

CONFESIONES HENRY MARSH



Contenido

Portada

Dedicatoria

Lema

Prólogo

1. La caseta del guarda de la esclusa
 2. Londres
 3. Nepal
 4. Estados Unidos
 5. Craneotomía con el paciente despierto
 6. El problema mente/cerebro
 7. Un paseo en elefante
 8. Abogados
 9. Manos a la obra
 10. Cristales rotos
 11. Memoria
 12. Ucrania
 13. Lo siento
 14. La ardilla roja
 15. Ni el sol ni la muerte
- Agradecimientos
- Créditos

Para William, Sarah, Katharine e Iris

Ni el sol ni la muerte pueden mirarse fijamente.

FRANÇOIS DE LA ROCHEFOUCAULD

En lo que dependa de nosotros, hay que tener siempre las botas calzadas y estar dispuesto a partir..

MICHEL DE MONTAIGNE

La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad...

SIR WILLIAM OSLER

Prólogo

Suelo bromear con que mi posesión más preciada, la que más valoro entre todas mis herramientas y libros, y entre todos los cuadros y antigüedades que heredé de mi familia, es mi botiquín de suicidio, que guardo escondido en casa. Consiste en una serie de fármacos que he ido reuniendo a lo largo de los años, aunque no sé si harán efecto todavía, porque venían sin fecha de caducidad. Sería un poco embarazoso despertarme en cuidados intensivos tras un intento de suicidio fallido, o verme sometido a un lavado de estómago en Urgencias. El personal hospitalario a menudo contempla con desdén o suficiencia a quienes intentan suicidarse, como si hubiesen fracasado tanto a la hora de vivir como a la de morir y fueran responsables de su propia desgracia.

En mis inicios como médico residente, antes de empezar a especializarme en neurocirugía, hubo una joven a quien salvaron de una sobredosis de barbitúricos. Había tomado la decisión de morir tras una aventura amorosa fallida, pero una amiga la encontró inconsciente y la llevó al hospital, donde fue ingresada en la UCI y conectada a un equipo de ventilación asistida durante veinticuatro horas. Después la trasladaron a la sala en que yo ejercía de residente de primer año —el grado más bajo de médico hospitalario—, donde empezó a despertar. Observé cómo recobraba la conciencia y volvía a la vida, sorprendida y desconcertada al principio por seguir ahí, y luego no muy segura de querer regresar al mundo de los vivos. Recuerdo haberme sentado en el borde de su cama para hablar con ella. Estaba muy delgada, era claramente anoréxica. Su cabello corto y

de tono caoba se veía apelmazado y despeinado tras un día en coma y enchufada a un ventilador. Sentada y con la barbilla apoyada en las rodillas dobladas bajo la sábana, parecía tranquila. Quizá siguiera bajo los efectos de la sobredosis, o tal vez tuviera la sensación de que ahí, en el hospital, se hallaba en el limbo entre cielo e infierno, como si le hubieran concedido una breve tregua a su infelicidad. Trabamos cierta amistad durante los dos días que pasó allí, antes de que la trasladaran para ponerla al cuidado de los psiquiatras. Resultó que teníamos conocidos comunes de nuestro pasado en Oxford, pero después le perdí la pista.

Debo admitir que no estoy nada convencido de que me atreva a utilizar los fármacos de mi botiquín de suicidio cuando me vea ante los síntomas tempranos de la demencia —algo que puede suceder pronto—, o si desarrollo alguna enfermedad incurable, como uno de esos tumores malignos con los que estoy tan familiarizado por mi trabajo como neurocirujano. Cuando te sientes bien y en forma, es relativamente fácil abrigar la fantasía de morir con dignidad quitándote la vida, puesto que la muerte es todavía algo remoto. Si no muero de repente, de un accidente cerebrovascular o un ataque al corazón, o porque me atropellan yendo en bicicleta, no puedo predecir cuáles serán mis sentimientos cuando sepa que mi vida toca a su fin, un fin que bien podría ser penoso y degradante. Como médico que soy, no me hago ilusiones. Pero no me sorprendería demasiado que empezara a aferrarme desesperadamente a la poca vida que me quedara. Al parecer, en los países donde el llamado «suicidio asistido» está legalizado, mucha gente que padece una enfermedad terminal, pese a haber expresado su voluntad de morir sin sufrir, llegado el momento no se decide por esa opción. Quizá sólo querían verse reconfortados por la idea de que, si el final resultaba particularmente desagradable, podrían acelerarlo y pasar sus últimos días en paz. Pero también podría deberse al hecho de que, cuando se aproxima la muerte, empezamos a albergar la esperanza de que aún pueda existir un futuro. Desarrollamos lo que los psicólogos llaman «disonancia cognitiva»,

que nos hace abrigar pensamientos totalmente contradictorios. Una parte de nosotros sabe y acepta que nos estamos muriendo, pero otra siente y cree que todavía tenemos un futuro. Es como si nuestros cerebros llevaran integrada la esperanza, al menos en una parte.

