



LO PRIMERO, LA VIDA

EL DÍA A DÍA DE UN MÉDICO
QUE APRENDIÓ A DARLO TODO

DAVID
CALLEJO

DAVID CALLEJO

LO PRIMERO, LA VIDA

El día a día de un médico que aprendió a darlo todo

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 o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© David Callejo, 2022

© Editorial Planeta, S. A., 2022

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona

www.editorial.planeta.es

www.planetadelibros.com

Primera edición: enero de 2022

Segunda impresión: febrero de 2022

Depósito legal: B. 18.355-2021

ISBN: 978-84-08-25088-3

Preimpresión: Realización Planeta

Impresión: Rodesa

Printed in Spain – Impreso en España



El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como **papel ecológico** y procede de bosques gestionados de manera **sostenible**

Índice

1. Un caso entre miles	11
2. Las dos puertas del paritorio (I)	25
3. Las dos puertas del paritorio (II)	35
4. Las apariencias y la consulta engañan	51
5. La Ventilla	69
6. Un estudiante sin vocación	83
7. Tomás	99
8. Un año en Bolonia	111
9. Nadie recuerda el nombre del portero	123
10. Un fallo médico	135
11. Un <i>exitus</i>	145
12. Los trasplantes siempre empiezan mal (I)	153
13. Los trasplantes siempre empiezan mal (II)	167
14. El cerebro de Sandra	179
15. El extraño caso del despertar intraoperatorio	191

16. Una transfusión muy delicada	201
17. Las drogas como forma de vida	211
18. Dejarlo todo	223
19. Una decisión en quirófano	237
20. Crónica de un confinamiento anunciado	251
21. La noche más dura	261
<i>Epílogo. Un mensaje de Instagram</i>	277

1

Un caso entre miles

El trabajo de un anestesiólogo es fácil de definir: consiste en horas de aburrimiento, minutos de estrés y segundos de pánico. Sin embargo, nuestra labor en la consulta es bien distinta. Me gusta compararlo a cuando un paracaidista dobla su paracaídas o a cuando un piloto de Fórmula 1 se prueba el traje. Desde luego, no es la parte más excitante de su trabajo, pero hacerlo bien puede cambiar el resultado más adelante; sobre todo en esos segundos de pánico que pueden venir después. Aun teniendo esto presente, la consulta de anestesia suele ser tremendamente aburrida.

Yo estaba en una de esas horas en las que el tiempo parece detenerse cuando alguien entró en la consulta de forma brusca. No me sorprendió que fuera un cirujano, ellos a menudo entran sin llamar. A veces pienso que es como si gastaran toda su delicadeza dentro del quirófano y ya no les quedara más para la vida normal; otras veces simplemente pienso que esta profesión nos hace ir corriendo de un sitio a otro hasta llegar a perder la educación. Pero a este cirujano yo se lo perdonaba todo, porque Juan es así de poco ortodoxo en general, no solo conmigo; y también, para qué negarlo, porque

me hace mucha gracia. En el hospital aún se recuerda la vez que, a unos padres que no terminaban de comprender en qué consistía la operación de fimosis¹ de su hijo, les explicó, con total transparencia: «Vamos, que se la voy a dejar para chupársela».

Esta vez Juan tampoco me decepcionó. Sabe provocarme: —Tengo un problema que no vas a saber resolverme.

Me reí y él empezó a explicarme el asunto. Pero enseguida dejé de escuchar porque vi que detrás de él asomaba una pareja de no más de treinta años. Traían un carrito de bebé y tenían la cara desencajada. Entre compañeros, normalmente intentamos hablar sin que estén los pacientes delante, pero la situación no lo permitía. El cirujano estaba a medio metro de mí y ellos ya en la puerta, así que los invité a entrar y sentarse en mi consulta. Estaba claro que íbamos a hablar del pequeño del carrito.

Ella se llamaba Paloma, y él, Daniel. Formaban una pareja muy joven y vital; él tenía una mirada limpia, siempre miraba a los ojos y parecía que podías ver a través de ellos. Ella era un auténtico torbellino, claramente era quien organizaba todo en esa familia. La pareja ya tenía una hija pequeña y ahora Paloma acababa de dar a luz al segundo, Aitor, hacía cuatro días. En las ecografías del parto al bebé se le había diagnosticado un tumor raro, un neuroblastoma.² Tenían que hacerle

1. Fimosis: condición del pene por la que el glande no es capaz de salir del prepucio. O como explica Julio: «Cuando no somos capaces de pasar de trompa de elefante a casco alemán».

