



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

VIVIR CON PIE DIABÉTICO: REPORTAJE

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA
COMUNICACIÓN CON OPCIÓN EN
PERIODISMO

PRESENTA
TERESA BERENICE RESENDIZ SANTANA

DIRECTORA DE TESIS
DRA. FRANCISCA ROBLES

CIUDAD UNIVERSITARIA, 2011





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Gracias a la vida que me ha dado tanto.
Me ha dado la marcha de mis pies cansados;
con ellos anduve ciudades y charcos,
playas y desiertos, montañas y llanos,
y la casa tuya, tu calle y tu patio.*

Violeta Parra en Gracias a la vida

ÍNDICE

Agradecimientos

Introducción. Pies de azúcar..... pág.1

Primera parte. Tres vidas equidistantes en un mismo hilo conductor

El doctor..... pág.11

El piloto..... pág.13

El chocolatero..... pág.14

¿Cómo es eso de la diabetes?..... pág.16

Pero, ¿qué la desató?..... pág.19

Segunda parte. Inicio del vía crucis

La planta del pie..... pág.23

¿Qué hace tan vulnerables los pies de los diabéticos?..... pág.27

La evolución de una herida..... pág.30

Pies a la obra. Tratamientos..... pág.33

Tipos de tratamiento..... pág.34

Complicaciones..... pág.39

Tercera parte. Momento decisivo: la amputación..... pág.45

Pero, ¿por qué se llegó a la amputación?..... pág.54

Niveles de amputación..... pág.57

Ausencia. Muñón..... pág.60

Cuarta parte. Las tres vidas se unen

Rehabilitación física..... pág.66

La prótesis..... pág.73

Miembro fantasma..... pág.76

Los cambios. Aspectos psicológicos en el paciente y en su familia

El duelo y la tristeza..... pág.78

Frustración

Enojo..... pág.79

¿Cómo lo vive la familia?..... pág.80

Sanar las heridas..... pág.83

Hoy, aquí; mañana..... pág.86

Conclusión. Arquitecto de su propio destino..... pág.88

Fuentes..... pág.93

AGRADECIMIENTOS

*Gracias a ti por siempre estar a mi lado,
por escuchar mis súplicas en noches de desconsuelo y nunca abandonarme.*

Te quiero mucho. Sin ti no estaría en este momento aquí

SN

Cuando tenía 15 años pasé por Ciudad Universitaria de la UNAM. Recuerdo que era una tarde soleada, había cientos de jóvenes con sus libros bajo el brazo en la imponente Biblioteca Central, en ese edificio con hermosos y coloridos murales en la pared.

Tan grande fue mi sorpresa que les dije a mis primos: "Algún día voy a estudiar aquí". Ellos sólo me miraron con extrañeza y dejaron pasar mis palabras en el olvido.

En ese momento desconocía la gran importancia de la UNAM para México, al ser semillero de famosos escritores, poetas, científicos, políticos y demás. Yo sólo recordaba lo que algún tiempo emitieron las noticias sobre una huelga, cuando apenas tenía aproximadamente 9 años.

Años después, al cumplir 17, esa huelga había terminado y la universidad era clasificada como una de las mejores del mundo y la primera en Latinoamérica. Era el momento justo para estudiar una carrera en sus aulas, con los mejores profesores.

Afortunadamente mi sueño se hizo realidad, pues entré al lugar que abrió mis brazos al mundo, me dio voz, confianza y un gran amor a mi carrera: el periodismo.

Al escribir estas palabras me es imposible no recordar las innumerables vivencias con mis profesores, con la doctora Francisca Robles, quien con su paciencia y su gran apoyo hizo posible que esta investigación esté ahora en papel, pues muchas veces sentí caer, pero ella me hizo tomar valor y terminar.

Al igual, le agradezco a la doctora y profesora Lourdes Romero, cuya materia recuerdo con entrañable nostalgia por el apoyo, la motivación, por cada enseñanza en la técnica narrativa, infinitamente GRACIAS.

También agradezco a los profesores Marco Antonio Cervantes por su apoyo incondicional, a Erika Maya, ya que ella fue testigo del inicio de esta investigación en séptimo semestre.

Culminación que le agradezco, sobre todo, a la persona a quien más amo en la vida, a mi mamá, quien desde que era pequeña fue estricta, siempre marcando los pasos de su alborotada hija, pues nunca la dejó sola. Aún recuerdo cuando me enojaba que fuera conmigo a los museos, a las obras de teatro, a los eventos escolares, ¡a todo!, sin importar nada.

Mi padre Cuauhtémoc, quien con su historia de vida dio pauta para iniciar esta investigación. Gracias por todo, pues a pesar de tus regaños, tu mal humor, tu gran exigencia, me colocaron en el lugar donde estoy.

Sobre todo agradezco a Leobardo y Oscar, quienes se atrevieron a abrirme no sólo las puertas de su hogar, sino su propio corazón, pues no fue una simple charla, sino un fragmento duro de vida, de resistencia, cuyos nudos en la gargantea muchas veces se pasaron.

Sin dejar de lado a todas las personas que me echaron la mano en la realización de mi investigación como el doctor Lira y mi madrina Violeta, quienes siempre estuvieron en pie del cañón.

Claro, a mis amigos, quienes con su apoyo incondicional me hicieron sacar la casta, aún me veo en el teléfono a la una de la mañana intentado ponerme de acuerdo para entregar ese trabajo final, ya que a alguien se le había ocurrido ir al concierto de Madonna. ¡Qué noches!

Cada salón, libro, nota, letra, todo me constituye ahora, son parte de la persona que la UNAM formó. Por todo esto, mil gracias, y ahora sí, “¡por mi raza hablará el espíritu!”.

INTRODUCCIÓN

Hace tiempo, hurgando entre un cúmulo de copias y tareas viejas, encontré un dibujo hecho por la pintora mexicana Frida Kahlo, pedazo de hoja amarillenta que mostraba un par de pies, los cuales estaban cortados a la altura del tobillo, pero compartían la misma pantorrilla, de donde emanaban raíces con espinas como si fuera un florero. Tal dibujo mostraba en letra cursiva la frase “Pies para qué los quiero si tengo alas pa’ volar. 1953”.

Recuerdo que ese dibujo lo imprimí como parte de una tarea en cuarto semestre, un año antes que la crudeza de esa frase me alcanzara. En ese momento, no podía comprender en su totalidad el significado de tenacidad y valentía que Frida expresó en ese dibujo, al no ver como limitante la pérdida de su pierna, pues con sus manos aún podía volar.

Quién hubiera imaginado que los pies fueran la espina dorsal de esta investigación. Sí, ese par de trozos de carne, huesos, nervios, tendones y músculos, siempre tan lejanos, en el suelo, que podrían parecer los renegados, pero no lo son. Son extremidades que llevan sobre sí todo el peso del cuerpo, como si fueran *Atlas*¹, porque así es el cuerpo humano, un gran mundo de células, arterias y demás, unidos para un sólo fin: el óptimo rendimiento físico del ser humano.

Pero, ¿qué pasa cuando algo no funciona adecuadamente en el cuerpo? Pues como efecto dominó, todo se altera, desde la cabeza hasta esas dos últimas partes del cuerpo, cuya estructura siempre se esconde tras la tela de un calcetín o tras el hule de un zapato. Quizá, por ello la mayoría de las veces pasan desapercibidos, como lo podrían evidenciar algunas uñas largas, amarillentas o mal cortadas, o qué tal esos callos tan duros que hasta ocupan un número más en el calzado. Pobres, tan olvidados, lo cual no debería ser, sobre todo, con esos pies de azúcar.

¹ Cuando Zeus se alzó en contra de Cronos, quien era padre de Atlas, este formó un grupo llamado de los “Titanes”, con la finalidad de combatir al Dios Zeus. Batalla en la que resultó perdedor Atlas y se le condenó cargar sobre sus hombros la tierra. <http://www.culturaclasica.net/Astronomia/principal/Atlas.htm> 8 de junio 2011, 12:01 a.m.

Como sucede con los diabéticos, quienes al tener un páncreas flojo, cuyos islotes de células Beta no logran producir la cantidad de insulina necesaria y enviarla al riego sanguíneo, provoca que el cuerpo no logre sintetizar los azúcares y, esto a su vez, conllevar: problemas en los riñones al retener los líquidos (nefropatía); formación de cataratas o como telarañas que impiden ver (retinopatía); sobre todo, en la circulación sanguínea (angiopatía) y en el sistema nervioso (neuropatía) que origina la pérdida de sensibilidad, principalmente en las extremidades sensibilidad.

Precisamente, al verse afectado el sistema nervioso, principalmente de las extremidades inferiores, esto causa que los diabéticos pierdan sensibilidad, es decir, no se den cuenta cuando una piedra entró en el zapato, si se les hizo una ampolla, ni siquiera sienten si se cortaron mal la uña, nada, ellos ni se inmutan, ni se acongojan. De ahí radica la gravedad, ya que al ignorar sus lesiones, estas se infectan, y en muchas ocasiones al no estar debidamente controladas, la última opción es amputar.

Al menos así lo evidencian los “5 mil 801 amputados durante el 2009”² sólo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de los cuales el “48 a 85%”³ se podrían haber evitado. Ante tal oscuro panorama, consideré importante informar a las personas sobre los riesgos que contrae la diabetes en la circulación sanguínea y en la sensibilidad, causa del “pie diabético”, cuyo proceso comienza con una herida, después se desencadena en una infección, y en la mayoría de los casos, culmina con la muerte.

De acuerdo con el *Programa Nacional de Salud 2007-2011*, actualmente hay cinco millones de personas con diabetes en México, de los cuales el “15% puede presentar en los pies alguna lesión”.

² Dato proporcionado a través del IFAI el 22 de septiembre del 2010.

³ Rafael Bustos-Saldaña, Sergio Prieto-Miranda; Grupo de estudio de factores de riesgo de ulceraciones en los pies de los pacientes diabéticos tipo 2. Revista médica del IMSS “Factores de riesgo de ulceración de los pies de diabéticos tipo 2, 2009, vol 47, fascículo: 5. 467-476 pp.
http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv_med_bus/portaPdf.jsp?art_cve=A637.pdf

Cifras alarmantes, pero que no significan lo mismo que cuando se viven de cerca. Así surgió la idea de este reportaje, ya que a principios del 2009 mi padre fue la siguiente víctima, ¡Él. Siendo médico, con más de treinta años de experiencia en el IMSS y haber tenido de cerca muchos casos de esta índole! ¡no logró cuidarse de forma debida!, entonces, qué grave riesgo corre la población en general al presentárseles un problema así.

Al intentar introducirme a la literatura médica para darle una explicación a todo lo que mi papá había vivido, sólo me encontré con un cúmulo de información especializada, cientos de tecnicismos, cuyos significados únicamente los colegas médicos y científicos sabían. Es así como surgió el objetivo de esta investigación: realizar un trabajo donde pudiera explicar de manera entendible, ligera y llamativa cómo afecta la diabetes en las extremidades inferiores, en los pies; y qué medidas llevar a cabo para su cuidado. Información que pudieran comprender desde un doctor hasta un ama de casa. Hacer un documento de divulgación.

Sin embargo, para generar más interés y lograr la sensibilización ante un tema de salud, que podría llegar a tornarse tedioso (no los culpo) tomé como hilo conductor tres hombres, tres fragmentos de realidad: la de Leobardo Flores González, Oscar Tapia Flores, y la de mi padre, Cuauhtémoc Resendiz Macedo, ya que es interesante cómo ellos, aparentemente tan distantes uno del otro, tanto en espacio y tiempo, al final se encontraron en un mismo lugar.

El reportaje es el género que utilicé para desarrollar la investigación, al ser el “género base del periodismo”, como lo define Alberto Dallal en *Lenguajes periodísticos*, por estar constituido por crónica, entrevista, nota informativa y, en algunos casos, por opinativos, donde el gran reto consiste en no sólo plasmar los datos, sino “ahondar” en ellos, es decir, investigar el ámbito social, político y económico donde se desarrollan los hechos⁴.

⁴ Hernán Uribe. “Apuntes sobre investigación y fuentes en el reportaje” *Cuadernos del Centro de Estudios de la Comunicación*. p 50.

Por esa razón, recabar, construirlo y ensamblarlo se le considera una labor difícil, pues el reportaje al ser considerado “la tercera dimensión del periodismo moderno”⁵ requiere de gran profundidad y meticulosidad en la investigación, sobre todo en el análisis.

También debe responder a las preguntas ¿qué?, ¿quién?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿cómo?, principalmente al ¿por qué? y ¿para qué?, ya que la finalidad del reportaje es la “explicación”⁶. Esa explicación detallada se logra con una amplia perspectiva del hecho, es decir, ir desde los antecedentes (*back-ground*) para contextualizarlo y así poder dar una perspectiva a futuro, una propuesta⁷.

Opté por el tipo de reportaje narrativo cuya esencia es el relato, ya que Francisca Robles en su texto “*Del espectáculo al testimonio: dos formas de presentar la realidad*” de *Espejismos de papel: la realidad periodística*, explica que de esta manera los lectores logran interiorizar a los actores, es decir, al haber más proximidad y empatía con los actores de la historia, se da la acción, en este caso, la prevención.

Otro motivo más para elegir el relato es, de acuerdo con Lourdes Romero en *La realidad construida en el periodismo* en “*Periodismo de los hechos versus periodismo crítico. Tendencias actuales*”, por la libertad que provee de utilizar recursos literarios para contar una historia extraída de la realidad, un hecho real, es decir, el poder reconstruir escenas de manera creativa.

En este caso imágenes duras, crudas, pero que no podía darles la espalda, aunque muchas veces parecían “incomunicables” y “terribles”, como lo expresa José Revueltas en su prólogo de *Los muros de agua*, ya sea por el pudor a expresarlo o que el escritor no posea la capacidad suficiente para plasmar esa realidad Por esa razón, rescato una frase que me fue de utilidad: “no negarse jamás a ver, no cerrar los ojos ante el horror ni volverse de espaldas por más pavoroso que nos parezca”⁸.

⁵ Mario Rojas Avendaño. *El reportaje moderno (antología)*. p 12.

⁶ Máximo Simpson. “Reportaje, objetividad y crítica social (el presente como historia)” *Revista mexicana de Ciencia Políticas y Sociales*. p 146.

⁷ Concha Fagoaga. *Periodismo interpretativo. El análisis de la noticia*. p 37.

⁸ José Revuelta. *Los muros de agua*. p 11.

De hecho las formas discursivas narrativo-descriptivo del reportaje, otorgan la posibilidad de hacer analogías, construir escenas, llevar al lector de la mano hacia los diferentes sitios donde se desarrolla la historia, hacer “animada la descripción del ambiente”⁹, sobre todo aquellas que tienen lugar en el quirófano, pero con el sumo cuidado de no trasgredir la susceptibilidad del lector.

El reportaje al ser un género interpretativo, de profundización, debe contestar primordialmente al ¿cómo?, al ¿cómo pasaron las cosas? y ¿cómo fueron y son los personajes? Para ello es necesario intervenir en sus vidas, pues los periodistas, como lo señala la doctora Romero en *La realidad construida en el periodismo*, “se ponen en contacto con personas desconocidas, se meten en sus vidas, preguntan lo que no tienen derecho a preguntar”¹⁰. Involucramiento que al final lleva al periodista a quedarse prendido con ellos.

Esa conexión fue mi principal reto, ya que uno de mis actores principales es mi padre. Ante tal situación, debí mantenerme al margen de mis sentimientos, es decir, abordarlo, cuestionarlo como a los otros, dejar que él hablara, actuara, fuera tal como es, para así exponerlo en el texto, sin importar el parentesco. Reto que considero logrado porque tuve que desaparecer, olvidar que soy su hija y sólo prestar mis oídos y mi voz para emitir sus palabras, presentar su historia.

Historia de vida semejante a la de Leobardo y Oscar. Ellos, quienes también forman la materia prima del reportaje, ya que finalmente este texto “es el fruto del trabajo de todos”, pues “el verdadero periodismo es el del contacto vivo con la gente y con las situaciones”¹¹.

Elaborar el relato, de acuerdo con Francisca Robles en el texto *Precisiones sobre el relato periodístico*, requiere “ver, oír, preguntar, confrontar e investigar, generar productos periodísticos que dan fe de lo sucedido, de las ideas y de las acciones

⁹ Julio Del Río Reynaga. “El reportaje, género por excelencia del periodismo moderno”. *Reflexiones sobre periodismo, medio y enseñanza de la comunicación*. p 164.

¹⁰ Lourdes Romero. “El relato periodístico como acto de habla” *La realidad construida en el periodismo*. P 45.

¹¹ Ryszard Kapuściński. *Los cinco sentidos del periodista (estar, ver, oír, compartir, pensar)*. p 89.

suscitadas en la vida social, política y económica de una comunidad”¹², es decir, ahondar desde extensos textos, recortes de periódicos, fuentes vivas, hasta ir a la práctica para comprender mejor el problema. Pero, ¿cómo? ¡A la práctica!

Sí, ir al lugar donde ocurrieron los hechos, “una exigencia del reportaje”¹³. Por esa razón, tuve que recurrir al encubrimiento, el disfrazarme de estudiante de medicina para conseguir la información en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pues para el periodista no hay limitantes, ya que siempre encuentra lo que se propone, aunque tenga que meterse hasta debajo de las piedras. Por ello decidí tomar una bata blanca, lentes de grueso armazón, zapatillas, traje y dirigirme al área de curaciones del hospital Francisco del Paso y Troncoso del IMSS.

Cuando llegué, el primer obstáculo fue pasar el filtro de seguridad, pero la bata fungió como escudo, ya que los policías nunca me detuvieron para solicitarme un pase, carnet o simplemente preguntar “¿a dónde va?” como lo hacían con otras personas, conmigo sólo se limitaban a mirar y ya.

Fueron dos visitas, durante la primera me dediqué a observar y a preguntarle al médico a cargo cómo eran las curaciones, en qué consistían, sobre las complicaciones y las consultas. Hasta ese momento todo marchaba como lo planeado: no dar muestras de nerviosismo para no levantar sospechas, lo cual logré, pues esa mañana trascurrió con normalidad, claro, sin contar que la enfermera me invitaría, bueno, me ordenaría ir nuevamente, a lo que no me pude negar.

Total, qué más daba volver, si una vez lo había hecho y no pasó nada, pues no habría problema. Regresé una mañana de viernes con mi bata, maquillada, peinada, con mis grandes lentes, zapatos boleados y falda planchada, a paso firme y esquivando el sistema de seguridad me dirigí rumbo a esa pequeña habitación del cuarto piso inundada de olor a pus, olor que se perdió cuando vi ante mí a otro doctor a cargo, uno más joven, más suspicaz, que parecía olfatear mi profesión, el periodismo.

¹² Portal Comunicación sin límite: http://www.part.com.mx/precisiones_sobre_el_relato_periodistico.html 09-junio-2011 8:11 p.m.

¹³ Alberto Dallal. *Lenguajes periodísticos*. p 61.

Al llegar, la enfermera me saludó con normalidad “Buenos días, doctora, ¿cómo está? ¿Ahora sí piensa hacer curaciones?”, pregunta a la cual asentí con la cabeza. De inmediato el doctor se postró ante mí para analizarme de pies a cabeza, como si quisiera encontrar algo en mi aspecto que delatara mi procedencia, un mínimo detalle para evidenciarme.

Primero fue el análisis visual, mirada de extrañeza, después fue el cuestionario, al cual intenté contestar a una velocidad rápida y sin titubeos: ¿de qué escuela vienes?, ¿dónde piensas hacer el internado?, ¿cómo llegaste aquí?, ¿conoces a tal maestro?, ¿oye, aún dan las materias así? Lista de preguntas que crecía conforme pasaba el tiempo, hasta que comenzaron a llegar los pacientes en silla de ruedas, en muletas o con bastón.

Pensé que con su llegada me dejaría de analizar, pero no lo fue, al contrario, significó la prueba de fuego. Un hombre de aproximadamente 35 años entró a la habitación con la ayuda de su bastón, pasos torpes que daba con el pie hinchado y vendado, tela mojada, amarillenta, negra; el doctor le pidió recostarse en la camilla para iniciar la curación, después levantó la voz “señorita, ¡venga, por favor!”, palabras que escuché sin importancia, hasta que vi su mirada fría sobre mí.

No había duda, yo era la presa, así que tragué saliva, y con los lentes bien puestos sobre la nariz, me dirigí hacia él con la máscara de seguridad, pero por dentro hecha un marullo de nervios.

Mientras una joven interna desenvolvía el pie, a cada vuelta de venda, mis nervios crecían, los cuales explotaron al verle un pie completamente amarillo, con el talón desprendido, piel que cada vez que el doctor oprimía, afloraba una gran cantidad de espeso líquido amarillo como si fuera una empanada de nata, pero yo debía mostrarme temple, sin impacto, sangre fría ante lo infecto.

De pronto, el doctor me tomó del cuello, acercó mi rostro hacia la herida a manera que la pudiera oler, respirar, dejando que lentamente ese aire, ese olor penetrara en lo más recóndito de mis dos cavidades; después el doctor me preguntó “¿qué podrá ser?”,

respuesta que emití sin titubear “bacteria”, palabra que le causó certidumbre y que me devolvió la tranquilidad, pues el cuestionario finalizó.

Esa fue mi última visita, no podía ponerme más en evidencia, pues en esa ocasión estuve cerca de que me descubrieran. Estas mañas del periodismo son consideradas “riesgosas” por la doctora Lourdes Romero en *La realidad construida en el periodismo en “Narrador vicario”*, “Esta práctica añeja que si bien algunos ortodoxos la critican porque la consideran falta de ética; otros, la vemos como una técnica de investigación, aunque arriesgada por lo peligrosa que puede resultar”¹⁴.

Pero, ¿por qué optar por el disfraz o la máscara? porque cuando requerí información del IMSS, para otra materia, recurrí a su unidad de comunicación social, quienes me pusieron muchas trabas, pues algunos doctores se negaron a darme entrevista hasta que la “unidad” se los autorizara, ya que era por “precaución” –cabe señalar que se acercaba el aniversario de la guardería ABC¹⁵– e incluso, hasta me querían vetar el acceso. Al recordar aquel suceso, decidí mejor mezclarme con la fuente, ponerme una bata, mostrar templanza ante cada paciente y conseguir los datos por mi propia cuenta.

Por ello, considero que bien valió la pena, pues si hubiera llegado como estudiante de periodismo, seguramente me hubieran mostrado un panorama distorsionado, ciertas cosas maquilladas o simplemente negado el acceso, como anteriormente lo hicieron.

A lo largo del trabajo coloqué cuadros de texto con datos duros como cifras, porcentajes y definiciones de conceptos médicos, con el objetivo de cumplir una función semántica, es decir, un apoyo de datos duros que no interrumpen la lectura, pues la esencia es la historia, el relato.

¹⁴ Op.cit., p 77.

¹⁵ Se refiere a la guardería infantil ABC, que era parte del IMSS, la cual se quemó y dejó 49 muertos y 76 heridos el 5 de junio del 2009 en Hermosillo, Sonora, México. <http://www.elmundo.es/america/2011/06/05/mexico/1307289991.html> 13-noviembre-2011 1:47 01:24 a.m.