A medida que se aproxima la muerte, nuestra identidad puede empezar a desintegrarse. Algunos psicólogos y filósofos mantienen que esa identidad, ese sentirnos individuos con la libertad de elegir, es poco más que una portada de la gran partitura de nuestro subconsciente, una partitura con muchas voces oscuras y a menudo disonantes. Gran parte de lo que nos parece real es una forma de ilusión, un reconfortante cuento de hadas creado por nuestro cerebro para dotar de sentido a la miríada de estímulos internos y externos que recibimos, y a los mecanismos e impulsos inconscientes de la mente.

Hay quienes incluso afirman que la conciencia en sí es una ilusión, que no es «real» sino sólo un truco del cerebro, pero no comprendo a qué se refieren con eso. Al hablar con un paciente, un buen médico se dirigirá a ambas mitades disonantes de su ser: a la parte que sabe que se está muriendo y a la que tiene la esperanza de seguir viviendo. Un buen médico nunca mentará al paciente ni lo privará de esperanza, aunque ésta consista tan sólo en vivir unos días más. Pero no es tarea fácil, lleva su tiempo y requiere largos silencios. Las ajetreadas salas de hospital, donde la mayoría seguimos condenados a morir, no son el lugar idóneo para mantener esa clase de conversaciones. Al vernos moribundos, muchos mantendremos viva una pequeña llama de esperanza en un rincón de nuestra mente, y sólo cuando el verdadero final esté muy cerca, nos volveremos hacia la pared y nos abandonaremos a la muerte.

1

La caseta del guarda de la esclusa

La caseta se alzaba solitaria junto al canal, abandonada y vacía, con las ventanas podridas y colgando de las bisagras y el jardín convertido en una selva. Las malas hierbas me llegaban a la altura del pecho y ocultaban, como descubriría después, cincuenta años de basura acumulada. La construcción daba al canal y a la esclusa, con el lago detrás, y un poco más allá se podía ver la vía del ferrocarril. La inmobiliaria que había comprado la propiedad debía de haberle pagado a alguien para que vaciara la caseta, pero ese alguien se había limitado a arrojarlo todo por encima de la vieja valla entre el jardín y el lago, de modo que el otro lado estaba alfombrado de basura: un colchón, un aspirador destripado, una cocina, sillas sin patas, latas oxidadas, botellas rotas... Sin embargo, más allá de esos restos se veía el lago, bordeado de juncos y con dos cisnes blancos en la distancia.

La primera vez que vi la caseta del guarda de la esclusa fue una mañana de sábado. Una amiga me había hablado de ella. Había visto que estaba en venta, y sabía que yo buscaba un sitio en los alrededores de Oxford donde poder montar un taller de ebanistería para ayudarme a sobrellevar la jubilación. Aparqué el coche junto a la circunvalación y crucé andando el paso elevado, hostigado por el clamor ensordecedor de coches y camiones, hasta encontrar una pequeña abertura en el seto, casi invisible, en el otro arcén de la carretera. Bajo la umbría arcada que formaban las ramas bajas e inclinadas de las hayas, había un largo tramo de peldaños cubiertos de hojas y hayucos que bajaban

hasta el canal. Cuando empecé a descender por ellos, me pareció estar viajando del presente al pasado. El estruendo del tráfico quedó amortiguado en cuanto llegué a las tranquilas y calmas aguas del canal, y desde allí vi que la caseta del guarda quedaba unos cien metros más allá, siguiendo un camino de sirga y cruzando un puente peraltado de ladrillo viejo.

