que, aun entre el cansancio y la duda, el compromiso con la vida sigue siendo más fuerte.

A quienes comiencen este camino solo puedo decirles que el miedo es parte del proceso, pero también lo es la fuerza que nace después. Que no todas las historias terminan bien, pero todas dejan aprendizaje. Y que en los lugares más lejanos, donde parece que nadie mira, se forja la esencia más pura de una vocación que, aunque duela, también ilumina.

CUANDO EL SILENCIO RESPIRÓ

Med. Gustavo Sares Reyes.



Durante el internado de medicina comprendí que existen aprendizajes que no se adquieren en aulas ni en libros. Se gestan en guardias prolongadas, en silencios densos y en instantes donde el tiempo parece suspenderse. Aquella noche en el área de emergencia ginecológica fue una de esas experiencias que quedó grabada de forma permanente.

La jornada había iniciado con normalidad. Como interno, cumplía las tareas asignadas, observando con atención cada procedimiento y procurando anticiparme a las necesidades del equipo. El cansancio era parte de la rutina, pero el ambiente se mantenía estable, casi previsible.

Esa aparente tranquilidad se quebró de manera abrupta con el ingreso de una mujer joven que presentaba signos evidentes de trabajo de parto avanzado. El dolor, la ansiedad y un miedo palpable se reflejaban en cada uno de sus gestos. El embarazo cursaba con pocas semanas más de lo considerado seguro para un nacimiento, y el pronóstico resultaba incierto.

Durante las valoraciones iniciales, la tensión se instaló en la sala. Las indicaciones se volvieron concisas y precisas. Nadie alzaba la voz, pero todos comprendían la gravedad del momento. Permanecí atento, consciente de que estaba frente a una situación extremadamente delicada.

El monitoreo evidenciaba parámetros alarmantes. Cada minuto transcurrido disminuía las posibilidades de supervivencia del recién nacido. Entonces se tomó una decisión firme e inaplazable: el parto debía resolverse en cuestión de minutos. Escuché a uno de los médicos señalar que, sin una intervención inmediata, las probabilidades de sobrevivir serían mínimas.

La paciente apenas podía articular palabras, pero su mirada transmitía una confianza absoluta. No solicitó explicaciones extensas ni promesas imposibles. Asintió en silencio, aferrándose a la esperanza de que aquel esfuerzo tuviera sentido. En ese instante comprendí la magnitud de la responsabilidad que implica situarse al otro lado de la camilla.

La respuesta del equipo fue inmediata. Cada integrante asumió su función con precisión y compromiso. A mí me indicaron asistir y permanecer atento a las indicaciones. Aunque mis manos temblaban levemente, la concentración superó al nerviosismo. Sabía que formaba parte de una escena capaz de definir el destino de dos vidas.

El parto se desarrolló con rapidez, intensidad y exigencia. No hubo pausas innecesarias ni vacilaciones. Todo ocurrió con una sincronía que solo emerge cuando la experiencia se encuentra con la urgencia. La madre reunió una fuerza que parecía inalcanzable, impulsada por el instinto de proteger a su hijo.

Al producirse el nacimiento, el silencio se impuso de inmediato. No hubo llanto. El cuerpo diminuto del recién nacido permanecía inmóvil, frágil, casi irreal. En esos segundos suspendidos sentí un nudo en el pecho. Nadie se detuvo. El equipo continuó actuando con firmeza, sostenido por la convicción de no rendirse.

Entonces apareció una señal mínima: un movimiento casi imperceptible, seguido de un intento débil por respirar. Ese instante transformó por completo el ambiente. No hubo celebraciones, solo una concentración aún más profunda. Se había ganado tiempo, nada más, pero ese tiempo podía significar vida.

El recién nacido fue atendido con extremo cuidado. Cada maniobra se ejecutaba con delicadeza, conscientes de su vulnerabilidad. Yo observaba en silencio, intentando grabar cada gesto y cada decisión tomada bajo presión. Comprendí que esas imágenes me acompañarían mucho después de haber concluido el internado.

Cuando la madre preguntó si su bebé estaba vivo, la respuesta fue breve y honesta. Sí. Esa única palabra bastó para quebrar la tensión acumulada. Las lágrimas recorrieron su rostro, no como expresión de dolor, sino de alivio. A pesar del agotamiento, logró esbozar una sonrisa, una imagen que quedó grabada de forma indeleble en mi memoria.

Las horas siguientes estuvieron marcadas por la incertidumbre. El pronóstico continuaba siendo reservado. Nadie se atrevía a prometer un desenlace favorable, pero el recién nacido seguía luchando. Cada respiración se convertía en una pequeña victoria; cada minuto ganado, en una razón para continuar.

Al concluir la guardia, el cansancio físico era profundo, pero la mente permanecía alerta. Reflexioné sobre lo vivido y comprendí que el internado no solo forja destrezas técnicas, sino también carácter. Enseña a actuar bajo presión, a sostener la calma y a confiar en la fuerza del trabajo colectivo.

Días después supe que el bebé seguía con vida. Su evolución era lenta, aunque estable. La madre permanecía a su lado,

firme y esperanzada. Aquella noticia confirmó que el esfuerzo coordinado había valido cada segundo entregado.

Hoy, al evocar esos minutos cargados de tensión, entiendo que la medicina no siempre ofrece certezas, pero sí oportunidades. Como interno, fui testigo y parte de una lucha silenciosa en la que la rapidez, el compromiso y la humanidad marcaron la diferencia. En ese breve intervalo comprendí que, en ocasiones, la vida decide quedarse cuando alguien está dispuesto a intentarlo todo.

Esa experiencia no fue la única que dejó una huella en mi formación. Durante mi año como médico rural confirmé que cada parto encierra una enseñanza distinta, incluso cuando parece transcurrir sin complicaciones. En una jornada particularmente exigente, enfrenté una situación desafiante que puso a prueba todo lo aprendido a lo largo de mis años de estudio e internado, recordándome la profunda responsabilidad y el compromiso que implica ejercer esta profesión.

La paciente ingresó en trabajo de parto activo y, en un inicio, la evolución parecía desarrollarse sin contratiempos. No obstante, con el transcurso de las horas el progreso se tornó lento y el esfuerzo materno se intensificó de forma evidente. La valoración confirmó un feto macrosómico, condición que incrementaba el riesgo obstétrico y exigía una atención minuciosa, además de criterio y serenidad en cada decisión.

La situación se tornó crítica cuando el avance se detuvo: la cabeza había emergido, pero el resto del cuerpo no progresaba según lo esperado. La tensión se apoderó de la sala, aunque las indicaciones fueron precisas y el trabajo coordinado del equipo resultó determinante. Apliqué las maniobras aprendidas durante mi formación, consciente de que cada

acción debía ser exacta y oportuna, no solo desde el punto de vista técnico, sino también humano, protegiendo simultáneamente a la madre y al recién nacido.

Finalmente, el bebé nació y su llanto inmediato devolvió la calma al ambiente. Se encontraba en buenas condiciones, y el alivio de la madre fue profundo al conocer el desenlace. Sin embargo, más allá del resultado favorable, lo que permaneció conmigo fue la conexión humana forjada en esos minutos de incertidumbre. Comprendí que la empatía no se limita a comprender el dolor ajeno, sino que implica acompañarlo con presencia, respeto y serenidad. Sostener la mirada de la madre, transmitirle seguridad aun en medio de la tensión y ofrecerle contención emocional fue tan relevante como cualquier procedimiento realizado.

En ese momento confirmé que la medicina no se ejerce únicamente con las manos, sino con la sensibilidad de reconocer al otro como un ser vulnerable que deposita en nosotros su confianza absoluta. Al concluir la atención, me invadió una profunda gratitud por la profesión elegida. A pesar del cansancio, el temor y la presión constante, supe que ese era el lugar donde quería estar. Cada experiencia durante mi formación fortaleció mi vocación y me recordó que el amor por la medicina se construye en instantes como este, donde el conocimiento se une a la humanidad. Ser interna me permitió entender que sanar no siempre significa curar, pero sí acompañar, y que ejercer con empatía y compromiso da sentido a cada guardia, a cada esfuerzo y a cada vida que pasa por nuestras manos.

DECISIÓN URGENTE POR AMOR FETAL

Med. Shirley Martínez



Como profesional de la salud, he aprendido que existen situaciones clínicas que trascienden los protocolos y se convierten en experiencias que dejan una huella profunda en el ejercicio médico. El siguiente relato surge de una vivencia asistencial que reafirmó la importancia de la toma oportuna de decisiones en obstetricia, así como el valor humano que acompaña cada intervención.

La atención de las emergencias obstétricas representa uno de los escenarios más complejos y exigentes de la práctica médica. Estas situaciones demandan no solo conocimientos científicos actualizados y dominio de los lineamientos clínicos, sino también capacidad de respuesta inmediata, juicio clínico firme y una sensibilidad humana indispensable. El compromiso del bienestar fetal constituye una de las indicaciones más frecuentes y urgentes de intervención, especialmente cuando se asocia a factores de riesgo maternos que incrementan la probabilidad de desenlaces adversos.

En gestantes con antecedente de cesárea reciente, el riesgo de complicaciones como la rotura uterina adquiere un papel central en la toma de decisiones. En estos casos, la vigilancia fetal estrecha y la identificación precoz de signos de deterioro resultan fundamentales. La experiencia que se describe a continuación tuvo lugar en un contexto de emergencia

obstétrica y evidenció cómo una cesárea realizada de manera oportuna permitió preservar la vida de un recién nacido en condiciones de alto riesgo.

Al servicio de emergencia obstétrica ingresó una paciente con 36 semanas de gestación. Durante la anamnesis inicial se identificó un antecedente obstétrico relevante: una cesárea realizada aproximadamente un año antes. Este dato ubicaba a la paciente dentro de un grupo de alto riesgo, particularmente por la posibilidad de rotura uterina, una complicación potencialmente grave tanto para la madre como para el feto.

Desde su ingreso, la paciente fue evaluada de forma integral. Se inició monitorización fetal continua, la cual evidenció alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Los registros obtenidos no correspondían a un patrón tranquilizador y sugerían compromiso del bienestar fetal. Estos hallazgos activaron de inmediato la alerta dentro del equipo de salud, considerando la coexistencia de múltiples factores de riesgo.

Ante este escenario, se activó de forma inmediata el protocolo de reanimación fetal intrauterina, con el objetivo de optimizar las condiciones fetales y revertir el cuadro de sufrimiento. Se realizaron dos intentos completos de reanimación, siguiendo rigurosamente los protocolos vigentes y manteniendo una vigilancia constante tanto del estado fetal como de la condición materna.

A pesar de las medidas instauradas, no se evidenció mejoría en la frecuencia cardíaca fetal. La persistencia de los signos de compromiso indicaba una respuesta desfavorable a las intervenciones conservadoras. De manera paralela, el antecedente de cesárea reciente incrementaba el riesgo de complicaciones si se prolongaba la gestación.