El reportaje consta de cuatro partes, las cuales están organizadas de forma deductiva, de lo general a lo particular:

Primera parte. Tres vidas equidistantes en un mismo hilo conductor

En este capítulo se presenta a los tres personajes: Cuauhtémoc, Leobardo y Oscar para adentrar al lector a su vida, lograr más empatía con ellos. A través de su relato se define qué es la diabetes, por qué les dio, los síntomas, estadísticas actuales, con la finalidad de lograr un mayor entendimiento y así dar pauta sobre las complicaciones que conlleva.

Segunda Parte. Inicio del vía crucis

Este capítulo se divide en dos partes, la primera lleva por título *La planta del pie*, en el cual se explica el problema de investigación: el pie diabético, con la finalidad de que los lectores conozcan qué conlleva esas complicaciones, sus características y los tipos de gravedad. La segunda parte *Pies a la obra*, se explican los tipos de tratamiento que se dan en el IMSS y en el Hospital general Manuel Gea González para controlar una úlcera o herida, al ser estas las detonantes de una fuerte infección.

La tercera parte. Momento decisivo

Este capítulo se divide en dos partes. En la primera *Consecuencia: Amputación*, se describen precisamente las consecuencias físicas que la atención poco oportuna, tanto del paciente como de los médicos, acarrea.

La segunda parte *Ausencia: Muñón* se describe la forma que debe tener el muñón; así como las consecuencias que contrae un mal proceso de cicatrización.

La cuarta parte. Las tres vidas se unen

El capítulo se divide en tres partes. En la primera *Rehabilitación física* se explica el proceso físico posterior a la amputación, como son los tipos de ejercicios que se les dan para hacerlos más autosuficientes, así como las actividades al utilizar la prótesis y la sensación del miembro fantasma.

En la segunda *Los cambios: aspectos psicológicos en el paciente y en la familia*, como el título lo dice, ahondo en sus emociones, sobre todo en el proceso tan duro que significa para la familia, pues ellos se mantienen más prudentes y tolerantes ante el cambio de humor de los pacientes, ya que la mayoría de las veces el amputado tiende a desquitarse por su situación con las personas más próximas a su entorno.

En la tercera *Hoy, aquí; mañana...* es sobre su situación actual, pero también una visión a futuro, sus perspectivas, sus sueños, sus objetivos a pesar de haber cambiado en todos los aspectos.

En las conclusiones *Arquitecto de su propio destino* se dan una serie de recomendaciones para evitar tanto las lesiones en los pies, como la infección, ya que es una manera de rematar la investigación. Desde lo general a lo particular.

Finalmente, considero importante informar a la sociedad sobre este problema de salud pública, el cual ha aumentado debido al incremento de obesidad, factor de riesgo que puede llevar a padecer Diabetes mellitus y con ello desarrollar problemas en la circulación sanguínea y en la sensibilidad de las extremidades inferiores.

*“Enfermedad compleja, incurable, progresiva,
discapacitante, mutilante, insidiosa y esclavizante”*

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

PRIMERA PARTE

Tres vidas equidistantes en un mismo hilo conductor

Respira el detestable olor a formol, ese olor que inunda las cuatro paredes azules del cuarto; el frío de la plancha que traspasa su delgada bata lentamente se disipa, él mantiene fija su mirada en la gran lámpara de luz blanca que se postra sobre su cabeza; los agudos sonidos son tan perceptibles para sus oídos, que claramente identifica el ruido de las tijeras al caer sobre una charola de metal, hasta parece que cada golpe se amortigua un poco con su sangre. A pesar de que no podría haber reacción ante el pinchazo de un alfiler, sabe que al momento de escuchar la sierra ya no habrá retroceso.

Tres hombres con distintas profesiones y ocupaciones, podrían parecer tan lejanos uno del otro, sin embargo, al final cayeron por la misma ausencia. Pero antes de llegar a eso, primero es necesario que se reflejen en su espejo retrovisor:

El doctor

Cuauhtémoc Resendiz Macedo nació un “verano del 42, como la película” –dice con cierto orgullo– precisamente el 4 de julio de 1942 en la villa de San Juan Huetamo, zona de “Tierra caliente” en el sur del estado de Michoacán. Su infancia la pasó allí entre juegos y muchos regaños por parte de su abuela materna. A pesar de haber sido el mayor de tres hermanos, eso no le valió ser el consentido, sino el ejemplo a seguir, a quien más se le exigía, si algo salía mal o rompían algo sus hermanos menores, él siempre era el responsable. Así que a la primera oportunidad, a los 13 años, abandonó su pueblo para ir en busca de algo mejor.

Después de pensarlo mucho, a los 18 años tomó la decisión de estudiar medicina para ayudar a la gente, carrera que terminó a los 22 en la Facultad de Medicina en la institución más importante de la ciudad de Morelia, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo¹⁶.

Son finales de los años 50, mientras Adolfo López Mateos acaba de ocupar la presidencia de un México carente de empleo y con protestas de los ferrocarrileros por un aumento salarial. Allá en un estado pegado al océano pacífico, Michoacán, se teje la historia de Cuauhtémoc.

Ahí va Resendiz, muchacho delgado y alegre, que con cierta torpeza camina entre los corredores de la Preparatoria número uno de la ciudad de Morelia. A pesar de estar consciente que después de la una, hora en que finalizan sus clases, será acechado y ultrajado por los chicos de segundo año para llevar a cabo “la novatada”, con valentía decide esperar ese momento, el cual efectivamente llega. De pronto siente una fuerte sacudida, un jalón de camisa, apretón de cuello, uno que otro pisotón, y pues sí, es inmovilizado por esos jóvenes. Tal enfriamiento no le parece tan amargo, pues sus amigos, la “Vizcacha” y el “Panzón”, van junto a él rumbo al paredón, al patio principal.

Ahí, con tijera en mano, los de segundo comienzan a escudriñar su cabeza, ras, ras, ras, grandes mechones de cabello castaño caen al suelo. Ahora sí, ni hablar, trasquilada que le metieron.

Después, movido por la inquietud de ayudar a la gente, ingresó a los 18 años a la Facultad de Medicina de esa misma universidad, por ello considera a la segunda mitad la década de los 50 “los mejores momentos” de su existencia, ya que vivía una juventud

¹⁶ “La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo se fundó en 1540 a petición de Vasco de Quiroga. Durante el siglo XIX la institución gozó con destacables alumnos y maestros: Miguel Hidalgo y Costilla, José Ma. Morelos, José Sixto Verduzco, José María Izazaga e Ignacio López Rayón.” (Datos del portal de internet de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo).

plena como estudiante, jugaba con sus amigos futbol y basquetbol, “estaba bien” exclama con cierta extrañeza.

El piloto

Leobardo Flores González, quien nació el 18 de febrero de 1922 en la ciudad de México, se llena de alegría al volver a despertar al fuerte muchacho de 20 años de edad, con 1.72 de estatura y 72 kilos que fue, a ese cadete piloto-mecánico y maestro de la Fuerza Aérea Mexicana (FAM)¹⁷, quien surcó los cielos azules y entre nubes vio la muerte cerca.

Corría el final de la década de los 40, apenas el olor a pólvora se disipaba, eran tiempos de reconstrucción social, política y económica después de la Segunda Guerra Mundial. México vivía la conclusión del gobierno de Ávila Camacho, quien un año antes, bajo el pretexto de responder al bombardeo de Alemania, el cual colapsó a los buques petroleros Potrero del llano y la Faja de oro, envió en mayo de 1945 a militares mexicanos, “Escuadrón 201”, para combatir contra el Eje. Tal participación avivó la actividad militar nacional, como lo hace constatar la historia de Leobardo:

No hay novedad de tormenta en los cielos de la frontera con Guatemala, es un buen día para que el “Escuadrón 207”¹⁸ de la Fuerza Aérea Mexicana (FAM), conformado por tres aviones en perfecta posición: uno adelante, otro a la derecha y otro a la izquierda-sobrevuelan los cielos de la frontera.

Leobardo conduce un avión, de repente, el líder de la otra nave hace señales para dar un viraje, movimiento que provoca que el ala derecha alcance a Leobardo. ¡Nos pegaron! grita Leo a su acompañante de vuelo, Cisneros. Sin permitir que el pánico le invada, toma fuertemente con sus dos manos el volante para equilibrar y colocar de

¹⁷ La Fuerza Aérea Mexicana es un organismo que pertenece a la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA). http://www.inehrm.gob.mx/escuadron201/escuadron_201_page4.htm 16 de mayo 2011, 2:16 p.m.

¹⁸ El presidente Ávila Camacho dio la orden de formar diferentes grupos de militares para entrenarlos y poderlos enviar a combatir a Europa durante la Segunda Guerra Mundial. A tales grupos se les nombró escuadrones.

nuevo en posición la nave, lo intenta varias veces, pero le es imposible por los 800 pies de altura a los que van. Mientras caen, no le da tiempo de apagar el motor, sólo piensa en silencio “Dios, sálvame, aunque quede mutilado”, oración que finaliza con una palma sobre el corazón y la otra en su cabeza para amortiguar el certero golpe.

La nave toca tierra, el impacto la deja como un acordeón, en segundos, Leobardo abre los ojos, mira a su alrededor y logra ver a otro de sus compañeros, Marco Antonio Pelcasco, atorado con su paracaídas, así que con una gran fuerza de voluntad se levanta y logra sacarlo del avión. Una vez afuera, se derrumba, la espinilla derecha la tiene destrozada.

Minutos después los paramédicos arriban al lugar, con cuidado lo cargan y lo suben a otro avión para llevarlo a un hospital, pues el dolor es insoportable.

A pesar del fuerte golpe, Leobardo salió victorioso, sin ninguna fractura fatal, sus escudos fueron su fuerza y la juventud que en ese tiempo poseía.

El chocolatero

Eran los primeros años del gobierno de José López Portillo, el país se enfrentaba a una fuerte desestabilidad económica, el peso caía, la inflación aumentaba, la situación de los salarios y el empleo eran apremiantes, junto con guerrillas en Guerrero que tomaban fuerza. Ante tal panorama, la música de grupos como la Sonora Santanera de Carlos Colorado¹⁹ sonaba a todo volumen en los convites a los que Oscar asistía, quien nació el 17 de octubre de 1952.

“¡Fue en un cabaret donde te encontré bailando..!” canta a ronco pecho ese hombre con gran estómago, llamado Oscar. Es noche de viernes, buen momento para salir con los amigos a bailar, beber sin parar, disfrutar, sin frenarse por la penumbra de las calles del centro histórico, lo que importa es ir a buscar un buen lugar para abrir paso al guateque. Música de la “Sonora Santanera”, “La Matancera” y, ya entrados en calor, una buena

¹⁹ José, Agustín. *La Tragicomedia Mexicana 2, La vida en México 1970 a 1982*. p 80.

salsa del grupo “Niche”. Así son de largos estos convites que terminan a las 4 de la mañana.

Esas tertulias lo constituyen, quien dice que en ese tiempo se sentía *Superman*, a pesar de las desvelabas, diariamente se levantaba puntual a las nueve de la mañana para ir a trabajar a la tienda de abarrotes, lugar que considera “su acabose”, pues se dejó llevar mucho por la bebida, lo cual le afectó física y anímicamente; sin embargo, él afronta las consecuencias, pues cree que cada uno escribe su vida. Caminos truculentos que lo llevaron años después a hacer chocolates.

Tres vidas equidistantes: un doctor, un piloto y un chocolatero; diferentes espacios y tiempos, pero, ¿qué podrían compartir estos tres hombres? o ¿cómo sus caminos caprichosamente se encontraron?: la diabetes es la responsable.

¿Cómo es eso de la diabetes?

Con paso torpe entra lentamente al consultorio médico, parece no soportar el peso de su cuerpo, masa corporal que en los últimos días ha disminuido vorazmente; la boca la siente amarga, babaza espesa que con dificultad pasa entre sus dientes, sed insaciable. Dentro de ese cuarto el doctor vacila en su diagnóstico, así que mejor prefiere enviarlo a hacerse análisis de sangre; después de una hora él vuelve al consultorio con los resultados en sus manos, se los entrega. El doctor toma la hoja, sus ojos comienzan a moverse a cada línea que lee, de pronto, la sorpresa se dibuja en su rostro, tiene 400 a 500 mg de glucosa, evidencia de la certera enfermedad.

Cuauhtémoc Resendiz Macedo, quien con dificultad recarga sus dos brazos para sostenerse y poder sentarse en el sofá más grande de su sala, trata de cerrar su chamarra gruesa color azul con verde para cubrirse del agudo frío; sus gafas oscuras no permiten apreciar el color de sus ojos, pero es posible notar un rostro sereno y cansado, pues las arrugas que enmarcan su frente son huellas de sus 67 años, de los cuales dos décadas ha vivido con diabetes, padecimiento que se le diagnosticó en 1985.

La diabetes mellitus, o “la diabólica” como la nombra Cuauhtémoc, es un padecimiento incurable y de por vida, consecuencia de la flojera de un alargado, con pliegues y rosado órgano llamado páncreas, quien en su interior hospeda más de tres mil islotes de células Beta, obreras que deberían producir la hormona insulina para sintetizar la energía que proporcionan los pasteles, los helados, el pan, es decir, los carbohidratos y azúcares.

❖ *México ocupa el décimo lugar con diabetes en el mundo*

❖ *En el Distrito Federal la padecen 8.9% de mujeres de 29 años en adelante; frente a un 8.6% de hombres.*

Datos extraídos del portal de la Federación Mexicana de Diabetes A.C.

Sin embargo, en el caso de los diabéticos tal liberación es pobre, por lo tanto toda esa azúcar se acumula en la sangre, lo que les provoca mucho apetito, ir a orinar constantemente, sentirse cansados y con sed insaciable.

Actualmente es considerada un grave problema de salud pública, pues la cifra de enfermos asciende de cinco millones, con una prevalencia para el 2011 de más de 11 millones, lo cual la coloca en números rojos, de acuerdo con el portal de la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.

“Temo” retrocede a través de su palabra a ese día de mediados de octubre de 1985, días en que ya comenzaba a estar cansado, con mucha sed y con una infección en las vías urinarias. Tales síntomas, como doctor, lo hacían sospechar, pero prefirió no adelantarse a los hechos y tomó la determinación de él mismo realizarse los estudios en su casa, ya que contaba con reactivos para medir sus niveles de glucosa. Se pinchó el dedo, colocó el líquido rojo sobre la gama de colores de la tira y en segundos la coloración arrojó irregularidad en la sangre. Con esa duda se dirigió en la tarde a su trabajo en el hospital del IMSS de Francisco del Paso y Troncoso, donde confirmó sus sospechas, era un enfermo de diabetes, pero no el único.

❖ *El estudio sanguíneo se hace por medio de tiras reactivas llamadas **Detrostix**; y el de orina con **Vilistrostix**. Tiras que poseen una gama de colores (azul, beige, amarillo, anaranjado y café claro).*

Manual de autovigilancia en casa (Autocontrol de la diabetes) proporcionado por el fisioterapeuta Alberto Arias del IMSS

Leobardo Flores González se muestra con un aspecto impecable, con camisa blanca perfectamente planchada, corbata roja, pantalón de vestir azul marino y cabello completamente peinado de lado, lentamente sale sobre su silla de ruedas rumbo a la sala. Habitación fresca e iluminada por los rayos del sol de medio día que traspasan la delgada cortina; sobre las paredes cuelga una fotografía del día de su boda, rostro de un hombre joven, delgado, quien muestra la plenitud de su juventud, edad donde aún no se desencadenaba la diabetes, pues esta enfermedad despertó en 1985 a sus 56 años.

Don Leo piensa en lo cansado, o como él dice “lo borrachito” que se sentía, motivo por el cual acudió acompañado de su esposa a la clínica número 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pues su baja mejoría ya era tan notoria que su hija Flor le dijo “Papá, ¿vas a hacerte un examen o te llevo!”. Orden a la que finalmente prestó atención.

Durante su visita al médico, este lo envió a realizarse unos estudios de sangre, los cuales dieron como resultado una alteración de 400 mg de azúcar y, aunado a ello, presentaba fatiga, sed, apetito y orina constantes, la doctora no dudó en decirle que era diabético, afirmación que tanto a él como a su esposa los dejó dudosos, al no saber “cómo era eso de la diabetes”.

Misma duda que descontroló a Oscar Tapia Flores, quien mira recostado en su cama un programa de televisión, cama cubierta con un cobertor café; sobre sus dos brazos se sostiene, rápidamente se impulsa con gran fuerza y logra pasarse al acojinado sillón rojo; su mirada la mantiene fija, a momentos postra su mano derecha en su rapada cabeza y la baja lentamente sobre su frente hasta formar pronunciadas arrugas, muchas de ellas causa del deterioro físico que le ha provocado la diabetes, la cual se desencadenó a una edad temprana, a sus 38 años de edad.

Oscar comenta que tras una mañana de *ruletear* en el taxi, prefirió regresar a su casa, pues no se sentía bien, tenía muchísima sed. Cuando llegó le comentó a su esposa “¿sabes qué? me siento mal, tengo muchísima sed, me siento como débil”.

Preocupado, acudió junto con su esposa, Rosario, a un doctor particular en la colonia Balbuena, quien le solicitó análisis sanguíneos, los cuales arrojaron que tenía 400 mg de glucosa. Hecho que le espantó al doctor, pues dijo “¡ah caray! ¡no puede ser que traigas tanto, es para un coma diabético”, al escuchar la palabra “diabetes” se sorprendió, pero decidió tomarlo con calma, pues tiene la idea que “la enfermedad está aquí” postra su dedo sobre las arrugas de la frente.

Cuauhtémoc, Leobardo y Oscar fueron sometidos a un estudio sanguíneo para constatar la enfermedad, la cual los coloca dentro de los 140 millones de diabéticos que hay en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud.

Pero, ¿qué la desató?

Cuauhtémoc con voz apacible comenta que su enfermedad se detonó por el intenso miedo y estrés al que estuvo sometido durante una réplica del terremoto de 1985²⁰, la cual sucedió al día siguiente del primer movimiento, la del viernes 20 de septiembre. A pesar de que el día anterior había sido negro para la ciudad de México, decidió ir a trabajar al hospital Francisco del Paso y Tronco del IMSS, donde el ambiente era pesado y angustiante ante el temor que volviera a temblar, lo cual sucedió.

Con el movimiento de sus manos explica que ese momento se le hizo eterno, todo se movía con brusquedad, los *tripié* donde se cuelgan los sueros se azotaban unos con otros; “algunos doctores intentaron sacar a sus enfermos”, otros sólo observaban, ante tal panorama prefirió quedarse parado y encomendarse a la divinidad “Dios mío, si me voy a morir aquí, que sea ya”.

A esos famosos “sustos” también Leobardo le adjudica su enfermedad, “cuando detectaron que era diabético, me dijo la doctora que si habría recibido un susto muy fuerte. Entonces yo pensé que había sido el del 26 de enero de 1946” cuando sufrió su accidente aéreo en la frontera con Guatemala. Aunque también le preguntó si comía mucho dulce.

Flor, hija del señor Leobardo, quien desde un rincón de la sala escucha y observa con sus grandes ojos oscuros a su padre, interrumpe la charla para aclarar “pues mi papá

²⁰ La ciudad de México fue azotada por un temblor de 8.1 el 19 de septiembre de 1985. Terremoto que afectó a “5.730 edificios en el Distrito Federal”. Datos extraídos del artículo de Gregorio Martínez Narváez. “El terremoto de México de 1985. Efecto e implicaciones en el sector salud” <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc7499/doc7499-contenido.pdf> 5 de mayo 2011. 03:51 a.m.

tenía la costumbre de siempre comer dulces porque se le reseca la garganta al dar clase”.

Al igual, Oscar prefiere culpar más por su diabetes a los 15 asaltos a mano armada que atestiguó mientras trabajaba en una tienda de abarrotes, que a la herencia genética de su padre.

Es fundamental señalar que las posibilidades de padecer diabetes aumentan conforme:

- *La edad. Mientras más años se cumplan, mayor es la posibilidad de padecerla. Por ejemplo, la diabetes tipo 1 o juvenil se presenta regularmente en un rango de edad de 10 a 14 años; y la diabetes tipo 2 en mayores de 40;*
- *El sexo. Estudios demuestran que predomina en varones;*
- *Obesidad y sobrepeso. El grupo de edad de 45 años es más propenso de padecer diabetes con un índice de masa corporal mayor de 25 kg*
- *El estilo de vida:*
 - *Ejercicio nulo u poco son otro factor, ya que la actividad física mejora el funcionamiento de la insulina;*
 - *Optar erróneamente por una alimentación alta en calorías*

Explicación de **Factores de riesgo** hecha a través del libro Diabetes mellitus de Sergio Andrade Islas y Ma. Cristina Revilla Monsalve; y del libro Diabetes temas relevantes y trabajos de investigación de Roberto Narro Gil y de Enrique Hernández Salazar.

Ellos estuvieron expuestos a esos factores que despertaron la enfermedad. Por ejemplo, Cuauhtémoc estaba bajo fuertes periodos de estrés por su trabajo en el área de urgencias en Troncoso, traspasadas severas, el recurrir diariamente a los refrescos de cola para aguantar “las chingas” y el no realizar ninguna actividad física, le llevaron a pesar

❖ *La diabetes tipo 1/juvenil/ insulino dependiente: Aqueja a personas menores de 30 años, tiene como característica principal que el páncreas ya no libera insulina al corriente sanguíneo, por ello se suministra la hormona insulina manualmente, lo que conlleva que sea muy peligrosa, pues dependen de ello para vivir.*

De acuerdo a Melchor Alpízar Salazar en su *Guía para el manejo integral del paciente diabético*; y al artículo “Diabetes la enfermedad dulce” de Enrique M. Coperías de la revista *Muy Interesante*.

alrededor de 90 kilos, siendo un hombre de 1.75 de estatura, “con decirte que ya ni me podía amarrar las agujetas” comenta acompañado de un ligera risa.

Leobardo le dio rienda suelta a su vida cuando se jubiló de la Fuerza Aérea Mexicana y entró a dar clases de aviación a

Aeromexico²¹, pues con sus alumnos salía a beber, también dejó de hacer ejercicio, comía dulces para soportar la resequedad de la garganta, “estaba fornido”.

Oscar vivía con un ritmo de vida acelerado, “trabajaba y tomaba, trabaja y tomaba”, ya que iba constantemente a los cabarets, de donde volvía a las tres o cuatro de la mañana, para después a las nueve ir a trabajar, “está cabrón” dice con cierta burla. Así que de esa forma se la pasó tres años, lo cual “me comió el aspecto”.

Estos factores son considerados de riesgo, ya que si no se modifican o controlan, aumentan la posibilidad de llegar a sufrir esa enfermedad, aunque no son tan determinantes como lo es la genética, es decir, que algún familiar de Cuauhtémoc y Leobardo la padeció, pero ellos lo desconocen. Como sucede en el caso de Oscar, quien su padre se la transmitió.

Se desencadenó la diabetes de “Temo” a los 47 años, de “Leo” a los 56 años y Oscar a los 38 años. Los tres se encontraban dentro del rango de edad de la diabetes tipo 2

❖ *En diversos estudios que se realizaron a pacientes con diabetes, encontraron que la mayoría contaba con “antecedentes familiares”.*

Información de José Luis Herrera Pombo en el libro *Diabetes mellitus bases patogénicas, clínicas y terapéutica*.