2. Neuroblastoma: cuando estamos en el útero, en pleno desarrollo embriológico, nuestras células migran por todo el cuerpo para formar los distintos órganos. Hay un tipo de células del sistema nervioso, los neuroblastos, que viajan por todo el cuerpo para formar tejidos en el cuello, el

una resonancia magnética en tres horas para comprobar la extensión de la enfermedad.

A los niños hay que dormirlos para hacerles una resonancia, no es un procedimiento doloroso, pero necesitamos que estén muy quietos durante una hora en una máquina claustrofóbica. Misión imposible cuando se trata de los más pequeños, así que no nos queda más remedio que dormirlos para hacer la prueba.

Para poder dormir a un niño tan pequeño y con patología, tiene que pasar unos días antes por la consulta de anestesia. Por un problema logístico del hospital (sospecho que un despiste), esto no se había hecho. Y ahora el niño estaba en mi puerta, y Julio me pedía que le hiciera una consulta de anestesia exprés para poder realizar la resonancia.

Le dije que, sin problema, entre otras cosas por aquello de que antes de que entraran estaba bastante aburrido.

Les expliqué todo con detenimiento, evitando tecnicismos que no ayudarían a unos padres asustados. Les conté el procedimiento habitual: el paciente entraría en la sala de resonancia con mi compañero, quien le pondría una mascarilla en la cara como las de los pilotos de aviones (esta frase suele convencer a algunos niños). Por esa mascarilla pasaríamos un gas anestésico que lo dormiría y, una vez sedado, le cogeríamos una vía en una vena.

A través de la vía pondríamos más medicación para dormir aún más al peque, pero eso haría también que dejara de

tórax o en la médula. Algunas de estas células acaban sobre el riñón, en las glándulas suprarrenales. Estas células se pueden hacer malignas y provocar cáncer, especialmente en la edad pediátrica. En algunos casos, estos cánceres se diagnostican antes de nacer el bebé. Podríamos decir, por tanto, que el bebé nació con cáncer.

respirar. En ese momento habría que colocar un dispositivo en su boca para abrir su vía aérea y así poder ventilarle con un respirador.

En este punto, suelo añadir la coletilla:

—Tranquilos, sé que puede dar mucho miedo, pero hacemos miles de procedimientos al mes en niños. Algunos de ellos con patología grave. Os lo vamos a cuidar mucho. Cuando la prueba acabe, haremos que el niño empiece a respirar por sí mismo, sacaremos el dispositivo de su vía aérea y lo llevaremos dormido a otra sala donde se despertará con vosotros. Le daremos un poco de leche materna cuando esté despierto.

Aquí por lo general les digo que, una vez haya comido el niño, se podría ir a casa. Pero, en este caso, no sabía si se quedaría ingresado por tener un tumor... y, además, caí en la cuenta de que había un riesgo importante que no les había anunciado. Dudé si hacerlo o no, pero al final me atreví:

—Hay una cosa más que tienen que saber. El tumor de su hijo es un neuroblastoma que se encuentra en la glándula suprarrenal. Son dos pequeñas glándulas que están sobre los riñones y que se ocupan de regular nuestra respuesta al estrés liberando sustancias como la adrenalina y otras catecolaminas.³

»En adultos, los tumores en estas glándulas pueden ser

3. Catecolaminas: son las hormonas que preparan a nuestro cuerpo para huir o luchar. Nuestras hormonas del estrés. Aumentan nuestra atención, nuestra tensión arterial, nuestra frecuencia cardiaca, permiten que entre más aire a nuestros pulmones... Fundamentales para mantenernos con vida. Pero como todo en medicina, un exceso de estas hormonas puede ser mortal. Nuestra tensión arterial y frecuencia se podrían elevar tanto que podrían provocarnos un infarto o un ictus.

secretores de catecolaminas ante mínimos estímulos. Esto puede ser algo muy grave, ya que eleva mucho nuestra tensión y frecuencia cardíaca, hasta el punto de provocarnos un infarto o un ictus.