Frente a esta situación, el equipo médico realizó una evaluación conjunta y concluyó que la continuidad del embarazo representaba un riesgo inminente. La combinación de compromiso fetal persistente, ausencia de respuesta a la reanimación intrauterina y antecedente quirúrgico reciente fundamentó la decisión de realizar una cesárea de emergencia, priorizando la preservación de la vida fetal y la seguridad materna.

La intervención se llevó a cabo de manera inmediata, con la participación coordinada de un equipo multidisciplinario. La rapidez en la preparación del quirófano y la ejecución del procedimiento resultaron determinantes para reducir el tiempo de exposición fetal a la hipoxia y optimizar el desenlace perinatal.

Durante el acto quirúrgico, en el momento de la extracción del recién nacido, se evidenció la presencia de líquido amniótico con abundante meconio. Este hallazgo confirmó que el feto había estado expuesto a un estrés intrauterino significativo, compatible con sufrimiento fetal. La detección de meconio reforzó la pertinencia de la intervención urgente y validó la decisión clínica adoptada.

El período inmediato posterior al nacimiento estuvo marcado por una vigilancia estrecha. El recién nacido requirió atención inmediata de acuerdo con los protocolos neonatales. Tras las maniobras iniciales, presentó una evolución favorable y logró estabilizarse en un corto lapso. Este desenlace representó un resultado positivo frente a una situación que, minutos antes, implicaba un riesgo vital considerable.



Más allá de los aspectos técnicos, este caso estuvo profundamente atravesado por la dimensión humana que caracteriza a las emergencias obstétricas. Desde el ingreso de la paciente, la angustia de los padres fue evidente. El temor a perder al hijo esperado, gestado con ilusión y esperanza, se reflejaba en sus gestos y actitudes.

El contexto de urgencia, sumado a la incertidumbre sobre el estado fetal, generó una carga emocional intensa. Para el equipo de salud, este escenario implicó no solo la responsabilidad de actuar con rapidez y precisión, sino también el compromiso ético de brindar contención emocional a la familia en un momento crítico.

La comunicación posterior al procedimiento, al informar a los padres sobre la evolución favorable del recién nacido, constituyó un instante de profundo impacto emocional. La transformación de la angustia en alivio y gratitud evidenció el alcance humano de una intervención médica oportuna. Este momento reafirmó que el ejercicio de la medicina, en especial

en la obstetricia, trasciende el ámbito técnico y se convierte en un acto de acompañamiento y esperanza.

Desde una perspectiva clínica, este caso resalta la importancia de la vigilancia fetal continua en gestantes con antecedente de cesárea reciente. La identificación temprana de patrones no tranquilizadores en la frecuencia cardíaca fetal permite intervenir de manera oportuna y reducir el riesgo de desenlaces adversos. Asimismo, la falta de respuesta a las maniobras de reanimación fetal intrauterina constituye un criterio determinante para la indicación de una intervención quirúrgica inmediata.

La cesárea de emergencia, si bien conlleva riesgos inherentes, constituye una herramienta esencial para la prevención de la morbimortalidad perinatal cuando está claramente indicada. En este caso, su realización permitió interrumpir un proceso de deterioro fetal progresivo y brindar al recién nacido una oportunidad real de vida.

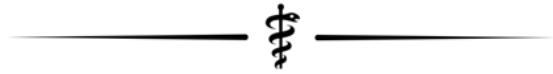
Desde una perspectiva ética y humana, esta experiencia pone de manifiesto la responsabilidad del personal de salud de actuar con prontitud, sin descuidar la empatía. La humanización de la atención médica no se opone al rigor científico; por el contrario, ambos enfoques se complementan y fortalecen el ejercicio clínico.

Considero que la actuación oportuna frente al compromiso del bienestar fetal, en especial en gestantes con antecedentes obstétricos de riesgo, puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Una cesárea de emergencia realizada en el momento adecuado, sustentada en criterios clínicos claros y en la evidencia científica, permitió alcanzar un desenlace favorable en un contexto de alto riesgo.

Este caso reafirma la importancia de la toma de decisiones rápidas y fundamentadas, así como el valor de la dimensión humana en la atención obstétrica. Preservar la vida de un recién nacido no representa únicamente un logro médico, sino también un acto de profundo impacto emocional y social, que refuerza el compromiso del equipo de salud con una atención ética, segura y centrada en la persona.

Salvar a tiempo la vida de un recién nacido en un escenario de compromiso fetal no solo destaca la relevancia de los protocolos de emergencia, sino que también recuerda que el ejercicio de la medicina conlleva una responsabilidad ética y emocional permanente. Vivencias como esta fortalecen la convicción de brindar una atención obstétrica oportuna, humanizada y orientada a la protección de la vida.

MEDICINA FAMILIAR



LA TRAVESÍA DEL “ÁSCARIS”

Med. Jorge Poma Minga



Un dolor abdominal puede convertirse en una verdadera caja de Pandora. En un pequeño pueblo rural vivía una mujer de 63 años, ama de casa y agricultora, junto a sus hijos y nietos, en una modesta vivienda de madera. En ese lugar, el acceso a agua potable era apenas un deseo lejano y la pobreza formaba parte de la vida cotidiana. Cerca de la casa había un pozo de agua turbia, utilizado principalmente para regar los cultivos. En ese entorno, casi invisible a los ojos humanos, habitaban los huevos de *Ascaris lumbricoides*, aguardando silenciosamente a un huésped donde desarrollarse. Bastó un descuido para que uno de ellos ingresara en el cuerpo de la mujer y comenzara a crecer sin permiso.

De forma repentina, la agricultora empezó a sentirse mal. Un dolor abdominal intenso le quitó el apetito y, con el paso de las horas, su piel adquirió un tinte amarillento. Alarmados, sus hijos recurrieron a lo que conocían: infusiones de plantas medicinales y un caldo de pollo recomendado por una vecina. Sin embargo, lejos de aliviarse, el dolor se intensificó. Solo entonces decidieron acudir a la consulta médica, cuando el malestar ya era difícil de tolerar.

Durante la evaluación, la paciente conocida en la zona por sus hortalizas y verduras, aunque no siempre por prácticas adecuadas de higiene refería un dolor abdominal severo. Tras

saludarla, le pregunté desde cuándo presentaba el cuadro. “Desde hace dos días”, respondió. No tenía antecedentes patológicos de relevancia.

“El dolor es tan fuerte que se irradia hacia la espalda”, añadió, con evidente angustia. Le expliqué que solicitaríamos exámenes para comprender mejor su estado clínico y que iniciaríamos manejo analgésico de inmediato.

Los resultados de laboratorio fueron compatibles con una pancreatitis aguda. Al informar al familiar, surgió de inmediato la pregunta inevitable: ¿cuál era la causa? Lo más frecuente en estos casos son los cálculos biliares, por lo que indiqué un estudio ecográfico. Mientras aguardábamos los resultados, profundicé en la anamnesis con la familia. Fue entonces cuando mencionaron que provenían de una zona sin servicios básicos y que hacía mucho tiempo no realizaban desparasitación alguna.

En ese momento, el diagnóstico comenzó a tomar otra forma. La enfermedad ya no era solo un hallazgo bioquímico, sino el reflejo de una realidad social que, una vez más, se manifestaba a través del cuerpo.

El rastreo ecográfico reveló una imagen sugestiva de parásitos en la vesícula y en la vía biliar. Un *Ascaris* particularmente audaz había logrado ascender hasta obstruir el conducto biliar y pancreático, desencadenando una pancreatitis aguda y el dolor intenso que aquejaba a la mujer.

El hallazgo reafirmó la importancia de evaluar, en cada consulta, no solo la esfera biológica, sino también los determinantes sanitarios y sociales. Una vez controlado el dolor, la paciente fue derivada al servicio de cirugía. El cirujano, sorprendido, revisó nuevamente las imágenes y confirmó el diagnóstico inicial.

Es un caso muy poco común comentaron varios. Yo pensé lo contrario. No lo es tanto en comunidades que carecen de condiciones higiénico-sanitarias adecuadas y de servicios básicos. Ese contexto, que con frecuencia se omite en las consultas de emergencia, suele ser la clave para comprender la etiología de muchas enfermedades.

La mujer no cuestionaba la ausencia de un baño en su hogar: realizaba sus necesidades en el campo, como había hecho toda su vida. El agua potable no llegaba hasta su casa debido a la lejanía, y el alcantarillado era inexistente. “El campo no ofrece eso”, me dijeron con naturalidad, casi con resignación, mientras describían ese mismo entorno donde el cielo parece fundirse con la tierra y la vida transcurre al ritmo del aire puro y el olor a naturaleza.

Tampoco conocía la importancia del lavado de manos, de higienizar frutas, verduras y hortalizas, ni la necesidad de hervir o clorar el agua para un consumo seguro, o de manejar adecuadamente los desechos. Es una realidad dura, pero prevenible mediante educación y promoción de la salud. Sin embargo, en muchas consultas se pasa por alto, porque el enfoque se centra en la patología y no en la persona que la padece.

Desde aquel episodio, la mujer se convirtió en una ferviente defensora de la higiene. Cada vez que veía a sus hijos, nietos o vecinos con las manos sucias, los advertía con convicción: ¡Cuidado! Los áscaris y otros parásitos quieren llegar a tu páncreas. Lávense las manos y cuiden el agua que consumen, para que todos podamos vivir sanos.

Su familia y sus vecinos aprendieron a cuidar el cuerpo y el entorno, manteniendo a raya a los parásitos no deseados mediante prácticas sencillas pero fundamentales. Hábitos

básicos, a menudo subestimados, pueden marcar la diferencia entre una enfermedad leve y una complicación grave que obligue a hospitalizaciones prolongadas y tratamientos invasivos, muchas veces evitables.

El autocuidado comienza en la vida cotidiana, en el hogar, y se transmite de generación en generación a través del ejemplo. Se refuerza en la escuela, en los centros de salud y en los medios de comunicación, y constituye la base de una atención médica que reconoce al individuo como parte de una familia y de un entorno cuyas condiciones influyen directamente en su bienestar.

Aunque la atención en el área de emergencia rara vez permite conocer el contexto en el que viven los pacientes, las visitas domiciliarias ofrecen esa oportunidad invaluable. En ellas, el médico puede observar la realidad diaria de las familias y comprender cómo el entorno se convierte en un determinante clave de salud o de enfermedad.

Es imprescindible educar sobre la importancia del consumo de agua segura, la correcta manipulación de los alimentos, los hábitos de higiene y la desparasitación periódica. De este modo, incluso en contextos socioeconómicos adversos, es posible acceder a estrategias preventivas que protejan la salud colectiva.

La higiene personal y el uso de agua potable son pilares para evitar infecciones parasitarias que, aunque causadas por organismos diminutos, pueden desencadenar cuadros graves, como una pancreatitis aguda. A menudo, los diagnósticos más frecuentes esconden una complejidad mayor, recordándonos que en medicina nada debe subestimarse.