²¹ Aeromexico es una aerolínea mexicana que fundó Antonio Díaz Lombardo en 1934. Portal de Aeromexico <http://aeromexico.troyaestrategias.com/historial.html> 05 de mayo 2011, 04:00 a.m.

o adulta, al contar con más de tres décadas de existencia. Este tipo de diabetes no insulino dependiente tiene como característica que el páncreas sí produce la hormona que sintetiza los azúcares, llamada insulina, pero no lo suficientemente para que la sangre digiera la glucosa en el organismo. Por tal razón, ellos ha podido sobrevivir sin el suministro regular de esa hormona, ya que sólo recurren a ella cuando sus niveles de azúcar son muy altos.

Los tres tuvieron una vida intensa, ya sea en los aires, en las concurridas calles de la ciudad de México o en los pasillos de un hospital. Sin tomar en cuenta que así como la diabetes da la posibilidad de vivir con ella, al ser controlable, claro, “dependiendo de la voluntad y disciplina individual, social y familiar” también puede llevar a otras complicaciones, como lo dijo el miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna, el doctor Alberto Lifshitz²², las cuales son:

Retinopatía: la glucosa al estropear los vasos sanguíneos de la retina origina la formación de cataratas, espesa nube blanca que disminuye la visibilidad, en muchos casos por completo. Se cree que afectará al “75% de los pacientes con diabetes tipo 1; y aproximadamente al 60% con diabetes tipo 2”, de acuerdo con el estudio de Melchor Salazar, en *Guía para el manejo integral del paciente diabético*.

Nefropatía: También ese mismo estudio asegura que la persona con una gran alteración de azúcar es “17 veces más propensa” a padecer problemas en los riñones, lo que genera retención de líquidos, y a su vez, hinchazón en las piernas.

Finalmente, se encuentran las complicaciones **vasculares y neuropáticas**, las cuales afectan la circulación sanguínea, el sistema motor y la sensibilidad nerviosa, es decir, se pierde la capacidad de dolor y la movilidad de las extremidades. Complicación que en la mayoría de los casos cobra cara la factura, pues si se llegan a lastimar un pie, ellos ante la falta de dolor, lo notarán demasiado tarde.

²² Declaración hecha en la VI reunión anual de la Asociación de Medicina Integral Mexicana para el Médico General A.C. “por una vida saludable” que se celebró en el hospital Centro médico Siglo XXI del IMSS. 2 de octubre 2010

*“Rummaging for answers in the pages”
(Hurgando entre las páginas en busca de respuestas)*

Regina Spektor en Us

SEGUNDA PARTE

Inicio del vía crucis

La planta del pie

Carne hinchada, amoratada, casi negra es la piel que recubre su pie; debajo, en la planta hay un pequeño hoyo con una viscosidad gris, caprichosamente pegajosa, imposible de sacar de tajo con sólo sumergir la uña del dedo, pues cada vez que lo intenta, se derrama un líquido amarillo, pus, cuyo lastimoso e insoportable olor le alertan que algo no está bien. Él no da crédito a esa herida, no hay dolor.

Cuauhtémoc, Leobardo y Oscar comienzan un largo andar, camino bajo las brazas de una fuerte infección que carcome sus pies.

5 de enero 2009.

El sol se ocultaba, pronto serían las siete de la noche. Cuauhtémoc se sentía cansado de haber manejado por más de tres horas desde Morelia a la ciudad de México, así que al entrar a casa se dejó desvanecer sobre el sillón. Ahí sentado, cerró sus ojos color miel, recostó su cabeza en el respaldo con la intención de entregarse a los brazos de *Morfeo*, pero el borlote en las calles de padres que iban y venían con bolsas negras para la tan esperada noche de reyes, le distraían de su objetivo.

Tal escándalo le estresaba, le enojaba, le enfurecía, así que se levantó rumbo a su cuarto, donde creyó encontrar la tranquilidad. Se sentó sobre su cama y comenzó a desamarrarse las agujetas, primero fue el zapato izquierdo, el cual con desgano dejó caer junto con el calcetín gris al suelo; después prosiguió con el segundo, jaló con fuerza el zapato derecho, en ese momento, sintió un fuerte tufo, olor a pus, como a carne echada a perder. Preocupado comenzó a explorar a detalle su pie, frotó por arriba, por abajo, y de pronto. un hoyito, como una ampolla reventada en la planta; con sus dos dedos la tocó y sintió la viscosidad gris verdoso que de ella emanaba. Ante tal hallazgo se asustó y le gritó a su esposa “¡Teresa ven, Teresaaa!”.

Teresa al escuchar el fuerte grito, decidió colgar el teléfono y acudió de inmediato “¿qué pasa?”, él desesperado le pidió “¡mira, ¿qué tengo en la pata?!”, ella levantó el pie y le dijo “tienes un hoyo con algo adentro, como un baboso o algo así”, él al escuchar esas palabras sólo dijo “¡ya me llevó la chingada!”.

2007

En diferente espacio temporal, Leobardo ya se encontraba recostado sobre su cama, la jornada de dar clases en su casa había llegado a su fin, era momento de dormir. De repente, su cuerpo comenzó a dar señales de cosquilleo en el vientre, vejiga llena que le hacía dar varias vueltas en su cama y apretar las piernas, pero aguantarse más le era imposible, así que llevado por la fuerte sensación de orinar, decidió ir al baño. Entre la oscuridad se levantó a tientas y con paso lento se dirigió a la puerta, cuando un fuerte golpe lo paralizó, la lupa, con aspecto de una lámpara y con la que veía los mapas de



Dedos de los pies.
Fotografía tomada por Teresa Berenice Resendiz Santana

coordenadas de aviación, le cayó sobre su pie izquierdo, recibiendo todo el peso el dedo número dos.

Golpe que sólo al momento del impacto lo sucumbió, pues al día siguiente no había molestias, ni siquiera dolor.

Durante 15 días, el dedo de Leobardo se tornó morado, algo negro, pero le restó importancia, a pesar de que ya tenía algunas molestias al caminar, lo cual sus hijas Rocío y Flor percataron al verlo cojear. Movidas por la duda decidieron checar ambos pies, lo que las llevó a descubrir el dedo del pie izquierdo, tan negro y tan hinchado que parecía a punto de aflorar pus.

Septiembre 2009

Oscar esperaba la noche para salir con su taxi a recorrer las largas y solitarias calles de la ciudad de México, precisamente la colonia Moctezuma, sin preocuparse por el cielo tan espeso de nubes, muestra que pronto llegaría una fuerte tormenta.

Mientras manejaba, la llovizna se hizo presente como un simple goteo, que prontamente arreció, algunas calles, donde Oscar decidió ruletear por la cercanía con su casa, se comenzaron a inundar. La llovizna era tan fuerte, que el coche se estancó en un charco. Él desesperado se bajó y sumergió sus pies en el agua negra para intentar sacarlo, pero le fue imposible, después de varios intentos tomó la decisión de volver al día siguiente junto con sus hijos. Al llegar a casa, lo único que quería era olvidarse de todo e ir a la cama, así que sin prestar atención se acostó con los pies mojados de agua negra.

A los ocho días, los dedos dos y tres de su pie izquierdo se tornaron negros, pero no le dio importancia, pues no le dolía, ni siquiera le olía mal, sólo le llamaba la atención esa mancha que día con día se hacía más grande.

Pero, ¿qué es un pie?, el estudio *Complicaciones del pie diabético* hecho por el IMSS, lo define como un segmento con el que la extremidad finaliza, consta con 29 articulaciones, 26 huesos y 42 músculos, todos unidos para darle la capacidad al ser

humano de sostenerse, brincar, bailar, caminar, correr, además se adecuan a cualquier situación, aunque los pies de los diabéticos merecen más atención.

Esa gran atención es por la diabetes, ya que al ser una enfermedad tan amplia y vasta, que no sólo disminuye el rendimiento y la energía de las personas, también conlleva a complicaciones llamadas: Angiopatía y Neuropatía, las cuales reducen la circulación sanguínea y pérdida de sensibilidad en los nervios de las extremidades, especialmente en los pies, lo cual aumenta la posibilidad de formarse una herida.

❖ *Infeción, ulceración y destrucción de tejidos profundos de la extremidad inferior, asociadas con alteraciones neurológicas y diversos grados de enfermedad periférica.*

Definición de pie diabético por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Precisamente, cuando ya hay una ampolla, cortada u otro tipo de lesión, se le da por nombre “pie diabético”, el cual es un proceso que se presenta por una disminución en la circulación sanguínea (isquemia) y, en casos extremos, una fuerte infección que invade la piel, el musculo, venas, nervios, arterias, tendones y hasta

huesos de forma rápida, pues puede iniciar como una simple cortada y terminar con toda la pierna carcomida por una gangrena, ya que gran parte de la piel muere por la obstrucción de los vasos sanguíneos.

El médico cirujano y uno de los encargados del área de curaciones de pie diabético del hospital Francisco del Paso y Troncoso del IMSS, Arturo Espinoza Muñoz, quien en medio de un ajetreo constante de pacientes y bajo el sonido del tecleo intenso de una computadora, la define como “un proceso infeccioso que se da por la alteración en el metabolismo de los diabéticos. Esto conlleva a la degradación del tejido que puede derivar hasta en la exposición del hueso”.

¿Qué hace tan vulnerables los pies de los diabéticos?

En una pequeña y soleada habitación del cuarto piso del hospital Troncoso, donde Espinoza se encuentra supervisando las curaciones de sus alumnos de medicina, comenta que la piel de los diabéticos se hace más delgada y frágil, por ello ante cualquier roce se puede formar una lesión.

❖ *15% a 20% de los diabéticos presentan una lesión en el pie.*

Dato extraído del libro *Pie diabético atención Integral* de Fermín R. Martínez 2da ed.

Con lo que coincide Claudia Herrera, podóloga y miembro de la Asociación Mexicana de Diabetes A.C., quien asegura que es muy común encontrar lesiones causadas por un golpe, zapato o calceta, pero que el paciente no logró percibir. Ante tal situación, la mayoría de las heridas pasan desapercibidas, o por el contrario, al percatarlas les restan importancia por la inexistencia de dolor.

¿Cómo que no se perciben las heridas, si eso generalmente provoca molestia y dolor?

Cuauhtémoc nunca se percató de la presencia de esa úlcera o herida debajo del pie, pues nunca hubo malestar, fue el olor el que le alertó. De hecho, aún posee la duda de donde pudo habérsela hecho y qué tiempo tenía, pues cuando la descubrió, el hoyo daba muestras de tener varios días por la viscosidad gris en el interior.

En cambio, Leonardo y Oscar sí se percataron de las anomalías en sus pies, pero por la coloración morada que comenzaron a tener sus dedos, ya que tampoco hubo dolor.

Debido al poco flujo sanguíneo que les conlleva la glucosa, sus pies se vuelven más fríos, la piel más seca, sus uñas y los callos más gruesos, sobre todo pierden sensibilidad, lo que significa un panorama perfecto para la formación de heridas, que en la mayoría de los casos sufren infecciones.

En una habitación que resplandece por el blanco de sus paredes, entre tubos de ensayo y microscopios, Roberto Arenas, especialista en el cuidado de la piel y jefe de la sección

de Micología del Hospital General Manuel Gea González de la Secretaría de Salud (SSA), explica que debido a que la piel de los diabéticos tiene un alto contenido de glucosa, principalmente en aquellos que no llevan un control de este trastorno metabólico, aumenta el riesgo de desarrollar infecciones porque poseen defectos en las defensas.

- ❖ *Estafilococos: Bacteria que provoca pus amarillento;*
- ❖ *Espepdococos: Bacteria que genera un fluido intenso y espeso de pus;*
- ❖ *Pseudomonos: Infección de alto riesgo por su resistencia al tratamiento de antibióticos.*

Tipos de bacterias que atacan a los pies de los diabéticos. Explicación de Warren A. Turner en el libro *Habilidades clínicas para el tratamiento del pie.*

Los diabéticos al presentar aumento de glucosa, tienden a padecer infecciones en las heridas porque precisamente es la azúcar un medio de cultivo de bacterias. De hecho, las infecciones más comunes son las de tipo bacteriana, pero también se llegan a dar por hongos, aunque las dos afectan de la misma manera, dice el doctor Espinoza.

Sin embargo, es la despreocupación o la falta de una “educación diabetológica” de los enfermos, tanto para revisar a detalle sus pies como para llevar un control de la glucosa, el principal factor de riesgo.

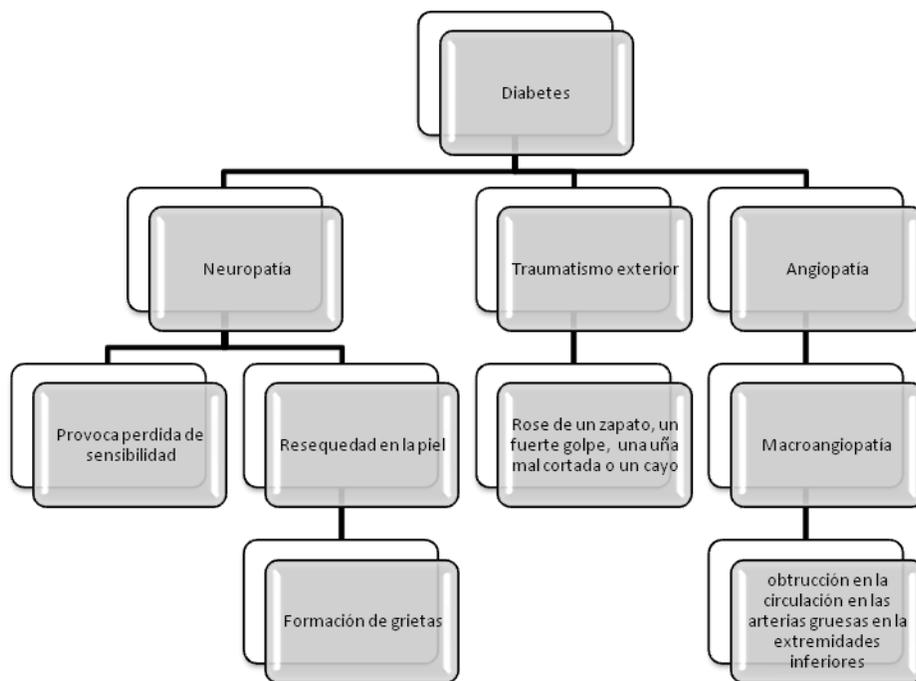
Claro, sin dejar de lado “las condiciones sociales”, tal como lo explica Tomás Céspedes en *Pie diabético, conceptos actuales y bases de actuación*, pues una persona que vive sola es más viable que puede lastimarse y no sentirlo, o de plano, le da poca importancia. En cambio, si se está con la familia o un conocido, es posible que lo noten renguear o cojear y lo lleven pronto con un especialista. Como lo hicieron Flor y Ruth, hijas de don Leo, a quienes se les hizo extraño verlo caminar con dificultad.

Cuauhtémoc le atribuye la formación de su herida a un callo que estaba en la parte superior izquierda de la planta, del que sí estaba consciente, pero después de tanta presión que ejerció sobre él, reventó, hasta formarse una infección. Este tipo de úlceras son llamadas por “presión constante”, es decir, por el roce de un zapato, de acuerdo a Sergio Islas Andrade en *Diabetes Mellitus*.

A Leobardo le desencadenó la hinchazón de su dedo dos un fuerte golpe, es decir, por “presión grande”, de acuerdo con la explicación de Céspedes, la cuales se pueden formar por un clavo o una piedra. Oscar quizá ya tenía alguna cortadura o lesión, pero jamás se dio cuenta, sino hasta que hizo contacto con el agua puerca, ya que se infectó y desencadenó una coloración morada.

El talón y los dedos son puntos donde regularmente se presentan heridas, lo que apoya Arturo Pineda, médico internista del área de ortopedia del Hospital General, “la zona del pie donde comúnmente se encuentran las lesiones y las úlceras son en puntos de apoyo y en espacios entre dedos porque son puntos de presión, los cuales se han ido modificando”.

Causas metabólicas y externas en la formación de heridas:



Explicación hecha a partir de Sergio Andrade Islas y Ma. Cristina Revilla Monsalve en el libro *Diabetes Mellitus*, y de Fermín R. Martínez en *Pie diabético atención integral*.

Dichas heridas deben atenderse a tiempo, ya que a diferencia de los no diabéticos, cuyas heridas pronto cicatrizan o hacen costra, los diabéticos por sus altos índices de azúcar no les es fácil la regeneración de la piel o cicatrización, lo que les obliga a pasar por diferentes fases.

La evolución de una herida

Cuauhtémoc con cada expresión refleja su tenacidad, serenidad y carácter duro, pues de manera llana conversa en su sala sobre su primera visita, el seis de enero del 2009, al departamento de Heridas y Ostomías del hospital regional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de Ignacio Zaragoza, para que fuera revisado porque ahí estaban sus colegas y amigos doctores. “Primeramente me atendió el médico Francisco Elizondo, quien me dijo que tenía una ulceración infectada, nada más”, pero nunca mostró gran interés en el aspecto de la herida, sólo la miró e hizo una mueca de indiferencia.

De hecho, su esposa “Tere”, quien cada vez que habla aprieta fuertemente sus ojos, tal fiel tic, y con una risa nerviosa, comenta que ese orificio llamada *úlcer*a, lesión en la piel que en el caso de los diabéticos se presentan generalmente en la planta de los pies, era pequeña, como el diámetro de una corcholata, por ello su aspecto no generaba conmoción.

La herida de Cuauhtémoc, en un inicio, no era de alto riesgo, pues la infección no cundía el hueso, había poca carne muerta y adecuado flujo sanguíneo. Medicamente mostraba un panorama óptimo

Misma perspectiva con la que tomaron sus lesiones Leo y Oscar, pues sus dedos en un inicio sólo los teñía una pequeña y casi imperceptible mancha morada, sin rasgos de olor, la cual no les generó la angustia de ir al médico.

Sin embargo, conforme pasaron los días, Leo comenzó a sentir fuertes picotazos en el pie, como si se introdujeran inyecciones en las venas, lo cual le generó tal grado de malestar que lo llevó a renguear. Paso torpe que lo evidenció ante sus hijas –Flor y Rocío– quienes decidieron quitarle los zapatos, bajarle los calcetines y explorar el área.

La amarga sorpresa fue encontrar el dedo negro y a punto de “aflorar”, es decir, que el líquido purulento buscaba urgentemente una salida, pues al ser tan grande la cantidad contenida en un molde tan pequeño, crecía la presión.

Ruth o “Cachito”, como la nombra su papá, describe a don “Leo” como un hombre que nunca le ha gustado dar molestias, por eso cuando dijo “Ah, me duele”, se preocupó más. Por ello decidieron ir con un médico particular, quien les dijo tranquilamente “es un problema circulatorio. Debe estar en reposo y con el pie en alto”, pero por su necesidad de seguir dando clases de aviación en casa, lo que equivalía apoyar más el pie y agrietar más el área infectada, ignoró las recomendaciones “yo no pensé que iba a ser tan grave”.

0	• <i>Presencia de un callo, pero sin reventar</i>
1	• <i>Úlcera superficial. Formación de una herida, pero no grave ante la ausencia de infección</i>
2	• <i>Úlcera profunda, sin llegar a hueso.</i>
3	• <i>Úlcera profunda con contacto al hueso. La infección de ser local se extiende a la estructura ósea.</i>
4	• <i>Gangrena en los dedos. La infección invade los dedos, como lo refleja su tonalidad morada.</i>
5.	• <i>Gangrena más arriba del pie. La infección cunde por toda la pierna.</i>

Grados de gravedad.

Explicación extraída del libro *Diabetes Mellitus* de Sergio Islas Andrade d.
Estos grados también son conocidos como Clasificación de Wagner, según Fermín R. Martínez en *Pie diabético atención integral*.

El desinterés también llevó a Oscar a ocultar por nueve días su dedo, hasta que decidió mostrárselo a su hija, Carolina, quien impactada de ver tal negrura le dijo “¡Pero papá, ¿por qué no me habías dicho?!”. Así que tomó a su papá y lo llevó a una clínica particular en la colonia Pantitlán, aunque para él, desde un inicio las cartas estarían puestas pero sobre la plancha.

Pies a la obra

Tratamientos

Con las manos cubiertas con guantes blancos sostengo unas tijeras con punta curva y unas pequeñas pinzas de metal, ante mis ojos una imponente herida en el dorso del pie parece retarme con el profundo color rojo carmesí y con un fuerte olor purulento que de ella emanan. Sin vacilar, introduzco el par de hojas de acero sobre la piel morena para cortar la corteza negra que rodea la úlcera; con cuidado comienzo a extraer la carne granulada, carne que se resbala entre las navajas con cada vaivén. Después, con mano firme sumerjo a presión dentro del hoyo la navaja de la tijera, con la cual raspo varias veces; de pronto, se aviva la espesa e insolente sangre que se derrama entre los bordes del pie y tiñen de rojo mis dedos, líquido caliente. Tal fluido no asusta, no impacta, pues significa la posibilidad de avivar la piel.

Cuauhtémoc a momentos voltea hacia la ventana, estira su cuello e intenta ver quién pasa por la calle a través de la delgada cortina blanca, pero sólo es gente de pasajero, cuya presencia le es irrelevante, pues pronto vuelve a escudriñar sus recuerdos a través de afirmaciones, “Elizondo sólo me recomendó sumergir la pata en agua con sal y cloro, ir a tratamiento una vez a la semana al ISSSTE –a la Clínica de Heridas y Ostromías– donde me colocaban un parche de cebolla para extraer la infección, y a la vez, regenerar la piel; también me dieron en una jeringa con gel para que lo pusiera en el hoyito”.

Don Leo recarga su cabeza sobre sus manos largas, delgadas, con la piel tan junta que parecen formar gruesos pliegues en sus muñecas; su mirada se extravía cada vez que sus pesados párpados se postran sobre sus ojos; él escucha la fuerte voz de su hija Flor, quien con sus dedos entrelazados sobre su estómago dice “en la clínica particular le recomendaron curaciones, mantener caliente y en alto el pie y antibiótico”.

Iniciar un tratamiento no es un proceso sencillo, por ello Fermín R. Martínez en *Pie diabético atención integral*, recomienda que el médico para determinar los pasos a seguir, debe conocer la herida detalladamente, es decir, saber qué tipo de microorganismos la constituyen. Para eso será necesario pasar por el análisis de un dermatólogo, quien al ser un especialista en los componentes y cuidados de la piel, extraerá un pequeño trozo de carne de la herida, la colocará en un tubo de ensayo y la llevará a laboratorio. Estudio que definirá el tipo de bacteria u hongo que se atacará y las sustancias adecuadas para ello.

A partir de ese análisis o cultivo, el médico a bordo tiene más facilidad de comenzar el tratamiento idóneo.

Tipos de tratamiento

“Temo” cada martes iba a la Clínica de Ostiomías, como le ordenó su médico, para que alguna enfermera le cortara la carne muerta, ese trozo de piel oscuro y amorfo que yacía al borde del hoyo; después le limpiaba la zona con una áspera gaza impregnada de un líquido café (*Isodine*);

humedecían la zona con agua destilada –por su alto grado higiénico–; para así poder untar sobre la herida gel transparente (*DouDerm*); lista el área, al interior del hoyo colocaban un delgado parche color beige de (*Kaltostat*), con el objetivo de regenerar la piel; finalmente, cubrían todo el pie con una venda recién salida del empaque.