—Pero, entonces, ¿mi hijo puede tener un infarto?

—Por suerte, en niños es algo muy infrecuente; en algunos centros solicitan una prueba para ver si estos tumores en niños liberan estas sustancias. En nuestro centro no siempre lo hacemos de rutina, pues en niños, aunque estas sustancias se liberen, no conocemos apenas casos que hayan elevado la tensión arterial o la frecuencia cardíaca.

—¿No sería mejor esperar a hacer esa prueba antes de realizar la resonancia?

—Hemos tenido casos similares, y el equipo médico está de acuerdo en no retrasarla por hacer esta prueba. El estímulo doloroso de la resonancia es mínimo. Lo único que puede molestar es canalizar la vía y lo haremos con el bebé dormido. Creo que lo mejor es hacer hoy la resonancia; nos dará mucha información importante sobre el tumor de su hijo.

—Genial, pues vamos a por ello. Él va a poder con todo.

—¿El bebé o el anestesista?

—¡Los dos! —dijo la madre sonriendo mientras me firmaba los consentimientos de anestesia.

Antes de ir a la resonancia, llamé a mi compañero de anestesia para contarle que había tenido que ver al niño en consulta de forma urgente, él era un anestesista mucho mayor y más experimentado que yo:

—Javier, tienes a un bebé con un neuroblastoma ahora en la resonancia. Está en ayunas y solo tiene unos días de vida. No le hemos podido hacer pruebas para ver si el tumor es secretor de catecolaminas.

—Tranquilo, David, aunque sea secretor, en treinta años de anesthesiólogo no recuerdo un caso en el que estos tumores hayan dado problemas de ese tipo. ¡Y menos en una resonancia! Lo cuidaremos.

Una vez que hube hablado con Javier tuve que continuar pasando mi aburrida consulta, por suerte ese día acabaría pronto. O eso creía yo.

Una de las cosas que hacemos los anestesistas de mis hospitales cuando entramos a trabajar es mirar quién está cerca en los otros quirófanos. Los cirujanos nos suelen decir que es para saber con quién tomar café entre paciente y paciente; pero en realidad es por algo mucho más importante (sí, hay cosas más importantes que el café para un anestesista).

Miramos quién está cerca porque, en nuestra disciplina, lo primero que hay que hacer ante una situación crítica es pedir ayuda. Antes incluso que atender al paciente. De hecho, podemos tener problemas legales si se descubre que, ante una complicación, no se ha pedido ayuda. Además, es fundamental saber a quién acudir en una situación crítica: cualquier compañero me ayudaría bien, pero todos tenemos gente con quienes trabajamos mejor.

En la zona de quirófanos la ayuda está muy cerca. Pero hay otras zonas del hospital, como la resonancia magnética, donde no tienes otros anestesistas alrededor. Si necesitas la ayuda en un lugar como ese, los compañeros tardarán en llegar unos pocos minutos. En una situación crítica, esos minutos pasan como horas.

Al cabo de dos horas, cuando estaba acabando la consulta, Javier me llamó al móvil:

—David, baja corriendo a la resonancia. El niño del neuroblastoma se ha puesto muy mal.

—Voy volando.

Decía que es importante saber a quién pedir ayuda. Pero también saber quién te la pide. Javier es de los mejores anestelistas que conozco, especialmente tranquilo y resolutivo. En otras palabras, si Javier te pide ayuda, la cosa es grave.

Cuando llegué a la resonancia, no me pude creer lo que estaba pasando:

—Al pincharle para coger la vía venosa se han disparado la frecuencia cardiaca y la tensión arterial. Lo he dormido más a través de la vía, pero la tensión sigue subiendo.

El niño se había puesto muy mal. Acudimos varios anestelistas. Efectivamente tenía la tensión arterial disparada, y con esos niveles y tan solo cuatro días de vida podía tener un infarto o una hemorragia cerebral en cualquier momento. Algo que podía llegar a ser fatal. Había que controlar esa tensión de forma urgente y determinar las cantidades de fármaco que aplicar a un cuerpo tan pequeño. Atrás quedaban las horas de aburrimiento; venían unos de esos minutos de estrés con segundos decisivos. Segundos que podían marcar la vida del niño para siempre.

