

## Entrevistas

*Dr. Alejandro Ortiz Arroyo*

*Médico internista, cardiólogo e intervencionista del  
Centro Médico de Especialidades • Ciudad Juárez*

**Expresiones Médicas. A manera de introducción, ¿quién es usted tanto dentro como fuera del ámbito de la medicina?**

— **S**oy Alejandro Ortiz Arroyo, tengo cuarenta y tres años y soy egresado orgullosamente de la UACJ. Después mi sueño logrado fue irme a México, ya que toda la inversión está ahí. Estudié Medicina Interna y Cardiología en la UNAM, y para intervención me fui al Siglo XXI. Se requiere mucho esfuerzo en estos hospitales, pero te hacen una formación. Desde entonces, por ejemplo, si tengo un paciente grave, me quedo a dormir a un lado de él, lo vigilo todo el tiempo.

**EM. ¿Cómo fue el inicio de la pandemia para usted?**

—La COVID-19 empieza en noviembre del 2019. Empezamos a ver en las noticias que hay un virus en China que está matando gente. Hay un doctor que dice que se están muriendo como si fueran palomas y se muere ese doctor; entonces, yo lo vi

y dije: “¿saben qué?, vives en un mundo que ya es global, ya no estamos aislados”. Me junté con el doctor Mendoza Márquez, que es el director de nuestro hospital, y le dije: “¿sabe qué?, viene un virus bien grave, hay que juntar medicamento, hay que hacer investigación”. Tienes que investigar. Al principio los chinos decían: “no uses esteroides, sí puedes usar esteroides, no uses analgésicos, si puedes usar analgésicos”.

“Al momento sabemos que hay dos cosas que te matan: la carga viral y las reacciones del sistema inmune; entonces, me puse a hablar con los reumatólogos: ‘oye, ¿cómo afecta al sistema inmune?, ¿qué medicamentos usas para tratar, por ejemplo, la artritis agresiva o lupus?, ¿cuándo se activan y te hacen fibrosis pulmonar, y te hacen falla cardiaca por la hipertensión pulmonar?’, etcétera; entonces, empezamos a ver medicamentos como Jakavi; empezamos a hacer una carga grande de medicamentos, ajustarlos y ver que estaban en protocolos de investigación mientras hablaba con los expertos, reumatólogos de aquí, de México, de nutrición, el Gea González. Teníamos un chat todos los cardiólogos en México y les mandaba información y ellos a mí, hacíamos una retroalimentación; me tocó comunicarme con un hematólogo y empezamos a usar el Rucsinitinil; hicimos un protocolo, contábamos a los pacientes y me dijo: ‘yo tengo alumnos en varias ciudades de México’ y empezamos a hacerlo a nivel nacional. En México empezamos con el Rucsinitinil, había dos o tres centros en Estados Unidos que empezaron ya en Europa, pero empezamos al mismo tiempo.

“Empezamos a buscar anticuerpos monoclonales, a ver inmunoglobulinas y a hacer esquemas de tratamiento, lo que queríamos era disminuir la mortalidad y, afortunadamente, sí lo logramos. Pero, desgraciadamente, en algunos hospitales no tienen

con qué trabajar. ¿Qué te pueden decir de la experiencia en un hospital público cuando nada más tenían Diazepam?, no tenían muchas cosas. Les tocó trabajar con el corazón pero sin fuerza, porque no tenían nada, casi salían solos porque no tenían tratamiento; lo que tenían, pues, no es para un paciente grave; fue muy difícil, fue entregarte al cien por ciento.

