

ORACIÓN MAESTROS DE LA
CIRUGÍA COLOMBIANA

Doctor ANTONIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

1982

Presentador del orador

Doctor ALBERTO ESCALLÓN

Oración 1982

Doctor ANTONIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Colegas, amigos:

Al final de 75 años de una vida austera, metódica, con esa paradoja aparente de renunciamentos permanentes y de plenitud de vida, ávida de naturaleza, de búsqueda de secretos de ciencia, exquisita y abundante en comunicación humana; centrado en la infinita trascendencia, con asiento físico en este mundo, aquel hombre sereno, justo, equilibrado, cuya vida fue para la meditación sobre su cierto tránsito hacia una vida mejor y eterna, no pudo menos que decir, en medio de los dolores de múltiples metástasis óseas, cuando sus hermanos lo rodeábamos conscientes de un próximo desenlace y él participaba de esa conciencia en toda plenitud: ¡es más difícil de lo que ustedes creen!

Esta frase llena del sentido de la trascendencia infinita, en medio de sesudas meditaciones, largos y profundos silencios, encierra un impresionante misterio. Vida de 75 años mirando al infinito con los pies en la tierra, y el hallazgo o perspectiva del infinito es difícil, más difícil de lo que parece.

De otro lado esta Serra, de edad media y aspecto sano, de vida humilde, por propia solicitud y en forma electiva, se somete a estudio y luego a programación para intervención quirúrgica tendiente a corregir un simple proceso alterador de la función esofágica. Ni el estudio médico previo, ni la revisión preoperativa por el anesthesiólogo descubren en ella alteración o síntomas que permitan posiciones de aprehensión o de prevención acerca de su estado de salud. Sin embargo, una hora antes de su traslado al quirófano, en medio de sus compañeras en la amplia sala colectiva de altos techos de nuestro amado San Vicente, dice calmada y serena: "Hermana, me voy a morir ahora antes de una hora, arregle mi cama por favor". Se acostó en la pulcra y bien tendida cama, cerró los ojos y se quedó quieta con la quietud de una muerte sin espasmo, ni estertor, ni movimiento irregular alguno.

¿Qué tiene esta mente humana, que avizora situaciones definitivas, de modo inexplicable a las luces actuales, y que toma decisiones como si se tratase del más común de los actos de una persona frente al más necesario y definitivo de los hechos de la vida? ¿Qué sabe, cómo se comporta y piensa el médico frente a estas profundidades de la vida y de la muerte? He querido recoger como

homenaje a los maestros de mi vida profesional unos hechos y reflexiones acerca de la responsabilidad del médico y, especialmente del cirujano frente al momento cumbre de la vida y la muerte!

El hombre frente a su destino final. Destino que es el cesar en toda actividad, física, intelectual, moral; el no ser más. O que es el cambio de una vida de querer, de odiar, de ambicionar, de poder, de satisfacciones físicas y espirituales, hacia el *comprenderlo todo* y, por ende, tener sólo la posibilidad de amar eternamente al Sumo Bien o de odiar y lamentar eternamente el error de haber vivido en contra del orden natural y de los semejantes. O que es un cambio a otras posibilidades y realizaciones. O que es simplemente una incógnita después de la cual no se sabe, o no se quiere saber lo que pueda venir, pero en cuya respuesta anticipada pesa una conciencia en donde se grabó el bien obrar o el mal obrar, el bien pensar o el mal pensar; de donde resulta el *temor*. Temor ante la propia conciencia que reclama la justicia no vivida, o simplemente, el haber sido mejor. Término, cambio, confrontación, examen, balance, incógnita, misterio, a los cuales se ve súbitamente enfrentado el hombre en un momento cualquiera de su existencia, momento vital y supremo.