Javier lideró el tratamiento del niño. En estos momentos de crisis es fundamental que haya un líder que organice al resto de los profesionales, pues de otra forma cada uno podría hacer lo que le pareciera. No estar coordinados en estos casos suele acabar mal. A pesar de la situación, mantuvo la calma, tenía mucha experiencia. No necesitó dar un solo grito y transmitía tranquilidad a todo el equipo. Pero yo le conocía. Esas gotas de sudor que le caían por la frente, en el ambiente frío de la resonancia, demostraban que la procesión iba por dentro.

Tratamos con éxito al paciente y, una vez estable y dormido, decidimos realizar la resonancia magnética, que no suponía más riesgo al tratarse de un procedimiento sin apenas estímulos para el paciente. La necesitábamos para saber el pronóstico del niño y ofrecerle un tratamiento. Luego pudimos despertarle sin incidencias.

Como todo apuntaba a que teníamos ante nosotros uno de esos rarísimos casos en los que el tumor liberaba catecolaminas, decidimos ingresarlo en la unidad de reanimación. Les contamos a los padres lo que había pasado:

—¿Recuerdan que en casos muy muy raros estos tumores podían liberar catecolaminas?

—Sí, eso nos contaste.

—¿Y recuerdan que en algunos casos aún más raros podían elevar la tensión arterial y frecuencia cardiaca de forma grave?

—Sí, nos lo has contado hace unos minutos. ¿Qué pasa?

—El bebé ahora está bien, despierto y llorando porque tiene hambre, pero...

—Ay, muchas gracias, doctor —me interrumpió la madre.

—Espere, el niño está bien ahora, pero tuvo un momento crítico que por suerte pudimos controlar. Creemos que es uno de esos extraños casos en los que el tumor puede elevarnos la tensión arterial y ponernos las cosas difíciles.

—Pero ¿el niño está bien?

—Sí, ahora está bien, pero nos lo vamos a quedar bajo vigilancia en la reanimación a cargo de anestesia.

—Está bien, eso es lo importante, doctor.

Pensé en si debía seguir insistiendo en la gravedad del cuadro, pero vi que no era el momento. Ya llegaron abrumados sabiendo que su hijo tenía un tumor, no tenía sentido

insistir con todo lo que había pasado. En ese momento tenía la teoría de que los padres solo pueden asimilar las desgracias poco a poco. Ya habría tiempo para hablar con ellos (y para darme cuenta de que mi teoría era errónea).

El problema fue que en los días siguientes no dejaron de llegar malas noticias: la resonancia indicó que el tumor no estaba solo en las glándulas suprarrenales, sino que se estaba expandiendo, había metástasis. Además, seguía liberando catecolaminas: cada vez que el niño se ponía nervioso o sufría un estímulo doloroso, la tensión se elevaba de forma muy grave.

Las opciones eran pocas. Existía la muy remota posibilidad de que el tumor involucionara. Es muy poco frecuente, pero algunos tumores que surgen intraútero desaparecen solos cuando el bebé nace. Por desgracia, no parecía que este fuera a ser el caso, puesto que nuestro pequeño ya tenía metástasis. La opción habitual en estos casos era operar para extirpar el riñón, pero al niño no podíamos ni cogerle una vía porque la tensión enseguida se disparaba y eso podía ser fatal.

Decidimos esperar unos días para ver cómo evolucionaba y tomar una decisión bien consensuada; aunque, por desgracia, el tiempo iba en nuestra contra.

Un día antes de entrar a una guardia, pregunté por el estado del niño:

—¿Sabemos algo de Aitor, el pequeño con el neuroblastoma?

—Sigue igual, en cuanto se enfada se le dispara la tensión y todo apunta a que ese tumor hay que operarlo... Pero a ver cómo lo hacemos sin que se nos muera en quirófano.

A veces somos muy bruscos cuando hablamos entre nosotros de los pacientes, pero, por desgracia, era una realidad que

operar a ese niño sin poder controlar la tensión antes era prácticamente una sentencia de muerte.

Esa tarde decidí leer todo lo que se había publicado sobre esa patología. Y cuando digo todo no es porque yo sea muy rápido leyendo, sino porque, desafortunadamente, había muy poco publicado. Acabé todos los artículos, dormí un rato y fui a la guardia.