NUTRICIÓN CLÍNICA



DEL AULA A LA REALIDAD

Lic. Karina Zambrano, Mg.



Durante años ha persistido la idea equivocada de que el personal de enfermería es “el ayudante del médico”, ignorando que cada integrante del equipo de salud cumple un rol esencial e irremplazable. A lo largo de nuestra formación aprendemos teoría, conceptos, protocolos y fundamentos para la práctica, pero rara vez se nos prepara para la realidad de los escenarios donde trabajaremos. Un ejemplo claro es el ámbito nutricional, especialmente la nutrición enteral y parenteral en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

En mis años como estudiante de enfermería, mi formación estuvo marcada por una característica que muchos compartimos: abundante teoría y escasas prácticas. Dominaba los pasos, las indicaciones y las precauciones; sin embargo, mis manos aún no poseían la destreza, precisión y seguridad que solo se adquieren con la repetición. Varias destrezas propias de la profesión quedaron pendientes, esperando el momento de aplicarlas en un contexto real.

En aquel entonces no lograba dimensionar el nivel de experiencia práctica que debía tener antes de iniciar el internado. Pensaba que mis conocimientos eran suficientes. Nadie me advirtió lo crucial que era manejar procedimientos básicos, como canalizar una vía periférica o administrar

nutrición parenteral, algo que ingenuamente asumí que nunca me tocaría hacer.

El internado marcó un antes y un después. Ya no había simuladores ni segundas oportunidades: había pacientes, familias y situaciones que exigían decisiones inmediatas. Recuerdo con absoluta claridad la primera vez que me correspondió administrar una bolsa de nutrición parenteral. Sabía el procedimiento de memoria; había estudiado cada detalle. La teoría estaba firme en mi mente, pero mis manos aún no habían vivido esa práctica.

Cuando el médico indicó el procedimiento y la enfermera responsable me asignó la tarea, sentí cómo el nerviosismo recorría todo mi cuerpo. Mis pensamientos se agolparon con fuerza: “¿Y si me equivoco? ¿Y si el paciente se descompensa por mi causa?”. Respiré hondo. Comprendí que no podía permitir que el miedo me paralizara. Recordé cada paso aprendido, cada recomendación escuchada en clase, cada detalle que entonces parecía innecesario y que, en ese instante, cobraba sentido.

Preparé el material con meticulosidad. Verifiqué los datos del paciente, revisé la vía y confirmé la solución. Aunque mis manos temblaban, mi mente permanecía enfocada. Seguía el procedimiento como si aún estuviera en el aula, guiada por la voz de mis docentes. Al terminar, miré al paciente y sentí un profundo alivio: todo había salido bien.

Ese día comprendí que la teoría, sin práctica, queda incompleta. Y que ninguna cantidad de libros sustituye la experiencia que se adquiere frente a un paciente real. Entendí también la enorme responsabilidad de nuestra profesión y la urgencia de fortalecer las prácticas formativas antes de llegar al campo clínico. Administrar nutrición parenteral no fue solo

un procedimiento; fue una lección de confianza en mi preparación, de reconocimiento de mis límites y de crecimiento profesional desde la vivencia directa.

Desde entonces, cada nueva técnica dejó de ser un simple requisito académico para convertirse en un compromiso con la vida, la seguridad del paciente y el aprendizaje continuo que esta noble profesión exige. Después de aquella experiencia, mi visión sobre la formación en enfermería cambió profundamente. Comprendí que no se trata únicamente de memorizar protocolos o aprobar exámenes, sino de construir el cuidado a través del contacto real, de tomar decisiones responsables y de actuar con firmeza incluso en medio de la incertidumbre.

De la misma manera, comprendí que la nutrición parenteral en pacientes críticos exige no solo vigilancia continua, sino también un conocimiento profundo de sus posibles complicaciones. Cada conexión, cada control y cada observación requieren precisión, criterio y responsabilidad. Aquel primer procedimiento también me reveló el valor del trabajo en equipo, la importancia de una comunicación fluida con el personal médico y el papel indispensable de las enfermeras con mayor experiencia, quienes se convierten en guías fundamentales durante la formación clínica.

Con el paso de los días enfrenté situaciones similares que demandaron mayor confianza y autonomía. En cada intervención fortalecía mis habilidades y el temor inicial disminuía. Lejos de ser una carga, esa sensación se transformó en un impulso para superarme, actuar con ética y priorizar siempre la seguridad del paciente.

También confirmé la necesidad de actualizar de manera constante los conocimientos. En nutrición existen numerosas

guías que muchos profesionales desconocen o utilizan en versiones desactualizadas, lo que conduce a un manejo inadecuado y, en consecuencia, a resultados poco favorables. El único afectado termina siendo el paciente, quien deposita su confianza en nosotros.

Esta experiencia despertó en mí una reflexión crítica sobre la formación en ciencias de la salud. Considero indispensable que los planes de estudio refuercen las prácticas preprofesionales, la simulación clínica y los espacios de ingresar al campo clínico con mayor seguridad, reduciendo la ansiedad y elevando la calidad del cuidado.

Hoy, al mirar atrás, reconozco que aquel primer desafío marcó un antes y un después en mi vida profesional. No solo consolidó mis conocimientos: fortaleció mi vocación y mi compromiso con la enfermería, además de impulsarme a prepararme en un ámbito poco elegido por mis colegas.

Esta vivencia reafirmó mi convicción de que la enfermería es mucho más que una disciplina técnica; es una profesión profundamente humana, guiada por la empatía y el servicio. El pensamiento crítico orienta cada decisión y, en ocasiones, pone a prueba nuestro propio actuar, recordándonos que cada elección tiene un impacto directo en la vida de quienes cuidamos.

Lo descrito anteriormente no solo evidencia una experiencia personal de aprendizaje, sino que también revela una realidad frecuente en la formación del personal de enfermería en diversos contextos latinoamericanos. A pesar de los avances curriculares, persiste una brecha notable entre el conocimiento teórico que se imparte en las aulas y la complejidad del entorno clínico. Esta distancia se acentúa en áreas altamente especializadas, como las unidades de

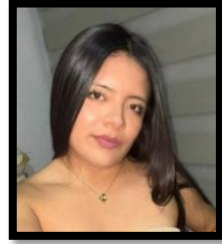
cuidados intensivos, donde cada decisión debe ser precisa, fundamentada y oportuna, pues cualquier error puede comprometer directamente la vida del paciente.

Desde una perspectiva pedagógica, la formación en salud debe entenderse como un proceso progresivo, integral y contextualizado. La teoría proporciona las bases científicas, fisiológicas y farmacológicas indispensables para orientar la práctica; sin embargo, sin un entrenamiento clínico adecuado, ese conocimiento corre el riesgo de quedarse en lo abstracto. En este sentido, la simulación clínica se convierte en una herramienta invaluable, capaz de recrear situaciones reales sin poner en riesgo al paciente. A través de ella, el estudiante desarrolla habilidades psicomotoras, pensamiento crítico y capacidad de respuesta ante escenarios adversos antes de enfrentarse al ambiente hospitalario.

En cuanto a la administración de nutrición parenteral, es fundamental reconocer que se trata de un procedimiento de alta complejidad que exige formación sólida, precisión técnica y vigilancia continua. La enfermera no solo ejecuta la técnica: evalúa de manera permanente al paciente, identifica signos tempranos de complicaciones metabólicas, infecciosas o mecánicas, y actúa de inmediato ante cualquier cambio. Todo esto demuestra que el rol de enfermería trasciende la mera ejecución de indicaciones médicas y se consolida como un pilar esencial en el cuidado integral del paciente crítico.

CUANDO MESSI ENTRÓ AL HOSPITAL

Alejandra Campoverde Cuenca



Pocas personas tienen la oportunidad de vivir un momento así. Fueron apenas unos minutos, pero quedaron grabados en mi memoria y marcaron mi vida para siempre.

No era un día distinto a los demás. Como cada mañana, ingresé al hospital donde realizo mi internado a las seis en punto, por la puerta de Emergencia. A esa hora, el frío de la ciudad se siente con mayor intensidad y el silencio acompaña los primeros pasos del día. Saludé al nutricionista de turno y a los auxiliares de cocina que se preparaban para iniciar su jornada. Luego me coloqué el mandil y subí al primer piso, donde se encuentran las áreas de pediatría, ginecología y obstetricia.

El pasillo olía a desinfectante. Reinaba ese silencio propio de los hospitales, uno que pesa, cargado de historias, preocupaciones y esperanza. Revisé la estafeta, verifiqué los ingresos y los registré en mi lista de pacientes. Después regresé a las oficinas de dietética para encender la computadora y revisar las dietas indicadas.

Esta área exige atención constante, ya que cada paciente presenta una condición particular. Como interna, mi labor incluye la valoración nutricional, el registro de datos antropométricos, el apoyo en la administración de

suplementos y la comunicación permanente con el equipo médico sobre la tolerancia a la alimentación hospitalaria.

Ese día ingresé al área de hospitalización pediátrica con mi carpeta en mano, revisando indicaciones y diagnósticos, dispuesta a entregar la guía de alimentación para el alta de uno de los muchos niños hospitalizados en ese piso. Todo parecía transcurrir con normalidad hasta que entré a la habitación.

Me acerqué a la madre del pequeño, quien sin saberlo me enseñaría que la alimentación no solo nutre el cuerpo, sino también el alma.

Era un niño pequeño, no muy delgado, despierto e inteligente. Tenía una mirada ligeramente triste, pero, a pesar de su enfermedad, se mostraba tranquilo. Mientras conversaba con su madre, sentada junto a él, me observaba con atención. Decidí entonces incluirlo en la conversación y le pregunté sobre su comida favorita, sus actividades diarias y si le gustaba practicar algún deporte.

Apenas escuchó la pregunta, sus ojos se iluminaron y una sonrisa llenó su rostro. Con evidente emoción respondió:

Sí, me gusta mucho jugar fútbol. Entreno todos los días.

Luego le pregunté quién era su jugador favorito. Fue entonces cuando descubrí su gran pasión: Lionel Messi.

Al salir de la habitación, aquella conversación siguió resonando en mi mente. No lo pensé demasiado. Sentí el impulso de hacer algo más por él, algo simple, pero profundamente significativo. Decidí volver a las oficinas de dietética y buscar la manera de imprimir un dibujo de su jugador favorito.

Mientras lo hacía, una mezcla de nervios, ilusión y duda me acompañaba. Pensaba: ¿Le gustará? ¿Valdrá la pena?

Aun así, algo dentro de mí insistía en hacerlo. Finalmente tuve el dibujo en mis manos, acompañado de una gran ilusión, pero también de temor: miedo a que su reacción no fuera la esperada, a decepcionarme y, sobre todo, una profunda ansiedad por volver a verlo.