Tremenda sacudida. Tremenda angustia a la cual se suma la preocupación por sus responsabilidades interrumpidas, su familia, la más de las veces desprotegida. Y quién es el portador de esta noticia; quién sabiéndola puede o no comunicarla; quién puede inspirar confianza y serenidad o precipitar la angustia y el desespero: quién puede ser mensajero de triunfo o derrota, de fin o de cambio. Aquel que por sus conocimientos, prestigio, consagración, sabe de la vida o de la muerte, de la salud o de la enfermedad, a ciencia cierta o con posibilidad de error. El médico... ¿Y cómo afronta él esta función de vida o muerte? Tiene plena conciencia y preparación para dar lo que el paciente necesita. Sabe de los suyos y sus problemas; de las relaciones de éstos con el paciente; de su ubicación en el medio ambiente; del drama personal y familiar que el cumplimiento de su misión va a desencadenar. Tiene disposición y tiempo para plantear las cosas en toda su dimensión médica y humana. ¿Cómo incorporar el proceso patológico de reciente aparición en el proceso vital de un ser humano, que inesperadamente lo padece, sin iniciar un vínculo de solidaridad? Es por esta relación así iniciada que el paciente entrega su vida al médico y de él espera una solución de curación; pero si ésta no es posible necesita compenetración, apoyo y alivio en el curso de los días que le quedan. El médico se convierte en dueño de la vida, a veces vencedor de la muerte, a veces testigo inerte, a veces simple sedante del dolor. Llega así a ser máxima figura de un núcleo humano. Esta es la responsabilidad. ¿O no será esta obligación del médico? ¿Sería más fácil llamar a un paciente y en cinco minutos, decir diagnóstico, pronóstico y allá ellos. ¿Cuál de las dos conductas es la humana? ¿La de relación de un hombre que sabe lo que otro hombre necesita; relación de hombre frente a hombre? ¿O relación de ente impersonal frente a una angustia vital?

La relación médico-paciente nace de la condición de hombre frente a hombre. De hombre que ha tenido el privilegio de ascender en el dominio de la naturaleza y ha decidido dedicar ese progresivo dominio al mejor estar de sus semejantes. Frente al hombre a quien la enfermedad merma sus capacidades de aquel ascenso, o se las cercena del todo. Como respuesta al privilegio y, en virtud de su decisión, hay una mutua entrega. Entrega vital que exige confianza mutua, sin limitaciones. De aquí se desprende la *veracidad* como elemento esencial de la relación médico-paciente. Sin ella no hay confianza posible.

El hombre frente a la Verdad Suprema necesita de la verdad. Esta es la obligación del médico, con el complemento de la comprensión, la delicadeza, el apoyo y la solidaridad propia del momento: es decir, verdad con amor, que en último término isin amor no hay verdad!

Antes de dejar que la memoria pase revista a unas vivencias, permítame una digresión necesaria.

Porque estoy aquí designado para hacer homenaje a los maestros de la cirugía colombiana, hijo del boticario de apartado lugar, quien, ante el reto, estudió, preguntó como el que más, observó agudamente y vivió, sin eludirlos, todos los problemas de 20.000 seres humanos, como el que, entre ellos podría ser el aliviador, ayudador, consejero y médico. Porque pertenezco al grupo de privilegiados de esta sala, hijo de una madre modesta, simple y abnegada. Estoy aquí por el ambiente que me nutrió en la casa de estos dos personajes, para llevarme, con austeridad y entrega, desde aquella escuela pública hasta la universidad, en aquel tiempo en que el ingreso a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia costa cuatro valiosísimos pesos de 1939.

Sin que haya podido afirmar que esa decisión de entrar haya sido producto de meditación, consejo, asesoría o vocación sentida; a diferencia de mis compañeros de bachillerato yo solo decidí esta matrícula en los pocos días que antecederon a su cierre. Para pasar un primer año fácil, de alegre compañerismo; de pocas responsabilidades como estudiante, pocas exigencias, poco estímulo docente, poca novedad en las materias, poca facultad, tal vez mucha adaptación a lo que sería la universidad. Y quién sabe qué hubiera sido de mí si no hubiera encontrado aquel verdadero estímulo, inteligente, generoso, consagrado, lleno de chispazo de ingenio y de genio de Alberto Saldarriaga, maestro excelso, quien supo despertar mi interés por la fisiología, la fisiopatología, la cirugía; el amor por aquellos pacientes niños a quienes atendía con pasión, con mística, con ardor, con extrema habilidad y con clara inteligencia. Influencia magnífica complementada a poco por la muy poderosa personalidad de Joaquín Aristizábal, con clarísima inteligencia, creadora, innovadora, inquisitiva, comprensiva, que sabía delegar y buscar en sus discípulos el complemento de habilidad para su genio creador de nuevas concepciones y de nuevas generaciones

médicas. También sé que todo hubiera sido distinto sin esa integración total de dos vidas que se complementan, ayudan y sostienen, con aliento mutuo, en el sacrificio, en la diligente entrega, en las largas noches de trabajo y vela, de servicio y de espera, compartiendo el triunfo o la derrota en la lucha con el dolor y la muerte, mi vida y la de Ligia, compensando la fatiga con cariño e iluminando ella el hogar con amor y con una maravillosa combinación de formas de luz y de color.