En el hospital les dije a mis compañeros que creía que teníamos que administrarle una droga especial, que se suele dar a los adultos con tumores en las glándulas suprarrenales para evitar que se eleve la presión arterial a pesar de las catecolaminas. El nombre de la droga es difícil de pronunciar, fenoxibenzamina. Pero la pronunciación era el menor de los problemas; casi nunca se había usado en niños y menos aún en neonatos. Solo contábamos con la publicación de un médico en Estados Unidos que lo había utilizado en una decena de niños de ese tamaño. Eso era todo. Ahora que se está discutiendo tanto sobre los riesgos de las vacunas, pienso que ojalá los fármacos que a veces tenemos que utilizar con niños tuvieran ensayos clínicos tan amplios como los de las vacunas, con 40.000, 100.000 y hasta un 1.000.000 de pacientes que indiquen que es seguro. Pero no es así y toda la experiencia con la que contábamos en ese caso era la de un médico americano que había publicado sus casos. La mayoría de estos casos fueron exitosos.

Le escribimos un correo y nos contestó con la pauta que teníamos que darle al paciente, que coincidía con la que habíamos previsto. Con el dato contrastado, me decidí a hablar con los padres presentándoles la situación tal cual era:

—No estamos seguros de lo que vamos a hacer, pero, dadas las circunstancias, creemos que es la única posibilidad

que tiene vuestro hijo de sobrevivir. El tumor sigue extendiéndose y tenemos que extirparlo. Todo el equipo de oncólogos, anestesistas y cirujanos estamos de acuerdo en eso, pero hasta ahora no sabíamos cómo hacerlo sin que se disparase la tensión. La única opción que tenemos es utilizar este fármaco, la fenoxibenzamina, para intentar bloquear las catecolaminas.

—Nos estás dando pocas opciones, David. Si no lo operamos, se puede morir... Si lo operamos, también se puede morir..., y para operarle de forma «segura» vais a usar un fármaco que se ha usado un puñado de veces en bebés.

Estaba claro que había subestimado a estos padres y que entendían perfectamente la situación y los riesgos. Claramente, estos padres entendían las desgracias, aunque vinieran varias de golpe.

—Creo que su resumen es perfecto. Lo tenemos que operar; y para operarlo, tenemos que usar este fármaco. La experiencia es escasa, pero con buenos resultados. Pienso que es la opción más adecuada para tratar a vuestro hijo. Pero no os puedo engañar, la experiencia es poca y las certezas escasas.

—Confiamos en vosotros, haced lo que tengáis que hacer.

En ese momento ni yo mismo confiaba mucho en nosotros, pero creo que estos padres realmente sí lo hacían.

Decidimos empezar con la fenoxibenzamina en dosis muy bajas para estudiar con detenimiento la evolución, pero no vimos mucho efecto y tampoco teníamos tiempo porque el tumor seguía extendiéndose, así que las tuvimos que incrementar. Nuestra unidad de reanimación es abierta y creo que los padres, que a menudo andaban cerca, muchas veces nos escucharon debatir: algunos miembros del equipo defendíamos seguir con el fármaco, pero subiendo la dosis, otros apostaban por buscar otros medicamentos y había quien decía que

teníamos que habernos arriesgado a hacer la cirugía días atrás. Fueron días angustiosos. De mucha incertidumbre. Y yo mismo dudaba de si el fármaco empezaría a hacer efecto. Cada día, lo primero que hacía al llegar al hospital era mirar la gráfica de enfermería para ver si la tensión del bebé había bajado, y por fin, cuando estábamos a punto de buscar otras opciones, la tensión arterial empezó a bajar. En una semana la tuvimos controlada, y ya no se elevaba cuando el niño se enfadaba o se le estimulaba.

La madre se animó a irrumpir un día en la unidad:

—Esto ha sido un éxito.

—Vamos a dejarlo en una pequeña victoria —le dije intentando ser prudente.

—Déjame celebrar las pequeñas victorias entonces.

Sonreí y le di la razón. Aunque pensaba para mis adentros: «Ahora solo queda anestesiarse y operar a un canijo de tres kilos, y después darle quimioterapia». Pero comparto plenamente, y más en situaciones tan críticas, que las pequeñas victorias hay que celebrarlas, porque nos dan el ánimo necesario para seguir, y aquel avance era todo lo que teníamos por el momento.