“Formamos un equipo respuesta en el Centro Médico, muchos doctores quisieron entrar, pero estaban ya grandes, con comorbilidades, y les dijimos que no; desgraciadamente falleció el doctor Matus, maestro de Medicina Interna, él siguió viendo pacientes en el final, nunca quiso dejar de verlos por su edad y sus factores de riesgo, y se entregó a sus pacientes y lo terminó matando la enfermedad; desgraciadamente yo le decía: ‘doctor, no los vea, déjemelo a mí’ y me decía: ‘no, ¿por qué no? Si yo fui tu maestro, ¿tú crees que no los sé tratar?’ y le decía: ‘no dudo de su capacidad, lo que me da miedo es que se infecte y lo vaya a matar’, y desgraciadamente pasó. El doctor Rico también leía mucho, todas las noches hablaba y buscaba artículos de investigación, nos compartimos todo y desgraciadamente falleció también por COVID. Yo, gracias a Dios, nunca me enfermé. Lo que hacía es que llegaba, me cambiaba el quirúrgico de la calle, lo echaba en una bolsa roja que la trasladan a un tratamiento especial, terminaba de salir de COVID, me bañaba, me cambiaba, me llenaba de alcohol con espray en los zapatos, llegaba a mi casa, lo ponía en un bote con Lysol o pinol y luego me quitaba la ropa y me metía a bañar, me hacía enjuagues bucales y aseos nasales. Me tocó atender a gente muy grave, tenía un quirúrgico especial, un traje encima, doble guante, doble bota, doble gorro, *goggles* y luego una careta, doble cubrebocas de 3M con filtros, con rayos ultravioleta... filtraba el aire de los pacientes que veía en



el consultorio, no sé si me ayudó, a la larga fue toda una serie de un conjunto de cosas que me tocó.

“Atendí a familiares, a la mamá de mi niña, me tocó atender a muchos compañeros médicos y era todo muy desesperante al principio, porque no sabías qué ibas a hacer, dormirlos, meterlos a una bomba de circulación extracorpórea mientras se mejora el pulmón, mandarlos a Monterrey o que vinieran aquí, o sea, si fueron cosas muy cañonas. Afortunadamente encontramos varios esquemas que nos dieron resultados en la mayoría de la gente. Sí hubo gente que falleció, pero en la mayoría pudimos ayudar; no tuvimos una mortalidad tan grande como otros hospitales, ya que no tenían todos los recursos y nosotros empezamos a investigar temprano. Por ejemplo, utilizamos esteroides, porque tuvimos pacientes asmáticos que les iba mejor, antes de que saliera la recomendación de su uso.

“Los que empezamos fuimos el doctor Báez, la doctora Araujo, que recibió un premio en el ISSSTE, y yo. Nos quedamos los tres viendo a todos los pacientes graves por COVID, después se nos agregó el doctor Boscomagnali, el doctor Espinosa como neumólogo y la doctora Mónica Ramírez. Nosotros estuvimos en general a cargo de la COVID; muchos dejaron de ver a pacientes, hay doctores que apenas están regresando.

“Sí fue muy difícil, te da miedo, eres humano y estás viendo a un paciente que se está muriendo de falla orgánica múltiple. Fue muy difícil, porque llegó un momento donde muchos pacientes me pidieron que yo los viera; en lo particular me hacía cargo de mis pacientes y salían adelante, luego se enfermaban familiares y me pedían que los viera o doctores me mandaban pacientes; entonces llegó un momento donde teníamos capacidad para doce pacientes, porque teníamos doce ventiladores por si los nece-

sitabas intubar, y ahí tenía once pacientes; entonces le pedí ayuda al doctor Espinosa, que es un excelente neumólogo, para que me ayudara, veía todo lo ventilatorio y ya me turnaba con él; él los veía en la mañana y yo los veía ya en la tarde-noche y madrugada; podía descansar en la mañana.

“Fue muy complejo, porque tenías once pacientes que ves que se encuentran más o menos graves y llegaban tres semanas después con el corazón en falla cardíaca, el pulmón infiltrado, falla renal y los metimos a ultrafiltración con transaminasas de 8000, o sea, ya no traían hígado ni riñón ni pulmón y los familiares así como: ‘sáquelo adelante, ya nos lo trajimos de Monterrey, porque me dijeron que se iba a morir’ y lo trasladaron en avión y el paciente llega ahogándose; cuando estás viendo a un paciente así de grave te preguntas: ¿y si me da a mí?, ¿quién va a tratar?, ¿qué me va a pasar?, ¡me voy a morir como este paciente que está bien grave!, sí te da miedo. Mi esposa, mi familia, me decían: ‘pues deja de ver pacientes, como cardiólogo, intervencionista, te va bien’, pero no se me hizo honesto ni correcto decir: ‘no, me rajo’, cuando doctores grandes como el doctor Camargo, el doctor Molina y el doctor Rico querían entrar. Con los medicamentos nosotros no podemos esperar a que lo aprobaran, porque si me hubiera esperado se me mueren todos los que tuve, todos los días iba a estudiar tres o cuatro horas y hacía resúmenes, bajaba artículos, mi teléfono siempre tenía como quince artículos y los iba leyendo, lo más importante, pero hicimos esquemas.