He querido hacer esta digresión personal como medio de rendir tributo a estos seres que acabo de mencionar y con ocasión de agradecer a los miembros de la Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Cirugía, esta distinción que colma mi ánimo, premia una vida de trabajo, de respuesta al reto del hombre para dominar la naturaleza y de sincera imitación de los mejores.

Hoy he conocido en toda su dimensión a la persona de Alberto Escallón. Su espíritu magnánimo me apabulla y obliga, con mi agradecimiento, mi honesta humildad para decirle a la par que gracias, el que se ha excedido en generosidad. En la vida de todo hombre hay siempre unos mejores a quienes imitar. Y proclamando la excelsitud de los primeros maestros de la cirugía antioqueña, Juan B. Montoya Flórez y Gil J. Gil, pares de sus contemporáneos nacionales, yo quisiera rendir especial homenaje a los que en mi vida dejaron huella definitiva e hicieron de ella una existencia útil a mis congéneres en el aspecto humano y en el campo de la cirugía. Con Alberto Saldarriaga empezamos la cirugía experimental en el laboratorio de fisiología desde 1941. En ese año reprodujimos las famosas experiencias de René Leriche sobre ligadura de aorta abdominal y simpaticectomía lumbar, viendo cómo esta última protegía de complicaciones a los animales a los cuales se hacía la ligadura de aorta al contrario de la inevitable gangrena de los perros sin ablación simpática, y cómo nos llenamos de satisfacción cuando una perrita, sometida pocos meses antes a esa experiencia, daba a luz una preciosa camada. Él nos enseñó, de la generosidad y entrega a este grupo que con él creció para ser uno de los mejores en la historia de la facultad, nos enseñó a gustar de los secretos de la fisiología, al mismo tiempo que a deleitarnos con el manejo exquisitamente delicado de los tejidos en aquellas finísimas disecciones. Pero también nos enseñó de una nueva y amplísima dimensión humana de la medicina y de la cirugía en el trato con los niños pacientes. Cómo estudiaba, cómo pensaba, cómo discurría, cómo consultaba y aceptaba opiniones, cómo alternaba con nosotros. Con él vimos lo que queríamos ser. Fue un jalón y un punto de partida en las vidas de muchos de nuestros compañeros, especialmente de los que quisimos la cirugía por él enseñada.

Era el año de 1944. El doctor Saldarriaga me había dejado en la posición de jefe de Laboratorio de Fisiología y se marchó a Bogotá. El laboratorio era un activísimo centro en donde se enseñaba la fisiología, de modo experimental, en amplísima gama de aplicaciones y se practicaba una variedad de procedimien-

tos quirúrgicos nuevos. Un día llegó a mi pequeño escritorio uno de los internos del hospital a quienes yo miraba hacia arriba con sumo respeto. Venía de parte del doctor Joaquín Aristizábal.

El doctor Aristizábal era cirujano, jefe de Servicio de Urgencias y Ortopedia; yo había oído hablar de él como "El jefe" y de sus candentes polémicas con los cirujanos tradicionales del San Vicente. Era un renovador inquieto, audaz, superior e indomable. Su discípulo me venía a proponer que estudiáramos la forma quirúrgica de tratamiento para la ascitis refractaria. En la revista de Cirugía, Ginecología y Obstetricia de abril de ese año había un artículo sobre una técnica experimental mediante la implantación de un embudo de vitalio en uno de los uréteres, sacrificando el riñón, para obligar a la ascitis a salir por la vejiga. Para mí esta simple mecánica no traía problemas; el gran reto era producir ascitis... La instilación de tóxicos hepáticos por sonda gástrica para inducir la cirrosis, era labor engorrosa y habría que esperar resultados a largo plazo. La ligadura o estrechamiento de la vena cava inferior, pensamos nosotros, podría ser un procedimiento que, por mecánico, produciría efectos inmediatos; anatómicamente habría que hacerlo por vía supradiafragmática. Y cómo abrir el tórax sin que se muriera el perro. Entonces no se hablaba de tubos endotraqueales. No había llegado a nosotros la historia de Sanerbruch. Había un respirador de Boullit que inyectaba aire periódicamente en los pulmones de los animales anestesiados con cloralosa. Mediante traqueotomía y un tubo de caucho, recortado a propósito, ideamos la forma de mantener insuflación intermitente de los pulmones para poder abrir el tórax, aplicar la ligadura floja, sobre una sonda acanalada, a nivel de la cava inferior, inmediatamente por encima del diafragma. Nadie lo había dicho pero podría resultarnos. La mayoría de los perros no se murió y dos de ellos desarrollaron rápidamente una ascitis ideal para nuestro propósito. Como no teníamos el embudo de vitalio, fabricamos uno en nuestro propio taller del laboratorio, soplando adecuadamente un tubo de vidrio. Y aquella perrita sí sobrevivió con su embudo de vidrio abocado a un uréter, en medio peritoneo, sin la ascitis, por varios meses.