- ❖ *Isodine*. “Solución líquida que elimina bacterias, hongos y virus en la piel”;
- ❖ *DouDerm*. “Gel compuesto con alto porcentaje de agua para debridar”;
- ❖ *Kaltostar*. Parche de tela de cebolla, aproximadamente de 10 x 10, este se coloca sobre la herida para “acelerar el proceso de cicatrización”.

Fuente del portal de Facultad de medicina de la UNAM y el portal de Danico, productos para diabéticos.

Leobardo también tuvo curaciones en la clínica particular, estas primeramente consistían en limpiar con *Isodine* el área, después lavar con jabón quirúrgico y finalmente vendar. El procedimiento no era tan detallado en contraste con el de Cuauhtémoc, debido a que Leo no mostraba una lesión tan grave.

Es necesario explicar el tipo de tratamiento que se realiza en el Área de curaciones, pequeña habitación en un rincón del cuarto piso del Hospital Francisco del Paso y Troncoso del IMSS, ya que ha dado resultados positivos a la mayoría, se aclara, no a todos los pacientes que se presentan con complicaciones en los pies. Tal procedimiento lleva por nombre TIME y fue ideado por el ahora jubilado doctor Jorge Ahedo Carreón, quien es miembro de la Asociación Mexicana de Diabetes.

Las seis de la mañana, aún está oscuro, algunos pacientes adormilados se encuentran haciendo fila para plasmar su nombre en una vieja y usada hoja de papel, podría parecer un trozo inservible, pero no lo es, ya que al estar ahí, le da el derecho al paciente de que se le preste tijeras y pinzas, material para realizar la curación.

La enfermera Rubí, quien es una mujer joven, menuda, morena, con grandes ojos color café y estatura baja, se coloca un tipo de bata rosa, como esas que usan las maestras de primaria para pintar con acuarelas; seria, estira sus dos brazos para poder detener con una liga su abundante, pero corto cabello café, quizá para que no le estorbe la visibilidad.

Ella, junto con otro enfermero de nombre Miguel, son quienes se encargan de hacer el tratamiento básico, claro, bajo la supervisión del médico a bordo, en este caso, Arturo Espinoza.

Los primeros rayos del día se comienzan a intensificar, las nueve de la mañana, es momento de iniciar con la jornada. Así que con voz fuerte Rubí llama al primero. Sin embargo, con ese mismo volumen me ordena realizarle la curación aquel hombre, frase a la que no me puedo negar.

Así que nerviosa tomo de una mesita aledaña a la cama un pliego de papel de estraza, lo coloco en la parte inferior de la cama para que el paciente ahí descansara su pie; con cuidado y gran pericia me pongo los elásticos guantes para no contaminar la lesión; Rubí deja verter el aceite mineral o de almendras sobre la palma de mis manos, después comienzo a untarlo de manera suave, de la rodilla hacia abajo, y poder extraer con ayuda de una gaza pellejos y demás impurezas.

Dos. Con mis manos cubiertas con guantes blancos, sujeto la pequeña botella azul de *Microdacyn*; la coloco a tres centímetros de distancia de la candente herida, lesión que burbujea cuando el atomizador la impregna, para que los gérmenes sean eliminados y no agraven más la situación.

Tres. Rubí con premura le pide a su compañero Miguel acercarme un frasco de vidrio con *Licodaina*. Repetidamente empapo la herida; en segundos, no queda ni un rastro de sensación, lo que me permite maniobrar sin causar malestar.

Cuatro. Con ayuda de *tijeras Iris* y pinzas, comienzo a extraer con determinación esa carne negra que bordea la zona dañada, piel dura que al ser cortada brota de ella espesas gotas de sangre. Aliento para lograr la ansiada cicatrización. Tal proceso lleva el nombre *desbridación*.

- ❖ *Aquasel: Parche de plata estéril que ayuda a erradicar la infección;*
- ❖ *Aledén: Parche de plata que se recomienda para úlceras por presión, ya que al contar con una espuma o colchonsito, amortigua la presión que se ejerce en el pie;*
- ❖ *Algesiste: Apósito que absorbe sólo la humedad, pero no termina con la infección.*

Tipos de parches.

Recopilación de datos a partir de dos días de observación en el área de curaciones de Troncoso.

- ❖ *Microdacyn: Pomada que ayuda a hidratar y limpiar las heridas;*
- ❖ *Lidocaína: Líquido que produce una sensación de anestesia;*
- ❖ *Tijeras iris: Tijeras de metal que por su punta curva facilita extraer la piel;*
- ❖ *Alcoderm. Pomada que ayuda a eliminar los hongos que se producen sobre las heridas;*
- ❖ *Gramisina. Gel que ayuda a combatir las infecciones;*
- ❖ *Cloranfenicol. Antibiótico que se utiliza para combatir y eliminar bacterias.*

Datos extraídos del portal del laboratorio Oculus Innovative; del portal Salud.com; del portal de grupoalcos.com; y del portal de la Facultad de medicina de la UNAM, facmed.com

❖ \$499 199 915 pesos fue el costo anual en curaciones en el IMSS durante el 2009

Respuesta de una solicitud al IFAI hecha el 29 de noviembre del 2010.

Cinco. Con mi dedo cubierto de látex mezclo una crema color blanco (*Alcoderm*); un transparente, frío y espeso gel (*Gramisina*); y un líquido blanco (*Cloranfenicol*). Tal sustancia desagradable la coloco sobre la punta

de la tijera, sin titubear sumerjo la navaja en el centro de la herida, metal que giro bruscamente dentro de ese núcleo o zona cero de donde aflora la infestación.

Seis. Ahora todo el papel de estraza perdió su calor café y se tornó rojo; con las yemas de los dedos sostengo el parche de plata *Aquasel* y le corto un pequeño trozo para colocarlo perfectamente en el interior del hoyo.

Siete. Cubro la herida con gasas y finalmente con una venda blanca, elástica, sin bordes envuelvo lentamente de abajo hacia arriba, hasta finalizar con un pequeño trozo de tela adhesiva para no causar otra lesión.

Mientras eso se realiza en un hospital del IMSS al oriente de la ciudad, al otro extremo, al sur, por la conocida “zona de hospitales”, en el Hospital General Manuel Gea González de la Secretaría de Salud, se lleva a cabo un procedimiento diferente.

La enfermera Diana González Hernández, jovencita morena, con piel apiñonada, cabello negro detalladamente trenzado y quien trabaja en el Hospital General, menciona que a la persona con herida leve, primero se le limpia dos veces al día con gasas bañadas con agua destilada y jabón quirúrgico, al terminar, cubre el pie con una venda limpia para evitar que se contamine más.

¿Pero qué pasa con esos enfermos que ya tienen el pie carcomido y los tendones expuestos?

Estos pies deben someterse a lavados mecánicos o quirúrgicos, es decir, tallar con un cepillo especial, movimiento tan intenso que al hacer contacto las cerdas sobre el hueso, en segundos hace emanar la sangre en abundancia; es tanto el dolor que es necesario hacerlo en quirófano.

La jefa de enfermeras del área de ortopedia del Hospital General, María Luisa Vargas, explica que se realizan bajo una técnica estrictamente estéril, con guantes y cubre bocas, pues al estar el hueso expuesto crece el riesgo de infectarlo más.

Esa mujer robusta, de cabello ondulado, con gestos tan duros que impone, explica que “primero se humedece la zona de la lesión con agua destilada, después se hace *desbridamiento* de la herida –que consiste en cortar aquella piel color negro, podrida– con la finalidad de hacer que los vasos sanguíneos sangren para empezar la reconstrucción del tejido y pueda cicatrizar”, esa sangre cubre la herida para formar costra y nueva piel.

Después con un cepillo especial y jabón quirúrgico se talla la lesión hasta hacerla sangrar, después se le humedece con gasas impregnadas de *Isodine* –líquido color café que al hacer contacto con la piel reacciona a

través de burbujas de aire–; también se le unta *Microsil* –gel transparente que ayuda a regenerar el tejido–; y por último se cubre la herida con un parche absorbente, el cual ayuda a extraer la bacteria.

- ❖ *30 a 40 mil pesos es el costo aproximado que invierte el Hospital General en un tratamiento.*
- ❖ *Los pacientes pagan por un tratamiento completo, dependiendo de su situación económica, una cuota diaria de 50 pesos, lo que equivale de 500 o 1000 pesos .*

Comenta el doctor Arturo Pineda.

Es tan grande el dolor que se prefiere realizarlas en quirófano, ya que por humanidad se les anestesia, pues algunas personas llegan a privarse de dolor por el sádico tallado de cerdas tan duras sobre la carne viva, textura frágil.

Ninguno de los tres fue sometido a tales lavados, ni siquiera Cuauhtémoc, quien era un candidato idóneo por la extensión de su infección.

A pesar de las curaciones, Cuauhtémoc se mostraba desanimado, inapetente e incluso con bastante frío por la fiebre que ya se presentada, pero nadie se imaginaba que era debido a la fuerte infección que lo estaba consumiendo por no estar debidamente controlada.

Complicaciones

Cuauhtémoc por fin decide apartar de su rostro sus lentes oscuros en forma de gota para dejar ver cada detalle que constituye su cara y cada expresión al hablar, por ello los toma de las patitas, las cruza y con cuidado los coloca en un estuche de piel color café, con voz más fría, sería dice “se me dio tratamiento por 25 días, pero no pudieron controlar la infección y en lugar de localizarla o focalizarla, se propagó por toda la pata, la tenía hinchada, no la sentía ya pues” .

Precisamente el jueves 22 de enero del 2009, puntalmente a las nueve de la mañana llegó a su curación, él desde un día antes se sentía cansado, inapetente, con frío e incluso dejó su cuarto impregnado con un olor agrio que despedía su pie, que ni con cloro se alejaba, lo cual alertó más.

Así que entró recargado del hombro de su esposa Tere, él se sentó sobre una camilla y lentamente el doctor le comenzó a descubrir el pie, cuando quedó desnudo, la sorpresa en Elizondo fue evidente, el pie estaba muy hinchado, parecía a punto de reventar y la piel tan estirada mostraba muchos puntitos rojos, como salpullido.

Ante tal aspecto, Elizondo ya no lo dejó salir del hospital, por ello ordenó subirlo al séptimo piso. Cuauhtémoc primero compartía el cuarto con otros dos hombres, estancia que sólo duró unas cuantas horas, ya que después decidieron cambiarlo a una habitación grande, pero hasta a un rincón, con la finalidad de que “estuviera solo porque tenía una gangrena gaseosa, la cual era contagiosa porque era por virus y bacteria. ¡Antes estoy vivo!” exclama.

“Tenía frío, nada de apetito, insomnio, ya estaba a punto de llevarme la chingada, hasta le dije a Teresa que si me moría, ya no pasara por aquí –señala el piso de su casa– llévame derecho a Huetamo Michoacán –lugar donde nació”.

A diario alguna enfermera pasaba, le tomaba la presión, la temperatura, le inyectaba insulina y después comenzaba el suplicio, cortar y cortar más piel negra. Fue tanta la carne que se le quitó que sus tendones quedaron al descubierto, a tal grado que podía verlos moverse al ritmo de sus dedos.

Mientras tanto, el doctor Elizondo durante el fin de semana lo dejó con residentes, quienes lo veían, anotaban y luego se alejaban sin ningún comentario, ni contribución.

El lunes 25 de enero, cinco días habían pasado de su hospitalización, cuando el doctor Elizondo subió al cuarto y le comentó de una forma indiferente “¿qué crees mi Temo?, que te tenemos que dar mochilas” terminar con toda la pierna. Lo que para Elizondo fueron palabras cotidianas, para Cuauhtémoc significaron un balde de agua fría, a las cuales sólo asentó con la cabeza.

Sin embargo, Cuauhtémoc comenta que un día antes de la operación, el 26 de enero, el médico Morita le dijo “¿cómo que le van a amputar esto! –señalando la pierna–, sino le han hecho el *doppler* –estudio que se realiza en alguna extremidad para ver cómo está la circulación–”, a lo que respondió Temo ¿cómo me iban hacer este estudio, si nunca subieron ni pa’ tomarme la radiografía!”.

La noche previa para despedirse de parte de sí mismo, jornada nocturna larga que fue difícil de conciliar, pues comenta haber soñado que lo metían a un hoyo negro. Secuencia de imágenes momentáneas a las que tomó como “un mensaje o presentimiento”.

Llegó el día de la operación, 27 de enero, “pensaba que si me iba a recuperar, bien, sino mejor era morirme”. Esa mañana una enfermera entró para colocarle el suero, pero también para darle un mensaje “váyase, porque a mi mamá aquí la complicaron, busque otra alternativa, salve su pierna, doctor”.

Tales advertencias no dejaban de llegar, pues al poco rato su esposa recibió una llamada de su hermano Emilio, quien les comentó de la existencia de un especialista muy bueno en el estado de Veracruz, el cual podría salvarle la pierna.

Todo ese cúmulo de advertencias y sin estar completamente convencido de requerir la amputación, lo llevaron a tomar una gran decisión: escapar. Sí, escapar, pues sin pensarlo dos veces le dijo a su esposa “toma las cosas Teresa, nos vamos para Veracruz”.

Teresa pronto salió en busca de la enfermera, quien les recomendó irse, para comunicarle que dejaban el hospital; ella sin causar sospechas fue al cuarto, le quitó el suero y le dejó sólo el catéter. Curiosamente ese día su vecino y gran amigo el señor “Toño” fue a verlo, así que Teresa aprovechando su presencia, lo envió a su casa a buscarle ropa a Cuauhtémoc, pues no podía salir con la bata, orden que acató y en segundos “Toño” ya estaba de vuelta con un pantalón café y una camisa de cuadros azules dentro de una bolsa de plástico.

Fue una mañana truculenta, pues también habría revisión por parte de los directivos del hospital, por ello todo el ambiente estaba tenso, las enfermeras entraban a las habitaciones constantemente a supervisar que todo estuviera en perfecto orden y limpio. Por ello la adrenalina aumentaba a cada paso que Cuauhtémoc daba rumbo al elevador que lo llevaría a la puerta de salida.

Increíblemente desde el séptimo piso esquivó personal de seguridad y médico, aún con el pie vendado, herido y expulsando pus entre los tendones, se atrevió a caminar entre los pasillos del hospital tomado del brazo de su esposa, quien lo sostuvo para salir sin llamar la atención, aunque Cuauhtémoc respiraba con dificultad y la fatiga casi lo vencían.

Al llegar a la planta baja, pasó junto a un policía y éste no lo notó raro, era tal su despiste, que ni siquiera escuchó el chillido de las llantas del carro, con Ema Lucía al volante, quien lo esperaba en el estacionamiento del ISSSTE.

❖ *La candidiasis es un tipo de infección que provoca el hongo llamado *cándida*, que se da en zonas húmedas del cuerpo.*

Explicación del Diccionario médico ilustrado de Melloni.

Ema Lucía es la esposa del hermano de Teresa, Emilio, quien desde dos días antes había llegado desde Veracruz para ayudarlos en lo que fuera necesario. Ayuda que les vino en un momento oportuno, pues ella fue quien los llevó hasta el pueblo de “Potrero viejo,” precisamente en Veracruz, en busca del especialista Martín.

“Llegamos en la noche, fuimos al consultorio del doctor Martín y él decidió que me llevaran al sanatorio Médico Cordobés”. Una vez ahí, de inmediato lo pasaron a quirófano para amputarle el dedo número cinco, pues al permanecer desde varios días desprendido de su motor, el pie, su coloración era negra ante la falta de circulación y la sensibilidad estaba muerta.

Durante su estancia en el Cordobés le realizaron un estudio para saber el tipo de bacteria u hongo que lo estaba carcomiendo, el resultado fue *candidiasis*.

Las úlceras profundas tardan desde un mes hasta un año en curar. Precisamente, la podóloga Claudia Herrera explica “cada paciente es un caso diferente y se pueden encontrar diferentes infecciones, así que es difícil dar un tiempo”, pero llegan hasta tardar más de seis meses.

Tal argumento lo apoya el médico Pineda, quien considera que la recuperación dependerá del grado en que esté, pues si es una úlcera superficial o leve se controlará en semanas con sólo asistir a consulta externa en la *Clínica Interdisciplinaria de Cuidado*

*de Heridas y Estomas, la CICHE*²³.

En cambio, si es una úlcera profunda podrá tardar meses.

❖ *“La familia es fundamental en el tratamiento, ya que aparte de ayudarle al paciente a llevar su dieta, también están al pendiente de su herida, al revisarle su vendaje, cambiarle las gazas”*

Explica el doctor Espinoza.

“De hecho, hay algunas que no se curan” advierte con desánimo Pineda. La cicatrización en estos pacientes se prolonga más debido

por el descontrol de la glucosa, los problemas de circulación sanguínea y escaso aporte de oxígeno.

El viento mueve con fuerza las cortinas delgadas de la sala de Leobardo, él sólo junta sus manos y con su par de ojos tristes mira el techo, quizá para recordar mejor lo que sucedió durante los primeros meses del 2007 “me lastimaba mi dedo, sentía como piquetes, como si me picaran las venas”.

A pesar de que sus hijas, Rocío y Flor, también le realizaban en casa sus curaciones, éstas no le hacían el completo efecto positivo porque su padre nunca dejó de apoyar, de ejercer presión en el pie para bajar las escaleras y entrar a su salón a dar clases. Por esa razón, conforme pasaban los días, su dedo se hacía cada vez más negro, hinchado.

Tal panorama las alarmó tanto que mejor decidieron llevarlo al hospital Troncoso del IMSS, donde primeramente lo vieron en urgencias, pero ante la magnitud de la lesión, lo enviaron al área de curaciones con el doctor Ahedo, quien al verlo, sólo movió su cabeza con desánimo y emitió un diagnóstico amargo.

²³ La Clínica Interdisciplinaria de Cuidado de Heridas y Estomas es un área de dermatología del Hospital General Manuel Gea González, que se encarga del tratamiento de úlceras y estomas en los pies, la cual se fundó en el 2000. <http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/> 12-septiembre-2011 8:35 p.m.

Leobardo no articulaba palabra, estaba en una especie de sueño despierto, “yo no comprendía qué pasaba, estaba como anestesiado, medio borracho”, por ello no se dio cuenta de esa pesadez de entorno que lo envolvía.

Misma cortina oscura que irrumpió las expectativas de Oscar, pues cuando llegó al consultorio particular del brazo de su hija Carolina, él ya presentaba un dedo completamente negro, sin dolor, inactivo, ausente. Por esa razón el médico ya no ordenó un tratamiento, sino la extracción de su dedo medio, pues ya era carne inservible.

Oscar al recordar la lucha intensa que comenzó su aguerrida hija el 17 de septiembre del 2009, la voz se le quiebra, trata de contener el llanto, pero le es imposible, sube su mirada para devolver las lágrimas, pero éstas no puede ocultar.

Estas complicaciones se pudieron haber evitado, si al menos se contara con una clasificación de heridas general, clara y entendible, tanto para los médicos como para los pacientes, ya que al no contar con un orden, surgen los problemas al diagnosticar y poner en práctica el debido tratamiento, aseveración de la Asociación Mexicana de Cirugía General en *Pie Diabético Atención Integral*.

Líquidos, parches, pomadas, intentos no pararon, pero la infección parecía arreciar a cada minuto, milésimas de segundo que los llevó hacia una habitación fría, hueca, solitaria e impregnada de olor a formol.

TERCERA PARTE

Momento decisivo: Amputación

El sonido de la cierra se comienza a escuchar, cuchillas que se enfilan enardecidamente contra la carne, su mirada la mantiene fija en la lámpara, esa a la que preferiría verla caer sobre su rostro para olvidar, pero no, no es una pesadilla, es la vida real, su realidad. La cierra comienza a traspasar primero la frágil piel, después la amarillenta grasa, el carnosos músculo y por fin llega a ese duro hueso, el cual parece no quererse cortar, pues el sonido se agudiza, parece que la intensidad se eleva y ya, todo se silencia de tajo en el quirófano, sabe que parte de su vida ahora yace en las manos de un médico, a quien le podría parecer el final de una infección, pero para él es el adiós a una parte de sí mismo, de su andar, de su camino.

Cuauhtémoc, Leobardo y Oscar yacen sobre la plancha de metal en la espere que su recorrido se mengüe.

Cuauhtémoc se muestra un poco impaciente, parece que este punto de la conversación no le agrada, pero no es de esperar, ya que es un momento crudo, que le vino a cambiar todo en segundos. Sin embargo, con serenidad continúa con su testimonio “permanecí internado en el Cordobés aproximadamente cinco días, después fui dado de alta, así que me fui a casa de mi cuñado Emilio”.

A diario el doctor Martín iba a casa de su cuñado para realizarle curaciones con la ayuda de su esposa Tere. Junto con él, también iba un angiólogo del Instituto Mexicano del Seguro Social, quien prontamente ganó la confianza de Cuauhtémoc, aunque éste siempre le advirtió del riesgo de su caso y el mal estado de sus tendones, pues ya mostraban una coloración bastante morada.

A pesar de que su pie ya parecía un gran boquete, sin carne y con la mitad de sus tendones al descubierto, los cuales aún levantaba como ligas oscuras al compás de sus dedos, todo parecía marchar en completa estabilidad. Quietud que se desvaneció el 14 de febrero cuando avivó el hongo “Tenía unos escalofríos, unas fiebres que me bañaban en sudor”.

Tere dice “en la mañana yo pasé mi mano sobre su pierna y la piel se vino como chicle, quedó pelado, yo me asusté mucho. Además, se le sentía como si tuviera espuma adentro, pero yo no le dije a él, sino se enojaría y se preocuparía más”.

Afortunadamente ese día acudieron tanto el doctor Martín como el angiólogo a verlo, pero antes de entrar al cuarto, su esposa Teresa los interceptó y les comentó lo ocurrido, así que prontamente el angiólogo le dijo a Martín “mira, tiéntale aquí –señala la espinilla de su pierna derecha– esto es aire”, lo cual era una frase que antecedía a las palabras más certeras de las que trató de huir desde el Distrito Federal, pero que al final lo alcanzaron.

Cuauhtémoc a pesar de estar temblando fuertemente por la fiebre, entendió las desalentadoras palabras del angiólogo, frase que no se quiere escuchar, pero es mejor que evadirlas: “Doc, hay que amputar, yo no quería eso”.

Amputar no sólo es la pérdida física total o parcial de una extremidad inferior o superior, ya sea por un accidente automovilístico u alguna, como lo explica Vitali Miroslaw en *Amputaciones y prótesis*, sino también es despojarse de parte de sí mismo, de su existencia y de su complejidad como ser humano.

Ambos dieron la orden de nuevamente y por tercera vez internarlo en el hospital Santa Rita de Córdoba Veracruz. Al llegar ahí, aproximadamente a las seis de la tarde, los doctores le dijeron a Teresa que Cuauhtémoc podía morir, así que le entregaron algunos documentos de responsiva, los cuales entre lágrimas firmó, pues le parecía que entregaba a su compañero a la muerte.

