

Libro del año en Reino Unido

# Esto te va a doler



Historias disparatadas  
de un médico residente

Adam Kay

 Planeta

Adam Kay

# Esto te va a doler

*Historias disparatadas de un médico residente*

Traducción de Gemma Deza Guil

 Planeta

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

Título original: *This is Going to Hurt*

Publicado por Picador en 2017, sello del grupo Pan Macmillan, división del grupo Macmillan Publishers International Ltd.

© Adam Kay, 2017

© de la traducción, Gemma Deza Guil, 2018

© Editorial Planeta, S. A., 2018

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona

[www.editorial.planeta.es](http://www.editorial.planeta.es)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

Primera edición: junio de 2018

Depósito legal: B. 9.963-2018

ISBN: 978-84-08-19075-2

Preimpresión: J. A. Diseño Editorial, S. L.

Impresión: Rodesa

Printed in Spain – Impreso en España

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como **papel ecológico**

## ÍNDICE

---

Introducción .....	13
1. Residente de primer año .....	17
2. Residente de segundo año .....	46
3. Residente de tercer año .....	76
4. Residente de cuarto año .....	100
5. Adjunto – Primer destino .....	122
6. Adjunto – Segundo destino .....	151
7. Adjunto – Tercer destino .....	180
8. Adjunto – Cuarto destino .....	213
9. Adjunto sénior .....	249
10. La vida después .....	275
Agradecimientos .....	283

## RESIDENTE DE PRIMER AÑO

La decisión de trabajar en medicina es, básicamente, como cuando recibes un correo electrónico a principios de octubre pidiéndote que escojas los platos del menú de la cena de empresa de Navidad. Lo más seguro es que elijas el pollo, para curarte en salud, y es más que probable que todo salga bien. Pero ¿qué sucede si alguien comparte en Facebook un vídeo abominable sobre cría intensiva de pollos el día antes y ves cómo les arrancan el pico en masa? ¿Y qué pasa si Morrissey muere en noviembre y, por respeto a él, le das la espalda a una vida que hasta entonces habías consagrado casi por entero a comer carne? ¿Qué ocurre si, de repente, se te declara una alergia mortal a los escalopes? A fin de cuentas, nadie sabe qué le apetecerá cenar dentro de sesenta días.

Los médicos eligen su carrera universitaria antes de cumplir los dieciocho años, antes de tener siquiera la edad legal para enviar una fotografía de sus propios genitales por el móvil. Cuando te sientas y te preparas para las pruebas de acceso universitario, das el pistoletazo de salida a una trayectoria que continuará hasta que te jubiles o te mueras. Y, a diferencia de lo que sucede en la cena de Na-

vidad de la empresa, nadie te cambiará el pollo por sus brochetas de tofu: una vez escoges, es para siempre.

A los diecisiete años, tus motivos para querer ser médico suelen ir en la línea de «Mi padre/mi madre es médico», «Me gusta mucho *Anatomía de Grey*» o «Quiero encontrar una cura para el cáncer». Los motivos uno y dos son ridículos, y el tercero, muy loable, sería maravilloso si no fuera porque eso lo hacen los científicos que se dedican a la investigación, no los médicos que visitan pacientes. Además, tomarle la palabra a alguien de esa edad es un poco injusto, comparable a considerar documento legalmente vinculante el dibujo de «Quiero ser astronauta» que hiciste a los cinco años.

Por lo que a mí respecta, no recuerdo haber tomado nunca la decisión de estudiar Medicina. Fue más bien la configuración por defecto de mi vida, como el tono de llamada de las marimbas en el móvil o la foto de archivo de una cordillera en el fondo de pantalla del ordenador. Me crié en el seno de una familia judía (aunque, en realidad, a la mayoría de nosotros lo único que nos interesaba de la tradición judía era su gastronomía), estudié en una de esas escuelas que, en esencia, es una especie de máquina de producir médicos, abogados y ministros como churros, y mi padre era médico. Tenía todos los números.

Como las facultades de Medicina reciben diez veces más solicitudes que plazas ofertan, todos los candidatos deben someterse a una entrevista, y solo los que salen airosos frente al jurado obtienen plaza. Se da por sentado que todos los aspirantes tienen una nota de corte altísima, por lo que las universidades basan sus decisiones en criterios no académicos. Y tiene sentido: un médico debe estar psicológicamente preparado para desempeñar su trabajo, debe ser capaz de tomar decisiones bajo una presión aterradora, de dar malas noticias

a parientes angustiados y de lidiar con la muerte en su día a día. Y también debe tener algo que ni se aprende de memoria ni puede evaluarse: un buen médico debe tener un corazón inmenso y una aorta dilatada que bombee un inmenso flujo de compasión, amabilidad y empatía humana.