“Sí nos tocó que nos pidieran medicamentos de otros hospitales y me decían los de aquí: ‘nos vamos a quedar sin medicamento’ y decía: ‘no, pues hay que darlo, hay que tratar de ayudar y vamos a conseguir más’. En esta situación no puedes decir: ‘esto es para mí y se friegan los demás’; si es



un doctor, una señora, un bombero, sea lo que sea, es un humano que se va a salvar.

“Me tocó una señora que hizo vasculitis, infección del nervio cubital, no podía mover la mano, falla cardíaca, tromboembolia masiva, falla renal, la intubamos, iba para morirse... y verla que viene a consulta, platicando con el esposo después y ella no sabe que duró intubada como veinte días, ella no sabe en realidad la magnitud de lo que batallamos para traerla del más allá, ella estaba en otro plano... y verla aquí es muy grato. La dedicación de estar aquí todos los días, de dejar de ver a mi hija, la veía en la cochera sin poderla abrazar, al igual que a mi mamá. Sí es muy difícil y muy complejo como humano, todo el mundo nos movió y sigue moviendo, toda la economía, la forma de vestirte, tienes que usar cubrebocas, ver a la gente que decía: ‘no, ya no creo en eso’ y al ratito intubado, bien grave, muriéndose, pero tú no puedes decir: ‘que este se muera por aferrado’, sino que tu obligación es ayudar como cualquiera.

“Nosotros les dejábamos que tuvieran el teléfono, tableta, que se comunicaran en videollamada, porque eso les ayudaba, ya que los pacientes se deprimían por estar ahí un mes solos. Lo difícil era que cuando el familiar estaba muy grave, a las 3:00 o 4:00 a. m. marcábamos y ellos ya sabían, me contestaban llorando y decirles que su familiar había fallecido era muy doloroso, al igual que obviamente muy placentero cuando les decía: ‘probablemente se vaya el domingo, el lunes o el martes’... ¡lloraban de felicidad!

“Estaba prohibido meter a los familiares por la COVID, pero hablamos con el Comité que había situaciones especiales, protegíamos a los familiares, les ponían máscaras y todo, y los metíamos a que los vieran. Por empatía le das un quirúrgico del hospital, el traje completo como nosotros,

le dices que no toque nada, le enseñas, cuando salen se bañan ahí y después se van a su casa. Eso les permitió cerrar ciclos, porque no los veían, o sea, llegaban, los cremaban y te entregaban las cenizas. Llegué a tener cuarenta y cinco pacientes; llegaba y veía a mis doce pacientes graves e iba a la casa a las 10:00 u 11:00 p. m. y duraba hasta las 2:00 a. m. hablando con gente, y muchos no me pagaron, pero no importa”.

### **EM. ¿Cuál es el caso de la COVID-19 que más ha marcado su vida, tanto emocional como profesionalmente?**

—Fueron varios: los hijos llorando por el padre; el esposo que amaba a su esposa, que estaban juntos por más de veinte años, ella fue la que falleció; el doctor Rico, una persona súper inteligente; el doctor Matus Molina, el administrador del hospital, que era un amigo muy querido, y todos los que salieron adelante, como el doctor Paredes, que se cuida, hace ejercicio; muchos pacientes jóvenes que ya están bien; un paciente joven de treinta y un años que no se movía y batalló como ocho meses para poder dejar el oxígeno con CPAP, y ahorita sano... verlo caminar es muy gratificante.

“Tienes mucho dolor en los pacientes que murieron, un paciente que se llamaba Víctor, lo quería mucho y falleció. Mandaba los casos a México o a Estados Unidos y les decía: ‘¿qué más me pudo haber fallado’ y me decía: ‘que hice todo’. Cada uno de los pacientes que tuvimos de COVID fue algo que te marcaba, porque es algo que el paciente no buscó, fue una pandemia que llegó y, de repente, estaba muy grave, o sea, cometiste un ligero error como hablar sin cubrebocas y ya te enfermaste, pero eso no quiere decir que fuera mala persona, no fue su culpa que existiera ese bicho tan agresivo



y tan maldito. Todos los pacientes me marcaron, cada uno de ellos”.