Regresé a la habitación con el corazón acelerado. Me detuve unos segundos antes de entrar, respiré hondo y me acerqué con cuidado. Le dije que tenía algo para él. Saqué la imagen que llevaba en mi carpeta y se la entregué.

La observó y ocurrió algo que jamás olvidaré.

El niño se levantó de la cama, sonrió y comenzó a saltar de felicidad. Reía sin parar, mostrando el dibujo con orgullo a su madre y a los otros niños de la habitación, como si hubiera recibido el regalo más valioso del mundo. Su alegría iluminó por completo mi día.

Por un instante dejaron de existir la preocupación, el tratamiento y el dolor. Solo había un niño feliz y una interna de nutrición intentando contener las lágrimas ante un momento tan conmovedor.

Su reacción me tocó profundamente. Nunca imaginé que una imagen tan sencilla pudiera generar tanta felicidad. Fue un instante breve, pero inmensamente significativo. Ese día comprendí que la atención en salud no se limita a brindar cuidados médicos o nutricionales, sino también a ofrecer momentos que inviten a soñar, a sonreír y a sentirse acompañados.

Al salir de la habitación, permanecí unos segundos en silencio, intentando asimilar lo que acababa de vivir. Con una

mezcla de alegría y emoción, compartí lo sucedido con mis compañeros de internado. Entre sonrisas y preguntas, ellos también se conmovieron por la historia de aquel pequeño. Entonces entendí que, aun estando en proceso de formación, había dejado una huella sin darme cuenta. Muchas veces creemos que se necesitan grandes acciones para marcar la diferencia, cuando en realidad los gestos más simples pueden llegar muy lejos.

La nutrición no se basa únicamente en el cálculo de calorías ni en la administración de suplementos. Una atención verdaderamente integral requiere gestos humanos que también forman parte del tratamiento. Una sonrisa, una palabra amable o un acto sencillo pueden generar vínculo y contribuir a la motivación y recuperación del paciente.

Este episodio reafirmó la importancia de la empatía y la comunicación, porque pequeños actos como entregar la imagen de un jugador pueden marcar una diferencia no solo en la vida de un niño, sino también en la nuestra.

Ser interna de nutrición me ha permitido conocer innumerables historias, y no todas son fáciles. Hay jornadas largas, cansancio acumulado y vivencias que permanecen incluso después de terminar el turno. Cada día en el hospital es una oportunidad de aprendizaje, pero también un reto emocional.

Durante este proceso uno se enfrenta tanto a la realidad hospitalaria como a la de cada persona: niños, adultos y adultos mayores con patologías diversas y diagnósticos complejos. Sin embargo, existen días que se graban en la memoria y transforman el internado en un espacio especial, no por lo que se hace desde lo clínico, sino por esos momentos que convierten la rutina en algo profundamente significativo.

Esta experiencia también me permitió conocer profesionales extraordinarios: médicos, nutricionistas y personal de salud llenos de vocación, paciencia y calidad humana, quienes no solo me enseñaron desde el conocimiento académico, sino también desde el ejemplo. De ellos aprendí a tratar a los pacientes con respeto y a no perder jamás la sensibilidad.

A las próximas generaciones solo puedo decirles que aprovechen cada instante del internado, incluso aquellos días en los que el cansancio parece imponerse. Aunque en ciertos momentos parezca interminable, el tiempo transcurre más rápido de lo que imaginan y, casi sin darse cuenta, estarán a pocas semanas de culminar su formación universitaria.

Hoy, a pocos meses de finalizar este año de internado, reafirmo una convicción que siempre me ha acompañado: cada paciente es una historia.

Y que, más allá de formarnos como profesionales del área de la salud, estamos llamados a ser seres humanos empáticos, capaces de mirar más allá de la enfermedad y recordar que, muchas veces, un pequeño gesto puede sanar más de lo que imaginamos.

ODONTOLOGÍA



LA REVOLUCIÓN ODONTOLÓGICA 3D

Odont. Luis Enrique Guzmán Aguirre



Decidí abrir las puertas de Geodentalcenter3D, mi clínica odontológica, un febrero que parecía prolongarse indefinidamente, llevaba conmigo la combinación precisa de entusiasmo e incertidumbre que acompaña a todo emprendimiento. Las paredes recién pintadas conservaban el aroma inconfundible de lo nuevo; los equipos permanecían en sus cajas, como regalos aún por desenvolver. Yo sostenía mi título con orgullo, pero también con preguntas: ¿estaba realmente preparado para asumir esa responsabilidad? Soñar con una clínica propia es un impulso poderoso; administrarla, enfrentar proveedores, coordinar horarios, liderar personal y responder ante pacientes que confían no solo su salud bucal, sino también sus expectativas, es un desafío completamente distinto.

Mis primeros años de ejercicio transcurrieron en consultorios ajenos. Cumplía jornadas establecidas por otros, atendía agendas que no diseñaba y me adaptaba a criterios clínicos que no siempre coincidían con mi visión. Fue una etapa de aprendizaje valioso, sin duda. Sin embargo, comprendí que para brindar una atención genuinamente humana necesitaba un espacio propio, donde cada detalle —desde la tecnología hasta el trato— expresara mi manera de concebir la

odontología. Así nació Geodentalcenter3D: no como un proyecto comercial, sino como la materialización de principios construidos con estudio y experiencia.

Guardo con nitidez el día en que un paciente vivió lo que suelo llamar la revolución silenciosa de la tecnología tridimensional. Era un hombre de aproximadamente cuarenta y cinco años, ejecutivo del sector logístico, remitido por su odontólogo general. Su motivo de consulta era puntual: requería la colocación de un implante en la zona del primer molar inferior derecho. El inconveniente era evidente. Había perdido esa pieza años atrás y, como ocurre con frecuencia cuando el tiempo transcurre sin intervención, el reborde óseo presentaba una reabsorción significativa. Su tratante le había explicado que el procedimiento implicaba complejidad técnica, posible necesidad de injertos y un pronóstico reservado.

Ingresó al consultorio con el gesto adusto y la postura rígida. Traía consigo una carpeta repleta de radiografías panorámicas, tomografías realizadas en distintos centros y varios presupuestos. Se sentó frente a mí y, sin rodeos, expresó su inquietud:

—Doctor Guzmán, he consultado a cuatro especialistas y cada uno me ofrece una alternativa diferente. Algunos plantean injertos óseos, otros proponen una prótesis fija; incluso hubo quien sugirió no intervenir y adaptarme al espacio edéntulo. Necesito claridad: ¿es viable el implante o no?

Lo observé con serenidad, consciente de que su malestar no estaba dirigido hacia mí, sino hacia la confusión que provocan los criterios dispares. Le pedí que me acompañara al área de diagnóstico por imágenes, un espacio que diseñamos con

esmero al inaugurar la clínica. Allí, protegido con una cubierta impecable, se encontraba el tomógrafo de haz cónico, un equipo que en su momento representó una apuesta financiera que muchos consideraron desmedida para un proyecto que apenas iniciaba.

—Haremos algo diferente —le propuse—. Antes de tomar cualquier decisión, obtendremos información precisa.

El estudio tomó menos de medio minuto. Permaneció de pie, apoyó la barbilla con suavidad y mordió la guía mientras el brazo del tomógrafo giraba a su alrededor con un zumbido tenue. Finalizado el escaneo, lo invité a pasar al consultorio mientras procesaba las imágenes en la estación de trabajo. Minutos después, la pantalla reveló un panorama que lo dejó en silencio.

Por primera vez contemplaba su estructura ósea en tres dimensiones. Podía rotarla, ampliarla y examinar cada detalle. Le mostré el volumen disponible, la cercanía del nervio dentario inferior y la densidad en distintas áreas. Con el cursor señalé la posición más favorable para el implante, medí distancias con exactitud y simulé la ubicación final.

—Observe —le indiqué— Aquí tenemos hueso suficiente, pero no en el lugar exacto donde debería ir el implante. No es necesario un injerto amplio. Podemos optar por un implante de menor diámetro, con una ligera angulación estratégica para aprovechar este sector de mayor densidad. Esta línea corresponde al nervio; con esta planificación mantenemos un margen seguro.

Su mirada alternaba entre el monitor y mi explicación. La tensión en su rostro comenzó a disiparse.

—Nunca me lo habían mostrado así—dijo en voz baja—. Me explicaban opciones, pero no lograba comprenderlas. Ahora entiendo las diferencias.

Aquella consulta reafirmó una convicción que había madurado desde mi formación: la tecnología, cuando se emplea con criterio, no distancia al profesional del paciente; los acerca. Permite traducir lo complejo en algo tangible, sustituye la incertidumbre por claridad y convierte el tratamiento en una decisión consensuada.

Sin embargo, el crecimiento de Geodentalcenter3D no dependió únicamente de equipos avanzados. Con el tiempo comprendí que ningún recurso técnico compensa la ausencia de organización, liderazgo y un equipo comprometido con una visión compartida. También atravesé tropiezos que hoy evoco con humildad, consciente de que cada desacierto contribuyó a consolidar la filosofía de servicio que sostiene nuestra práctica.

Los primeros meses fueron un caos disfrazado de entusiasmo.. Atendía sin un sistema estructurado de citas, confiando en la memoria y en una agenda de papel que mi asistente completaba a lápiz. La sala de espera se llenaba mientras intentaba resolver urgencias que alteraban cualquier planificación. Los proveedores reclamaban pagos atrasados porque mi descuido administrativo postergaba facturas importantes. El equipo, aunque competente, no contaba con lineamientos definidos, lo que generaba tensiones innecesarias.

Una tarde quedó grabada con especial claridad. Había programado tres cirugías consecutivas; el retraso en la primera desencadenó un efecto en cadena que desorganizó toda la jornada. Los pacientes aguardaban con evidente

molestia, mi asistente ofrecía explicaciones reiteradas y yo trataba de mantener la concentración en medio de la presión creciente. Cuando finalicé la última intervención, ya entrada la noche, con el uniforme empapado y la espalda contracturada, me senté frente al sillón vacío y enfrenté una pregunta incómoda: ¿era este el proyecto que había imaginado?

Al día siguiente tomé decisiones concretas. Implementé un sistema digital de gestión que permitía supervisar la agenda en tiempo real, enviar recordatorios automáticos y controlar inventarios con precisión. Instituí reuniones semanales para evaluar procesos, escuchar propuestas y prevenir conflictos. Aprendí a delegar, una lección compleja para quien desea supervisar todo. Comprendí que la organización no es un lujo administrativo, sino la base que sostiene una atención de calidad.

Con el tiempo, Geodentalcenter3D adquirió dinámica propia. La tecnología tridimensional dejó de ser un elemento llamativo para integrarse de forma natural en cada procedimiento. Las cirugías implantológicas, que antes dependían de estimaciones clínicas, pasaron a planificarse digitalmente con guías quirúrgicas impresas que aseguraban precisión milimétrica. Las rehabilitaciones protésicas, diseñadas mediante software especializado y fresadas en bloques cerámicos de alta resistencia, ofrecían resultados funcionales y estéticos notables.