Al menos, eso es lo que se podría pensar. Pero, en realidad, a las facultades de Medicina todo esto les importa un bledo. Ni siquiera comprueban si te mareas cuando ves sangre. En lugar de eso, se centran en tus actividades extraescolares. Su alumno ideal ha sido capitán de dos equipos de deporte, campeón de natación de su municipio, director de la orquesta de jóvenes y del periódico de su instituto. Se trata, pues, de un concurso de popularidad en el que el premio final no es una banda ni una corona. Al buscar el nombre de cualquier médico famoso en la Wikipedia encontramos cosas como: «Demostró ser un excelente jugador de rugby en las ligas juveniles. Destacó como corredor y, en su último año de carrera, fue cocapitán del equipo de atletismo». Esta descripción en concreto corresponde a Harold Shipman, acusado de matar a 218 pacientes y conocido por ser uno de los peores asesinos en serie de la historia moderna, así que quizá el sistema no sea demasiado fiable.

El caso es que el Imperial College de Londres tomó en consideración el que yo cursara octavo curso de piano y saxofón, así como algunas reseñas de teatro un poco chapuceras que había redactado para la revista del instituto, y decidió que aquello me cualificaba a la perfección para pasarme la vida en hospitales. De manera que en 1998 hice las maletas y me embarqué en un traicionero viaje de diez kilómetros de Dulwich a South Kensington.

Como es fácil imaginar, aprenderse hasta el último detalle de la anatomía y la fisiología del cuerpo humano, así

como todos sus posibles fallos y afecciones, es una empresa descomunal. Pero la emoción de saber que algún día sería médico, algo tan trascendental que, literalmente, te cambia el nombre, como si fueras un superhéroe o un delincuente internacional, me impulsó hacia mi objetivo durante aquellos seis largos años.

Y allí estaba yo, convertido en un residente de primer año. De haber acudido a *Saber y ganar* y haber escogido la especialidad de «cuerpo humano», habría sido imbatible. En casa se habrían puesto todos como locos y le habrían gritado a la pantalla por haber escogido un tema demasiado amplio y no haberme decantado por algo como «arteriosclerosis» o «juanetes». Pero se habrían equivocado: la habría clavado.

Había llegado por fin el momento de lanzarme a la palestra, armado con todos aquellos conocimientos exhaustivos, y poner en práctica la teoría. Me moría de ganas. De ahí que me cayera como un cubo de agua fría descubrir que me había pasado un cuarto de mi vida en la facultad de Medicina y no estaba ni remotamente preparado para la existencia del doctor Jekyll y mister Hyde que llevan todos los médicos internos.

Durante el día, el trabajo era llevadero, aunque resultaba aburrido y consumía una cantidad de tiempo demencial. Cada mañana te presentabas para la «ronda de visitas», donde el equipo médico al completo examinaba sin prisas a cada uno de los pacientes que tenía asignados. Te colocabas en fila detrás del médico, como un patito hipnotizado, asomabas la cabeza por uno de los lados, sin molestar, y anotabas todo lo que decían los médicos tutores: reservar hora para una resonancia magnética, derivar a un paciente a reumatología o preparar un electrocardiograma. Luego



te pasabas el resto de la jornada laboral (y normalmente un par de horas extra que nadie te pagaba) realizando docenas o, en ocasiones, centenares de tareas adicionales, como rellenar formularios y hacer llamadas telefónicas. En esencia, era una secretaria con ínfulas, que en realidad no era para lo que yo me había formado, pero bueno.

Por su parte, los turnos de noche lograron que el infierno de Dante pareciera Disneylandia: una pesadilla implacable que me hizo lamentar haber pensado alguna vez que mi educación estaba siendo infrutilizada. Por la noche, los médicos internos residentes reciben un busca y asumen la responsabilidad de todos los pacientes del hospital. ¡De todos y cada uno de ellos! En el turno de noche, los internos residentes de categoría superior y los especialistas están en urgencias examinando pacientes e ingresándolos, mientras los internos se encargan del hospital y dirigen solos el barco, un barco inmenso en el que se ha prendido fuego y que, en realidad, nadie les ha enseñado a capitanear. Te han formado para examinar el sistema cardiovascular del paciente, para conocer la fisiología de los vasos coronarios..., pero ser capaz de detectar todos los síntomas y las señales de un ataque al corazón es muy distinto de gestionar uno la primera vez que te enfrentas a la situación.