**EM. ¿Qué opina usted sobre los planteamientos de una pandemia próxima, debido a bacterias multirresistentes o por nuevas cepas?**

—Sí hay mucho riesgo y eso depende de nosotros, los médicos; los esquemas de antibióticos tenemos que aprender a usarlos, hay una aplicación de Medicina Interna, la Guía de Stanford, que te dice qué antibióticos son los que debes de usar y qué resistencias hay, según los artículos nuevos. Cuando alguien te dice: ‘en mi experiencia en medicina’ ya valió gorro, porque la experiencia de él es muy chica, se pueden haber visto mil pacientes, pero estos son esquemas de millones de personas, o sea, no puedes decir que has visto todo y creer te Dios; para eso hay esquemas de manejo a nivel mundial. Seguimos aprendiendo en medicina, el que te diga que ya sabe todo en medicina ya es un mal médico; a mí me ha tocado una paciente que la operaron de las mamas de cirugía plástica y tenía unas pseudomonas multirresistentes, y duró hospitalizada un mes y medio con lavados; gracias a Dios se fue, pero tuvo que perder las prótesis, la herida le quedó peor de lo que estaba y eso fue por los esquemas de antibióticos que usaron previos; como profilaxis le dejaron un esquema súper grande y, desgraciadamente, se infectó en otro hospital, vino con nosotros y llegó muy grave.

“Es un riesgo y eso mató a mucha gente en el mundo, tenemos que controlarlo, no dar antibióticos en infecciones virales, hacer bien tus esquemas de manejo. Cuando tengo un paciente yo vuelvo a leer, yo leo mil veces, pero lo vuelvo a leer, porque se te puede ir, no eres una computadora que tiene todo guardado. Eso va a darle

una mayor calidad de atención a tu paciente y un menor riesgo de mortalidad, porque sí puede pasar, y si pasa es por egoísmo, porque usan un esquema de antibiótico súper agresivo”.

**EM. Con base en su experiencia durante esta pandemia, ¿cómo podríamos prepararnos como nación en el caso de que se presente una futura contingencia?**

—Como nación es muy difícil, específicamente en Ciudad Juárez y en el norte la gente no exige. No puede ser posible que haya hospitales públicos, que tú pagas tus servicios y que no tengan más que Paracetamol y Diazepam para un paciente COVID, si eso pasara en México ya hubieran parado y hasta tirado el hospital; la gente en la población en México, D. F., exige tratamientos, manejos, respuestas, preparación de los médicos y aquí no exigen nada; entonces, no podemos hablar que tenemos una nación unida en el tratamiento. En el Hospital General, donde yo estaba, tratamos influenza en el 2009 y usamos todos los esquemas nuevos, y los hospitales generales de aquí... aquí en el General nunca han tenido Oseltamivir.

“Tendríamos que tener personajes políticos que tuvieran la disposición y la entrega de verdad de atender a los pacientes en forma homogénea en todo el país. Si estás pagando el IMSS o el ISSSTE, que te den servicio, o sea, no estás exigiendo nada extra. Deberíamos de exigir nosotros como médicos y los pacientes también; en la Ciudad de México no pasa eso, porque... no hay gasas y ¡párame el hospital!, hacen una huelga, encierran a todo el mundo con unas cadenas hasta que tengan todos los medicamentos, pero nosotros aquí en Juárez, no... se muere el paciente y nosotros no tenemos ese nivel de exigencia. Eso no puede pasar



en un país como el nuestro, porque los recursos se desvían a otras tonterías y se pierden miles de recursos que, mínimo, tendrías gasas estériles y medicamentos de muchos tipos; entonces, para prepararnos en conjunto, necesitamos que haya servicios médicos más justos, eso sería lo primero.