Luego un segundo animal. Aún no sé si la sola laparotomía, evacuando de una vez la ascitis, mejoraba el proceso y el derrame no se reproducía, pero en aquel agosto de 1944 no teníamos más medios para saberlo. El doctor Aristizábal, que seguía con afán estas experiencias, trajo de Nueva York los embudos de vitalio y a poco se presentó un paciente joven con ascitis extrema por cirrosis hepática; venía de las salas de medicina y poco más quedaba por hacer. Fui invitado a la operación, ayudé a implantar aquel embudo y el paciente sobrevivió por unos días para sangrar más tarde por sus várices hasta morir. En esa época no se hacían autopsias en el hospital, pero en nuestro empeño, fuimos al *cuarto del olvido*, e improvisamos la autopsia a las 10 de la noche: para interrumpirla bruscamente y salir de modo precipitado ante la aparición de toda la banda del pueblo, a la cual pertenecía el paciente, y que quería rescatar el cadáver de manos de esos atrevidos principiantes.

Operaba el doctor Aristizábal en la clínica del ISS, unas várices simples. Como era costumbre en él cuando conocía a su gente a poco de empezar dijo al ayudante: siga usted con la intervención. No se sabe qué pasó, pero a media tarde me llamó para que viéramos al paciente: tenía el miembro operado frío, cianótico, muy doloroso y sin pulso. Reexploramos la herida inguinal: la arteria y la vena aparecían atravesadas por gruesos hilos de sutura con ligaduras por encima y por debajo. Había que reconstruir un trayecto de vasos femorales comunes de unos 4 cm; la vena safena estaba intacta allí mismo; me dijo: "Lo obvio está ahí pero sólo es obvio cuando lo percibimos... Hágalo..." y con la safena replacé el segmento herido de arteria y de la vena con excelente resultado. Era el año de 1954. Muchas otras novedosas y estimulantes experiencias vivimos a la luz de la mente de Joaquín Aristizábal; el trabajo sobre embolia pulmonar experimental de 1947 aún tiene actualidad.

Por muchos más años, hasta su muerte, fue guía, consejero, aliento y estímulo veraz y sincero como el que más. Aun tengo en la memoria aquella frase dicha cuando comentábamos las dificultades en el servicio cardiovascular. "Usted escogió el camino recto y éste le dará muchos dolores de cabeza; pero al final estará satisfecho". A su memoria y como ejemplo de generosa docencia rindo emocionado homenaje.

Creo que de toda esta vida desde mi primer año de facultad en 1939 hasta hoy queda una experiencia vital; de una vida que no ha eludido el reto, ni responsabilidades, ni estímulos, que no ha buscado la evasión en inútiles y vanas distracciones, brota un mensaje que en su aspecto esencial quiero presentar. Dejemos paso a la memoria.

Este señor en sus 45 años, trae una radiografía de tórax en la que, a primera vista, resalta el drama: masas multilobuladas en ambos campos pulmonares. Ignora su problema y sólo sabe que necesita una toracotomía para una biopsia. La patología me contesta: ifibrosarcoma del pulmón...! Su médico y la compañía empleadora, en vista de la importancia de las personas y de la gravedad del caso, deciden enviarlo a Nueva York desoyendo mi opinión; lleva los exámenes, las Rx y las placas de histología. Dos meses más tarde llega delicado y necesita hospitalización. Me llaman para que me haga cargo del caso: un paciente en estado Terminal. Quiere saber la realidad de su situación... Hasta entonces se le ha ocultado... Su familia paterna quiere ocultársela. Su esposa, que no ha viajado con él, quiere comunicársela. Este cuadro patético de los dos en trance de despedida final, me obliga a actuar por encima de las "órdenes" paternas. Acepta, como descubriendo y comprendiendo de una vez, algo que adivinaba, pero que un velo de esperanza y de filosófica posición familiar le ocultaba a medias; sin embargo, atiende a un sacerdote amigo, y por medio de él, entra en contacto con un Dios casi desconocido, serena su espíritu, organiza sus papeles y cuestiones de familia para morir tranquilamente. Pero no termina aquí esta

historia. La compañía empleadora, tan generosa en cubrir los gastos de viaje, el estudio y tratamiento en el exterior, cuando su importantísimo empleado estaba vivo, liquidó las prestaciones descontando de ellas todos aquellos gastos, con lo cual poco quedó a su viuda... Y entonces queda planteado el problema: ¿No hubiera sido mejor para todos si el diagnóstico y el pronóstico de esa enfermedad definitiva hubieran sido expuestos y discutidos a plena luz con el paciente, su esposa, su empleador y sus familiares para que la previsión de los eventos ulteriores, todos previsibles, hubiera sido determinante de todas las conductas? ¿Y no hicieron mal los colegas que congraciándose con la familia paterna alentaron todo aquel proceso del extranjero?