El busca te manda de sala en sala, de enfermero en enfermero, de urgencia en urgencia. No se acaba nunca, no deja de sonar en toda la noche. Tus colegas más experimentados están atendiendo pacientes en urgencias, con problemas concretos como neumonías o piernas fracturadas. Tus pacientes presentan urgencias similares, pero, además, ya están hospitalizados, lo que significa que antes de eso ya les pasaba algo. Te enfrentas a una ensalada variada de síntomas, aliñada con afecciones y servida sobre un lecho de en-

fermedades. Así, acabas con un paciente con neumonía al que hospitalizaron por un fallo renal o con un paciente que se ha roto la pierna al caerse de la cama mientras tenía otro ataque epiléptico. Te conviertes en un departamento de urgencias unipersonal, móvil y sin formación suficiente, empapado en fluidos corporales (y no de los divertidos), obligado a revisar un torrente infinito de pacientes con enfermedades graves que doce horas antes tenían a todo un equipo médico ocupándose de ellos. Y de repente darías un ojo por ser un ejecutivo con una jornada de dieciséis horas o, lo ideal, por tener un empleo intermedio que no esté ni muy por debajo ni muy por encima de tus capacidades.

O te hundes o sales a flote, y tienes que aprender a nadar porque, de lo contrario, una tonelada de pacientes naufragarán contigo. Yo, en realidad, lo encontraba perversamente estimulante. Por supuesto que había que trabajar duro, que el horario rayaba lo inhumano y que vi cosas que siguen lacerándome la retina hoy en día, pero era médico.

## **Martes, 3 de agosto de 2004**

Día uno. H<sup>3</sup> me ha preparado un *tupper* para mediodía. Tengo un estetoscopio<sup>4</sup> nuevo, una camisa nueva y una di-

<sup>3</sup> H me padece como pareja desde hace seis meses. No se preocupen, no voy a obligar a nadie a memorizar una infinidad de nombres de personajes. Esto no es *Juego de tronos*.

<sup>4</sup> Estoy más que dispuesto a explicar la terminología médica a medida que vaya apareciendo, pero, si alguien no sabe lo que es un estetoscopio, quizá será mejor que le regale este libro a otra persona.

rección de correo electrónico nueva: atom.kay@nhs.net. ¿Atom? Me reconforta saber que, al margen de lo que suceda hoy, nadie podrá acusarme de ser la persona más incompetente del hospital. Porque, en caso de serlo, siempre puedo echarle la culpa al tal Atom Kay.

Saboreo el potencial de esta anécdota para romper el hielo, pero más tarde, en el bar, mi amiga Amanda la supera con creces. Amanda se apellida Saunders-Vest y han escrito su nombre como si «guion» formara parte de su apellido, de manera que su dirección de correo electrónico es: amanda.saundersguionvest@nhs.net.

### **Miércoles, 18 de agosto de 2004**

El paciente OM es un técnico de calefacciones jubilado de setenta años, vecino de Stoke-on-Trent. Pero, esta noche, Matthew va a convertirse en un profesor alemán excéntrico con un acento poco convincente. Y no solo esta noche, sino también las mañanas, las tardes y todos los días que pase hospitalizado, debido a la demencia que padece, exacerbada por una infección del tracto urinario.<sup>5</sup>

La rutina preferida del profesor OM es perseguirnos durante la ronda de visitas por el hospital con su camisón de enfermo del revés, como si fuera un abrigo blanco (y con poca ropa interior, por si a alguien le apetece una salchicha para desayunar), e intervenir con un: «¡En efecto!», un «¡Correcto!» o alguno que otro «¡Es usted un genio!» cuando un médico dice algo.

<sup>5</sup> A las personas mayores, las infecciones del tracto urinario, o cualquier tipo de septicemia leve, les hace perder un poco la chaveta.

Durante las rondas de los especialistas y de los médicos adjuntos, lo acompaño a su cama de inmediato y me aseguro de que el personal de enfermería lo mantenga arropado durante un par de horas. Pero en mis rondas en solitario le dejo que se me pegue como una lapa. No tengo muy claro lo que estoy haciendo y, aunque lo tenga, no acabo de confiar en mí, de manera que me viene bien contar con un animador alemán entrado en años que vocifera a mis espaldas «¡Brillante!» de vez en cuando.

Hoy se ha pegado un buen leñazo, así que, por desgracia, he tenido que retirarlo del servicio activo.