“Temo” comenta que el angiólogo fue claro con él y le preguntó “tú decides: ¿la pierna o tu vida?”, para después comenzar con el registro de la operación. Él sabía que su vida pendía de un hilo, por ello no opuso resistencia “ya qué me quedaba, pues” expresa con desánimo.

Recuerda que durante el transcurso de la noche fue visitado por algunos familiares y hasta un sacerdote para darle los santos óleos, el cual le preguntó “¿Tienes de algo de qué arrepentirte?” pregunta a la que a medias palabras respondió: “no”.

Después de recibir la oración que es la antesala al juicio final, pasó Teresa a la habitación con los ojos hinchados de llanto, él al verla así, sólo la miró con penuria y le dijo lo que podría llegar a ser su última petición “perdóname, perdóname por todo lo que te hice”, palabras que soltaron su llanto y a las cuales respondió tratando de no acompañarlas con lágrimas “ya olvida eso, no hay nada que perdonar, vas a estar bien, ya no digas esas cosas”.

Aunque Teresa presentía que esa quizá sería la última vez que platicaría con él, curiosamente era la primera vez que ambos lo hicieron con gran humildad, pues comenta que los doctores le habían advertido que la operación sería riesgosa, además estaba muy débil.

Llegó la hora marcada para comenzar la cirugía y finalizar de tajo el foco de infección, cerrar, de una vez por todas, ese hoyo de pandora que tanto desató tristeza, estrés, pena y dolor, amputar la pierna derecha. Así que Martín, con cubre boca y bata de cirugía bien puestos, lo llevó recostado en una camilla rumbo al quirófano.

Ahí ya lo esperaban el angiólogo, una enfermera y un anestesiista, al cual Cuauhtémoc le pidió con dificultad que le pusiera anestesia local, quedar insensible de la cintura para abajo, pues le daba miedo quedar en la plancha de operación si lo sedaban por completo. Petición a la que accedieron con extrañeza.

Llega el momento de relatar el momento crucial, el instante en que la ausencia iniciaría. Ante ello no se muestra débil, al contrario, lo comenta con naturalidad “comenzó mi operación a las diez de la noche y terminaron hasta la una de la mañana. No dejé que me taparan, hasta me dijo el doctor ‘usted es un hombre muy huevudo que no se apantalla’, pero pues lo tomé como lo que era, una operación, ni modo”.

Por ello atestiguó el momento en que el doctor introducía lentamente la sierra eléctrica para cercenar primero la piel y después de forma recia el hueso, ya que ésta parte es la más difícil, tanto para cortar como para darle la forma adecuada. Incluso vio como tomaron los dos pedazos de piel de la pierna y los comenzaron a unir con una gruesa aguja, hilván de carne rosa, para formar el muñón.

Cuauhtémoc perdió el 14 de febrero del 2009 a la una de la mañana la pierna derecha, aquella infección vorazmente sólo le permitió salvar hasta su muslo, pero a pesar de ello, logró sortear el oscuro panorama que los médicos pronosticaron: perder la vida.

❖ *80% de las amputaciones son a diabéticos.
15 veces mayor que en pacientes sin la enfermedad.*

Datos de Fermín R. Martínez en *Pie diabético.
Atención integral.*

Vida que también se le iba a cantaros a Leobardo, pues preocupadas sus hijas de que el tratamiento en la clínica particular no daba resultados, prefirieron llevarlo directamente al hospital Troncoso, donde el doctor Ahedo al ver su dedo negro, emitió la frase a la cual la mayoría de los diabéticos huyen “hay que amputar”, palabras que Leo no logró comprender por el estado de inconsciencia en el que estaba.

“Leo” bien quedito, casi como un sollozo dice “yo pensé que me iban a curar, yo no sabía qué me iban a hacer”. En febrero del 2007 lo desprendieron de su dedo, el día exacto no lo recuerda, quizá ese archivo lastimoso lo borró desde hace bastante tiempo.

“Cuando desperté me sentí triste, pero así todavía podía yo caminar, después me compraron unas muletas, caminaba con el talón y daba mis clases”, lo cual estaba en contra de las recomendaciones del doctor Ahedo, quien le ordenó “usted debe estar en reposo”.

“Todos los pacientes mienten” afirma el médico Espinoza, ya que éstos juran que se

❖ *“El 73% de las muertes en el país son por causa de enfermedades no transmisibles, como la diabetes, y se prevé que para el 2030 aumenten a un 80%, sobre todo en edad productiva- 15 a 64 años de edad-, siendo la primera causa de muerte y el principal motivo de consulta externa”.*

Datos extraídos del Programa Nacional de Salud 2007-2012

cuidan en casa, pero al llegar al hospital, de inmediato uno se da cuenta que no es así, al no haber una evolución de cicatrización. Aunado a ello, la gran mayoría no guarda reposo, “eso ocasiona que se macere más el tejido, se inflame, aumente más la infección y conlleve a la pérdida del pie” explica.

Efectivamente, al no haber mantenido su pie en perfecta calma y dejar cicatrizar bien, la herida se abrió, ésta comenzó a supurar un líquido amarillo, viscoso, pero curiosamente inoloro. Ante tal cuadro angustiante, lo llevaron nuevamente a Troncoso, donde le realizaron las correspondientes curaciones con un parche de plata por más de un mes.

Pero la herida no lograba cicatrizar, lo cual llevó al doctor Ahedo a realizarle una *Simpatectomía lumbar*, es decir, una operación que mejoraría el riego sanguíneo del pie, pero ni con ello se lograba la cicatrización.

Dentro de esa grieta morena se veía el borde de la grasa negruzca, textura que pronto se terminó, para llegar a la carne gruesa, roja, tan viva, pero nunca sin dejar expuesta la estructura ósea.

Aunque el color de esa carne era tan roja como la sangre misma, el pie estaba lleno de aire, pues cada vez que su hija Flor presionaba al nivel de la espinilla sentía que sus dedos se sumergían sobre una esponja, ya no había solidez, lo cual la llevó a decírselo a Ahedo la misma mañana que lo notó, pero éste sólo expresaba “no, no, todo está bien”, pero don Leobardo no comprobaba ese diagnóstico, pues comenzó a perder la conciencia.

“En la tarde de ese día, su actitud cambió, ya no quería comer ¿verdad Rocío?” le pregunta Flor con un grito a su hermana, quien muy apurada se encuentra en la cocina preparando unas pechugas de pollo empanizadas para su padre, pero se da un pequeño receso y sale a la sala para responder “también tenía dolor, era un dolor día y noche”.

A pesar de la notoria distracción de Leo, éste decidió bajar a dar sus clases, explicaciones que ya no concluía, desvariaba, estaba ausente “ya no estaba aquí” comenta “Cachito”, como llama su padre a Rocío. Desde luego, muchas razones pasaron por su mente, entre ellas la azúcar, aunque realmente la raíz de tal distracción era la gangrena gaseosa que se había formado al interior de su pie.

❖ *Simpatectomía lumbar*: “extracción de una porción de un nervio o un ganglio, a través de una intervención quirúrgica”.

Datos extraídos del Diccionario médico ilustrado de Melloni.

Aproximadamente a las seis de la tarde su hijo José Luis decidió cargarlo y llevarlo de inmediato a Troncoso. Ahí lo colocaron sobre una camilla y fue sumergido a terapia intensiva. “Leo” no tenía vómito, frío, escalofrío, fiebre, no presentaba los síntomas de una infección común. Sólo quería dormir.

Cuando la doctora García, quien en ese momento lo atendía, salió para notificarles el estado físico de “Leo”, se limitó a decir que se le estaban realizando unos estudios, como una radiografía para descartar o comprobar la existencia de aire en el pie.

La respiración de “Leo” era tan fuerte y agitada que sobresalía entre el pi, pi, pi, de su marcador de pulso; a su lado se encontraban dos personas más, las cuales le acompañaron durante su estancia de dos días, hasta que recuperó el conocimiento.

Una valoración pre-operatoria es una serie de estudios:

- ❖ *orina;*
- ❖ *sangre;*
- ❖ *electrocardiograma- verificar las palpitaciones, el ritmo cardíaco;*
- ❖ *radiografía de tórax- examinar si no hay fracturas o mal formaciones en los pulmones;*
- ❖ *biometría hemática- checar la cantidad de glóbulos rojos, blancos.*

Tales análisis se le realizan a un paciente programado para una intervención quirúrgica, con la finalidad de tener un cuadro completo de su estado y evitar complicaciones durante la intervención.

*Explicación de Vitali Mirosław en *Amputaciones y prótesis.**

Aunque “Leo” lentamente volvía de su trance, eso no significaba que las cosas marcharan bien, pues la radiografía, entre los blancos y negros de su superficie, mostró que su pie había dejado de ser sangre, para tornarse en una bolsa hueca, llena de aire, aspecto del que informó el doctor de terapia intensiva a los familiares.

Tal veredicto significaba la última y más difícil decisión: la amputación, pero ese día viernes no era posible operarlo, ni mucho menos el fin de semana, pues para colmo, el lunes era festivo y no habría personal médico, así que retrasaron la operación.

Flor cuando encontró al ayudante del doctor Ahedo en los angostos pasillos del hospital, le cuestionó sobre el estado de su papá “le dije, ya ve, ¡no qué estaba bien!”, a lo que él respondió con una actitud indiferente.

Ella confiesa que se sentía muy angustiada, pues quería que su padre fuera operado y estuviera bien. Congoja que creció cuando le advirtieron “hasta mañana –martes– lo vamos a meter a quirófano y eso haber”. Además, todavía no le hacían a su padre una *valoración pre-operatoria*, análisis que Flor exigió, pero el doctor molesto, prefería evadirla.

Aunado a ello, ¿dónde quedaba el estudio de la circulación sanguínea, *el doopler*, del que se encargaría el angiólogo? la respuesta fue “no se lo hicieron” por diferencias personales entre éste especialista y el doctor Ahedo.

Durante la narración de Flor, la cabeza de Leobardo se tambalea sobre su mano, cabecea, se nota un poco cansado, aburrido, quizá prefiere no escuchar ese amargo recuento. Así que para volver al hilo, su hija le llama “¿papi?, Leo, le hablan”, de pronto, da un ligero salto, abre sus pequeños ojitos y sólo responde “¡eu!”. Tal reacción espontánea causa tanta gracia, que una pequeña risa emerge.

“Leo” con sus pequeñas y delgadas manos talla sus ojos a modo de despertar y con aguda voz dice “estaba yo tan preocupado, que no sabía qué me iba a pasar, si podría caminar o no, ya que sin un dedo, por los menos me movía yo solo”.

Autosuficiencia que se mermó la mañana del 5 de mayo de 2007, día en que Leobardo entró a quirófano para guillotinar parte de sí, de su existencia, su pierna izquierda, “me durmieron completamente, no recuerdo qué pasó adentro” aunque admite no comprender qué sucedía.

Incomprensión que al instante discute Flor, pues es hasta ese momento de la conversación y después de tres años de distancia de aquella operación, cuando sabe que su padre no tenía conocimiento de lo que le harían. “Nadie me dijo, yo pensé que me iban a hacer una cosa normal, pero no sabía que me iban a amputar”, realidad que lo derrumbó al abrir los ojos.

Misma realidad que derrumbó a Oscar, quien capturó la imagen de sus dedos morados y la adhirió por siempre a su mente, “mi hija me dijo ¿sabes, te van a amputar el dedo”, al escuchar esto, por una parte se sintió aliviado porque esa mínima ausencia no le impediría poder manejar su taxi, dice con una sonrisa pícaro.

Sin embargo, afirma “parece que no fue el corte correcto, al menos hasta donde yo sé, pero como el hubiera no existe, pssss”, ya que al día al siguiente de haberle arrancado de tajo el dedo medio, la infección ennegreció otro, uno que estaba a lado del primer infectado, el dedo cuatro.

“Yo llegué –a la clínica particular– con el puro dedo, entonces el doctor dijo ‘vamos a cortar el dedo para tratar de salvar el pie’, pero tal parece que eso de cortar el dedo ocasionó que caminara la infección”, por ello considera que esto fue un detonador para su largo suplicio.

El doctor le comentó que parecía el cuadro de una gangrena gaseosa, por ello toda la planta y los dedos comenzaron a tornarse negros, amoratados, como si estuvieran

asfixiándose, pero él prefería pensar en curarse y seguir manejando.

Por curaciones jamás pasó su pie, sino prontamente se dio la orden de amputar, por ello desde un principio sus cartas estuvieron puestas sobre la plancha, pero él se lo atribuye a su temor y al desconocimiento para tratar

❖ *3 mil 927 amputaciones a hombres diabéticos y mil 874 amputaciones a mujeres diabéticas registró el IMSS durante el 2009.*

Datos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del IFAI. Solicitud del 22 de septiembre 2010.

este tipo de lesiones.

Se llega a un punto del relato donde con valentía se observa en el espejo retrovisor de sus recuerdos, aquellos que lo colocan en esa gris tarde del 17 de septiembre del 2009, cuando entró al quirófano para decirle adiós a una ausencia ya adelantada, a su pierna izquierda.

Las paredes de esa fría y hueca habitación eran azules, olía a formol, una lámpara se postraba sobre su cabeza y lo alumbraba con una intensa luz blanca; el doctor cubierto con una bata azul le colocó una manguera en los dos orificios de la nariz, de ahí emanaba un intenso aire frío; previamente, la enfermera lo había colocado en posición fetal, hincado e inclinado completamente hacia abajo, para después penetrar una filosa aguja en la parte baja de su espalda, a la altura de la cadera y adormecer las piernas, anestesia que medicamente lleva por nombre *Raquia* o *Raquídea*, la cual no le dolió. Oscar estaba somnoliento, no completamente dormido, pues escuchaba los instrumentos de los doctores, las tijeras al caer en una charola de metal, sobre todo, no puede olvidar lo que sintió cuando comenzaron a cortar con la sierra, la intensidad y la dureza al cortar el hueso, sonido como cuando se corta la madera.

A pesar de que no vio cuando la pierna quedó en las manos de sus verdugos, tenía aún viva la sensación del intenso dolor, el efecto de la anestesia se desvanecía y junto con él se abría paso el agudo dolor:

— ¡Ay doctor! —emitió Oscar.

— ¿Le duele? —preguntó el especialista.

— Sí —responde con quejumbre.

— Ya vamos a acabar, no se preocupe.

Pero ya era tarde, Oscar sentía cada pinchazo y puntada que entraba en su carne para formar un hilván, ajuga filosa que lo lastimaba, pero que era necesaria para completar la intervención y formar el muñón.

Pero, ¿por qué se llegó a la amputación?

Cuauhtémoc con sus manos pálidas, delgadas, forradas con la textura de una piel engurruñada sostiene su muñón; su serena mirada la fija en ese tocón al que todavía se le aprecia las profundas cicatrices de las puntadas, hilván que permanecerá como un vestigio de pérdida, pero también de perseverancia.

El objetivo de extirpar un miembro es detener la infección que ya alcanzó hueso, es decir, cuando todas las posibilidades de rescatar la extremidad ya fueron agotadas, siendo la amputación la última alternativa, según Vitali Moroslaw en *Amputaciones y prótesis*.

Además Arturo Pineda explica que las características de una lesión para decidir amputar “dependerán de la profundidad; si involucra hueso o no: y si tiene datos de necrosis o no”, es decir, el nivel de infección que se presente.

El principal motivo es no poder congeniar la labor del médico, paciente y familia.

Los pacientes diabéticos requieren un adecuado tratamiento médico, con un cultivo previo para analizar el tipo de bacteria que se debe atacar, y contar con la opinión de un dermatólogo para no diagnosticar de forma empírica. Sin embargo, sea un cirujano general o vascular, ambos deben tener en cuenta sus habilidades y el conocimiento para reaccionar ante un caso de pie diabético, de acuerdo al Fermín R. Martínez en *Pie diabético atención integral*

Pero, ¿qué pasa cuando el doctor, ni el paciente cuentan con los conocimientos necesarios para darle batalla a una herida? Los tres son testimonio de esa incapacidad o sesgo de información.

Al preguntarle a Cuauhtémoc si hubo o no negligencia en el ISSSTE, responde de tajo “sí, de dos personas –del jefe de la Clínica de Heridas y Ostromías– Francisco Elizondo, y –del jefe del área de Ortopedia– Luis Carlos Mejía Rohenes. Ellos no le echaron los

kilos a mi caso, se hicieron pendejos y eso que eran mis cuates. Ellos nunca me propusieron un lavado mecánico, por eso cundió la infección”.

Además, recuerda que mientras estuvo hospitalizado jamás lo fueron a curar, ni a ver, sólo mandaban a pasantes para que le mojaran el pie con agua destilada, pero sin jamás aplicarle un lavado quirúrgico, lo que requería en ese momento, al tener los tendones expuestos.

Ante el deplorable estado en que dejaron su pie en el ISSSTE –con los tendones amoratados y el dedo desprendido– al llegar a las manos de los especialistas en el estado de Veracruz, éstos ya no pudieron hacer nada para combatir la infección, pues se desató por toda la extremidad.

La fórmula, de acuerdo a Fermín R. Martínez, para mantener a salvo las extremidades son: la prevención, la atención médica, la investigación y sobre todo “la educación diabetológica”²⁴ en el médico, paciente y familiares, es decir, que cada uno posea los conocimientos para reaccionar y actuar ante una herida para evitar la alternativa más riesgosa: la amputación.

En el caso de los tres había un gran sesgo de información, e incluso en el doctor, pues desconocía el manejo tan arduo de un pie con infección.

Desconocimiento que Oscar y su médico compartían, ya que éste no le propuso un tratamiento, sólo vio su pie y dio la orden de extirpar, sin jamás darle lucha a esa mancha negra que se extendía como plaga por toda la pierna.

❖ *“La ley del mínimo esfuerzo”: es cuando el médico desiste o no lucha por la extremidad con tratamientos o curaciones, y decide eliminar de tajo el problema.*

Explicación de Fermín R. Martínez en *Pie diabético Atención Integral*.

²⁴Fermín R. Martínez. *Pie diabético atención integral*, “Epidemiología y costos de atención del pie diabético. p 27.

En la historia de Leobardo él no guardó el reposo que le recomendó su médico, su necesidad y pasión por la cátedra no le permitieron mantenerse quieto, por ello la cicatriz se le abrió hasta dejarle un gran boquete.

“Un elevado número de pacientes salen adelante, pero ello también depende del apoyo de ellos mismos, pues hay casos donde creen que con sólo la curación primaria basta, lo cual no es así, pues se requiere que ellos también mantengan sus niveles de glucosa controlados y una dieta adecuada” explica el Cirujano General, Espinoza, a través de su cubre bocas color blanco, que se moja de las pequeñas gotas de sudor que se derraman desde su frente.

Niveles de amputación

En la casa de Oscar se siente calor, tal cual horno a 100 grados centígrados, su ligero pantalón permite percibir su evidente extravío, tela a la que le hace un grueso nudo para que no le estorbe. A pesar de lo incómodo que podría ser el colocar su mano sobre el vacío, él muestra normalidad en sus expresiones, en su mirar.

Para determinar la medida de la amputación se deben tomar en cuenta: el lugar donde se presenta la herida; el tamaño y profundidad del hoyo o la úlcera; la circulación sanguínea; las posibles mal formaciones en el pie, como no poseer puente o tener dedos encimados; la cantidad de piel necrosada o amoratada; y la gravedad de la infección, al menos así lo explica la Asociación Mexicana de Diabetes en *Pie diabético atención integral*.

Además, es necesario someter al paciente a una serie de estudios para verificar la circulación sanguínea como el *doppler*, del cual se encarga el angiólogo, para percibir el funcionamiento de esos cables gruesos que transportan sangre al cuerpo, las arterias, así como el pulso, ya que a partir de ello se determinará mejor hasta dónde se conserva vida.

Pero si tal estudio es imposible de hacer por algún disgusto que haya entre el especialista y el médico a cargo, pues no preocupar, también es posible determinarlo por la edad del paciente; la prevalencia de la enfermedad, ya que con pocos años de padecer diabetes es menor el riesgo; las palpitaciones de su corazón; el sobrepeso; e incluso su ritmo de vida, recomienda Fermín R. Martínez.

Por supuesto que es fundamental que en la operación se extraiga toda el área necrosada o infectada para detener toda la infección y salvar la vida del paciente. Por eso el corte será sobre “carne rosa y caliente”, es decir, tejido sano, según Vitali Miroslaw.

<i>Tipos de amputación</i>	
<i>Amputación menor</i>	<i>Amputación mayor</i>
<p style="text-align: center;">❖ <i>Digital:</i></p> <p><i>Se presenta cuando el médico tiene localizada la infección en un sólo dedo, el cual se extirpa para evitar la proliferación de la gangrena.</i></p> <p><i>Tal intervención quirúrgica prevalece en un mayor índice en los diabéticos.</i></p> <p style="text-align: center;">❖ <i>Transmetatarsiana:</i></p> <p><i>Se recurre a ella cuando la infección se propaga por más de dos dedos.</i></p> <p style="text-align: center;">❖ <i>De Syme:</i></p> <p><i>El médico opta por este tipo de cirugía cuando la infección se propaga más allá de los dedos, para así cercenar a nivel del tobillo. Pero a pesar de que es una de las menos riesgosas y con más posibilidades de que el paciente vuelva a caminar, es poco frecuente por la dificultad de realizar.</i></p>	<p style="text-align: center;">❖ <i>Infracondilea</i></p> <p><i>Esta operación tiene el propósito de preservar la rodilla, ya que esta articulación le provee a la pierna flexibilidad y agilidad, por ello al evitar su desmembramiento, aumenta la esperanza de que el paciente pronto se rehabilite y pueda manejar con más facilidad la prótesis, lo que significa volver a caminar.</i></p> <p><i>Por esa razón realizarla conlleva un proceso arduo, pues el cirujano debe formar un muñón adecuado para evitar el roce de la rodilla.</i></p> <p style="text-align: center;">❖ <i>Supracondilea</i></p> <p><i>Esta intervención quirúrgica se aplica cuando la infección se encuentra más arriba del nivel del muslo, por ende es imposible y arriesgado conservar la rodilla, lo cual les dificulta a los pacientes volver a caminar, por ello sólo “el 40% de los pacientes” logra reintegrarse.</i></p>

Niveles de amputación

Explicación hecha a partir del capítulo “Principios quirúrgicos para amputaciones en pacientes diabéticos del libro Pie diabético atención integral de Fermín R. Martínez.

La amputación no sólo es un corte de tajo, sino también un cambio de vida, aprender a vivir con ese estrago de la enfermedad, ese muñón que por siempre será un recuerdo de la ausencia de su pierna.

Ausencia. Muñón

Sus párpados pesan sobre sus ojos, se siente cansado, adormecido, lentamente comienza a girar sus pupilas dentro de su halo para poder reconocer cada detalle de su alrededor, trata de explicarle a su mente cómo llegó a ese lugar, pues a primera vista todo es nuevo, habitación fría, limpia, con olor a alcohol. Curiosamente no se siente extraño, su mente aún conserva impresa la imagen completa de su cuerpo, por ello no se asusta, sólo siente debilidad, como si emergiera de un eterno sueño o de un largo viaje.

Lentamente sus manos pinchadas palpan las ásperas sábanas que lo envuelven, lentamente las comienza a bajar, en ese momento, se percata que no logra acariciar su pierna completa, sólo un pequeño bulto de carne, después, un vacío incomodo que le alerta que no fue ningún sueño, sino la realidad de una ausencia con la que ahora en adelante vivirá.