Esta viuda joven con tres hijos menores no quiere morir. Después de más de un año de múltiples consultas en diversos consultorios por variadas manifestaciones digestivas y respiratorias se me presenta con un difuso infiltrado pulmonar, y un evidente ganglio supraclavicular izquierdo, grande y duro, cuya histología habría de demostrar la presencia de "adenocarcinoma metastático" correspondiente a una lesión primaria no demostrable. La falta de racional acuerdo entre varios colegas, cuya obligación era conversar previamente y concertar una opinión para dar a la paciente, la confronta con opiniones diferentes, unas de ellas elusivas, otras francamente dubitativas y divergentes entre sí; de aquí resulta la desconfianza... y el viaje al exterior.. Allá repiten todos los exámenes, expresan dudas sobre la autenticidad de la biopsia, prolongan indebidamente la hospitalización, oscurecen lo claro, prometen lo inalcanzable con tratamientos de poca utilidad que acaban destruyendo toda la fe en la medicina y el dinero que debe quedar a los huérfanos. Y la paciente regresa en peores condiciones.

Perdida la confianza en los médicos encuentra pronto a alguien que le recomienda lo último... "La sangre caliente de gallinazo joven para beberla diariamente...". Y hay que conseguir al hombre que todos los días traiga del matadero público de una población vecina un gallinazo joven para ser decapitado en la casa. Mientras el fin a poco llega. Y cabe preguntar: ¿Si los de allá observaron conducta dudosa, los de acá por qué no concertaron una opinión con pruebas tan claras como la biopsia? ¿No destruye la relación médico-paciente el desacuerdo entre médicos, la falta de opiniones ciertas que dan lugar a desconfianzas, dudas o temores?

En el cuarto día posoperatorio de un paciente a quien practiqué una lobectomía inferior izquierda para una masa pulmonar cuyo resultado histológico acabo de leer, confirmando la sospecha de un carcinoma, recibo una carta manuscrita firmada por una hermana del paciente; esta señora que me apremia a que le oculte en todo momento la verdad a su hermano y más en el caso de que el diagnóstico histológico sea confirmatorio de lo ya anunciado, me dice en su carta que cualquier noticia sobre la verdad de su condición acabaría pronto con la vida del paciente, que no resistiría, que destruiría el hogar, las relaciones con su

esposa, que no habría qué hacer con él porque el desespero lo iba a aniquilar; por lo que yo más quiera, me abstenga de comunicar la verdad al enfermo.

El paciente evoluciona satisfactoriamente y lo envió a su casa con una nota para el médico de la entidad responsable, dando razón del diagnóstico y sugiriendo la consulta con el cancerólogo para ulterior conducta. El paciente vuelve dos semanas más tarde a mi consulta para control antes de iniciar el tratamiento acordado con los médicos de la entidad responsable. Llega jovial y me dice: vengo para que usted me diga si ya estoy en condiciones de iniciar el tratamiento, porque espero que el resultado sea satisfactorio si se hace oportunamente, y confío plenamente en que la operación hizo una exéresis completa del tumor, en que la radiación eliminará por completo lo que pueda haber quedado del tejido maligno. Yo le dije: ¿está usted plenamente enterado de su situación? Y me contestó: naturalmente, mi esposa y yo lo hemos conversado, yo leí el informe del radiólogo en donde todo aparece muy claro, me dieron el sobre con las radiografías y todo abierto y no tenían por qué ocultarme nada, así que leído eso y viendo que usted miró las radiografías y leyó el informe y procedió a operarme sin cambiar esa opinión, para mí todo estaba claro. Al preguntarle si su hermana está enterada de esta situación me dice: no le digamos nada a mi hermana; ella es muy nerviosa, no toleraría esta noticia; se moriría del susto y además con todos los aspavientos que hace ya me tiene a mí callado.