### **Lunes, 30 de agosto de 2004**

La cantidad de anécdotas sobre pacientes que recopilamos compensa la falta de tiempo libre. Hoy, en la leonera,<sup>6</sup> a la hora de comer, hemos estado intercambiando anécdotas sobre «síntomas» sin sentido que nos han explicado los pacientes. Entre todos, en las últimas pocas semanas, hemos visto a pacientes a quienes les picaban los dientes, pacientes que han experimentado una repentina «mejora» de la audición y pacientes que experimentaban dolor en un brazo durante la micción. Cada caso provoca su correspondiente oleada de carcajadas educadas, como el discurso de un dignatario local en una ceremonia de graduación. Cada comensal comparte su versión de las historias de fantasmas que se cuentan alrededor de las hogueras en los campamentos hasta que le llega el turno a Seamus. Seamus nos cuenta

<sup>6</sup> Con «leonera» me refiero a la zona común acondicionada con unos cuantos sofás y una mesa de billar hecha polvo.

que ha atendido a una persona en urgencias esa misma mañana que creía que solo sudaba por la mitad de la cara.

Se recuesta a la espera de que todos nos partamos de la risa, pero lo único que se oye es silencio. Entonces, casi todos decimos al unísono: «¿Tenía síndrome de Horner?». Seamus nunca ha oído hablar de ese síntoma y, lo que es más importante: desconoce que suele indicar la existencia de un tumor en el pulmón. Echa hacia atrás su silla con un chirrido que nos rasga los oídos y sale disparado a hacer una llamada telefónica para pedirle al paciente que regrese al hospital. Me acabo su chocolatina.

### **Viernes, 10 de septiembre de 2004**

Me percató de que los gráficos de observación de todos los pacientes de la planta indican 60 pulsaciones por minuto. Decido comprobar discretamente la técnica de medición del enfermero: les toma el pulso a los pacientes mientras mira el reloj y cuenta religiosamente el número de segundos por minuto.

### **Domingo, 17 de octubre de 2004**

Tengo que reconocerme un mérito: no he entrado en pánico cuando el paciente al que estaba explorando en el consultorio se ha puesto a expulsar de repente una cantidad ingente de sangre por la boca y sobre mi camisa. Pero ahí concluye mi mérito, porque no tenía ni pajolera idea de qué hacer. Le he pedido a la enfermera más cercana que fuera en busca de Hugo, mi tutor, que estaba en la

sala contigua y, mientras tanto, le he puesto una Venflon<sup>7</sup> al paciente y le he administrado unos cuantos fluidos. Hugo ha llegado antes de que me diera tiempo a hacer nada más, lo cual ha sido de suma utilidad porque, llegados a ese punto, se me habían agotado las ideas. ¿Buscar la llave de paso del paciente? ¿Meterle montones de papel de cocina por el cuello? ¿Añadirle unos picatostes y afirmar que era gazpacho?

Hugo ha diagnosticado varices esofágicas,<sup>8</sup> un diagnóstico sensato teniendo en cuenta que el paciente tenía el color de Homer Simpson (el del principio de la serie, cuando el contraste era mucho más extremo y todos los personajes parecían una pintura rupestre), y ha intentado controlar la hemorragia con un tubo de Sengstacken.<sup>9</sup> Mientras el paciente se revolvió, resistiéndose a que le metieran aquella cosa por la garganta, lo ha puesto todo perdido de sangre: las paredes, las cortinas, el techo, a Hugo y a mí. Ha sido como en una película *gore*. El sonido ha sido lo peor. Cada

<sup>7</sup> Las cánulas Venflon son los tubitos de plástico que se introducen en el dorso de la mano o en la parte interior del codo para poder administrar a los pacientes líquidos y medicamentos mediante un gotero. Poner estas cánulas es una de las responsabilidades claves de los médicos internos, aunque yo salí de la facultad de Medicina sin haber intentado poner ni una. La noche previa a mi estreno como médico, uno de mis compañeros de piso del recinto del hospital robó una caja con unas ochenta cánulas, y practicamos colocándonoslas el uno al otro durante unas cuantas horas, hasta que aprendimos a hacerlo. Estuvimos cubiertos de pinchazos durante días.

<sup>8</sup> Las varices son una complicación espantosa de la cirrosis hepática que consiste en la aparición de enormes venas varicosas en el esófago, las cuales pueden romperse en cualquier momento y provocar graves hemorragias.