Esa voz fría se quiebra, el sollozo aprieta la garganta para desmenuzar cada palabra y su par de ojos verdes se tornan cristalinos frente a la cubierta del grueso cristal de sus anteojos, lo cuales nuevamente se coloca “sentí tristeza y frustración. Tristeza por haber perdido una parte de mi cuerpo, porque ya no iba a caminar, ni andar” expresa Cuauhtémoc.

Comenta que permaneció internado durante tres días, para después volver a casa de su cuñado, donde el doctor Martín y el angiólogo le pidieron esperar por 18 días más, con el fin de que cicatrizara la herida y así poder extraer los puntos, “pero no aguanté y me regresé a México”.

Decidió volver a México al ya no existir la razón por la cual huyó, su pierna. Así que su cuñada Ema Lucía, la misma quien se lo llevó, sin importarle el aspecto tan deplorable de Cuauhtémoc, lo trajo nuevamente a su casa, a Ciudad Netzahualcóyotl en el Estado de México. Aquella que dejó con su propio andar en busca de una esperanza y ahora lo veía volver con gran desánimo.

Llegaron a su hogar Cuauhtémoc y Tere a las siete de la noche, ya los esperaban sus familiares, sus vecinos, pero él no les mostró ninguna sonrisa, sólo les dio las gracias secamente. Recuerda que se acercó el hijo de su sobrino Israel, un pequeño con sólo tres años, quien le preguntó:

— ¿Y tu pata padrino?, ¿dónde la dejaste?

Cuestionamiento inocente, pero tan frío como un gancho al hígado.

Todos se quedaron en silencio al escuchar las palabras del niño, pero con la mirada fija sobre él. Sin embargo, Cuauhtémoc respondió con naturalidad y una sonrisa fingida.

—Se la comió un tiburón, mijo. Se la comió.

“A la semana vino una enfermera, por cierto mi comadre, para extraerme los puntos, pero fue complicado, pues como algunos ya estaban encarnados, al momento de quitármelos me lastimó y se me abrió un pedazo del muñón”.

Por esa razón, nuevamente acudió al hospital, pero ahora a Troncoso del IMSS, donde lo trató el doctor Ahedo, quien observó la herida y lo tranquilizó, pues no había nada de infección, por ello sólo le puso un “*parche inteligente*” para cicatrizar y le pidió ir cada ocho días a curación para evitar cualquier posibilidad de proliferación de alguna bacteria.

❖ *El parche inteligente es el Aquasel-
parche de plata estéril que ayuda a
erradicar la infección.*

Explicación a partir de mi observación durante dos días en el área
de curaciones de Troncoso.

Es necesario advertir que aunque se elimine la parte infectada, en este caso, la pierna, no se erradica la diabetes, por esa razón, después de la operación los puntos del muñón deben ser extraídos bajo medidas de higiene, pues el riesgo de infección crece cuando se cambia el primer parche, documenta Vitali Miroslaw.

El muñón es una pequeña extremidad que queda como resultado de una amputación, un tocón que evidencia una amarga, pero necesaria pérdida, la cual le recordará por siempre su perseverancia.

Leobardo le da la espalda a su ventana, a través de la cual ve las alas de aquellos aviones que sobrevuelan los cielos; el escuchar sus turbinas lo hacen mirar hacia arriba, intentando traer a él aquella adrenalina, tiempo que quedó atrás, para abrirle paso a ese día cuando se dio cuenta que su pierna ya no existía.

“Estaba yo borracho, había estado sedado mucho tiempo, hasta los dos o tres días de la operación empecé a darme cuenta que me faltaba la pierna. Estaba con las sábanas, entonces cuando comencé a entrar en conciencia, empecé a tocar y me di cuenta que no tenía la pierna y pues lloré poquito” dice con voz tan baja que parece desvanecerse como un susurro.

El estaba muy deprimido, triste, no comprendía por qué llegar a esto, ya que admite no haber estado consciente de la amputación, pues nunca se atrevió a preguntar, quizá por esa omisión, sus hijos pensaron que su padre estaba consciente de la operación.

De hecho, Flor confiesa que fue ella quien le pidió al cirujano que cercenara hasta el muslo, pues no quería despertar nuevamente esa bacteria y que su padre fuera otra vez intervenido y “terminar en pedacitos”.

Pedacitos de recuerdos que Oscar también levanta y lo llevan a esa habitación de hospital, a aquel día después de la amputación. El recuerda haber sentido unos dolores tan intensos, que le tuvieron que dar unas gotas de un analgésico llamado *Tradol* en un poco de agua, las cuales como si fueran hiel le amargaron todo el paladar. Sustancia que inhibió el dolor físico, pero nunca el del alma.

En su habitación, con su soledad, trataba de entender ese fragmento de realidad que lo carcomió, respuestas que en ese momento no encontraba, no concebía, únicamente tenía claro algo: “ya no voy a ser el mismo”, pues él siempre se había imaginado llegar a viejito manejando, “hasta que Dios dijera: ya no puedes, vete a tu casa, saca las películas del armario y ponte a verlas” señala hacia enfrente, donde la televisión sintoniza las noticias de las dos con treinta minutos.

A los 20 días lo dieron de alta de la clínica particular, estancia que dejó a su familia completamente en ceros, pero eso no quebrantó sus ánimos, pues él quería manejar, salir otra vez, por ello le preguntó a su hija ¿y ahora, qué sigue? llevado por esa perseverancia es como puso sus ojos en el hospital Troncoso, pues ahí podría recibir su rehabilitación.

Sin embargo, el poder acceder a medicina física en Troncoso no fue cosa fácil, ya que lo tardaron más de dos meses, “hasta las tercera o cuarta vez que fui, nos dijeron ‘pas’ ahí está el pase”. Hecho que le reanimó.

Se presentó prontamente a medicina física, iba entusiasmado de iniciar a la voz de ya su rehabilitación, ilusiones que nuevamente se vinieron abajo cuando el doctor Serrano, médico fisiatra encargado de Medicina física de Troncoso, vio los estragos de lo que alguna vez fue una pierna y dijo:

—Está mal, necesita una *remodelación de muñón*.
Palabras que acompañó con un rostro de pesimismo.

—¿Y eso qué es doctor? ¿cirugía o qué? Oscar preguntó preocupado.

El doctor sólo acertó con la cabeza.

—¡Ah, pero no, si yo ya quería trabajar! Oscar reclamó con disgusto y coraje.

❖ *La remodelación de muñón consiste en preparar la zona del muñón, es decir, el hueso y la piel, para ser colocada la prótesis.*

Explicación del texto *Manual para amputaciones del miembro inferior*, el cual se encuentra en internet (véase las fuentes).

En ese momento comenzó otra batalla: la remodelación de su muñón.

“De Troncoso me mandaron a Magdalena de la Salinas –clínica de traumatología del IMSS–. De ahí me volvieron a regresar tres o cuatro veces” hasta que su hija fue a hablar con el director del Hospital Troncoso, el doctor Molina, quien primero los mandó con el doctor Yacamán y éste los envió con el doctor Castillo.

“Todos se pasaban la bolita” dice con ironía, rodar que se prolongó por meses hasta la clínica 14, donde les dijeron “Esto –señala su muñón– se lo tienen que hacer de donde lo mandaron, en Troncoso, porque ahí es donde hacen esta operación”, de nuevo quedó como al principio, a la deriva.

Sin embargo, su hija no decayó, pues decidida fue a hablar por segunda vez con el director Molina, quien al escuchar su gran odisea, furioso dijo:

—Pero... ¿quién la mandó a la Magdalena?

—El doctor Castillo.

—¡Vaya y dígame al doctor Castillo que digo yo, el doctor Molina, que haga esta operación!

Fue así como el doctor Castillo accedió a atenderlo, sin embargo, los análisis *pre-operatorios* que le habían realizado estaban a punto de vencer, pues ya casi cumplían el mes, mismo periodo de tiempo que tardaron en hacérselos en el laboratorio del hospital, por esa razón, Oscar se atrevió a pedirle al doctor Castillo que ya lo operaran.

Petición que aceptó después de tanta espera. Dos días antes de intervenirlo quirúrgicamente lo internaron con la finalidad de canalizarlo, al tercer día, a las tres de la tarde entró a quirófano. “Se siente desesperante saberse completo y no poder moverse” sensación que le provocó la *anestesia raquídea*, la cual nuevamente no le dolió.

A diferencia de la operación de amputación, en esta ocasión no sintió nada, el tiempo se le pasó como agua, rápido, hasta confiesa que el doctor Castillo, quien finalmente lo operó, tenía música que amenizaba el lugar, mientras éste de nueva cuenta cortaba el hueso para darle la forma adecuada, pues en la clínica particular dejaron la estructura ósea demasiado larga, lo que hacía chocar el hueso con la piel al apoyarse.

El muñón al convertirse en la parte locomotora que sostendrá la prótesis, debe poseer la forma correcta, *boca de pescado*, es decir, una forma semi-ovalada para que el muñón pueda introducirse en el soporte de la prótesis sin problema, para ello es necesario que el hueso quede colgando y libre del roce con la piel, para evitar la formación de una llaga y su pronto cicatrización.

Además, se recomienda que si el paciente siente dolor, hay pobre cicatrización o coloración oscura en los bordes del muñón, entonces el nivel del corte no fue el adecuado y por ende, se requiere otra amputación. Por esa razón el corte de preferencia debe ser en una zona con óptima circulación, aunque sea en la parte más alta de la pierna, recomienda R. Martínez.

Después de un rato la anestesia se esfumó y los dolores corrieron vorazmente por su muñón, pero Oscar se refiere a esas agudas punzadas como “dolores bonitos, me van a doler, pero ¡me va a levantar!” alza su voz con alegría.

Pese que la intervención quirúrgica cuente con toda las características para lograr una pronta recuperación, al final, el paciente no volverá a tener la misma habilidad y agilidad para caminar, sin embargo, con ayuda podrá reintegrarse a la vida laboral.

*“Tú como yo, viajero, en un día cualquiera
llegamos al camino sin elegir acera.
Nos pusimos un traje como el que llevan todos
y adquirimos su aspecto, sus costumbres, sus modas”*

Alfonsina Storni en el poema Si la muerte quisiera

CUARTA PARTE

Las tres vidas se unen

Rehabilitación física

Esperan en el mismo pasillo, azulejo amarillento que parece resbaloso, pero ellos no están seguros de que así sea, pues no han podido sentirlo, pisado, sólo clavan su mirada sobre él, quizá para perderse en ese fino granito que lo compone. A momentos sus miradas temerosas chocan, uno al otro se evaden, intentan disimular que se causan extrañeza o curiosidad. Finalmente entran a la misma habitación, en las mismas circunstancias, vidas equidistantes que por artificios de la vida se encuentran.

Tantos años, sucesos, vivencias los separaban uno del otro, pero es hasta el 2011 –momento de conflictos políticos, lucha encarecida del gobierno de Felipe Calderón contra el narcotráfico, violencia retratada en periódicos y con puerta a las elecciones presidenciales del 2012– cuando estos tres cúmulos de existencia se vinieron a encontrar en un mismo lugar, en los pasillos de Troncoso.

7:45 de la mañana, Cuauhtémoc llega al Hospital del Paso y Troncoso; sobre su silla de ruedas se dirige con ayuda de su esposa al área de rehabilitación, primero pasan por dos filtros de seguridad, donde las delgadas uniformadas policías al ver la parte inferior de la anatomía de Cuauhtémoc, no preguntan nada y sin restricciones les permiten enfilarse a los elevadores.

7:50 el elevador aún no llega a la planta baja, Temo fija su mirada color miel en el foco rojo, ve pasar el 5, 4, 3, 2 y así consecutivamente, por fin las dos puertas de acero se abren, la gente al verlo calla, detienen su mirada hacia ese pantalón de franela color gris con un pequeño nudo como si contemplaran a un ser irreal, pero él ignora el exterior y entra primero al elevador.

El elevador se detiene en sótano. Al momento de abrirse las puertas, su esposa acomoda su pierna derecha hacia atrás para impulsar con fuerza la silla de ruedas y con suma meticulosidad esquivar uno que otro tobillo, pie o espinilla que se interponga en el camino.

Teresa estaciona la silla negra en un estrecho pasillo, donde otros dos pacientes en las mismas condiciones esperan. Mientras, al interior del consultorio, donde se encuentran los aparatos y el personal médico como las enfermeras y los doctores, se escuchan murmullos, risas y una que otra canción sesentera en inglés.

Cuauhtémoc con frecuencia levanta su brazo izquierdo para constatar la hora en su plateado reloj de manecillas. Mira de un lado a otro, de reojo observa a esos dos hombres que también esperan sobre su silla y con el mismo nudo que evidencia la ausencia de su extremidad, pero no les habla, prefiere sumergirse en sus pensamientos.

Así en silencio se mantiene hasta que algún conocido se acerca con un “¡buenos días Doc!”, “¿cómo ha estado?” o “ya queremos verlo correr, eh”, entonces es cuando el sonido de sus palabras se escuchan y el brillo de sus dientes reluce.

9:30 el encargado de la rehabilitación, el fisioterapeuta Alberto Arias Bernal, llega muy de prisa, su gabardina beige parece volar a cada paso, el sudor se escurre sobre su frente y sus rojas mejillas. Sin embargo, ellos le muestran una mueca a su tardanza.

Una delgada enfermera, morena y con el cabello teñido de rubio grita “¡grupo de amputados entren por favor!”, despacio sobre su silla se dirige Cuauhtémoc, y es ahí, en la puerta de entrada de Medicina física donde las vidas de Oscar, Leobardo y él, por fin se encuentran.

Entran a un cuarto pintado de blanco, cada uno elige un colchón de los seis que hay acomodados sobre el suelo para recostarse y comenzar con la labor física. El familiar sólo acerca la silla y el paciente con seguridad se lanza a la esponja tamaño individual.

Leobardo tan pronto como se acomoda, se sienta en el colchón para comenzar con su calentamiento: mover de forma circular la cadera, uno, dos, tres, pero siempre con un quejido al final de cada giro. De hecho, “Cuauh” exclama “¡ah ese ejercicio cómo me cuesta trabajo!”, pero no lo intenta y mejor prefiere observar el techo que se acompaña con un gran boquete hacia la oscuridad

Después de 15 minutos, Alberto entra, coloca sus brazos atrás y grita “¡ya vamos a comenzar!, uno, dos, tres, cuatro, cinco...” camina de un lado a otro, apenas es posible apreciar el chillido agudo de su par de zapatos color café, así como el sonido del roce de su pantalón beige cada vez que da un paso.

Oscar muestra seriedad, aspira y respira, inhala y exhala, levanta su muñón en diez series de tres tiempos, de forma inminente sus mejillas se pintan color rojo, su escaso y delgado cabello color cano comienza a alborotarse, su respiración se eleva; no levanta la mirada, siempre fija, ya sea al techo o al frente.

Únicamente se escucha en esa pequeña habitación el sonido de la voz de Alberto, el quejido profundo de Leobardo en cada ejercicio y la crisis de tos de Cuauhtémoc, la cual a veces le dificulta terminar a tiempo.

Como parte de la rehabilitación, los tres impulsan su cuerpo y se avientan de un lado a otro, de derecha a izquierda, es tanta la fuerza, que el colchón comienza a recorrerse al ritmo de las caídas, así que Alberto les pide nuevamente acomodarse.

10:00 de la mañana, la primera fase de la sesión termina, los tres tremendamente fatigados se estiran y se extienden para relajarse, quedan en silencio, mojados en sudor y tirados sobre el colchón.

“Después que me cicatrizó bien mi muñón, el doctor Ahedo me recomendó iniciar una rehabilitación, pues estar así no es nada fácil” comenta Cuauhtémoc con la mirada clavada en el azulejo azul con blanco de su sala.

Algunos amigos y colegas durante la semana fueron a visitarlo, quienes le sugirieron ir a una terapia a Troncoso, lugar donde trabajó por más de 20 años y que dejó en el 2001 cuando se jubiló, “como que tenía dudas, a lo mejor no quería volver a encontrarse a sus antiguos colegas o que lo vieran postrado en una silla, no sé”, dice Teresa, pero ella se encargó de convencerlo de que ahí estaría en confianza, precisamente por sus amigos.

Palabras que lograron su objetivo, pues en junio del 2009 llegó a la rehabilitación para lograr restablecerse a sus actividades. Sin embargo, admite que los ejercicios al principio le costaron mucho trabajo “siempre fui bien huevón para los deportes, sí jugaba fútbol, pero no tanto, la verdad nunca fui bueno para el ejercicio”.

A pesar del gran esfuerzo que significa hacer abdominales a un paso rápido y sin detenerse, él siente que así es como logrará estar de vuelta, a ser el Cuauhtémoc “que las movía de todas, todas”.

Actividades que también quiere retomar Leobardo, quien a veces sólo se queda mirando hacia la nada, ojos extraviados. Él llegó a la terapia física a los cuatro meses de su operación por su propia iniciativa, “me ha ayudado mucho porque ahora me puedo parar de la silla a mi cama, pero no dejan que me vaya para allá –señala con su dedo índice hacia la puerta– no me vaya yo a caer” dice con su tono suavcito, y a la vez, rasposo de voz.

Leobardo cuenta gustoso que ya solo se acomoda en su *reposit* –sillón reclinatorio color rojo– para “levantar las piernas” –plural que menciona bajo el olvido de la ausencia, quizá por costumbre– y en ese momento es cuando confiesa que en una ocasión estuvo a punto de caerse en esa maniobra “quise pasarme al sillón, pero como está muy bajo no pude bajarme y me empecé a jalar pa’ sentarme en el suelo, ya les

llamé y me regañaron ¡no te bajes, hasta que no te bajemos nosotros!” mueve su dedo para ejemplificar mejor como lo reprendieron.

Entusiasmo que también refleja en sus palabras Oscar, las cuales se ocultan un poco bajo el sonido de la televisión, caja que sintoniza el canal 2, precisamente en una cápsula del noticiero de Lolita Ayala, la cual curiosamente aborda la osadía de un niño, quien ante la falta de sus dos brazos, logra tocar la marimba con sus pies, coincidencia o no, esas imágenes lo distraen, pero aún así continúa “después de 20 días mi muñón cerró completamente, ya estaba listo para correr y es cuando fui a medicina física”

El fisioterapeuta Alberto Arias, encargado de asignar los ejercicios en Medicina física, con cierto nerviosismo mueve sus anteojos sobre su redonda nariz de un lado a otro, para después explicar “la rehabilitación es la recuperación o la integración del paciente a sus actividades”.

Por ello se recomienda iniciar este proceso tan pronto como cicatrice el muñón, ya que si se queda en cama por un gran lapso de tiempo, los factores que conllevaron a la amputación podrían surgir de nueva cuenta, como la obesidad, el desanimo y la irresponsabilidad en el cuidado de su persona, información que se documenta en el libro *Amputaciones y prótesis*.

La posibilidad de volver a sus actividades cotidianas dependerán de:

- ❖ *El paciente debe estar apto tanto física como mentalmente;*
- ❖ *Un nivel de amputación adecuado;*
- ❖ *Un muñón 100% cerrado;*
- ❖ *Una prótesis hecha especialmente a sus necesidades;*
- ❖ *El interés tanto de los familiares como del paciente en la rehabilitación.*

Datos extraídos del libro *Amputaciones y prótesis* de Vitali Miroslaw.

“Beto”, como lo llaman de cariño sus pacientes, comenta con un tono muy peculiar que hace recordar algún país de Sudamérica, que la duración de la terapia dependerá de cada persona, de su padecimiento, pero al final, quien lo determina es el especialista, en este caso, el doctor Serrano.

El doctor fisiatra Francisco Javier Serrano Pérez, responsable del área de Medicina física del hospital Troncoso, se encuentra en un consultorio al lado derecho de la habitación donde se realiza la terapia.

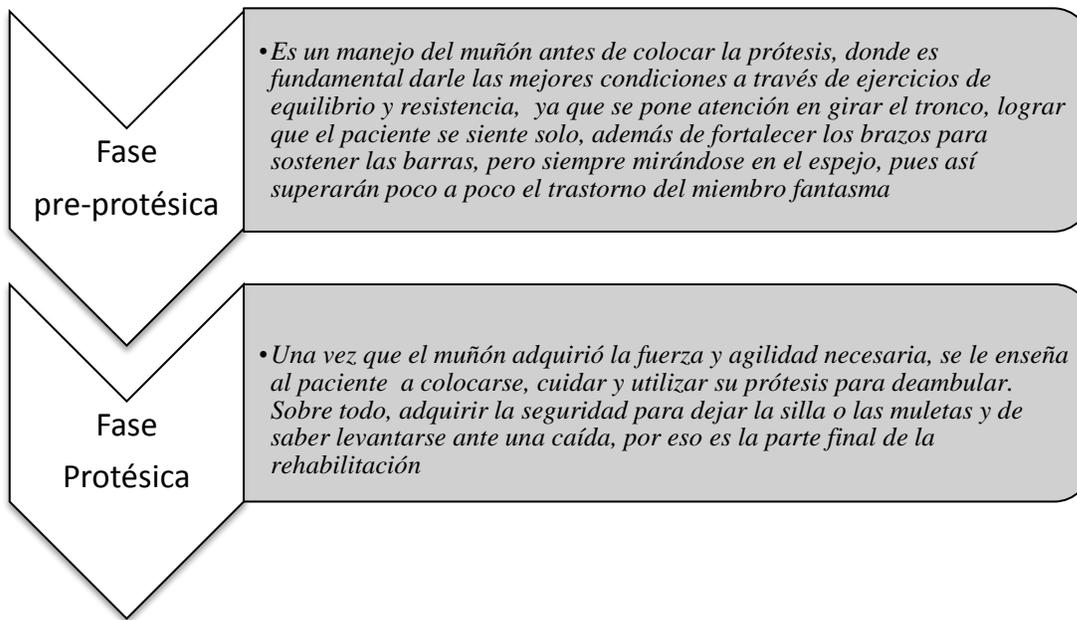
Tras una mesa de madera, deja hundir sus dedos con gran velocidad en las teclas de una máquina de escribir, quizá para imprimir con cada letra el diagnóstico de sus pacientes.

Serrano con una voz de locutor de radio, por su tono tan original entre grave y agudo comenta “la rehabilitación consiste en técnicas que se aplican a las personas amputadas, con la finalidad de obtener las máximas potencialidades y así dar las condiciones adecuadas al muñón, que en su momento, y si es factible, colocar la prótesis”.

Después, se pone de pie, su gran estatura evidencia de manera inmediata su ancho cuerpo, mismo que cubre con su bata impecablemente blanca, para después explicar sobre las dos etapas en las que consiste la rehabilitación:

❖ *“La efectividad de las terapias radica en la medida en que el amputado puede reintegrarse, es decir, que pueda trasladarse y laborar de forma cotidiana”*

Declaración del doctor Luis Cadena Méndez en el comunicado de prensa del IMSS “El IMSS rehabilita a los diabéticos que han sufrido la amputación de una u ambas piernas” del 28 de diciembre del 2007



Fases de rehabilitación

Explicación hecha a partir de las declaraciones del doctor Serrano; y los apuntes el libro Amputaciones y prótesis.