“Después, la preparación de los médicos; el trato al paciente es bien importante y que, como médicos, aprendamos a tratar a un paciente como si fuera mi familiar. Mi abuelo tuvo cáncer, se fue de mojado a Estados Unidos y estuvo en la guerra de Corea, y lo trataron muy mal en el Hospital Militar. Cuando vi eso dije: ‘jamás voy a tratar mal a un paciente mío, lo voy a tratar como si fuera mi abuelo’. Hace falta que nosotros seamos más humanos; ustedes que están de alumnos, que van creciendo, no vean a los pacientes como algo económico, o sea, lo económico va a llegar solo, dedíquense a sus pacientes y esa dedicación sola te va a remunerar económicamente, no porque sean pacientes del servicio público los trates mal y en el hospital particular que te pagan los trates bien, tratarlos igual a los dos; tú estudiaste Medicina porque te gustaba ayudar a la gente, estás estudiando para ayudar a una persona a sanar o a morir, también a morir con dignidad, sin dolor, ayudarles en el lecho de muerte para que estén tranquilos. A lo mejor no te van a pagar; yo tengo pacientes que yo les he pagado los *stents*. Me peleé con el administrador, metimos a un señor que era un caballero y él no pagó nada, le pusimos dos *stents* y el hospital me dio las medicinas, el proveedor me regaló otro *stent* y el señor me traía miel, queso o enchiladas para las secretarías; tengo a unos pacientes que viven en La Cuesta que me traen enchiladas, tamales, pero los atiendo con gusto.

“Tienen que ser más humanos, tratémoslos como si fuera tu abuela o tu papá. Cuando estés ahí en el IMSS desvelado por-

que tienes tres turnos y llega un señor, no le grites y no le digas: ‘¿Por qué llegaste en la noche?’, tú estás cobrando por eso, estás ahí porque quieres, no te puso el paciente, así que no lo trates mal, es lo peor que puedes hacer”.

**EM. Después de más de un año que inició la pandemia, como sociedad, ¿qué ventajas tenemos?, ¿qué vamos a aprender de esto?**

—A tener más limpieza, a estar más unidos, a querer más a la familia, a ver a tu familiar que puede ser vulnerable, a ser mejores personas y a ser mejores como sociedad, y a tener más conciencia de la salud, que es lo más importante.

**EM. Personalmente, ¿cuál fue su mayor reto y qué efectos psicológicos le provocó la pandemia?**

—Mi mayor reto fue estudiar y buscar los mejores esquemas para los pacientes, investigar todo el tiempo; y en los efectos psicológicos hubo contrastes muy complejos entre la gratificación de salvar a alguien y ver fallecer a otro.

**EM. ¿Qué tan frecuente fue la depresión entre compañeros?**

—Sí fue mucha. Hay unos esquemas de la Universidad de Washington que usan Fluvoxamina; yo lo empecé a tomar como protección, porque disminuye la carga viral, y creo que eso me ayudó. La mamá de mi niña, que es mi ex, psiquiatra, me dijo: ‘te vas a botar’; el nivel de estrés que traía de no dormir, o dormir dos o tres horas, me acostumbré a dormir así por muchos años; entonces, el no dormir no se me hace raro. Pero eso te hace daño, no se lo recomiendo



a nadie. Me la tomé, ya que ves a tanta gente grave y enferma, y quieres ayudar y no puedes... sí te deprime. Tengo un amigo que dijo: 'ya no puedo' y se fue un mes y está bien, es humano, se deprimió y decía que ya no podía con las muertes; se fue y volvió al mes. Tienes que seguir adelante, quedan muchísimos enfermos.

**EM. Después de este año y medio de pandemia, su perspectiva ante la vida, ante la muerte, ¿ha cambiado algunos aspectos de su vida?**

—He visto pacientes muy graves toda mi carrera. En el Gea González, que es un hospital enorme, de concentración, veías ya los últimos pasos en Cardiología e intervención. Siempre he visto pacientes muy graves que están muy cerca de la muerte, ver pacientes que dicen: '¿sabe qué?, ya se

le acabó el puche al indio, ya déjeme ir, es mi momento, me quiero morir'; pacientes con cáncer que les ayudas a morir, porque no hay otra. Una oncóloga me mandó a una paciente joven que tenía cáncer, ya le habían realizado todas las terapias y no había resultados. Me la mandó para que la ayudara a morir, con su mamá y su hermano; me tocó tenerla en el hospital como un mes y ayudarle a que se despidiera y, al final, dormirla y que no sufriera.

“La COVID trajo muerte en gente conocida y querida, entonces sí fue difícil. Tuve el concepto de muerte más cerca. Sí tratas a todas las familias y te puede, lloras, me deprimía. La diferencia ahora fue que en muy poco tiempo aquí era uno y, al rato, otro. No podemos todavía detener la muerte, tienes que saber identificar cuándo ayudarle al paciente”. 🦠