<sup>9</sup> Se trata de un tubo que se inserta por la garganta y que, una vez en posición, puede inflarse como un balón para ejercer presión sobre los vasos sanguíneos y, si todo va bien, detener la hemorragia.

vez que aquel pobre hombre respiraba, se oía cómo se le encharcaban los pulmones de sangre y se ahogaba.

Para cuando hemos conseguido por fin insertarle el tubo, ya había dejado de sangrar. Al final, siempre se deja de sangrar, y en este caso ha sido por la razón más triste que existe. Hugo ha certificado la muerte del paciente, ha redactado el informe pertinente y le ha dicho a la enfermera que se lo comunicara a la familia. Estábamos empapados en sangre; en silencio, nos hemos cambiado y nos hemos puesto la ropa desechable limpia con la que hemos cubierto el resto del servicio. Ahí está, la primera muerte que presencié y no ha podido ser más espantosa. No ha tenido nada de romántico ni de bello. Ese sonido. Hugo me ha pedido que lo acompañara afuera para fumar un cigarrillo: ambos estábamos desesperados por fumar después de aquello. Y yo no había fumado nunca antes.

### **Martes, 9 de noviembre de 2004**

El busca me ha despertado a las tres de la madrugada, durante mi primera media hora de sueño en los últimos tres turnos, para que acudiera a recetarle un somnífero a una paciente, cuyo sueño es, a todas luces, mucho más importante que el mío. Tengo más poder del que pensaba: cuando he llegado a la sala, la paciente ya estaba dormida.

### **Viernes, 12 de noviembre de 2004**

Los resultados de los análisis de sangre de una paciente indican que tiene coágulos por todas partes, sin motivo

aparente. Hugo ha descubierto finalmente la causa. La paciente ha estado tomando unas de esas cápsulas que se venden en las tiendas de comida saludable para tratarse la ansiedad. Hugo le ha explicado a la paciente (y la verdad es que yo tampoco lo sabía) que esas cápsulas interactúan con el metabolismo de la warfarina, así que es probable que los coágulos desaparezcan si deja de tomarlas. La paciente se muestra sorprendida: «Pensaba que solo eran hierbas. ¿Cómo pueden ser malas para la salud?».

Al oír las palabras «solo eran hierbas», me ha parecido que la temperatura de la sala caía unos cuantos grados y Hugo ni siquiera se ha molestado en disimular su suspiro de hartazgo. Es evidente que no es la primera vez que libra este combate.

«El hueso del albaricoque contiene cianuro —responde con sequedad—. El hongo de la muerte presenta un índice de mortalidad del cincuenta por ciento. “Natural” no es sinónimo de “seguro”. Tengo una planta en el jardín que le provocaría la muerte con solo pasar diez minutos debajo de ella.» Trabajo concluido: la paciente tira a la basura las pastillas.

Más adelante, mientras practicamos una colonoscopia, le pregunto de qué planta se trata: «Del nenúfar».

## **Lunes, 6 de diciembre de 2004**

Nos han solicitado a todos los residentes de primer año que firmemos un documento en el que renunciamos a regirnos por la Directiva Europea de la Jornada Laboral porque nuestros contratos la incumplen.<sup>10</sup> Esta semana he visto a H

<sup>10</sup> La Directiva Europea de la Jornada Laboral se aprobó para proporcionar algún tipo de cobertura legal que impidiera a las empresas



menos de dos horas y he trabajado un total de noventa y siete. «Incumplir» es una manera suave de decirlo. Mi contrato ha agarrado a la directiva, la ha sacado a rastras de la cama gritando en plena noche y la ha arrojado por la borda.

## **Jueves, 20 de enero de 2005**

Querido camello:

So cabrón. Las últimas noches hemos tenido que ingresar a tres hombres y mujeres jóvenes, todos ellos secos como la mojava, porque, básicamente, se les había desplomado la tensión y tenían los electrolitos por las putas nubes.<sup>11</sup> La única conexión entre estos individuos es que recientemente habían consumido cocaína. Al margen de los riesgos asociados de ataque al corazón y deterioro del tabique nasal, el consumo de cocaína no causa este efecto en las personas. Estoy bastante seguro de lo que está pasando (y, si acierto, quiero un Premio Nobel o, como mínimo, una medalla al mérito por haberlo deducido): has estado cortando tu mercancía con la furosemida de tu abuela.<sup>12</sup>

Aparte de que me estás amargando las noches y hacién-

hacer trabajar a su personal hasta morir con los ojos inyectados en sangre, limitando los turnos a «solo» cuarenta y ocho horas por semana.