¿Por qué en evasivas tratar de ocultar la verdad? El engaño o la posición oscura destruye la confianza y está la relación del médico con el paciente. ¿Por qué la falta de veracidad? ¿Disfraza acaso la ignorancia, la inseguridad, la ambición? ¿Hace algo más? El paciente también tiene una percepción que se agudiza cuando de su vida o de su muerte se trata y el engañado es el mismo médico cuando pretende evadir o desfigurar la realidad evidente. Esa percepción es muchas veces superior a todo engaño y el médico hace un triste papel, prefiriendo ataviarse con los vestidos del emperador, al vestirse de realidad.

En aquellos días en 1958 teníamos presentes los posibles diagnósticos para aquella imagen radiológica que mostraba una masa mediastinal anterior, media, derecha, de más de 12 centímetros de diámetro vertical y 10 de transversal, con escasa sintomatología, corazón sano y pulmones bien ventilados: linfoma, timoma, tiroides, teratoma... Carlos quería someterse a una toracotomía diagnóstica y eventualmente, terapéutica. Sorpresa y frustración llenaron la sala aquel día. Un aneurisma del cayado aórtico estaba allí, desde el origen del tronco braquiocéfálico hasta la aorta descendente: como cosa más rara aún, estaba a la derecha de tráquea y esófago y un ligamento arterioso izquierdo completaba un anillo vascular que hasta esa edad (47 años) había sido asintomático. Cerramos el tórax y dimos por terminado, para nuestro servicio quirúrgico, el caso de Carlos. Le explicamos su situación y perspectivas en diálogo franco y claro. Pero con Carlos no era así nada más. Su esposa y sus tres hijos no podrían

quedar solos, sin el cuidado y sustento de su presencia y trabajo como reparador de techos en su íntimo barrio.

Se negaba a morir y pedía un nuevo intento quirúrgico al cual con toda franqueza nos negamos impotentes; pero su respuesta era firme. Necesito y quiero vivir. Doctor, estudie, invéntese una operación que yo no me muero en ella. Ni pensarlo, era nuestra respuesta: no se había informado en la literatura médica y no parecía posible hacerlo. Pero Carlos venía periódicamente a mi consulta a pedir la operación pues él estaba seguro de no morir y necesitaba vivir. Y en el curso de los meses siguientes su figura magra me era familiar y acicateaba mi mente. La hipotermia de superficie de Swan después de un período de pruebas en nuestro laboratorio había sido eficaz para corregir algunos defectos intracardiacos congénitos y ya empezábamos a dominar más ampliamente su técnica. ¿Podría ésta servirnos para interrumpir el flujo sanguíneo de modo total por varios períodos de 10 minutos con fácil reanudación de la actividad cardiaca en cada intervalo? ¿Podría servirnos para interrupciones parciales, más prolongadas, de flujo cerebral alternando los vasos de cuello ocluidos temporalmente? ¿Podría la médula espinal tolerar períodos de 20 ó 30 minutos sin circulación para hacer las conexiones a la aorta descendente...? ¿Podría Carlos empujarme a intentar la ejecución de lo que en largas meditaciones pensaba que podría hacerse y salir adelante con su idea de vivir, o precipitaría una muerte cuyo plazo no estaba definitivamente estipulado y resultaría entonces lo que él no quería: dejar a su familia sola? Pasaban las semanas y la hipotermia nos era cada vez más familiar, como lo era también la imagen apremiante de este hombre y de su aneurisma creciente... Me estoy empezando a asfixiar... La comida se me atranca... Me estoy volviendo ronco... ¡Si me opera vivo! ¡Si no me opera me muero! Esta confianza casi absoluta, esta decisión sin dudas, este requerimiento imperativo y suplicante... exigía una decisión de mi parte... Y ésta vino: Carlos, te opero en tres semanas... ¿Y por qué no la semana entrante?, me dijo; porque necesito tiempo para programar todo... Ya que se resolvió a operarme, ha tenido mucho tiempo para hacer esa programación. Deme 15 días Carlos... ¡Y si mientras tanto me muero...! No era fácil decir si cuando había mucho de aventura y mucho de incógnitas en algo que no estaba escrito... Pero allí estaba él perentorio y suplicante, decidido a vivir... Y pedí un turno... para todo el día... la semana siguiente.