Sin embargo, el verdadero cambio no provino de los equipos ni de los programas, sino de una convicción firme: cada paciente merece una experiencia personalizada. Quien ingresa a la clínica no es un número ni un diagnóstico; es alguien con temores, expectativas y vivencias propias.

Nuestra labor no se limita a restaurar piezas dentales, sino a generar confianza y acompañamiento durante todo el proceso.

Recuerdo a una mujer mayor que acudió derivada por su hija. Había utilizado prótesis removibles durante años y su bienestar se había deteriorado progresivamente. Evitaba ciertos alimentos, rechazaba reuniones familiares y ocultaba su sonrisa detrás de la mano. Cuando le propusimos una rehabilitación fija sobre cuatro implantes, sus ojos se humedecieron y respondió con resignación:

—Doctor, ya no tengo edad para eso. Déjeme como estoy.

En lugar de insistir con explicaciones técnicas, la invité a pasar a la sala de diagnóstico. Con el escáner intraoral capturamos las imágenes y, mediante el software de diseño, proyecté en pantalla la propuesta de su nueva sonrisa. Giramos el modelo tridimensional, lo observamos desde distintos ángulos y simulamos la función masticatoria. La expresión incrédula con la que había ingresado comenzó a transformarse en asombro.

—¿De verdad podría volver a comer un buen bife? — preguntó, esbozando una sonrisa tímida.

—Mejor de lo que imagina —le respondí con convicción.

Hoy asiste puntualmente a cada control y suele llegar con algún dulce casero para compartir con el personal. La sonrisa que antes ocultaba ahora aparece sin reservas. Cada vez que se despide recordándome, con humor, que no descuide sus indicaciones de higiene, confirmo que elegí el camino correcto.

La gestión de Geodentalcenter3D es, sin exageración, tan relevante como el desempeño clínico. Un paciente que recibe recordatorios oportunos, que encuentra instalaciones

impecables, que es saludado por su nombre y que no espera más de lo necesario, no solo regresa: recomienda. El tradicional boca a boca continúa siendo la forma de crecimiento más sólida y auténtica.

He sido testigo de colegas con habilidades técnicas sobresalientes que fracasaron por desatender la organización de su consulta. También he observado profesionales con destrezas moderadas consolidar proyectos exitosos gracias a procesos administrativos rigurosos y una atención cálida. La conclusión es evidente: el equilibrio entre ciencia, gestión y trato humano marca la diferencia.

Actualmente, cuando recorro los pasillos de Geodentalcenter3D y veo a mi equipo desempeñarse con coordinación, cuando un paciente se sorprende ante la exactitud de una cirugía planificada digitalmente o cuando reviso indicadores que reflejan estabilidad y crecimiento, experimento una profunda gratitud. Cada tropiezo aportó aprendizaje; cada persona que confió en nosotros fortaleció nuestra identidad; cada avance tecnológico amplió nuestras posibilidades terapéuticas.

La revolución silenciosa de la odontología tridimensional no se limita a dispositivos sofisticados ni a programas informáticos. Representa una filosofía que sitúa al paciente como eje central y emplea la innovación como herramienta de servicio, no de exhibición. Del mismo modo, la organización interna no es mera formalidad, sino el soporte que convierte esa visión en experiencias coherentes y satisfactorias.

A quienes comienzan este recorrido les diría: inviertan con criterio en tecnología, pero no releguen la dimensión humana. Estructuren su consulta con disciplina, sin perder la capacidad de adaptación. Construyan equipos comprometidos y ejerzan

liderazgo desde el ejemplo. Porque, más allá de restauraciones o implantes, lo que realmente deja huella es la forma en que cada persona se siente al confiarles su salud.

Geodentalcenter3D es, en esencia, la expresión de esa convicción. Un lugar donde la exactitud científica se integra con la cercanía humana; donde la innovación no desplaza el trato personal, sino que lo potencia; donde la odontología contemporánea se practica con visión de futuro y compromiso presente. Aquí, cada persona encuentra no solo atención especializada, sino acompañamiento genuino en el cuidado de su salud bucal.

Yo, Luis Enrique Guzmán Aguirre, asumo con gratitud y responsabilidad el privilegio de formar parte de este proyecto que, más que una clínica, representa un propósito en constante crecimiento. Estoy convencido de que esta historia aún tiene muchos capítulos por escribirse.

PEDIATRÍA



PEQUEÑOS CUERPOS, GRANDES SILENCIOS ROTOS

Med. Diana Carolina Llanos Cortez



La mañana comenzaba como cualquier otra en el centro de salud rural donde trabajaba. Las voces de las madres conversando en la sala de espera, las enfermeras preguntando si ya habían vacunado a sus hijos, otra compañera dando charlas educativas... Era uno de esos días en que el reloj parecía avanzar lentamente, y cada consulta traía consigo una historia distinta, una preocupación nueva, un desafío más por atender.

Fue entonces cuando conocí a Mateo, un niño de apenas un año y seis meses, de mirada grande y piel pálida, que llegó en brazos de su madre, Valeria, una adolescente que parecía cargar sobre sus hombros mucho más que a su hijo. Valeria explicó que venía por control porque había notado que Mateo “no crecía como los otros niños del sector”.

Al colocarlo en la balanza, un silencio envolvió la sala. Los números eran contundentes: el niño estaba muy por debajo del peso esperado para su edad, con un retraso evidente en el crecimiento. En la curva de percentiles, Mateo se encontraba en los quintiles correspondientes a desnutrición crónica.

Mientras revisaba su carnet y la historia clínica en la computadora, noté que los controles habían sido irregulares: desde su nacimiento solo había asistido a cuatro. Con delicadeza pregunté si solían acudir a las citas médicas, y ella,

mirando al suelo, murmuró: “A veces no puedo venir, doctora... mi mamá trabaja y yo debo cuidar a mis hermanos.”

No había reproche en su voz, solo cansancio. La maternidad temprana le había robado parte de su adolescencia y, sin quererlo, había relegado la salud de su hijo. Examiné a Mateo con atención: abdomen ligeramente distendido, costillas marcadas, cabello quebradizo, uñas frágiles. Cada detalle de su pequeño cuerpo hablaba sin palabras del hambre silenciosa que lo acompañaba desde hacía meses.

Intenté sonreírle mientras lo distraía con un estetoscopio; apenas levantó la vista. Sus ojos reflejaban una mezcla de inocencia y apatía, como si el cansancio le acompañara desde siempre. Mientras anotaba los datos, pensé en todos los niños que había atendido ese año, pero ninguno alcanzaba la vulnerabilidad de Mateo.

Muchos de ellos vivían en el mismo sector que Valeria y Mateo, pero, a pesar de la distancia y las dificultades, siempre acudían a sus controles. Reflexioné entonces sobre las distintas realidades familiares: los problemas, la alimentación, todo aquello que, sin intención, afecta la vida de un pequeño. Las madres jóvenes que hacen lo imposible en medio de la carencia, los abuelos que justifican el retraso con frases como “el niño es flaquito porque así salió el papá”. Cada situación era diferente, pero todas atravesadas por la misma realidad: pobreza, desconocimiento en salud y falta de seguimiento médico constante.

Decidí sentarme con Valeria y conversar sin prisa. Le expliqué que el peso de su hijo estaba muy por debajo de lo esperado, y que necesitábamos controles frecuentes y exámenes para descartar otras patologías. Ella asintió en

silencio, con la mirada vidriosa. Le pregunté sobre la alimentación de Mateo. “Come lo que comemos en casa: arroz, sopita, a veces pan con té. La leche le doy cuando alcanza.”

Le hablé del valor de una dieta equilibrada, de la importancia de las proteínas, las frutas, el hierro y el zinc. Pero comprendí que mi tarea no se limitaba a prescribir alimentos o suplementos; debía enseñar, acompañar y escuchar. La desnutrición no surge solo de la carencia de comida, sino también de la falta de oportunidades, de información y, muchas veces, de apoyo.

Valeria no necesitaba un sermón; necesitaba una red de contención, alguien que la ayudara a entender que la salud de su hijo no era una carga más, sino una responsabilidad compartida entre familia, comunidad y sistema sanitario. Programé referencias con la pediatra y la nutricionista, y consultas más frecuentes en el centro de salud. Algunas veces acudía, otras no. Llamarla se volvió rutina: “Valeria, la esperamos hoy para el control de Mateo.” “Sí, sí, voy enseguida...”

Pero no siempre llegaba. Cuando lo hacía, traía una sonrisa tímida y el mismo bolso gastado en las esquinas. Poco a poco, Mateo comenzó a ganar peso, aunque los avances eran lentos, interrumpidos por ausencias y recaídas. Cada visita recordaba que la desnutrición infantil no se corrige en días ni semanas; requiere constancia, seguimiento y, sobre todo, comprensión del contexto familiar.

Recuerdo un día en que Mateo llegó con fiebre. Su madre lo había llevado a una farmacia, donde le recomendaron un jarabe sin receta. Al arribar al centro, el pequeño mostraba signos de deshidratación leve. Lo hidratamos, controlamos su

temperatura y lo observamos durante varias horas. Cuando la fiebre cedió, entregué a Valeria un folleto sobre signos de alarma y le hablé de los riesgos de la automedicación. Lo guardó con cuidado, como si aquel papel fuera un salvavidas.

“Yo quiero que esté bien me dijo, pero a veces no sé qué hacer.”

Esa frase quedó grabada en mi memoria. Detrás de cada madre adolescente hay una historia de vulnerabilidad, miedo y desinformación. Detrás de cada niño desnutrido existe un contexto que lo empuja hacia la fragilidad. Y detrás de cada profesional de salud, hay un compromiso: no juzgar, sino guiar.

Los informes nacionales muestran tasas de desnutrición crónica infantil que persisten, especialmente en zonas rurales y en familias de bajos ingresos. Pero cada cifra representa un rostro, una vida que espera una oportunidad. Como personal de salud aprendemos a mirar más allá del número: entendemos que el crecimiento no se mide solo en centímetros, sino en la posibilidad de un futuro digno.

Cada control médico perdido es una puerta que se cierra, y cada intervención oportuna puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Hoy, cada vez que veo entrar a una madre joven con su hijo en brazos, recuerdo a Valeria y a Mateo. No sé si lograron superar por completo la desnutrición, pero sí sé que cada conversación, cada control, cada gesto de empatía suma.

Aprendí que la medicina no solo cura cuerpos; acompaña procesos humanos, rompe ciclos de abandono y construye esperanza. La desnutrición infantil no se corrige únicamente con suplementos o fórmulas; se combate con educación, seguimiento y acompañamiento constante. Porque detrás de

cada niño que vuelve a comer, a sonreír y a crecer, hay una historia que merece ser escuchada.

Y mientras recorro los pasillos de otro centro de salud, entre llantos, risas y registros clínicos, pienso que cada pequeño cuerpo atendido es un recordatorio silencioso de por qué elegimos esta profesión: para romper silencios y devolver infancias.