<sup>11</sup> Los electrolitos son las sales de la sangre, en su gran mayoría sodio, potasio, cloruro y calcio. Si los niveles suben o bajan mucho, el cuerpo nos avisa parándonos el corazón y entrando en coma. Tan inteligente como eso.

<sup>12</sup> La furosemida es un diurético. Si se padece una acumulación de líquido en los pulmones o en los tejidos, normalmente provocada por un mal funcionamiento del corazón o los riñones, ayuda a eliminarla a través de la orina. Si no se tiene esa concentración de fluidos, como en el caso que nos ocupa, elimina el contenido en agua de la sangre.

dome malgastar camas, mandar a tus clientes al hospital no me parece una táctica comercial especialmente inteligente. Hazme el favor y ten la delicadeza de cortar la cocaína con tiza como todo el mundo.

Atentamente,  
Doctor Adam Kay

### **Lunes, 31 de enero de 2005**

Anoche salvé una vida. Me sonó el busca para acudir a examinar a un señor de sesenta y ocho años que estaba ingresado y que se hallaba lo más cerca de las puertas de la muerte que se puede estar: ya había llamado al timbre y san Pedro se asomaba a la puerta para abrirle. Su saturación de oxígeno<sup>13</sup> era del setenta y tres por ciento (y sospecho que si yo no hubiera sabido que la máquina estaba estropeada y hubiese ido a comprarme una chocolatina, que era lo que me apetecía en ese momento, habría llegado demasiado tarde).

Ni siquiera tuve tiempo de revisar mentalmente los pasos a seguir: me limité a realizar acción tras acción en un modo de piloto automático que desconocía que tenía. Aplicar oxígeno, acceso intravenoso, análisis de sangre, gases sanguíneos, diuréticos, catéter. El paciente empezó a reanimarse casi de inmediato y, así, como cuando haces *punting*, el cable elástico rebotó justo antes de que el paciente se estrellara contra el suelo. Lo siento, Parca, esta noche habrá

<sup>13</sup> La saturación de oxígeno es el porcentaje de oxígeno en sangre y se mide mediante una pequeña pinza que te ponen en la punta del dedo. Debe estar lo más cerca posible del 100, sin duda por encima del 90 por ciento y necesariamente por encima del 80.

un comensal menos en la cena que habías organizado. Para cuando llegó Hugo, me sentía como Superman.

Acabo de darme cuenta de que es la primera vez en mis cinco meses de profesión médica que le salvo la vida a un paciente, y es una sensación extraña. Todo el mundo imagina que los médicos nos pasamos la vida dando vueltas por el hospital realizando actos heroicos de manera rutinaria; al principio, incluso yo lo daba por sentado. Pero lo cierto es que, aunque a diario se salvan docenas o incluso centenares de vidas en los hospitales, la mayoría de las veces la cosa se debe a un discreto trabajo en equipo. No lo hace un solo médico con una única acción, sino que responde a un plan sensato que lleva a cabo un número determinado de colegas, que comprueban en cada fase que el paciente esté mejorando y, en caso contrario, modifican el plan.

Sin embargo, en ocasiones, la acción de una sola persona sí consigue salvar una vida y hoy, por primera vez, yo he sido esa persona. Hugo parece feliz, o al menos tan feliz como es capaz de ser: «Genial. Le acabas de alargar la vida un par de semanas». Por muy superhéroe que sea, no se me pueden pedir milagros.

### **Lunes, 7 de febrero de 2005**

Mi traslado a cirugía<sup>14</sup> ha sido recompensado con mi primera lesión con avulsión.<sup>15</sup> El paciente WM tiene diecio-

<sup>14</sup> Los médicos residentes de primer año suelen pasar seis meses en medicina interna y seis más en cirugía. Sacar el palito más corto me llevó a urología.

<sup>15</sup> Una lesión con avulsión se produce cuando la piel se desgarra de manera traumática de los tejidos subyacentes. Son habituales en acci-

cho años y estaba de fiesta con unos amigos. Tras pasar la noche de juerga, acabó bailando sobre la marquesina de una parada de autobús y luego decidió descender al suelo usando una farola que le quedaba a mano como barra de bombero. Se agarró a ella y empezó a deslizarse abrazándola como un koala. Por desgracia, no tuvo en cuenta el tacto de la farola y el descenso no fue todo lo suave que había previsto, sino una caída repentina al notar que se estaba abrasando las manos con la textura granulada del poste, y que dolía a rabiar. Así que se presentó a urgencias con graves rozaduras en las palmas de las manos y el pene en carne viva.