De hecho, comenta Oscar que cuando llegó con su nueva remodelación de muñón ante el doctor Serrano, éste se recargó en su parte afectada para que lo empujara “para ver si tiene uno la fuerza suficiente para combatir ¡vamos!, afortunadamente salí bien” y fue de esa manera como llegó el 15 de marzo de este año a la terapia con el doctor Alberto.

Con la intención de que sus palabras queden bien claras levanta la voz y me explica los motivos por los cuales está en la rehabilitación “por una parte es para mí bienestar; segundo, me sirve de entretenimiento; tercero, es como un nuevo juego para mí”. Sobre todo, lo hace sentir útil y productivo “para sacar el gasto, porque un peso es un peso, aunque sea para un bolillo”.

Es necesario ejercitar y fortalecer el muñón para sostener la prótesis, aunque esta no les devuelve de forma completa la habilidad y agilidad del miembro, sí es capaz de reintegrarlo al campo laboral, comenta el doctor.

La prótesis

11:02 al ser Cuauhtémoc el único que cuenta con una prótesis, Alberto le pide iniciar con la segunda fase: caminar. Así que su cuñado Francisco, quien cada martes y jueves le maneja el coche para llevarlo a terapia física, le ayuda a subirse a la silla para poderlo conducir a un área donde pueda acomodarse su prótesis.

Su cuñado, hombre blanco, alto, robusto y con cachucha, lleva a Cuauhtémoc a un cuarto al fondo del área de rehabilitación, detrás de una persiana color café se encuentra sentado sobre su silla de ruedas; lentamente se baja el pantalón para exponer su vendado muñón, se impulsa para ponerse de pie y sostenerse del hombro de Francisco, quien inclina ese tubo metálico para comenzar a desenvolver el tocón y dejar resbalar la corrugada y blanca piel al interior del soporte de plástico transparente que posee la prótesis en el parte superior. Posteriormente, apoya sobre el piso esa fría y dura pierna forrada de esponja color carne, cuya planta del pie cubre con un tenis color café, para poder subirse el pantalón y asegurarse que el miembro ya está bien sujeto.

Pero, ¿qué es una prótesis? Es un miembro artificial que intenta sustituir la extremidad pérdida, para devolverle a la persona no sólo un bienestar físico, sino también seguridad emocional y generarle un sentimiento de independencia. Sin embargo, actualmente no hay una que pueda darle a la persona todas sus funciones locomotoras, ni mucho menos sus sensaciones, de acuerdo a Jaime Castellanos Romero, jefe de consulta externa de la Unidad de rehabilitación región norte, a través de un comunicado de prensa del IMSS del 9 de septiembre de 2008.

¿Cómo saber si ya estoy listo para una? es una duda que acompaña con gran inquietud a Oscar, quien ya quiere aportar gasto a su familia, “al menos lo que me corresponde, lo que me toca, pues los demás –sus tres hijos– ya son grandes y de alguna manera poco o mucho dan gasto, al menos, para comer”. Por ello pensó en la opción de volver a trabajar, pero “¿en qué?, ¿en un bocho? ¿sin una pata?”, preguntas a las que respondió Carolina al comentarle la opción de la prótesis.

Los pacientes que son aptos para utilizar una prótesis son porque posee fortaleza física y su diabetes aún no lo merma por completo. Aunado a ello, un muñón fuerte.

¿y qué pasa con aquellas personas que no son candidatas? tal como sucede con don Leobardo, quien tiene toda la fuerza de voluntad para salir adelante, pero su edad, 89 años, según el doctor Serrano, es un factor en contra. Mirosław explica que no todos los pacientes son aptos para utilizar una prótesis funcional por debilidad física y por padecer otras condiciones de la diabetes que ya mermaron su salud.

Flor explica con la voz muy baja, para que don Leo no escuche, “desde hace dos años va a la rehabilitación, pero dice el doctor que le quiere poner una prótesis estética, pero nosotros pensamos ¿para qué?, si lo que quiere es caminar”. A pesar de ello, mantiene la esperanza de poderle adecuar una funcional.

❖ *“La prótesis estética no da ninguna funcionalidad física, sólo es meramente para sentir la contraparte, sentirse completo”*

Declaración del doctor Serrano.

Con respecto a ello, el doctor Serrano menciona que generalmente se busca en una prótesis la funcionalidad para utilizarla más allá de una cuestión estética, aunque tienen en contra su gran peso, volumen y el elevado costo.

Cuauhtémoc a finales del 2009 compró su prótesis, la cual por su poco peso y producción alemana le costó aproximadamente 180 mil pesos, pero con el 10% de descuento por ser adulto mayor, al final le costó 165 mil pesos, pero él dice que lo vale, con tal de volver a integrarse a la vida social como una persona completa.

Previamente el se había dirigido a otros lugares especializados en prótesis como en la colonia Roma, donde no le convencieron “porque me enseñaron unas feas como de robot y con una garantía de un año”. Así como al Instituto Nacional de Rehabilitación y Ortopedia donde le ofrecían “sólo un tubo, pero de tres a seis meses me la entregaban toda”. Al final, decidió comprarla en la colonia Santa María la Rivera “ahí sí me mostraban la prótesis en bulto y no con dibujos. Además con una garantía de cinco años”.

La ventaja que le ofrece su prótesis es el material con que está elaborada, ya que al ser de fibra de carbono evita que la piel se quemé o se ulcere con la fricción, aunado a ello, el peso sólo es de tres kilos y medio y cuenta con un acabado estético más a detalle.

Pero no sólo es ponerse la prótesis para comenzar a andar, sino que también se puede correr el riesgo que el muñón resulte lastimado por este aditamento, lo cual sería muy grave, pues una herida podría de nuevo desatar una infección. Además necesita aprender a manejarla, a caminar con ella, lo que corresponde a la segunda fase de ejercicios.

11:15 a pesar de tener puesta la prótesis se dirige al área de las vigas sobre su silla de ruedas, delante de esas barras aprieta los dientes, cierra los ojos y deja escapar un pequeño quejido ante el impulso de apoyar las piernas sobre el suelo y dejar la silla; se sostiene con fuerza de esas vigas laterales color gris, sus dedos se notan rojos por la presión que ejerce; despacio decide con su pierna izquierda volver a sentir la dureza del suelo, después con actitud seria levanta la prótesis derecha, sin miramientos, ni dudas, comienza a caminar solo, la velocidad de sus pasos se acelera, a cada paso se ve alto, alegre, vigoroso, como si estos lo llevaran a retornar a la vida.

11:30 finaliza la rutina. Con el dedo de la mano derecha rechaza el bastón metálico que le acerca su esposa, pues prefiere desplomarse sobre la silla para reposar su cabeza sobre el lado izquierdo. Su pecho se hunde equivalentemente con su acelerada respiración, sus labios denotan resequedad, se queda en silencio.

Miembro fantasma

El miembro fantasma es una sensación de dolor o comezón que les hace creer a los pacientes amputados que aún poseen la extremidad. Tal padecimiento se origina tanto por un componente neurobiológico y por una cuestión psicológica, explica Vitali Mirosław.

“A veces, cuando estoy sentado siento fuertes calambres, como si me picaran con un alfiler” dice Cuauhtémoc, quien a cada palabra aprieta con fuerza sus parpados, pequeño gesto en su rostro para ejemplificar el dolor que le causan estas sensaciones.

Mismas sensaciones que a veces le hacen a Oscar olvidar la ausencia de su pierna e intentar levantarse, pero antes de tomar fuerza con sus brazos para impulsarse, recuerda que su pierna ya no existe “ahora puedo decir que la tengo, siento como picotazos y unas punzadas, como que yo siento mi pie, pero eso me causa molestias, en el aspecto que no deja dormir”.

Dormir para Leobardo significa retroceder en el tiempo, ya que su cerebro le presenta una serie de imágenes de cuando era joven, figura esplendorosa, erguida sobre sus dos piernas. Flashazos de imágenes que le permiten verse completo, al menos, en sueños.

Con respecto a ello en el libro *El lesionado medular traumático/ problema psicológico y tratamiento* se menciona que el libido del ser humano interioriza cada rasgo y característica del cuerpo desde bebé, entonces, cuando alguna parte ya no está, el cerebro se resiste a abandonar la imagen completa de ese cuerpo. Ante esta situación, es indispensable el momento de “duelo” para que la persona canalice y digiera esa

realidad. Sobre todo, realizar ejercicios frente a espejos para que capte la nueva imagen del cuerpo y se puedan evitar accidentes, ya que a la mayoría de los pacientes se les olvida la pérdida y llegan a caer.

Lamentablemente, no sólo es ponerse la prótesis para comenzar a andar, sino también se requiere fortalecer la mente y el alma para nuevamente soltarse a la vida activa.

Los cambios

Aspectos psicológicos en el paciente y en su familia

“¡Ya tengo hambre! ¡Pásame el control!, ¡Dame servilletas!, ¡Pásame la silla!, ¿No te digo?, ¡fíjate!” grita, sus pómulos se inflaman a color cinabrio, aprieta los dientes con furia, agita uno, dos, tres veces la cabeza, sus ojos parecen salir de sus órbitas a cada exigencia, mueve los brazos con exasperación y al final los cruza con las manos empuñadas sobre el pecho. Mira hacia el piso y de forma letal la fija hacia al primer integrante que logra detectar, éste al escuchar ese tono de voz altivo, de inmediato se pone en movimiento para hacer lo que pide.

El duelo y la tristeza

“*Te están matando los años, ya perdiste el esplendor...*” es una pequeña frase de una canción que suele escuchar Cuauhtémoc, quizá porque refleja su pasado y su presente, sin embargo, no comenta nada al respecto y prefiere voltear su cabeza hacia otro lado para no evidenciar su susceptibilidad, pero el silencioso borboteo de sus lágrimas lo delatan, mismas que prefiere ocultar bajo sus lentes oscuros y su actitud fría, rejeja, necia.

❖ “*Los mecanismo de defensa son reacciones que se ponen para evadir la realidad e inhibir la ansiedad, el peligro y la angustia*”

Ma. Blanca Anguera Domenjó en *El lesionado medular traumático/problema psicológico y tratamiento.*

Lilia Joya Laureano, psicóloga clínica del Centro Médico Nacional 20 de noviembre, quien es blanca, con grandes ojos color café, cabello ondulado, corto hasta los hombros, con algunas luces de color rubio que cubren todo el castaño de su cabellera, explica que cuando el

paciente presenta cualquier enfermedad que lo puede dejar discapacitado, en este caso, la pérdida de una extremidad, pasa por una serie de reacciones, siendo la primera el duelo. Durante esta fase el paciente se toma el tiempo para digerir lo que le ha ocurrido o “adaptarse psíquicamente a esta pérdida”, aunque sea muy doloroso.

Cuestionamientos que también se hizo Leobardo “¿por qué habían llegado a esa conclusión con la pierna?, pero no mas lloré, lloré por dentro por lo que me había pasado, es triste, muy triste” comenta con una ligera sonrisa de resignación.

Frustración

“¿Qué voy a hacer? ¿Qué va a ser de mi futuro? pues sí, me salvé gracias a Dios, pero si ocupo los dos pies simplemente para caminar y yo toda la vida en mis trabajos siendo libre. Ahora me siento atado, como si me hubieran cortado las alas, no puedo volar” son preguntas y alegatos que hasta la fecha disparan la cabeza de Oscar, quien lo expresa de manera irónica.

Para algunos la pérdida de una extremidad significa abandonar algunas actividades, proyectos, lo cual les genera la tristeza de cambiar su jornada y rutina diarios, escribe Ma. Blanca Anguera Domenjó en *El lesionado medular traumático/ problema psicológico y tratamiento*.

Enojo

Cuauhtémoc golpea dos veces, con sus largos, blancos y delgados dedos, sobre un puñado de servitellas que están acomodadas del lado izquierdo de la mesa, su mirada se fija hacia el oriente y sin importar que los rayos del sol se posen sobre su rostro, menciona que su vida era activa, por ello el hecho de perder uno de sus miembros le representa un proceso triste, frustrante y deprimente, “yo me jactaba de decir que ‘a mí los apaches me apapachaban’, quería decir que yo las podía, porque yo hacía para allá, venía para acá, manejaba”.

El enojo es la siguiente etapa: el ¿por qué me sucedió? La psicóloga cruza la pierna, su pantalón azul agua se levanta para dejar al exterior la piel de su pantorrilla, estira su brazo hacia el escritorio para sujetar un vaso y darle un sorbete al café, después lo deja en el mismo lugar y así continúa con la explicación “el enojo que ellos sienten lo comienzan a desplazar y ¿quiénes son los únicos que lo aguantarán?: la familia”.

¿Cómo lo vive la familia?

Diariamente Cuauhtémoc exige la atención de cada integrante de su familia, principalmente de su esposa, Teresa, quien lo acompaña a consulta, a rehabilitación, a hacer compras, a cobrar la pensión y todavía llega a casa a hacer la comida.

Con cierto tono desenfado, Cuauhtémoc expresa que su carácter no ha cambiado “yo siempre he sido así como soy –recio–”. Ante ello su esposa Teresa menciona con un tono fuerte de voz y con las palabras bien marcadas en los labios “se hizo desesperante, me exige las cosas al instante y a veces con un tono hiriente”.

❖ *“Es tanta la exigencia del paciente hacia los miembros, que se torna agresivo e incluso les emite críticas”. Esa reacción de enojo genera un ambiente de inestabilidad tanto para el enfermo como para su núcleo.*

María Blanca Anguera Domenjó. *El lesionado medular traumático : Problemas psicológicos y tratamiento.*

“Mi vida cambió, pues antes era más fácil salir a la calle, ahora no puedo porque alguien debe a fuerza quedarse con él, porque si tocan ¿quién abrirá?, ¿quién le dará de comer?” Menciona Teresa, una mujer con menos marcas de edad en contraste con Cuauhtémoc.

De hecho, para los familiares a la larga será cansado poder satisfacer las necesidades del paciente, pues éste espera que “la familia compense todo lo que se ha perdido, e incluso todo lo que se ha renunciado”²⁵, de acuerdo a Domenjó en *El lesionado medular traumático: problemas psicológicos y tratamiento*.

Pero, ¿por qué es así? en ese mismo libro se menciona que la agresividad y la dependencia están ligados, ya que el enfermo al estar totalmente auxiliado por sus familiares, se siente subordinado ante ellos, lo cual le genera enfado. Teresa comenta que su esposo antes continuamente iba a Michoacán, a donde fuera, “él nomás decía, ‘ya me voy’ y nos dejaba, sin importarle nada”, por eso está enojado “porque ya no puede hacer sus chingaderas. Ahora necesita de nosotros”.

Al preguntarle la forma como le ha ayudado su familia a salir adelante, Cuauhtémoc mira hacia la derecha, donde su esposa Teresa se encuentra, para contestar “a realizar mi rehabilitación, en cargarme y llevarme al gimnasio”.

Las enfermedades crónicas tienen repercusiones emocionales fuertes, la diferencia radica que hay pacientes y familiares que son capaces de enfrentarse a la situación, pero hay otros que no, “cada caso es particular” menciona Joya.

Leobardo recuerda que cuando llegó del hospital, todos –hijos, nietos, nueras, yernos– subieron a verlo, lo abrazaron y desde ese momento ya no lo han dejado solo, pues siempre alguien lo acompaña. Es tanta la preocupación por su bienestar, que e incluso le adecuaron un timbre, pequeño rectángulo color blanco que cuelga de su cuello, el cual cuando lo aprieta emite una canción, para alertar a sus hijos que necesita algo.

Además, cada uno acató un rol con la finalidad de proveerle su bienestar, pues en las mañanas se queda su hija Flor; Rocío va a bañarlo los miércoles, viernes, sábado y domingo; Ruth lo ase a lunes, martes y jueves; en las noches se quedan sus hijos varones. Flor dice “el cuidar a mi papá no se nos ha hecho pesado”.

²⁵ María Blanca Anguera Domenjó “Actitudes ante el futuro” *El lesionado medular traumático: problemas psicológicos y tratamiento*. p 116.

Leobardo niega que haya un cambio en su carácter después de la pérdida. Sin embargo, Flor lo evidencia “luego sí es mandón, quiere hacer su voluntad, ¿verdad papá?” le pregunta con cierta picardía, pero Rocío lo justifica “lo que pasa es que él es muy activo, se desespera porque no puede hacer las cosas” y “que no haya nadie que le ayude” finaliza la oración Flor.

Mismo lazo que mantiene Oscar, quien al recordar a sus hijos, un nudo se forma en su garganta, trata de contener el llanto, pero le es imposible “estoy sumamente agradecido con Dios que me haya dado estos hijos”.

También ellos acoplaron sus actividades, su hijo menor lo lleva a terapia cada martes y viernes; su pequeña nieta lo acompaña a la calle; y su hija mayor lo lleva a chequeo médico. Sobre todo, su esposa Rosario, quien es la que se queda con él todo el día en casa, ante tal situación, con lágrimas en los ojos ella dice “las cosas no han sido fáciles, pues antes salíamos más”.

Por ello, para facilitarles “la carga” menciona Oscar que le gusta ser autosuficiente “las cosas que puedo las hago yo, pero si no puedo, entonces sí pido ayuda”, lo cual reafirma al presumir alegremente que se prepara un café él mismo, solamente con la ayuda de sus muletas y de una pequeña bolsa de trapo- que sujeta a su cuello- para facilitarle el llevar y traer cosas.

Aparte de habilitar a los familiares a trabajar en conjunto y cambiar algunos aspectos de la organización, también es necesario acoplar la estructura física del hogar, pues de acuerdo al doctor Miroslaw, es necesaria una vivienda que responda a las necesidades del amputado, ya que de ello dependerá su

❖ *Los roles se reajustarán, ya que en la mayoría de los casos las funciones que llevaba el paciente pasan a otro integrante.*

María Blanca Anguera Domenjó. *El lesionado medular traumático : Problemas psicológicos y tratamiento.*

bienestar, porque requerirá modificar la posición de algunos objetos para no obstruir el paso de la silla, mandar hacer rampas, adecuar su habitación e incluso el baño.

Efectivamente las casas de cada uno tuvieron modificaciones, como quitar muebles, cables y demás cosas que pudieran estorbar el paso de la silla de ruedas, “yo, ¿cuándo pensé que me iba a quedar a dormir en la sala?” cuestiona Oscar, a quien se le pasó su cama a la sala para evitarle subir escaleras.

También a Leobardo le sofisticaron el baño, al colocarle unas barras para que pudiera pararse y bañarse. Además, Flor dice que les gustaría hacer una especie de elevador, ya que a veces no hay quien lo pueda bajar.

Ciertamente “la familia debe brindar el apoyo emocional e instrumental” comenta Laureano, pues el apoyo es de gran importancia al generar en el paciente el entusiasmo para reintegrarse a la vida laboral y poder continuar.

Sanar las heridas

Cuauhtémoc desde que perdió la pierna se le dijo que necesitaba la ayuda de un psicólogo, pero él se negó, “no no no, ¡qué psicólogo, ni que nada! Tampoco es el fin del mundo, pronto salgo”.

Sin embargo, su esposa Teresa considera que a pesar de los dos años de distancia desde aquella pérdida, aún necesita esa ayuda, pues en ocasiones la tristeza lo merma, pero también con mucha facilidad estalla, por cualquier cosa grita. Además, no con mucha frecuencia sale a la calle, a menos que lo lleven en carro.

Aunque, lo más angustiante es que aún no decide levantarse de esa silla de ruedas, a pesar que ya cuenta con prótesis, rehabilitación física, entonces, ¿qué pasa?

❖ Se extendió el proceso de duelo

Con respecto a esta actitud, Joya opina “cuando el proceso de defensa ya superó los seis meses y se prolongó a un año, entonces es una alerta para detectar “una etapa de duelo complicado”, lo que requerirá la intervención de un especialista.

❖ La edad

El poder levantarse también depende de la edad, la cual influirá en la mejoría, pues no representará la amputación lo mismo para un adulto, que para un joven, pues éste último lo tomará como “catastrófico” al presentarse en el “despegue de la vida”, según Anguera Domenjó.

Cuauhtémoc tiene 68 años de edad, Leobardo 89 y Oscar 59, para los tres y cada uno esta ausencia significa una pérdida devastadora, pues es decirle adiós a algunos proyectos, dejar atrás la vida intensa e intentar acoplarse a las nuevas circunstancias que les presenta la vida.

❖ La personalidad

La personalidad intervendrá en la manera como el paciente se enfrente a esta situación. La personalidad, de acuerdo a Blanca Anguera Domenjó, se refiere a la forma de ser y de pensar de cada persona, características que se forjan desde la infancia, lo que lo constituye su carácter, actitudes e ideales.

Cuauhtémoc cuenta que en la infancia se le forjó un recio carácter por las circunstancias, pues al ser el mayor de sus hermanos, el varón, “tenía que hacerlo todo bien”; Oscar, en cambio, desde muy niño salió a las calles “yo tenía hambre, el hambre me llevó a las calles a buscar la papa”.

Por ello la psicóloga clínica Joya menciona que una persona “fuerte, integrada y que haya pasado todo el proceso de desarrollo de la personalidad de manera adecuada, podrá manejarlo”. En contraste con los pacientes con algún trastorno o rasgos eufóricos, ya que les será difícil encontrar “paz”, pues sólo piensan en lo malo que implica su situación.

❖ Refugio en la divinidad

“Estos divinos pies le limpiarán...” oración que emana de los labios de Leobardo, palabras que parecen al viento, sin un destino, pero para él significan su fortaleza, clave fundamental para comprender el ahora y llegar a concretar sus anhelos: volver a caminar.

Leo comenta que no le hizo falta acudir con ningún psicólogo “yo no estoy traumatado, yo estoy bien, estoy bien” exclama con cierta molestia, pues considera su único soporte para sobrellevar lo que pasó: su fe, la cual concreta señalando firmemente con su dedo índice hacia arriba.

❖ Ayuda profesional

Oscar fue el único que tuvo atención psicológica, ya que en la clínica donde fue operado lo canalizaron con una especialista, quien le preguntaba cómo se sentía y le daba ejemplos de otras personas en sus mismas circunstancias “me platicó de un albañil, 36 años, amputado de una pierna ¿cómo se sentía?, peor que yo. Tenía sus niños ahí”. Aquella charla le hizo entender “que yo estaba del otro lado”, por ello considera que esas sesiones le ayudaron a desahogarse.

Cada sesión le costaba 200 pesos, por ello en varias ocasiones le hacía comentarios a su hija que ya no las necesitaba, pero ella contestaba “no papá, la doctora dijo que tantas”. Sesiones que en total fueron ocho, de las cuales dos pasó junto con su familia.

Cada paciente se enfrentará a la pérdida de manera diferente, pues cada uno le dará un significado, dependiendo de la imagen corporal que conservan, sobre todo, de la personalidad, escribe Anguera.

Hoy, aquí; mañana...

El estrépito sonido del las turbinas de un avión queda capturado en la habitación, su mirada distante parece imaginar su estructura, sus medidas, hasta a qué altura surca los cielos, mismos que alguna vez voló, pero que aún quiere volver a sentirlos, traspasarlos, penetrar en la inmensidad, pues le cortaron una pierna, mas no las alas.