EL LLANTO DE VIDA

Med. Javier Medina Bustos



El nacimiento de un ser humano, sea niño o niña, adquiere significados distintos según el contexto y las personas involucradas. Desde tiempos ancestrales, el llanto al nacer ha sido entendido como la confirmación de la vida: el corazón continúa latiendo fuera del vientre materno y los pulmones han alcanzado la madurez necesaria para respirar por primera vez el aire del mundo. Esta señal, tan cargada de simbolismo, tiene una relevancia trascendental para el médico que recibe a un recién nacido entre sus manos. Así lo comprendí en la experiencia que relataré a continuación, vivida junto a un neonato prematuro extremo nacido en un centro de salud comunitario.

Era un día de mediados de año que parecía desarrollarse con absoluta normalidad. El equipo de salud había llegado con el compromiso habitual de cumplir la jornada, guiados por el esmero, la empatía y la responsabilidad social que demanda nuestra labor. Las agendas de consulta externa estaban organizadas y listas para atender las necesidades de quienes acudían en busca de alivio o respuesta. Sin embargo, en la quietud de la mañana, la rutina se quebró de forma inesperada: una mujer en estado de gestación solicitó atención urgente por un dolor abdominal intenso.

El ejercicio de la medicina está orientado a preservar la vida, sustentado en la vocación, el profesionalismo y los principios de la bioética. Durante la formación, se adquieren habilidades y destrezas diseñadas para responder con rapidez y eficacia ante situaciones críticas, capacidades que emergen con claridad cuando la urgencia lo exige. Desde el momento de su ingreso a la unidad, el sufrimiento de la paciente resultaba evidente. La notificación del personal de enfermería fue inmediata, lo que obligó a suspender la consulta regular para priorizar su atención conforme a la gravedad del cuadro.

En medio de la valoración clínica, la madre compartió un detalle que añadió una carga emocional inesperada: hasta ese instante, su embarazo había permanecido en reserva frente a su familia. Anhelaba anunciarlo de una manera especial, íntima y significativa, sin imaginar que el destino la llevaría a enfrentar aquel momento bajo circunstancias tan imprevistas.

En los hospitales de alta complejidad existen áreas esterilizadas destinadas exclusivamente a la atención del parto, regidas por estrictas normas de asepsia y antisepsia, tanto en nacimientos eutócicos como quirúrgicos. Sin embargo, en una unidad rural de primer nivel, la realidad es muy distinta. Bastaron apenas unos minutos para que el dolor se intensificara y una sensación de alarma recorriera el centro de salud al escuchar, prolongada y urgente, la palabra “parto”. De inmediato, el equipo se activó para brindar auxilio, acondicionando con rapidez el espacio disponible para asistir a aquella madre que, entre clamores, suplicaba que su hijo permaneciera un poco más en su vientre, consciente de lo inmaduro que aún era para nacer en ese entorno.

Lo inevitable ocurrió. El parto se desarrolló en un escenario limitado, pero sostenido por la vocación que la situación exigía. En cuestión de instantes, el fruto de la entrega

profunda de una mujer apareció por primera vez a la luz. Era un niño cuya prematurez resultaba evidente: frágil, flácido, casi inerte. Su cuerpo, diminuto, cabía por completo en una sola mano. Mientras algunos integrantes del equipo continuaban activando el sistema de emergencias para asegurar una mejor atención, otros centramos toda nuestra energía en él.

Al no evidenciar respuesta alguna, iniciamos de inmediato las maniobras de reanimación. Se sucedieron minutos cargados de un silencio angustiante que parecía envolverlo todo. Aun así, no nos detuvimos. Persistimos, hablándole, pidiéndole que luchara, que respirara, implorando que su corazón retomara el latido que lo había acompañado desde su formación.

El tiempo avanzaba implacable, como siempre, pero para nosotros cada segundo se transformó en una eternidad. Tras más de media hora de reanimación ininterrumpida, finalmente ocurrió lo esperado: su corazón volvió a latir y sus pulmones lograron el oxígeno necesario para emitir su primer grito. Aquel llanto fue la señal que confirmó que el esfuerzo y la perseverancia habían valido la pena. “¡Está vivo!”, exclamamos al unísono, con una mezcla de alivio y emoción profunda.

En ese instante, la presencia de un familiar llenó la habitación. En su rostro se reflejaban la angustia y la preocupación propias de quien comprende la magnitud de lo ocurrido, sentimientos que, hasta ese momento, todos compartíamos en silencio.

La impotencia frente a las limitaciones evidentes, y el deseo profundo de hacer más para preservar la vida de aquel pequeño gladiador, nos llevó a tomar decisiones que

trascendían lo habitual. Sostener con vida a un ser humano que apenas llevaba minutos en este mundo representa una de las situaciones más complejas y determinantes para las que nos formamos como profesionales de la salud.

Con plena conciencia de las graves repercusiones que la hipoxia puede generar en los primeros instantes de vida y priorizando en todo momento su bienestar, se estableció comunicación inmediata con el sistema de emergencias, las autoridades correspondientes y los médicos de guardia del hospital de mayor complejidad. El objetivo era claro: asegurar la continuidad del soporte vital una vez que el recién nacido ingresara al siguiente nivel de atención. Sin demora, el personal del centro de salud, junto a la madre y un familiar, se movilizó en un vehículo particular rumbo al hospital de referencia.

Sin embargo, la historia no concluyó con la entrega de los pacientes. Tras ver a la madre y al recién nacido ser recibidos por los equipos correspondientes en el área de emergencias, una mezcla de emociones nos invadió. La empatía, la humanidad y el compromiso profesional nos llevaron a reflexionar sobre la importancia de haber actuado con benevolencia y responsabilidad. El seguimiento posterior, mantenido mediante llamadas telefónicas, nos permitió conocer que ambos se encontraban a salvo y continuaban luchando por sobrevivir.

El neonato permaneció ingresado en la unidad de cuidados intensivos durante casi cuatro meses y requirió al menos dos meses adicionales de hospitalización. Las complicaciones fueron inevitables, pero la fortaleza de la madre se sostuvo en una felicidad indescriptible: su hijo seguía con vida. Así nos lo hizo saber cuando, aproximadamente dos meses después

del nacimiento, regresó al centro de salud con lágrimas de júbilo para confirmar que había logrado sobrevivir.

Meses más tarde, volvió nuevamente, esta vez acompañada por su hijo. Aquel prematuro extremo que alguna vez cabía en la palma de una mano ahora exigía ambos brazos para sostenerlo, y su llanto, a ratos incontenible, era la prueba más elocuente de su vitalidad. La gratitud que expresó fue tan profunda que las lágrimas acudieron a mis ojos cuando supe que había decidido darle mi mismo nombre. En ese instante comprendí que actuar no solo con profesionalismo, sino también con el corazón, constituye el legado más valioso que podemos dejar en el ejercicio de la medicina.

ESCUCHAR TAMBIÉN CURA

Med. Zamira Sánchez Azar



Existen historias que llegan a la consulta sin hacer ruido, sin urgencia aparente, pero cargadas de un cansancio profundo. No llegan envueltas en emergencias visibles ni en signos alarmantes, sino en miradas agotadas, en silencios largos y en madres que piden disculpas antes de hablar.

Son historias que no siempre ocupan espacio en los libros de medicina, pero que dejan huellas imborrables en quienes las escuchan. Esta es la historia de una de ellas.

La niña nació sin aparentes complicaciones. El embarazo transcurrió con normalidad y el parto no registró incidentes relevantes. Desde el inicio recibió lactancia materna exclusiva, asumida por su madre con dedicación absoluta. Cada alimentación era un acto de entrega; cada noche en vela, una forma discreta de resguardo.

Con el paso de las semanas surgió una inquietud difícil de precisar. La bebé ganaba peso de manera notable, pero ese aumento no se reflejaba en energía ni en progresos del desarrollo. Dormía más de lo habitual, se movía poco y parecía distante de los estímulos. Su cuerpo crecía, aunque su evolución no avanzaba al ritmo esperado. La madre observaba con atención, comparaba, analizaba. No encontraba palabras exactas para describirlo, pero intuía que algo no marchaba bien. Decidió buscar orientación.

Consultó en centros de salud, hospitales y servicios privados. En cada encuentro recibió explicaciones tranquilizadoras, formuladas con seguridad y sin mayor indagación. Le señalaron que el crecimiento infantil es variable, que cada niño tiene su propio ritmo y que algunos procesos requieren paciencia. Las visitas concluían con esas respuestas, como si no hubiera motivos para profundizar.

Sin embargo, regresaba a casa con la misma inquietud. Las palabras escuchadas no lograban disipar la sensación persistente de que existía un desajuste sutil, algo que aún no encontraba nombre pero que seguía allí, latente.

Con el paso del tiempo, aquellas respuestas comenzaron a pesarle. No solo porque no resolvían su inquietud, sino porque fueron instalando una culpa silenciosa. Se preguntaba si su leche era suficiente, si cometía algún error, si su propio cuerpo fallaba. Llegó a desconfiar de su intuición y a pensar que tal vez exageraba. Sin embargo, cada vez que observaba a su hija, esa convicción interna reaparecía con la misma fuerza.

Los meses transcurrieron. La niña continuaba ganando peso, pero sin progresos evidentes en su desarrollo. La madre ya no asistía a las consultas con expectativa, sino con el anhelo de ser escuchada sin que su preocupación fuera minimizada. Fue entonces cuando llegó a mi consulta.

Recuerdo su manera de expresarse, prudente y medida, como si temiera ser juzgada. Antes de concluir su relato, se disculpaba por insistir. Decía que quizá solo necesitaba paciencia. En su mirada había agotamiento, aunque también una determinación serena que no se había extinguido.

Realicé una evaluación minuciosa. Los hallazgos clínicos comenzaron a integrarse con claridad: letargo, hipotonía, aumento ponderal no acorde con un patrón fisiológico y escasa respuesta a estímulos. No se trataba simplemente de una

variación dentro de la normalidad. Existían señales que requerían profundización. Se solicitaron estudios complementarios.

Los resultados confirmaron el diagnóstico: hipotiroidismo congénito no identificado previamente. Una condición que, detectada de forma oportuna, modifica de manera significativa el pronóstico de vida. Mientras tanto, una madre había recorrido múltiples consultas cargando incertidumbre y desgaste emocional.

Al comunicarle la conclusión, permaneció en silencio. Luego inhaló profundamente. Sus ojos se humedecieron, no por enojo, sino por alivio. Expresó en voz baja que siempre había sabido que algo no estaba bien. Comprendí entonces que no solo recibía una explicación médica, sino que recuperaba la confianza en su propia percepción.

El tratamiento se inició de inmediato. Escuchó cada indicación con atención plena. No hubo reproches, únicamente la disposición firme de hacer todo lo necesario por su hija, ahora que contaba con respuestas precisas y una dirección clara.