El día de la cirugía no me tocó a mí anestesiarse al niño, sino a una compañera, pero durante la reanimación yo había tenido mucha relación con los padres, así que fui a verlos. Estaban muy nerviosos. Le preguntaron a Juan, el cirujano:

—¿La operación es muy difícil técnicamente?

—Si la tuvieran que hacer ustedes, sería difícilísima, pero haciéndola yo, creo que va a ser más o menos sencilla.

Los padres se tomaron bien el comentario y se rieron. A veces, en situaciones tan críticas, una pequeña broma ayuda.

Yo cogí a Aitor en brazos y jugué un poco con él. Antes de meterlo al quirófano, le dije al padre:

—Bueno, un beso y vamos para adentro.

—Claro —respondió.

Se vino hacia mí y me plantó un beso en la mejilla.

—Pero ¿qué hace, hombre? A su hijo, no a mí.

—Yo qué sé, doctor. Usted me ha dicho lo del beso y yo le doy un beso y lo que haga falta.

Entre risas, fue cuando me di cuenta de hasta qué punto habían confiado ciegamente en nosotros durante todo el proceso.

En quirófano, el miedo que teníamos era que la tensión se volviera a disparar. Todo había ido bien en ausencia de estímulos dolorosos importantes, pero ¿qué iba a pasar cuando empezáramos a coger vías y a provocar dolor con la cirugía? ¿Funcionaría la fenoxibenzamina? Además de ese fármaco le dimos analgésicos y le pusimos una epidural, a pesar de su tamaño, para intentar controlar el dolor y todos los posibles estímulos. Finalmente, no hubo ningún susto. Juan no los había engañado: la operación fue sencilla. Pudimos despertar al niño sin incidencias y llevarle de nuevo a la reanimación con sus padres, pero ya sin el tumor que tantos problemas nos estaba dando. A los pocos días, le pudimos dar de alta de nuestra unidad, pero Aitor fue uno de esos niños que «adoptamos», pues seguimos su caso muy de cerca.

Unas semanas después empezó la quimioterapia, que también fue un éxito. Y pasados unos meses, pudimos decir que el niño estaba curado.

La relación había sido tan buena y tan intensa que todos nos alegramos especialmente. Era como si el éxito hubiera sido de un familiar propio.

En una de las revisiones en la que los padres vinieron a visitarnos me dijeron:

—Hemos tenido muchísima suerte con vosotros.

—Creo que hemos tenido suerte a secas —contesté.

Cuando las cosas salen bien, los pacientes tienden a creer que tenemos poderes sobrehumanos, o nos ponen la socorrida etiqueta de «héroes». Yo entiendo su sentimiento de gratitud, pero la triste realidad es que no es así. Nosotros seguimos los pasos de la ciencia, que por desgracia en niños va muy por detrás de lo que nos hace falta, porque necesitamos más investigación. Y, por desgracia también, la suerte sigue siendo un factor fundamental para todo en la vida, pero también en un hospital.

—¿Suerte? —dijo la madre—. Os he visto estudiar en la reanimación, hablar cada día de mi hijo, sufrir con nosotros, poner una epidural a un niño de tres kilos, resolver episodios gravísimos. ¡Nuestra suerte habéis sido vosotros!

—Para suerte, la que tiene Aitor de tener una madre tan torbellino como tú, capaz de contestar a cualquier cosa. Pobre, qué adolescencia le vas a dar... —le dije riéndome.

Ella también rio, y el padre se limitó a sonreír mientras me daba un cariñoso golpe en el brazo. Rápidamente sentí esa sonrisa y ese golpe como dos gestos sinceros de agradecimiento. Y me hicieron sentir bien. Muy bien. Supongo que las horas de aburrimiento y los segundos decisivos tienen estas pequeñas grandes recompensas.

En el caso de Aitor las cosas salieron bien, está claro que hubo ciencia, estudio, habilidad..., muchas cosas detrás del éxito. Pero estoy seguro de que también hubo suerte, al menos un poco. Cuanta más experiencia adquiero en el hospital, más me doy cuenta de que la suerte también es importante, y de que yo prefiero tenerla siempre de mi lado.