En el jardín crecían varios ciruelos, uno de ellos a través de un trasto oxidado y obsoleto, una vieja segadora para maleza gruesa con cuchillas dobles dispuestas como las de un cortasetos. Tenía dos grandes ruedas con las palabras «Allens» y «Oxford» grabadas en las llantas. Mi padre había tenido una exactamente igual y la utilizaba en el jardín con árboles frutales de algo menos de una hectárea en el que yo me había criado, apenas a un kilómetro y medio de allí, en la década de los cincuenta. En una ocasión, vi cómo mi padre la pasaba sin querer por encima de una musaraña que estaba oculta en la hierba del huerto, y recuerdo mi angustia al contemplar su cuerpecito sangrante y oír sus chillidos desgarradores mientras moría.

La caseta da al tranquilo y silencioso canal y a las pesadas compuertas negras de la esclusa. No se puede acceder a ella por carretera, sólo andando por el camino de sirga o en barcaza. Un muro de ladrillo con abrevaderos para caballos recorre un lado del jardín, de cara al canal; más adelante, descubrí las anillas metálicas donde en otro tiempo amarraban a los caballos que arrastraban las barcazas por el agua. En aquella época, el guarda de la esclusa era el responsable de abrir las compuertas, pero, como todas las casetas a lo largo del canal se han ido vendiendo, ahora lo hace la gente de las barcazas. Según cuentan, aquí vive una especie de martín pescador, y uno puede verlos sobrevolando raudos las aguas. También hay nutrias, pese a que el estruendo del tráfico de la circunvalación, que cruza el canal por el alto paso elevado sobre enormes columnas de hormigón, queda sólo a unos cientos de metros. Aun así, si le doy la espalda a la carretera sólo veo campos y árboles, y el lago bordeado de juncos más allá de la casa. Puedo

imaginarme que estoy en la verde campiña de antaño, donde me crié sesenta años atrás, antes de que se construyera el paso elevado.

La joven de la agencia inmobiliaria estaba esperándome sentada al sol, en el terraplén de hierba junto a la entrada de la caseta. Abrió el candado y corrió el cerrojo de la puerta, y al cruzar el umbral tuve que sortear unas cartas diseminadas por el suelo, manchadas de huellas de barro. La agente se dio cuenta de que había reparado en ellas y me contó que allí había vivido durante más de cincuenta años un anciano a quien se describía en la escritura de propiedad como trabajador del canal. Cuando murió, la inmobiliaria, que había adquirido la casa unos años antes, la puso en venta. La joven no sabía si el hombre había fallecido allí o en un hospital o en una residencia.

El sitio olía a humedad y abandono. Cortinas de encaje sucias cubrían las ventanas agrietadas y rotas, y los alféizares ennegrecidos estaban llenos de moscas muertas. Las habitaciones, vacías, tenían el aire triste y abatido de toda casa abandonada. Aunque había agua y electricidad, las instalaciones eran bastante rudimentarias, y sólo había un retrete exterior, destrozado y con la puerta arrancada de las bisagras. El cubo de basura junto a la entrada contenía bolsas de plástico llenas de heces.

En ese momento recordé que algunos vecinos decían que la antiquísima casa de labranza donde yo había pasado mi infancia, cerca de allí, estaba embrujada. Al menos así lo aseguraban los White, la anciana pareja que vivía al otro lado de la carretera y a la que me gustaba visitar. Contaban la improbable leyenda de un lúgubre carruaje de caballos en el patio y de una «dama gris» que vivía en la propia casa. No costaba mucho imaginar al fantasma del viejo rondando por aquella caseta.

—Me la quedo —dije.

La chica me miró con escepticismo.

—Pero ¿no quiere encargar un informe del perito?

—No, yo mismo me ocuparé de las reparaciones. Además, me parece que está bien —respondí lleno de confianza.

No obstante, me pregunté si aún sería capaz de llevar a cabo el trabajo físico que haría falta para arreglar todo aquello, y si podría apañármelas sin tener acceso por carretera. Quizá me vería obligado a dejar a un lado mis pretensiones y renunciar a la obsesión de hacerlo todo yo mismo. Pero ya daba igual. Si tenía que contratar a un albañil, lo haría. Además, aunque sí deseaba un taller, no estaba seguro de querer vivir en aquella caseta pequeña y solitaria con un posible fantasma.

—Bueno, pues mejor hágale una oferta a Peter, mi director de zona —se resignó la joven.

Al día siguiente, mientras conducía de regreso a Londres, no podía dejar de pensar en que aquella caseta tal vez sería el lugar donde viviría mis últimos días y moriría, donde mi historia llegaría a su fin. «Ahora que me jubilo, vuelvo a empezar de cero —me dije—, pero me estoy quedando sin tiempo.»