Con el tratamiento, las transformaciones comenzaron a hacerse visibles. La niña se mostraba más alerta, activa y conectada con su entorno. Su desarrollo avanzaba de manera sostenida. No fue un camino inmediato ni exento de dificultades, pero sí auténtico. En cada control, la madre acudía con una combinación de gratitud y determinación.

Esta experiencia deja una reflexión que trasciende lo clínico. La esperanza no siempre se expresa con entusiasmo; en ocasiones es discreta, constante y casi imperceptible. Habita en quien insiste cuando otros ya no buscan respuestas. Persiste en quien vuelve a solicitar ayuda, aun después de sentirse ignorado.

A veces, la vida pone a prueba la fortaleza de manera injusta. Sin embargo, también ofrece enseñanzas profundas: escuchar

puede modificar destinos; la intuición materna no es exageración; detrás de una insistencia reiterada suele existir una verdad que espera ser reconocida.

Es, además, una historia que interpela a la práctica médica. Obliga a cuestionar cuántas veces, amparados en la rutina o la experiencia, desestimamos señales que merecen atención. Cuántas consultas concluyen con premura mientras la preocupación continúa creciendo en silencio. No todo lo que parece habitual es saludable, ni toda calma aparente equivale a bienestar. Para quienes ejercemos la medicina, es un recordatorio claro: a veces, el acto más trascendente no es explicar, sino saber escuchar.

Esta madre aprendió, a través de la adversidad, que amar también implica resistir: sostenerse frente a la duda externa, al desgaste propio y a la sensación de incompreensión. Mantuvo la confianza incluso cuando las respuestas no llegaban y la culpa amenazaba con instalarse. Su fortaleza no fue estridente, pero sí inquebrantable.

La niña, sin advertirlo, fue sostenida por esa perseverancia cotidiana. Por una mujer que no dejó de observar, cuidar y buscar. Cada avance alcanzado está entrelazado con ese compromiso que se negó a rendirse. Antes del diagnóstico y del tratamiento, existió una mirada atenta que nunca dejó de creer.

Relatos como este recuerdan que la medicina también se edifica desde la humanidad: en la disposición de escuchar sin prejuicios, de detenerse un instante adicional, de validar la voz de quien cuida. Porque, en ocasiones, transformar una vida comienza con algo tan esencial como prestar verdadera atención.

PSIQUIATRÍA



VIVIR BAJO UNA ESPADA

Med. Clara Alexandra Caraguay Quinde



La formación médica enseña a identificar enfermedades, ordenar síntomas y anticipar diagnósticos. Pero casi nunca nos prepara para mirar el dolor desde adentro, cuando la amenaza deja de ser una teoría ajena y se convierte en una sombra íntima, silenciosa y propia. Tampoco nos instruye para reconocer cómo el miedo, la ansiedad o la incertidumbre pueden enfermar la mente con la misma intensidad con la que la patología afecta al cuerpo. Y, sin embargo, allí estaban: la clínica y la psique entrelazadas, sin manual que guiara ese camino.

La historia que comparto comenzó hace algunos años, cuando una joven estudiante de medicina cursaba su último año. Vivía entre guardias interminables, aprendizajes intensos y esa mezcla de nervios y entusiasmo que aparece al sentirse cerca del título profesional. En medio del ritmo agotador, una mañana cualquiera descubrió una pequeña lesión en su ojo: un detalle mínimo, casi invisible, pero capaz de estremecerla. No imaginaba entonces que aquel hallazgo cambiaría por completo su vida, no solo en lo biológico, sino también en lo emocional.

A partir de ese hallazgo los meses avanzaron rápidamente entre clases, turnos y una incertidumbre persistente. Es así que llegó diciembre con su energía habitual, sumándose a la

celebración de su cumpleaños número veinticinco, junto con su familia sonreía victoriosa soplando sus velas de cumpleaños, todo era perfecto.

Con el paso de los días ese año finalizaba, un treinta y uno de diciembre junto a sus compañeros celebraba el último turno del año entre risas, pendientes acumulados y pacientes críticos. Aunque la alegría llenaba el ambiente, un montón de preguntas la invadían con insistencia, pensamientos intrusivos que la acompañaba incluso en los momentos más felices: ¿Qué es lo que está pasando con mi ojo?

La lesión seguía allí, creciendo en silencio. Era una presencia constante, incluso en las fotografías de aquella noche que pretendía inmortalizar un cierre de ciclo. “Nos espera un buen año”, decían todos, confiados en un futuro brillante. Sin embargo, dentro de ella se encendía una inquietud amarga: intuía que algo no estaba bien.

Con el inicio del nuevo año, su vida tomó un ritmo frenético. Faltaban pocos meses para la graduación; a sus veinticinco años estaba en la etapa ideal para soñar en grande. Entonces escuchó un rumor en los pasillos: un nuevo oftalmólogo había llegado al hospital. ¿Sería él quien finalmente disipara sus dudas? ¿Sería él quien le dijera que no había nada de qué preocuparse?

Días después, cuando por fin tuvo la oportunidad de reunirse con aquel médico, reunió el valor necesario para acercarse. Él era joven, amable y de expresión serena. Mientras firmaba unos documentos, ella preguntó si podía hacerle una consulta, - claro, con mucho gusto- respondió.

Le relató la aparición de la lesión, sus intentos fallidos por aliviarla y la preocupación que llevaba meses acumulando. - Ven, siéntate.- Voy a revisarte dijo él.

Observó su ojo con detenimiento. Tras un silencio tenso, casi sepulcral, pronunció las palabras que congelaron el ambiente: - Tengo que operarte. Lo antes posible. Parece un epidermoide y la única solución es la cirugía. -

Ella se quedó en blanco. Aquella frase cayó sobre su ánimo con una fuerza que no esperaba. Años de estudio no la habían preparado para estar al otro lado de la historia clínica. Apenas logró preguntar si podía esperar unos meses para no interrumpir su período de prácticas, aferrándose a su rutina asistencial como si pudiera protegerla. - Cuando tú decidas respondió con calma. Yo te ayudaré. Solo avísame cuando estés lista. -

Salió del consultorio con la sensación de que el mundo se inclinaba bajo sus pies. Nunca la habían operado. ¿Dolor? ¿Anestesia? ¿Qué era realmente un epidermoide? Esa noche buscó información y el internet no tuvo piedad: cáncer, maligno, mortal, mayores de 60 años. Ella tenía veinticinco. Rompió en llanto. La medicina dejó de ser un campo de estudio y se transformó en un espejo amenazante.

El miedo se instaló como un huésped silencioso. Buscó consejo en personas de confianza: colegas, personal quirúrgico y compañeros que insistían en que no debía postergar más. “No esperes demasiado”, le repetían. Hasta que por fin llegó el día en que, casi sin pensarlo, después de que la ayudaran a gestionar el permiso en su práctica no podía descuidar los estudios, reunió el valor para decirle al médico: - Quiero operarme.-

Sus compañeros le tomaron las muestras para los exámenes prequirúrgicos; estaba rodeada de amigos leales y, por momentos, ya no se sentía sola.

Dos días después ingresó al quirófano. Ventajas de vivir en un hospital, pensó, tratando de tranquilizarse. Había conversado previamente con especialistas que la animaron y le explicaron cada paso para garantizar un diagnóstico y una recuperación exitosa. Tenía miedo, pero una fortaleza inesperada la sostenía. Entró a la sala con una sonrisa que quedó inmortalizada en una fotografía, aunque por dentro temblaba. El frío del ambiente se mezclaba con cada emoción que la atravesaba.

La cirugía dolió. Duró casi dos horas. Pero el informe transoperatorio fue claro: benigno. Respiró aliviada. Creyó que todo había terminado.

La recuperación avanzó con rapidez y sin contratiempos. Todo parecía haber quedado atrás. Se sentía ligera, casi victoriosa, hasta que una mañana recibió una notificación en su teléfono: el resultado definitivo de la biopsia estaba disponible. Descargó el archivo, abrió el documento y, en letras mayúsculas, leyó: CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CONJUNTIVA. SUGESTIVO DE MALIGNIDAD.

El mundo se quebró. El tiempo se detuvo. El aire se volvió más frío y comenzó a faltarle. Llamó al médico y conversaron en un pasillo silencioso. Las palabras cáncer y muerte ocuparon cada rincón de su mente. Te salvaste por dos milímetros repetía él. Estás curada. Pero no lograba asimilarlo. ¿Cómo podía estar curada de algo que apenas comenzaba a comprender? ¿Cuál era la causa? Probablemente la exposición solar, tal vez la radiación. Había estado expuesta a ambas.

“Curada”. Una palabra imposible de abrazar cuando el miedo era un océano agitándose en su pecho. Aún no procesaba la idea del cáncer. ¿Había estado allí? ¿Se había ido? ¿Había

ganado una batalla que ni siquiera sabía que estaba librando? Lo único claro era que aquel médico cuyo nombre evocaba a la persona que más había amado le había salvado la vida. Le había regalado una segunda oportunidad.

Mientras intentaba atravesar su propio duelo, el sol se convirtió en su enemigo. Modificó por completo su manera de vestir: ropa que cubriera cada centímetro de piel, parasol, sombrero, gafas oscuras, lentes protectores y nada de maquillaje. Todo aquello pasó a formar parte de su rutina diaria. Ya no era la misma. Algo en ella estaba mutando con cada amanecer.

Y entonces llegó la pandemia de COVID-19. Mientras el mundo se desmoronaba, sus controles médicos continuaban entre trajes protectores y el temor constante a contagiarse. Algunos compañeros empezaron a llamarla “pollito de colores”, quizá por sus atuendos, quizá por la fragilidad que creían ver en ella. Otros pensaban que exageraba: al fin y al cabo decían solo había sido una cirugía con un resultado aparentemente “benigno”. Ella no estaba obligada a explicar nada.

Meses después llegó el día de su anhelada graduación. La ceremonia fue virtual, pero incluso así, pese a todo lo vivido, todo había valido la pena. Por un instante, el dolor se disipó y solo quedó la alegría: el sueño que tenía desde niña, por fin, se había cumplido.

Con el paso de los días, una adenomegalia cervical hallada de forma inesperada en los exámenes de control reactivó todo el terror. La posibilidad de un nuevo cáncer empezó a rondarla como un enemigo silencioso, siempre al acecho. “Proceso linfoproliferativo”, decía el informe de la punción de uno de los ganglios. Entró en pánico. Días después, la pizarra

quirúrgica mostraba su nombre bajo la etiqueta “Linfoma no Hodgkin”. ¿Acaso la vida la enfrentaba otra vez a la misma sombra? Debía someterse a un nuevo procedimiento con apenas unos meses de diferencia, cerrando ese año de la peor manera, casi doce meses después de la aparición de aquella primera lesión.