He visto muchos penes a lo largo de mi breve tiempo en urología (y antes), pero este es sin duda el peor que me he encontrado. Habría merecido una escarapela si hubiera habido algún lugar donde prendérsela. Unos cinco centímetros de uretra revestidos por una fina capa de pulpa ensangrentada, con un diámetro total aproximado de medio centímetro. Me ha recordado a los restos de espagueti con tomate que quedan en el fondo de un cuenco al acabar de comer. Es comprensible que WM estuviera irritable. Algo que solo ha empeorado cuando se le ha ocurrido preguntar si era posible «reconstruirle» la piel del pene. El señor Binns, el especialista, le ha explicado con mucha calma que su «piel» estaba esparcida en aquella farola de dos metros y medio del oeste de Londres.

dentes de moto, cuando el motorista arrastra las manos desnudas por el suelo. Las ratas pueden desprenderse de la piel de la cola para evitar ser capturadas. No acabo de entender por qué nos dieron esta información en las clases de Medicina.

## **Lunes, 21 de febrero de 2005**

Redacto el informe de alta hospitalaria de una paciente después de practicarle una laparoscopia.<sup>16</sup> Le doy una baja de dos semanas. Me ofrece diez libras si le doy la baja durante un mes. Me río, pero ella habla en serio. Aumenta su oferta a quince libras. Le sugiero que acuda a su médico de cabecera si después de quince días aún no se siente preparada para reincorporarse al trabajo.

Si de verdad creen que me pueden sobornar con esa cantidad, está claro que tengo que empezar a vestir con un poco más de elegancia. De camino a casa me pregunto cuánto habría tenido que ofrecerme para que le dijera que sí. Es deprimente, pero situó la cifra en torno a las cincuenta libras.

## **Lunes, 14 de marzo de 2005**

Salgo a cenar con H y unos amigos a una pizzería con paredes de ladrillo visto, demasiado neón, menús en tablillas con sujetapapeles de clip, un sistema de pedido de una complejidad innecesaria y personal prácticamente reducido a cero. Te entregan un posavasos que pita y vi-

<sup>16</sup> Actualmente, casi cualquier operación abdominal puede realizarse mediante laparoscopia, que en griego significa «esto va a ser muy muy lento» e implica insertar unas cámaras diminutas e instrumental sujeto a unos palos largos a través de orificios minúsculos. Es una técnica complicada que cuesta mucho dominar. Un equivalente en la vida cotidiana consistiría en intentar atarse los cordones de los zapatos con unos palillos chinos... con los ojos cerrados y en el espacio.

bra cuando tu pedido está listo, momento en el que te toca caminar sobre un suelo de azulejos desparejados con mucho arte para ir a recoger tu pizza de manos de un camarero que no muestra ningún interés, porque sabe que nadie pide que le descuenten jamás el sueldo de los camareros del precio de la cena, por más que en realidad nadie te sirva.

Suena el dispositivo. Exclamo: «¡Mierda!» y me pongo en pie de un brinco por acto reflejo. Y no es que esté especialmente entusiasmado ante la idea de degustar mi pizza cuatro estaciones, es que el maldito cacharro suena exactamente igual que mi busca del hospital. H me toma el pulso: estoy a 95 pulsaciones. El trabajo me ha provocado síndrome de estrés postraumático.

### **Domingo, 20 de marzo de 2005**

Hay algo peor que dar una mala noticia del tipo «Creemos que es cáncer» o «Hemos hecho todo lo que hemos podido». Nada te prepara para pedirle a la hija de un paciente que el enfermo de la cama contigua a la de su padre se había sentido muy agitado y confuso durante la noche, que había confundido a su padre con su esposa y que, por desgracia, para cuando las enfermeras habían oído el bullicio y habían acudido a comprobar qué sucedía, ya era demasiado tarde: el paciente estaba montado a horcajadas encima de su padre y le había eyaculado en la cara.

«Al menos..., la cosa no ha pasado de ahí», ha dicho la hija, en una demostración ejemplar de intentar encontrar el lado positivo de las cosas.