El lunes estaba de nuevo en el quirófano, con mi pijama azul de cirujano, aunque se suponía que sólo en calidad de observador. Iba a jubilarme al cabo de tres semanas, tras casi cuarenta años ejerciendo la medicina y la neurocirugía. Ya tenía un sucesor designado, Tim, que había empezado como estudiante en nuestro servicio. Es un hombre de aptitudes excepcionales y encantador, y no carece de esa determinación un poco fanática y esa atención al detalle que requiere la neurocirugía. Estaba más que satisfecho de que mi sustituto fuera él, y me pareció adecuado dejar la mayor parte de aquella operación en sus manos, como preparativo para el momento —que probablemente le provocaría cierto vértigo— en que cargaría él solo con la entera responsabilidad de sus pacientes.

El primer caso era una joven de dieciocho años que había ingresado la noche anterior para someterse a una inter-

vención. Estaba embarazada de cinco meses, pero había empezado a padecer intensos dolores de cabeza, y un escáner reveló un tumor muy grande —seguramente benigno— en la base del cerebro. La había visitado unos días antes en mi consulta de pacientes ambulatorios; era rumana y su inglés era limitado, pero sonreía con valentía mientras yo trataba de explicarle las cosas a través de su marido, que lo hablaba un poco mejor. Él me contó que procedían de Maramures, la zona de Rumanía que limita al norte con Ucrania. Yo mismo había estado allí dos años antes, durante un viaje de Kiev a Bucarest con mi colega ucraniano Igor. El paisaje era muy muy bonito, con casas de labranza construidas con madera y monasterios antiquísimos. Parecía que el mundo moderno apenas había llegado a aquel lugar. Había almiarres en los campos y carros de heno tirados por caballos en las carreteras, y los conductores iban ataviados con la vestimenta campesina tradicional. Igor estaba indignado por el hecho de que a Rumanía se le hubiera permitido formar parte de la Unión Europea, cuando a Ucrania, en cambio, la habían dejado fuera. Mi colega rumano, que había acudido a recogernos en la frontera, llevaba una gorra de *tweed* y guantes de conducir de piel, y nos llevó a toda velocidad por espantosas carreteras en el BMW trucado de su hijo hasta la lejana Bucarest, casi sin hacer paradas. Pasamos una noche en Sighisoara, donde aún se halla en pie la casa en que nació Vlad el Empalador, la figura en que se inspiró la leyenda de Drácula. Ahora es un restaurante de comida rápida.

La operación de la joven no era urgente, es decir, no tenía que llevarse a cabo de inmediato, pero sin duda debía hacerse en cuestión de días. Esa clase de pacientes no encajan con facilidad en la cultura de objetivos que rige el funcionamiento del Servicio Nacional de Salud inglés. No era una paciente con cirugía programada, pero tampoco una emergencia.

Unos años atrás, mi propia esposa, Kate, había caído en una trampa semejante cuando esperaba para someterse a una operación seria tras varias semanas en la UCI de un fa-

moso hospital. Ingresó por Urgencias, donde la sometieron a una operación que no presentó dificultades, pero después, tras semanas con alimentación intravenosa, precisaba una nueva intervención quirúrgica. Me acostumbré a ver una gran bolsa plateada pendiendo sobre su cama, un gotero conectado a la vía central, un catéter insertado en las grandes venas que llevan al corazón. Para entonces, Kate ya no era una paciente de Urgencias, pero tampoco un ingreso programado, de modo que no se había fijado fecha para su operación. Durante cinco días seguidos la sometieron al preoperatorio —para una cirugía mayor, con toda clase de posibles complicaciones aterradoras—, y en cada una de aquellas ocasiones, para cuando llegaba el mediodía, la operación se había cancelado. Finalmente, desesperado, llamé a la secretaria de su cirujano.

—Bueno, no es el doctor quien decide el orden de entrada en quirófano... —me explicó en tono de disculpa—. Es un gestor quien se encarga de eso, el coordinador del bloque quirúrgico. Éste es el número al que debe llamar.

De modo que llamé a ese número, sólo para encontrarme con el aviso de que el buzón de voz estaba lleno y no podía dejar un mensaje. A finales de semana se tomó la decisión de convertir a Kate en paciente programada, y la enviaron a casa con un gran frasco de morfina. Volvieron a ingresarla una semana más tarde, esta vez, supuestamente, con la venia del coordinador quirúrgico. La operación fue todo un éxito, pero poco después le mencioné el problema que habíamos tenido a uno de mis colegas neurocirujanos del hospital, cuando nos encontramos en una reunión.