Finalmente, los resultados confirmaron un diagnóstico benigno: un tiroides ectópico. Sin embargo, la herida emocional ya estaba hecha. Esa, la invisible, dolía tanto como la pequeña cicatriz en su cuello. La incertidumbre lastima más que la enfermedad; aquella tortura emocional había dejado marcas profundas. El miedo persistía y se añadía la frialdad de uno de los especialistas que llevaba su caso: - Hágase un PET-SCAN. El ganglio que puncioné sigue allí. - Se negaba a aceptar la evidencia, y sus palabras la persiguieron durante meses como una condena, pese al acompañamiento sensato de los otros médicos que la atendían.

Tras semanas de hipervigilancia, insomnio, ataques de pánico y un temor constante, buscó ayuda psicológica. ¿Podrían enseñarle a vivir con aquel cambio? No solo la evaluó un psicólogo; fue derivada a psiquiatría con diagnóstico de trastorno de pánico. Le indicaron antidepresivos. Guardó silencio ante su familia, temiendo el estigma. El tratamiento no fue sencillo: durante tres años, el clonazepam y fármacos como fluoxetina y venlafaxina acompañaron su soledad.

En un intento de transformar el dolor en fuerza, empezó a realizar voluntariado en una fundación para familias de pacientes con cáncer, mientras iniciaba estudios relacionados con oncología. Aunque temblaba cada vez que escuchaba la palabra “cáncer”, se esforzó por aprender aquello que algún día podría servirle para ayudar a otros. No era la única que

necesitaba ser salvada. Durante sus prácticas hospitalarias conoció personas que llevaban años luchando contra la enfermedad. Conversó con ellas y, en cada diálogo, recogió la fortaleza que aún le hacía falta para sanar su propia alma. La escucharon con respeto. Tu lucha es tan válida como la nuestra le decían.

Algunos le preguntaban: ¿Ya tocaste la campana? Se referían a la campana instalada en la sala oncológica que visitó durante dos semanas. Ella no sabía que aquel objeto simbolizaba la culminación de un período de batalla, un gesto cargado de esperanza que marcaba el renacer de quienes lograban liberarse de la enfermedad.

La campana estaba allí, símbolo de victoria y anhelo compartido por todos los presentes. Avergonzada, pero firme, tomó el cordel con una sola mano. No se atrevió a hacerla sonar. ¿Tenía derecho a tocarla con la misma fuerza que quienes enfrentaban ciclos interminables de quimioterapia? ¿Era su lucha comparable con la de ellos? Se limitó a inmortalizar el instante en una fotografía. Llevaba dos años en remisión; de algún modo, también había vencido. Y cada día se volvía un poco más fácil comprenderlo.

Los meses avanzaron. Viajaba una vez al mes para continuar su voluntariado, aprobó sus estudios en oncología y seguía adelante, aunque la angustia persistía. Una noche, mientras buscaba respuestas, encontró el nombre de aquello que aún la consumía: Síndrome de la Espada de Damocles, un concepto de la psicooncología que describe el miedo persistente a la recurrencia del cáncer, una amenaza imaginaria que pende sobre la mente incluso cuando el cuerpo está en remisión. Comprendió entonces que su batalla ya no era física, sino emocional. ¿Algún día las pastillas la ayudarían a liberarse de esa sombra?

¿Podría vivir con esa espada suspendida sobre su cabeza? Hoy, años después, tras múltiples controles médicos, evaluaciones psicológicas, otra cirugía benigna en el mismo ojo, análisis constantes, su autoformación y el retiro de los medicamentos, aún la siente allí. Pero ya no la paraliza. Aprendió a convivir con ella. El tratamiento psiquiátrico, el acompañamiento clínico y la ayuda psicológica contribuyeron mucho, pero todavía más lo hizo su resiliencia, esa fuerza que la sostuvo y la transformó en una médica con empatía verdadera, nacida del dolor. Desde aquel primer síntoma entendió que su vocación se encaminaba hacia un destino claro: algún día servir desde la psiquiatría a quienes enfrentan sus propias sombras.

Sueña con el momento en que pueda retirar definitivamente esa espada, que la prueba termine y quede solo como un recuerdo. Se mira otra vez al espejo: ya no hay lesión en su ojo, ya no hay adenomegalias, la vida continúa. Admira a la joven de veinticinco años que vio su mundo derrumbarse y aun así sobrevivió, que sigue reconstruyéndose día tras día, con manos temblorosas y el deseo intacto de continuar su formación profesional.

Hoy cuento su historia porque admiro su lucha, pero sobre todo su resiliencia: esa fuerza silenciosa, nacida del dolor, que la convirtió en la médica que siempre soñó ser, una médica hecha de empatía real. Escribo estas líneas mientras observo lo bonito del mundo desde la ventana de un bus que avanza hacia otro control médico. Qué ironía, mientras la vida sigue su curso, aquella joven continúa en pie y sigue luchando.

Esa joven soy yo... y mi historia, aún, no ha dicho su última palabra.

LA PRISA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Med. Flor Aguilar Mendieta



Era uno de esos días en los que se mira el reloj y faltan apenas cinco minutos para terminar la jornada laboral. Entonces llegó el aviso: una emergencia que requería gestionar una tomografía urgente. Paciente con cefalea intensa, pérdida de la conciencia y mareo persistente, sin causa aparente ni antecedentes relevantes. La prisa convirtió esos cinco minutos finales en una carrera contrarreloj.

Mientras se organizaba el estudio, la madre susurró una frase que detuvo todo: “Las pastillas no se las ha tomado... están todas completas”. Pastillas. Un nombre extraño, explicó, pero “le ayudaban a dormir”. En ese instante, supe que hacía falta algo más que un examen de imagen. Decidí profundizar. El esfero se detuvo y buscamos un espacio confidencial, lejos del ruido del servicio.

Llamé a la madre. Su mirada se quebró antes de que pudiera hablar. Me contó que la familia llevaba tiempo desintegrada, que la comunicación con su hijo era escasa, aunque académicamente fuera un gran profesional. Faltaba el apego emocional, ese que no siempre se nombra, pero se siente. Aun así, ella nunca había dejado de apoyarlo.

Consume estas tabletas para poder dormir dijo con voz temblorosa.

Está bien le respondí, vamos a ayudarlo.

Solicité un examen toxicológico. El resultado fue positivo. Al comunicárselo, se derrumbó.

Ya no puedo más... ¿en qué fallé?

En nada le contesté con firmeza. Esto es una enfermedad, como cualquier otra. Necesita tratamiento. El equipo de salud mental lo acompañará de forma ambulatoria y, si es necesario, en un centro residencial. Hay procesos que funcionan, y muchas vidas han cambiado gracias a ellos.

Ella dudaba. Decía que a veces creía que su hijo no consumía, porque era responsable, querido, respetuoso, un excelente profesional. En el fondo, intuía que aquello no era solo una sustancia, sino una carencia más profunda: afecto, comunicación, empatía, apoyo familiar y social. Confesó que nunca sabría cuál había sido el detonante, que en su familia algo así jamás había ocurrido, y que la ruptura había comenzado cuando su esposo decidió marcharse.

La escuché en silencio.

Entiendo cómo se siente le dije, buscando las palabras justas. Tal vez nunca tengamos una respuesta exacta. La disfuncionalidad familiar puede ser una de las causas, pero no la única.

Ella suspiró y respondió con una lucidez dolorosa: quizá la vida nos enfrenta a enfermedades que antes no sabíamos nombrar, ni reconocer. Sus palabras quedaron suspendidas en el aire, como un eco incómodo que nos interpela a todos. Hay preguntas para las que el protocolo no nos prepara, y momentos en los que ningún manual enseña cómo acompañar a una madre con el corazón expuesto, negándose a aceptar que esto también forma parte de su historia.

Ella se cuestiona si, en realidad, este problema nunca estuvo tan lejos. Aparece en las escuelas, los colegios, el trabajo cotidiano, el parque, el autobús; en la familia de un amigo, en el vecino, en el compañero de trabajo. Y ahora también está en la suya. Aquello que parecía ajeno se volvió cercano, tangible, difícil de reconocer sin contar con las herramientas adecuadas para un abordaje integral. Estas reflexiones me impulsan a compartir su temor y sus dudas, pero también fortalecen la convicción de que su caso aún puede recibir el apoyo necesario para mejorar su calidad de vida.

Tal vez sea momento de detenerse, de hacer una pausa. De valorar lo simple, fortalecer la comunicación y reconstruir el apego familiar. La maternidad y la paternidad responsables no se pierden con la disolución de la pareja; aunque la familia se fracture, esos vínculos permanecen. “Mi esposo se fue y hemos perdido toda comunicación”, dice, pero el lazo materno y paterno es permanente. Qué profunda reflexión exclamé. Es allí donde la familia se consolida como una base inquebrantable, capaz de sembrar una autoestima firme, resistente a cualquier sustancia que intente deteriorar el bienestar físico y mental.

Muchas veces la sociedad no comprende, y el señalamiento constante dificulta aún más la búsqueda de ayuda profesional susurra la madre, con la voz entrecortada. No estamos familiarizados con la importancia de la salud mental. Nos bloqueamos cuando se menciona la necesidad de una consulta psiquiátrica, porque culturalmente la asociamos con debilidad o locura. Desde niños no aprendemos a gestionar emociones; de adultos, esa carencia se acentúa, incluso cuando somos responsables de nuestro propio bienestar y del cuidado de otros.

Es hora de tomar una decisión le manifesté.

Ella, más serena, me miró y eligió con valentía. Decidió demostrar que sí es posible romper patrones, sin juzgar decisiones pasadas ni estilos de vida. Comprendió que sentir es humano; que un “te amo” o un abrazo pueden ser tan necesarios como desayunar, almorzar o cenar. Que estar presente, con tiempo de calidad, es un acto de cuidado. Reconoció también que el entorno influye: donde vive, las celebraciones suelen girar en torno al alcohol, y el consumo de sustancias se ha normalizado, como si la diversión dependiera de ello. Algo tan habitual en nuestro medio que pocas veces se cuestiona.

Me lo he negado confesó. Porque sentía que esto no podía estar pasándome a mí. He perdido la capacidad de gestionar mis emociones y resolverlas. Sé que aquí puedo empezar a buscar ayuda profesional.

El problema está ahí le dije con suavidad, pero con claridad. Hoy comenzamos reconociéndolo con firmeza. Buscar ayuda no te hace débil.

Ese día comprendí que el mejor tratamiento, más allá de un síntoma o un diagnóstico, es el acompañamiento. Romper barreras, construir nuevas formas de entender la salud. Entender que valorar la salud mental, elaborar un familiograma o explorar el contexto social es tan importante como medir los signos vitales. La atención debe estar centrada en el ser humano.

Que la prisa no nos robe la oportunidad de un abordaje integral. Que lo estructural y lo social sean siempre ejes del diagnóstico y del tratamiento biopsicosocial.

La prisa es enemiga de la perfección.



#LineaEditorial

**Participa en nuestros próximos
proyectos editoriales!**

+593 985022502