A las 7 de la mañana empezó la anestesia, la inmersión en el hielo, la toracotomía bilateral de apófisis transversa derecha a apófisis transversa izquierda, la disección cuidadosa de cada una de las estructuras mediastinales en contacto con aquella gran masa pulsátil que amenazaba reventar; las anastomosis de la prótesis a aorta ascendente y a aorta descendente nuevas para mí, las derivaciones hacia vasos de cuello respetando recurrentes, vagos, tráquea, esófago, cava superior y sus afluentes, canal torácico... Todo se fue sucediendo con una certeza y seguridad que reflejaba la confianza de Carlos, que había

impreso en aquellos meses de duda y meditación la seguridad del plan y de su ejecución; a media tarde cambiamos ayudantes y al cabo de once horas terminábamos de cerrar aquella circunferencial toracotomía. No había fatiga sino la emoción del triunfo sobre la muerte y la correspondencia a una confianza ilímite.

Carlos conservaba sus condiciones hemodinámicas mientras recuperaba su temperatura normal; no sangraba, respiraba y se oxigenaba bien, su función renal era normal y recuperaba progresivamente su cerebro... y tuve una noche de sólido sueño... No llamaron durante la noche. Al día siguiente a las 7 de la mañana me esperaban los médicos del servicio para acompañarme a ver a Carlos; estaba semisentado y con aspecto triunfante... me dijo: no le dije doctor que no me moría... sé que si usted me ordena tirarme a la calle por esa ventana, de este cuarto piso, caigo vivo... Esta relación médico-paciente es vivido ejemplo. No siempre se logra. Cómo mantenerla, cómo avivarla. En vez de vivir el temor de la demanda, la desconfianza del temido engaño... Creo que la veracidad es elemento esencial en ello.

Al final de una vida errante y sin hogar, este anciano regresa a los suyos. Encuentra por hogar un asilo, cómodo y confortable. A poco unos dolores de cintura, pelvis y miembros inferiores, persistentes e intratables anuncian la presencia de algo Terminal: sigue el cuadro con una parálisis de los miembros inferiores que aclara el diagnóstico y ensombrece el pronóstico. La sepsis de escaras y de vías urinarias llevan a la inconsciencia y la neumonía, en medio de un continuo y lastimoso ¡ay! que no pudieron controlar las infiltraciones ni los analgésicos. El pulso rápido y la presión baja anuncian el final a corto plazo. ¿Por qué no aplicar dosis mayores de analgésicos para calmar el dolor? Todos los presentes quieren que se suprima ese ¡ay! desgarrador... Por el parentesco estoy presente en aquel momento. Su médico está ausente... Qué hacer... Pido una inyección analgésica para aplicarla por vía I. V. Advierto a los presentes que pronto morirá y explico lo que espero de la inyección: la analgesia, aunque la vida puede acortarse en aquel coma lastimoso. No hay objeción y aplico el analgésico I. V. El quejido se apaga y la respiración es más tranquila, la presión baja aún más y unas horas más tarde el paciente descansa definitivamente.

Se habla a menudo de la eutanasia. Del caso patético aquí descrito a situaciones menos claras se encuentra una gama de posiciones de conciencia que es bueno puntualizar. Como siempre, las cosas se aclaran con buenas definiciones. Eutanasia significa etimológicamente: *buena muerte*. Es misión del médico tanto como el curar, el aliviar y muy específicamente, el aliviar los dolores de la muerte. También, para los creyentes, entrar en el más allá, o cambiar de vida, en buenas relaciones con su Dios, es *buena muerte*. Y este concepto debe también ser tenido en cuenta por el médico para obrar en consecuencia con las creencias de quien confió su vida y su muerte a él. Buena muerte es muerte tranquila y sin dolor; y buena muerte es también muerte en concordancia con la

ley de Dios, uno de cuyos mandatos es precisamente la muerte. Esta es para mí la eutanasia y creo que sólo se debería aplicar la palabra en este sentido: aunque sé que se aplica a una acción directa encaminada a poner fin a una vida insalvable y llena de angustias y dolores terminales. Y ésta no me parece legítima; bien morir no es bien matar; para mí lo corrobora el hecho de que en toda mi vida de ejercicio, intensísimo como el que más, nadie me ha pedido que acorte sus días mediante una acción directa mía. Y aquí cabe la distinción entre el matar para calmar y calmar aunque se abrevie la vida ya perdida. Son dos acciones positivas bien distintas y de esta distinción resulta la ilegitimidad de una y la legitimidad de la otra. El médico puede ayudar al hombre pero no puede suplantar a Dios...

El promedio de vida se prolonga progresivamente. En países avanzados la mujer puede ya esperar una vida de 80 años en promedio. Sin embargo, se duda mucho y hay grandes argumentos a favor de esa dura, si este aumento se debe a la aplicación individual de tecnología avanzadas y de costosos y complejos cuidados intensivos, cuando por el contrario se puede demostrar que la mayor influencia en la prolongación de la vida se debe a cambios en la dieta, hábitos y medio ambiente.