—Me resulta muy difícil ser pariente y médico a la vez —comenté—. No quiero que la gente piense que mi mujer debería recibir un trato preferente, pero la verdad es que la cosa se estaba haciendo insostenible. Que te cancelen una operación ya es bastante malo, pero... ¡que ocurra durante cinco días seguidos!

Mi colega asintió.

—Y si ni siquiera podemos cuidar de los nuestros, ya ni te cuento cuando se trata de cualquier fulano.

Así pues, aquel lunes por la mañana acudí al trabajo con la preocupación de encontrarme el mismo caos a la hora de conseguir una cama para mi joven paciente después de la cirugía. Si su vida hubiera corrido peligro, yo podría iniciar la operación de inmediato sin necesidad de pedir permiso a los encargados de asignar un número insuficiente de camas a un exceso de pacientes, pero la vida de mi paciente no corría peligro —al menos no todavía—, así que sabía que iba a tener un inicio de jornada complicado.

En la recepción del área quirúrgica había un animado grupo de médicos, personal de enfermería y directivos mirando los partes de quirófano del día —pegados con celo sobre el mostrador— y hablando sobre la imposibilidad de llevar a cabo todo el trabajo. Advertí que se habían programado varias operaciones de columna.

—En la UCI no hay camas —me dijo la anestesista con una mueca.

—Bueno, ¿y si hacemos que traigan a la paciente de todos modos? —propuse—. Después siempre aparece alguna cama.

Siempre digo eso, y siempre obtengo la misma respuesta.

—Ni hablar. Si no hay camas en la UCI, tendré que reanimar a la paciente en quirófano después de la operación, y eso podría llevarme horas.

—Veré si puedo solucionarlo después de la reunión matutina —contesté.

En dicha reunión, me encontré con el catálogo habitual de desastres y tragedias.

—Ayer ingresó un hombre de ochenta y dos años con cáncer de próstata. Había ido primero al hospital municipal porque ya no podía mantenerse en pie y tenía retención de orina. Se negaron a ingresarlo y lo mandaron a casa —nos contó Fay, la residente especialista de guardia, mientras proyectaba las imágenes del escáner.

Su comentario fue recibido con risas sardónicas en la sala a oscuras.

—No, no —insistió ella—, es verdad. Le pusieron un ca-

téter y anotaron en su historia clínica que ya estaba mucho mejor. He visto esa historia.

—¡Joder, pero si no podía ni caminar! —exclamó alguien.

—Bueno, pues eso no les preocupó. Cumplieron con su turno de cuatro horas y lo mandaron a casa. Se pasó allí dos días, hasta que la familia llamó al médico de cabecera. Fue éste quien lo envió a nuestro hospital.

—Debe de ser un paciente muy resignado y sufrido —le comenté al colega sentado a mi lado y, dirigiéndome a otro, pregunté—: ¿Qué ves tú en el escáner, Samih?

Había conocido a ese joven residente unos años antes, en una de mis visitas médicas a Jartum. Me causó muy buena impresión, e hice cuanto pude por ayudarlo a ir a Inglaterra para continuar con su formación. En el pasado me había sido relativamente fácil traer a mi departamento a jóvenes residentes de otros países, pero las restricciones de la Unión Europea a los médicos extracomunitarios y el incremento de la normativa burocrática lo ha convertido en algo muy difícil, pese a que Reino Unido tiene menos médicos per cápita que cualquier otro país europeo, salvo Polonia y Rumanía. Samih pasó por todos los exámenes y obstáculos requeridos con resultados excelentes. Daba gusto trabajar con él; era un hombre corpulento y muy agradable, con una dedicación absoluta a nuestro oficio, y al que los pacientes y las enfermeras adoraban. Y ahora iba a ser mi último residente especialista.

—La imagen muestra una compresión posterior metastásica de la médula en T3. El resto del escáner parece estar bien.

—¿Qué debe hacerse? —pregunté.

—Bueno, depende del estado del paciente.

—¿Fay?

—Anoche a las diez, cuando lo vi, estaba en shock medular.

Ésa es la expresión brutal, pero acertada, con que se describe a un paciente con lesión medular completa. La médula está tan dañada que no hay sensibilidad ni funcio-