## **Lunes, 11 de abril de 2005**

Estamos a punto de trasladar a un niño de diez años de urgencias al quirófano para intervenirlo de una perforación de apéndice. Colin, un médico adjunto que es un encanto, me acaba de dar una clase magistral sobre cómo tratar con una madre preocupada: le explicas todo lo que le pasa a su hijo en la barriga, lo que vamos a hacer para solucionarlo, cuánto tardaremos y cuándo le daremos el alta para regresar a casa. Intento asimilar su método. Se trata de proporcionar la cantidad exacta de información, de manera que sepa lo que sucede, pero sin que se sienta abrumada por los datos, y exponerlo todo con el debido nivel, sin demasiada jerga y sin ser nunca condescendiente. Pero, por encima de todo, se trata de ser profesional y amable.

La expresión de la mujer se relaja por segundos y noto cómo la angustia abandona su cuerpo como si fuera un espíritu maligno o un viento atrapado. Es hora de llevar al niño a la planta de arriba; Colin asiente a la mujer con la cabeza y le dice: «¿Un beso antes de que entre en quirófano?». Ella se inclina hacia Colin y le da un beso en la mejilla. A continuación, nos llevamos de allí a su orgullo y a la fuente de su felicidad en la camilla, con la mejilla tristemente seca.

## **Martes, 31 de mayo de 2005**

Hace tres noches ingresé en el hospital al paciente MJ, un vagabundo de unos cincuenta años con una pancreatitis aguda. Era la tercera vez que lo ingresábamos con pancreatitis aguda desde que empecé a trabajar. Le aliviarnos el

dolor con unos analgésicos y le pusimos fluidos intravenosos: estaba dolorido y abatido.

—Al menos dormiré en una cama calentita unas cuantas noches —le dije.

—¿Está de broma? —replicó—. Aquí voy a agarrar un maldito virus incurable.

Cuando las calles tienen reputación de estar más limpias que los pasillos de los hospitales es que algo va mal.

No me gusta pontificar, pero soy médico, e intentar evitar que un paciente muera forma parte de mi trabajo, así que le recordé que estaba ingresado a causa del alcohol<sup>17</sup> y que, aunque no pudiera convencerlo de que dejara de beber (no puedo), al menos podía pedirle que se abstuviera hasta que le diéramos el alta hospitalaria, cosa que ayudaría mucho. Así que estaría bien que dejara en paz los dispensadores de gel hidroalcohólico para las manos, para variar.

Retrocedió como si acabara de acusarlo de incesto entre gemelos y me aseguró que, por supuesto, él nunca haría algo así: hace poco cambiaron la composición y ahora tiene un sabor muy amargo. Me atrajo hacia sí para susurrarme al oído que, en nuestro hospital, sale más a cuenta chupar toallitas desinfectantes, y luego me dio una palmadita de complicidad en el brazo, como diciéndome: «Invito yo». Esta noche él mismo se ha dado el alta para regresar «a casa», pero sin duda estará de regreso en unas semanas.

Como es tradición, celebro el final de nuestra ronda del turno de noche con mi tutor: tomamos un desayuno que nos reanime y una botella de vino blanco en el Vingt-

<sup>17</sup> La pancreatitis es sumamente dolorosa, a menudo muy grave, y suele estar provocada por el alcohol o cálculos biliares.



Quatre. Los turnos de noche son, en esencia, una zona con un huso horario distinto al del resto del país, de manera que, aunque sean las nueve de la mañana, no puede decirse que el desayuno sirva para quitarse las legañas, sino que más bien es la última copa antes de irse a dormir. Mientras nos sirvo el vino, se oye un golpecito en la ventana del restaurante. Es MJ, que se ríe a carcajadas antes de lanzarme su mejor mirada cómplice («¡Lo sabía!»). Decido que la próxima vez me sentaré más lejos de la ventana. O le daré un lametazo a una toallita impregnada en alcohol en los vestuarios.

### **Domingo, 5 de junio de 2005**

Sería injusto tildar a todos los cirujanos de traumatología de neandertales rompehuesos basándonos solo en que el 99 por ciento de ellos se ajuste a esa descripción, pero confieso que se me encoge el corazón cada vez que me suena el busca por la noche para que acuda a su planta.

En lo que llevo de fin de semana he visitado a dos de sus pacientes. Ayer: un hombre con fibrilación auricular<sup>18</sup> después de una cirugía por fractura del cuello femoral. Veo que la FA ya aparecía en el electrocardiograma que le hicieron al ingresarlo, algo que el equipo de admisión pasó por alto, pero que explicaría que el paciente acabara despatarrado en el suelo de un H&M. Me dan ganas de dar una conferencia en el departamento de traumatología titulada: «A veces las personas se caen con razón».

<sup>18</sup> Fibrilación auricular (FA) significa que el corazón late muy rápido, de manera errática e ineficaz. No es lo deseable.