Mucho del gran costo de los cuidados intensivos se gasta en obtener victorias pírricas por sobrevidas precarias, dolorosas, solitarias, gravosas, inválidas y aun inútiles.

¿Qué piensa o qué pretende este colega joven cuando sudoroso y anhelante se empeña en un masaje cardíaco en un paciente Terminal cuyo fin han esperado los familiares con plena aceptación hace ya muchos días? ¿Algo más que una demostración de que el corazón puede volver a latir después de un paro? ¿O convencer a los familiares agotados de que "obrar hasta el final" incluye este heroico e inútil sobreactuar?

¿Qué pretende la acción en la unidad de cuidados intensivos, empeñada en prolongar vidas insalvables, en medio de sufrimiento, angustia, aislamiento, con un empecinamiento terapéutico digno de mejores causas?

Personalmente he permanecido hasta 32 horas continuas en encarnizada lucha con un bajo débito, una coagulopatía, una insuficiencia respiratoria, un daño cerebral que pudiera ser recuperable, una insuficiencia renal, en mis apasionantes pacientes quirúrgicos cardíacos. Ello da fe de mi convicción sobre la importancia de los cuidados intensivos y algunas de aquellas batallas heroicas que hace más de veinte años refuerzan mi seguridad, cuando algún chofer de taxi, una ama de casa con su hijita de la mano, un ingeniero importante, o el mensajero de Minobras, me saludan calurosos en cada encuentro o cruce de caminos.

Pero es responsabilidad del médico la aplicación del más recto criterio para indicar, iniciar, prolongar y suspender oportunamente esos cuidados. ¿Estamos conscientemente preparados y preparamos a los que vienen en esta sana actitud de conciencia?

Yo sé que ahora la desconfianza entre médicos y pacientes está creando un ejercicio de la profesión *a la defensiva* dentro del cual, para protegerse de eventuales demandas, el médico hace todo lo necesario, lo innecesario, lo extraordinario, lo heroico y aun lo inútil en frente de problemas de vida o muerte. Creo que a esta situación ha contribuido, en buena parte, la actitud de médicos que abusando de esa privilegiada posición de sabedores de secretos de vida y muerte destruyen, por muy variados motivos, la relación médico-paciente. Y creo precisamente que el meditar un poco más profundamente sobre vida y muerte permitirá asumir posiciones más claras y francas para tratar a los pacientes con sinceridad. Por otra parte no sólo la falta de veracidad sino el desacuerdo entre colegas sobre lo que debe decirse es causa de desconfianza y destrucción de toda relación; y lo que es peor, la deslealtad que necia desautoriza, orgullosa menosprecia, egoísta excluye el concurso de todos, mina el prestigio y unidad de la profesión tan necesarias a toda comunidad. Propicia el advenimiento de la era de las demandas.

Aquí de los maestros. Poco antes del viaje del doctor Saldarriaga a Bogotá, pasaba ronda al lado del doctor Aristizábal en su servicio de urgencias, llegados a un caso de severa isquemia de miembros inferiores en un paciente joven me espetó *El Jefe* una pregunta habitual. Antonio: ¿qué va a hacer con este paciente? Yo, que conocía los relatos de aquellos encuentros históricos de estos dos personajes, cuando por problemas de esta especialidad, en forma pugnaz y agresiva se enfrentaban con argumentos académicos, si que también ofensivos, nunca en presencia de los pacientes claro está, dije a plena conciencia: "Llamar al doctor Saldarriaga"; la respuesta vino rápida: "Llámelo y tomen la determinación que estimen conveniente. Si quieren operarlo bien puedan hacerlo". Esta, para quienes conocían los hechos anteriores, insólita actitud aparecía sorpresiva de momento, pero pronto comprendieron la actitud abierta y magnánima. Al transmitir al doctor Saldarriaga este llamado encontré esta otra respuesta: "¿Cierto que Joaco tiene el alma mucho más blanca que su piel?...". Y pocos años más tarde cuando Alberto Saldarriaga regresara a Antioquia solicitó admisión en la Clínica Medellín, fundada y orientada por Joaquín Aristizábal; este fue consultado al efecto y contestó: la gente inteligente, honesta y capaz tiene las puertas abiertas.

Los valores que nos han enseñado maestros como estos dos recios varones antioqueños deben seguir de faro indeficiente ahora, precisamente ahora.