“Yo valgo más vivo que muerto. Claro, como decía Manuel Rodríguez Pimentel –un cabrón que estuvo conmigo en la secundaria– ‘¡Chingue a su madre!, yo prefiero perder una mano, una pata, pero no morirme’ y digo que sigue teniendo razón” concluye Cuauhtémoc con una pequeña mueca en la boca

A pesar de haber presenciado una gran cantidad de pies de diabéticos en esas o peores circunstancias, y haber curado a miles de personas, mientras laboró como médico en el área de urgencias, esto no le brindó irónicamente la capacidad de reaccionar, actuar y rescatarse así mismo.

Sin embargo, esa ausencia no le merma sus expectativas, sus proyectos, pues aún tiene la inquietud de viajar, recorrer lugares como la Riviera Maya o Europa, además de escribir un libro de vivencias.

“Temo” diariamente atiende a varios pacientes en su casa, a pesar que no tiene un letrero con la frase “consultorio”, ya que piensa que la labor del médico nunca se termina, “pues a pesar que ya hace tiempo me jubilé, aún sigo recibiendo pacientes”. Actividad que parece alegrarle, pues cuando van llevados por la necesidad de una inyección, una consulta o una pastilla, la gran sonrisa se forma en sus labios.

Misma alegría que se vislumbra en los ojos de Leo, quien a pesar de haber dejado hace bastante tiempo el volante del avión, aún su cuerpo conserva esa adrenalina, entusiasmo exacerbado que lo hace tener un sueño: volver a volar.

El jamás se ha desprendido de sus aviones, ya sea por el sonido constante que capturan sus paredes cada vez que pasan, por conservar en el armario su uniforme de capitán o por sus clases de aviación que aún da en un pequeño salón en la planta baja de su casa.

Tanto es su amor a ello, que actualmente está haciendo manuales de vuelo para formar un libro, tal como lo refleja una computadora, fárragos de hojas perfectamente acomodadas, aviones de juguete y mapas con muchas líneas azules –coordenadas– en su calorosa recámara.

Mismo calor que envuelve las expectativas de Oscar, quien quiere invertir en la distribución de una dulce tentación: chocolates. Mismos que aprendió a hacer después de su amputación, ya que al verse sin trabajo y sin dinero, su hermana fue quien se lo propuso.

De ese cacao oscuro derretido en bombones, en paletas de amaranto, en hojuelas de maíz o en moldes en forma de tortuga, emana un dulce aroma, el cual suavemente despierta hasta el más agudo sentido. Precisamente esa golosina es el *modus vivendis* de Oscar, irónicamente mucha tentación para alguien con azúcar alta.

Ellos son sólo tres voces de las muchas que posiblemente hay allá afuera con este mismo problema, personas sin rostro que no saben proseguir ante la aparición de una herida, laguna que los desarma frente a esa bacteria. Infección que no sólo quebranta, angustia y carcome, sino que también busca devorar hasta la fortaleza, tal como lo vivieron Oscar, Leobardo y Cuauhtémoc. Tres fragmentos de realidad que se entretajan por un mismo hilo de azúcar.

*“Soy una con la Vida, y toda la Vida me ama y me apoya.
Por eso tengo derecho a gozar de una salud perfecta y radiante en todo momento.
Mi cuerpo sabe cómo mantenerse sano, y yo colaboro en ello tomando alimentos y bebidas saludables
y haciendo ejercicio de un modo que me resulta agradable.
Mi cuerpo me quiere, y yo quiero y aprecio mi precioso cuerpo
Yo no soy mis padres y no elijo recrear sus enfermedades.
Tengo mi propio y único ser, y avanzo por la vida sintiéndome sana, feliz y completa.
Esta es la verdad de mí ser y la acepto tal como es.
Mi cuerpo está perfectamente.”*

Louise L. Hay en Tu felicidad empieza ahora

CONCLUSIÓN

Después de este recorrido por tres vidas diferentes, los cuales terminan en un crudo momento: la amputación, es necesario rematar con la prevención, pues como dice el dicho “más vale prevenir que lamentar”, ya que “entre el 50 y 70% de las amputaciones podrían haberse evitado” tal como lo constata Fermín R. Martínez en *Pie diabético atención integral*.

El prever la complicación en los pies depende en primer lugar de **la responsabilidad del enfermo**, para ello es necesario contar con información accesible y entendible sobre lo vulnerables que son sus pies, tanto antes y después de una lesión, con la finalidad de generar inquietud en cuidarlos, pues ¿cómo combatir algo que no se conoce?

Por ello es importante una mayor atención en la exploración, como se recomienda en “Enfermería en la educación para la prevención del pie diabético” en *Pie diabético atención integral*, la cual se puede hacer con la ayuda de un espejo para detectar callosidades o ampollas en la planta, pues es una zona de riesgo; también el aspecto de las uñas, porque si están muy gruesas y amarillas es síntoma de la mala circulación sanguínea; así como la textura de la piel.

También se requiere un cuidado higiénico, es cual consiste en lavar los pies con agua tibia, pero no dejarlos bajo el agua por más de cinco minutos, pues al estar la piel blanda, se presta para formar ampollas y abrirse con facilidad. Así como tallarlos con una esponja suave y un jabón con PH no mayor de siete para evitar que la piel se irrite. Después se deben secar perfectamente desde el tobillo hasta los espacios entre los dedos, para evitar la humedad, ambiente propicio para la proliferación de hongos y bacterias, como la *cándida* que atacó a Cuauhtémoc.

Sin dejar de lado las uñas, las cuales deben de cortarse con sumo cuidado, es decir, no dejar la uña al ras de la carne, de hecho en el libro *Pie diabético atención integral* se recomienda optar por una lima de cartón para rebajarlas y no por un cortaúñas. Pero si hay presencia de un hongo, la Asociación Mexicana de Cirugía invita a acudir de inmediato con un podólogo para que le dé un tratamiento especializado para eliminar el mal olor y la resequedad en las uñas. Precisamente con un podólogo, pues la mayoría de los diabéticos cometen el error de ir a las estéticas, con personas sin el más mínimo conocimiento sobre esta complicación.

La hidratación con crema es necesaria, principalmente en zonas resacas como el talón, para evitar que se formen callosidades. Además se recomienda ventilarlos, pero esto no quiere decir andar por la casa descalzos, sino dejarlos en reposo sin calcetines, ni zapatos para evitar la formación de hongos y bacterias.

Los calcetines de preferencia deben ser de lana, sin costuras, ni apretados. De hecho en algunas tiendas departamentales se venden calcetines especiales para diabéticos, cuya tela es muy suave y lisa.

Tal como debe ser la piel de los zapatos, los cuales se recomiendan con una punta ancha, suela gruesa para evitar que algún clavo, piedra o vidrio traspase hacia la planta. De preferencia comprar calzado después de la seis, ya que es cuando el pie toma su máximo tamaño.

Pero si ya hay una herida ¿ahora qué se debe hacer?, en primer lugar no ignorar o “minimizar”, como dice R. Martínez, la gravedad de la misma, pues en el caso de los tres, no le dieron mayor importancia, consideraron que al no haber dolor, rápidamente sanaría esa ampolla o el dedo morado.

Tal actitud de desinterés aumenta el riesgo de infección y un complicado control, por ello es primordial acudir de inmediato con un especialista diabetólogo, quien le hará una serie de recomendaciones como lavarla con agua, *isodine* y otras soluciones como el *permanganato de potasio*-polvo color morado que se le añade al agua para erradicar la bacteria- pero jamás creer en los remedios caseros como hundir el pie en agua con vinagre y sal, ya que eso irritará más la piel y agudizará la infección.

De hecho, una vecina le recomendó a Cuauhtémoc sumergir su pie en agua con sal, ya que así cicatrizaría pronto, pero en lugar de minimizar el tamaño, ésta se acrecentó y la viscosidad gris del interior aumentó.

Sobre todo, en *Habilidades clínicas para el tratamiento del pie* explica que ante una lesión es una buena opción colocar “almohadillas” para evitar el roce con el calzado y amortiguar el punto de apoyo. Así como la utilización de un zapato especial o “zapato volado” el cual evitará que el pie cargue todo el peso del cuerpo en la zona donde se encuentra la herida.

Ante la presencia de una herida es necesaria **la responsabilidad del médico o especialista a cargo**, quien de acuerdo a R. Martínez, debe observar detenidamente al paciente, desde el calzado que usa, hasta la manera de caminar para poder identificar sus puntos de apoyo. Después proseguir con la exploración del pie para encontrar callos, resequedad, deformaciones, hongos en las uña o ampollas.

Sin embargo, el médico debe contar con la suficiente y debida información sobre esta complicación, con la finalidad de una pronta reacción y acción ante una úlcera o lesión, ya que algunos médicos minimizan la gravedad, como sucedió con Cuauhtémoc.

Claro, también contar con una sola clasificación general de lesiones, ya que al no estar homogeneizado, cada médico diagnostica de forma diferente y no se sigue un mismo lineamiento en el tratamiento. Sin duda se debe contar con médicos que posean “la capacidad de definir un pie en riesgo”, tal como lo afirma Tomás Céspedes en *Pie diabético, conceptos actuales y base de actuación*.

Finalmente, se debe **congeniar la labor del médico y el paciente**, es decir, que tanto el médico muestre interés en la lesión y honestidad en su diagnóstico para decirle a tiempo el estado de la herida al enfermo, como el paciente hacerle caso a sus órdenes, principalmente acatar una dieta baja en azúcares y mantener el pie en reposo, pues la mayoría de las personas hacen caso omiso y siguen caminando, como sucedió con Leobardo.

Precisamente el estilo de vida del diabético deberá cambiar con un chequeo médico constante, hacer ejercicio, bajar el consumo de grasas y azúcares, y tomar sus medicamentos, porque aunque no se logran evitar completamente la formación de callos o heridas, si se puede evitar la proliferación de una infección.

Recuerdo cuando inicie este trabajo, hace un par de años en la materia de Lenguaje narrativo. Investigación que en ese momento se reducía a sólo quince hojas, sin muchas fuentes, pero con el mismo objetivo: dar a conocer sobre esta complicación de la diabetes que cada día aumenta el riesgo de amputación en el sector salud mexicano, tanto privado como público, porque una de las causas principales es la poca información de divulgación general que hay al respecto.

Investigación que en un principio sólo tenía como hilo conductor la historia de mi padre Cuauhtémoc, al ser mi fuente más cercana. Sin embargo, como reportero no debía cercar mi panorama, porque de ahí radica “la incapacidad de comprender lo que nos rodea”, como lo decía Ryszard Kapuscinski en los *Cinco sentidos del periodista*, pues allá afuera había otras personas que también pasaron por lo mismo, y fue así como conocí a Leobardo y Oscar en los pasillos del mismo hospital donde acudíamos a la rehabilitación.

Confieso que no fue fácil tejer las tres historias, pues cada una posee sus características propias, su toque, pero después de pasarlas a papel y pluma (historias que ocuparon un cuaderno completo) me fue más sencillo ver sus diferencias y sus similitudes para ensamblarlas.

Fragmentos de realidad que tuve que extraer de la forma más imparcial posible, pues concuerdo que el periodista jamás será objetivo, al final la manera de acomodar cada dato, testimonio, reflejará su postura, pero siempre con responsabilidad de apegarse lo más fiel posible a la realidad.

Catarsis que ahora presento como mi tesis, documento que da fe de lo que vivió mi familia y que muchas personas corren el riesgo de padecer, pues como lo dije antes, si un doctor, quien ya sabe de estas complicaciones no pudo actuar ante tal situación, entonces, que desolador panorama para la población en general.

Por ello mi gran anhelo de informar a las personas sobre este padecimiento, el poder generar reacción y acción para evitarles pasar por un proceso infeccioso, complicado, desgastante, discapacitante, una pesadilla de la cual a Leobardo, Oscar y Cuauhtémoc les gustaría despertar.

Precisamente estos tres hombres podrían haber cambiado su vida, si tan sólo hubieran colocado las piezas correctamente, ya que al final cada quien es arquitecto de su propio destino.

FUENTES

Bibliografía

- ALPÍZAR Salazar, Melchor. *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. 3ra ed, México, Alfil, 2008, 629 p.
- ANGUERA, Domenjó, María Blanca. *El lesionado medular traumático: Problemas psicológicos y tratamiento*. México: Trillas, 1989.
- CASTILLEJOS García, Jessica Miriam. *Diabetes: una herencia no muy dulce*. México, 2009,83p. Tesis Licenciatura (Licenciado en Ciencias de la Comunicación)-UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- CÉSPEDES Céspedes, Tomás. *Pie diabético. Conceptos actuales y bases de actuación*. Díaz de Santos, 1997, 62p.
- *Espejismos de papel: la realidad periodística*/Lourdes Romero coordinadora, México: UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2006, 201 p.
- ESTRADA, Josefina. *Señas particulares*, México: Debolsillo, 2008, 212 p.
- HERRERA Pombo, José Luis. *Diabetes mellitus: bases patogénicas, clínicas y terapéuticas*. Madrid, Científico Médica, 1981.
- DALLAL, Alberto. *Lenguajes periodísticos*, México, UNAM, 1989.
- *Diabetes mellitus complicaciones crónica*/ Juan A. Rull, México. D.F : McGraw-Hill Interamericana, 1992, 379p.
- *Diabetes mellitus*/ Sergio Islas Andrade, María Cristina Revilla Monsalve [editores], 2da ed, México: McGraw-Hill Interamericana, 1999, 448p.
- *Diabetes: temas relevantes y trabajos de investigación*/ Anabel Bocanegra Alonso... y [otros] coordinadores. México. D.F: Universidad Autónoma de Tamaulipas, 2008, 240p.
- FAGOAGA, Concha. *Periodismo interpretativo. El análisis de la noticia*. Barcelona: Mitre, 1982.
- FIGUEROLA, Daniel. *Diabetes*. 4ta ed, Barcelona; México; Masson, 2003, 302p.

- GARCÍA, Arístides. *El Pie Diabético*. Madrid, Elsevier, 2004, 138p.
- GARCÍA, Márquez Gabriel. *Relato de un naufrago*. Colombia: Diana, 2da ed, 1994, 173p.
- *Habilidades clínicas para el tratamiento del pie*/dirigido por Warren A. Turner, Linda M. Merriman; revisión, José Baena Díaz. 2da ed. Madrid-España: Elsevier, 2007, 491p.
- HERSEY, John. *Hiroshima*. España, Oceano Turner, 1985.
- IÑIGO, Alejandro. *Periodismo literario*. México: ediciones Gemica, 2da ed, 1988, 140p.
- JOSÉ Agustín. *Tragicomedia mexicana 2: la vida en México de 1970 a 1982*. México, Planeta, 3ra ed.
- *La autovigilancia en casa (Autocontrol de la diabetes)*. Documento proporcionado por el IMSS.
- MARTÍNEZ de Jesús, Fermín R. *Pié Diabético Atención Integral*, México D.F., MacGraw-Hill, 1999, 161p.
- MELLONI Eisner, Dox. *Diccionario Médico Ilustrado de Melloni*. Barcelona España-México, Reverté, 1983, 598p.
- MIROSLAW, Vitali. *Amputaciones y Prótesis*. Barcelona España: Jims, 1985, 276 p.
- MONTERROSAS Viguera, Abraham. *Volcanes en el cuerpo... y en el corazón. Calidad de vida de las mujeres con artritis reumatoide*. México, 2007, 114p. Tesis de Licenciatura (Licenciado en Ciencias de la Comunicación)- UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- POLAINO-Lorente, Aquilino. *La diabetes*. Barcelona: Martínez Roca, c 1999. 238p.
- *Revista mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* No 86-87, México: F.C.P. y S. UNAM, 1977.
- REVUELTAS, José. *Los muros de agua*, México: Ediciones Era, 1978.

- RIO Reynaga, Julio Del. *Reflexiones sobre periodismo, medios y enseñanza de la comunicación*. México: F.C.P y S. UNAM, 1993.
- Ryszard Kapuscinski: *los cínicos no sirven para este oficio. Sobre el buen periodismo*. Maria Nodotti edición. Barcelona España, Anagrama, 2002, 124p.
- ROJAS Avendaño. *El reportaje moderno (Antología)*, México: F. C. P. y S. UNAM, 1976.
- ROMERO, Lourdes. *La realidad construida en el periodismo: reflexiones teóricas*. México: UNAM, Facultad de ciencias políticas y sociales, 2006, 204 p.
- SARAMAGO, José. *Ensayo sobre la ceguera*. México D.F.: Santillana: Alfaguara, 2008, 420p.
- *Temas de medicina interna. Diabetes mellitus/C*. Raúl Ariza Andraca, Alberto C. Frati Munari; México, McGraw-Hill, 1993, 977p.
- *Cuadernos del centro de estudios de la comunicación No 7*, México: F.C.P. y S. UNAM, 1983.
- W. Barnes Robert. *Amputation: an illustrated Manual*. Philadelphia: Hanley & Belfus, 2000, 151p.

Hemerografía

- CUEVA, Arana Victoria. “Complicaciones del Pie Diabético Factores de Riesgo Asociados”, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 12 de noviembre 2002.
- M. Coperías Enrique. “Diabetes la enfermedad dulce”. Revista *Muy Interesante*, Ediciones Maeva, S.A. 1989, p 27-34.

Cibergrafía

- Bustos-Saldaña Rafael, Prieto-Miranda Sergio; Grupo de estudio de factores de riesgo de ulceraciones en los pies de los pacientes diabéticos tipo 2. “*Factores de riesgo de ulceración de los pies de diabéticos tipo 2*”, Revista médica del IMSS 2009, vol. 47, fascículo: 5. 467-476 pp.

http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv_med_bus/portaPdf.jsp?art_cve=A637.pdf 1 de junio de 2011 7:23 p.m.

- Comunicado de prensa del IMSS “*El IMSS rehabilita a los diabéticos que han sufrido la amputación de una u ambas piernas*” del 28 de diciembre del 2007. No 495.

<http://www.medicinadigital.com/index.php/patolog%C3%ADas/7965-rehabilita-imss-a-diabcos-que-han-sufrido-amputacie-piernas.html> 12 de junio de 2011, 4:18 a.m.

- Comunicado de prensa del IMSS “*Los afectados por amputación se reintegran socialmente con 12 semanas de terapia*” del 9 de septiembre del 2008. No 345. 22

http://www.elporvenir.com.mx/notas.asp?nota_id=248137 12 de junio, 4:20 a.m.

- *Estudio Mujeres y Hombres en México 2009* del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2009/MyH_2009_1.pdf 1 de marzo, 6:06 p.m.

- *Los cinco sentidos del periodista* de Ryszard Kapuscinski

<http://www.eluniversal.com.mx/graficos/gabiblog/kapus.pdf> 8 de junio de 2011 01:15 p.m.

- *Manual de amputados de miembro inferior* de la Asociación Nacional de Amputados de España.

<http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2011/05/manual.amputados.mienbro.inferior.pdf> 13 de junio 2011, 4:25 a.m.

- Portal de la Federación Mexicana de Diabetes

<http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/diabetes.php?sec=complicaciones&key=1281901214750> 15 de agosto del 2010 2:41 p.m.

- Portal de la Organización Mundial de la Salud.

<http://www.who.int/es/> 15 de agosto del 2010 2:57p.m.

- Portal del laboratorio Oculus
<http://www.oculus.com.mx/mp/ifu.php> 12 de junio 2011 1:47 a.m.
- Portal de Salud.com
http://www.salud.com/medicamentos/lidocaina_topica.asp 12 de junio 2011 1:51 a.m.
- Portal de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
<http://www.umich.mx/Historia.html> 30 de mayo 2011 7:23 p.m.
- Portal de la Secretaría de la Defensa Nacional SEDENA
http://www.inehrm.gob.mx/escuadron201/escuadron_201_page4.htm 16 de mayo 2011, 2:16 p.m.
- <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc7499/doc7499-contenido.pdf> 5 de mayo 2011 03:51 a.m.
- Portal de Aeroméxico
<http://aeromexico.troyaestrategias.com/historia1.html> 05 de mayo 2011, 04:00 a.m.
- http://www.medicinadigital.com/index.php?view=article&catid=86%3Acirugia&id=1781%3AAla-clca-de-heridas-y-ostom-del-issste-reduce-hasta-en-60-tiempos-de-hospitalizaci&format=pdf&option=com_content 12 de junio 2011, 2:56 a.m.
- Portal del Hospital General Manuel Gea González
<http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/interior/servicios/derma.html>
- Portal de Oculus Innovative
<http://www.oculusis.com/>
- Portal de la Facultad de Medicina de la UNAM
http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm_2k8/src/prods/34317.htm 20 de mayo 2011 3:00p.m.
- Portal del laboratorio Grupo Alcos
<http://www.grupoalcos.com/php/index.php> 20 de mayo 2011 5:34 p.m.
- Portal Danico, productos para diabéticos
http://www.danico.com/detail.cfm?id_producto=103&startrow=31&id_linea=15&id_grupo=57&id_rubro=40&id_subrubro=0 20-mayo-2011 1:53 p.m.

- *Programa nacional de salud 2007-2012*
http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
 1 de marzo, 8:49 p.m.
- Robles Francisca. *Precisiones sobre el relato periodístico*
http://www.part.edu.mx/precisiones_sobre_el_relato_periodistico.html 5 de junio
 2011 2:35 p.m.

Fuentes oficiales

- Datos proporcionados por una solicitud del 27 de septiembre 2010 al Instituto Mexicano del Seguro Social mediante el Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI) folio **0064101574710**
- Datos proporcionados por una solicitud del 29 de noviembre 2010 al Instituto Mexicano del Seguro Social mediante el Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI) folio **0064101989010**
- Datos proporcionados por una solicitud del 22 de septiembre 2010 al Instituto Mexicano del Seguro Social mediante al Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI) folio **0064101574910**

Testimonios

- Cuauhtémoc Resendiz Macedo
- Leobardo Flores González
- Oscar Tapia Flores
- Entrevista a Flor Flores (hija de Leobardo)
- Entrevista a Rocío Flores (hija de Leobardo)
- Entrevista a María del Rosario Almaraz (esposa de Oscar)
- Entrevista a Teresa Santana Arias (esposa de Cuauhtémoc)

Especialistas

- Entrevista vía mail a la podóloga de la Asociación Mexicana de Diabetes, Claudia Herrera.
- Entrevista al Doctor Roberto Arenas, Jefe de la Sección de Micología del Hospital General Manuel Gea González de la Secretaría de Salud.
- Entrevista al médico Arturo Pineda, Médico Internista del área de ortopedia del Hospital General Manuel Gea González de la Secretaría de Salud.
- Entrevista a la enfermera Diana González Hernández del área de ortopedia del Hospital General Manuel Gea González de la Secretaría de Salud.
- Entrevista a María Luisa Vargas, jefe de enfermeras del servicio de ortopedia del Hospital General Manuel Gea González de la Secretaría de Salud.
- Entrevista a Arturo Espinoza Muñoz. médico general y encargado del área de curaciones del hospital Francisco del Paso y Troncoso del IMSS.
- Entrevista al doctor fisiatra Francisco Javier Serrano Pérez, quien es el responsable del área de Medicina Física del hospital Francisco del Paso y Troncoso del IMSS.
- Entrevista al fisioterapeuta Alberto Arias, responsable de asignar los ejercicios en el área de Rehabilitación del hospital Francisco del Paso y Troncoso del IMSS.
- Entrevista a la psicóloga clínica Lilia Joya Laureano del ISSSTE.