

Reflexiones desde 30 años de cirugía académica

Dr. Luis Ruso Martínez¹

Hace unos días, con motivo de mi cese como Profesor de Clínica Quirúrgica, tuve el honor de ser recibido por el Consejo de la Facultad de Medicina. En esa oportunidad, desde la perspectiva de los años vividos en el ámbito de esta casa de estudios, y a modo de insumo para la reflexión, hice referencia a algunos aspectos que entiendo de importancia al momento de proyectar el futuro desde un pasado vertiginoso y un presente turbulento e incierto.

Creo que los recuerdos, considerados no como imágenes congeladas del pasado, sino enfocados desde un análisis crítico y reflexivo de los acontecimientos vividos, incluyendo su contexto social y político, deben ser usados como trampolín al futuro y deben operar como la base de un legado. De ese modo, lo que uno deja puede servirle a los demás como una herramienta que aporte al crecimiento intelectual y al desarrollo de las personas y del colectivo.

En esta línea de pensamiento expuse algunos conceptos sobre la ética y el ejercicio clínico, que he madurado a través de mi experiencia docente y asistencial. Me gustaría ahora, ponerlos a consideración de los lectores de Anales de la Facultad de Medicina (AnFaMed)

— La base del ejercicio de la medicina es la ética. Resumo algunos conceptos prácticos con respecto a este punto. En primer lugar: la responsabilidad con el enfermo, darle tiempo y buen trato a él y a su familia, acompañarlo en la muerte y asegurarle un “bien morir”, con dignidad, sin dolor ni disnea. Igualmente importante es el respeto a los colegas y a todo el equipo de salud. En esto —nadie es más que nadie —y debe incluirse a los que saben mucho y a los que saben menos, a los que son siempre muy útiles y a los que no lo son tanto, tratando de obtener de cada uno lo que tiene de positivo; porque en definitiva la medicina, como patria, se hace con todos. Tenemos que ser dignos de nuestra profesión, estudiar, analizar, ser críticos, pensar que toda solución técnica debe pasar por ser la mejor para el enfermo.

—La base del ejercicio clínico sigue siendo, en mi opinión, el “cuerpo a cuerpo”, el contacto con el enfermo. La anamnesis que nos permite conocer a la persona y el examen físico son fundamentales, porque sobre todo nos introducen al universo social y afectivo del otro, no se genera solo un vínculo con su patología. Esta es una visión clásica, pero a mi juicio aun imprescindible. La gran mayoría de errores que hemos cometido se vin-

¹Profesor Titular de Cirugía. Clínica Quirúrgica. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay. Correspondencia: Luis Ruso Martínez. Hospital Maciel. 25 de Mayo 174. CP 11000. Montevideo. Uruguay. Teléfono: +598 99 621801 Fax +598 2 9153000 Ext.1318. Contacto: lrusomartinez@gmail.com

cularon con una pobre o insuficiente evaluación clínica, no por errores de los estudios auxiliares.

Sin embargo, debo aceptar que el desarrollo de la tecnología de la imagen y la transmisión masiva de la información, han modificado profundamente la práctica clínica tradicional.

Nuestras decisiones por influencia y dependencia de las tecnologías de la información, están gobernadas por fenómenos de razonamiento como el llamado “fenómeno de las aguas turbulentas”, porque las innovaciones, trascurren como un viaje por un río turbulento, en el cual —apenas en forma transitoria— se transita por aguas tranquilas, que permiten pensar y evaluar. Los dilemas crecen y se hacen ingobernables y la toma de decisión está infectada de dudas e inseguridades.

Hoy la toma de la decisión terapéutica no está basada en horas de estudios en libros con conocimiento asentado y probado, sino que esta perforada por la necesidad de decisiones rápidas tomadas con información generalmente con bajos niveles de evidencia y por consecuencia efímera.

Podemos preguntarnos por la brecha entre la oferta tecnológica en medicina y que es realmente lo imprescindible, lo necesario y lo superfluo, para lograr el mayor beneficio para nuestros pacientes.

En esta línea, creo que los futuros planes de estudios deben poner fuerte énfasis en formar intelectos muy críticos, capaces de discernir lo mejor para el enfermo, desde un concepto de gestión clínica, que evite la sobrecarga económica del sistema de salud y por consecuencia, médicos que sean capaces de soportar las fuertes presiones del mercado de insumos y tecnología.

Deberá considerarse que además de los conocimientos técnicos básicos tradicionales, se deberán incorporar competencias en: cuidados del paciente, tener habilidades interpersonales y de

comunicación, profesionalismo —entendido éste como la unión de conocimiento, responsabilidad y valores morales aplicados— y capacidad de trabajar en equipos multidisciplinarios y en redes profesionales.

También es un desafío ético y profesional, aceptar el error y los eventos adversos, así como analizarlos en profundidad desde la perspectiva de la mejoría de la calidad y la gestión, desterrando el consagrado e inútil enfoque punitivo del error.

Si algo he visto en estos 30 años, fue caer paradigmas. Desaparecieron los ligamentos laterales del recto y estaba prohibido hacer un packing hepático en la urgencia. Hoy se operan las metástasis hepáticas y la carcinomatosis peritoneal, con excelentes resultados; diagnósticos que eran sinónimos de muerte a corto plazo cuando yo comencé con este oficio. Esto ha sido de lo más disfrutable. A mi generación le tocó vivir permanentemente en las fronteras del conocimiento, todo los días había algo nuevo para aprender, para estudiar, para evaluar, para discutir, para hacer un ateneo y sobre todo para construir nuevos conceptos, algunos de los cuales caducaron tan rápido como nacieron. Aprendimos a nunca pensar que un esfuerzo de análisis crítico fue en vano; sino que siempre será el inicio de una nueva idea.

El avance en estos años fue explosivo y exponencial. En mis primeras guardias vi hacer suero subcutáneo y sangrías para tratar el edema pulmonar cardiogénico; la hipovolemia se trataba con transfusiones de sangre, no existía el control de daños y ni siquiera contábamos con la ranitidina. Hoy tenemos profundos conocimientos fisiopatológicos para programar terapéuticas, la posibilidad de soporte sistémico con diferentes niveles de cuidados y podemos hacer una hepatectomía laparoscópica sin reposición de sangre. Como dijo el Profesor Merola: ““parece cosa de hechiceros””.

Lo mismo ha sucedido con la educación: la cuestión de la formación de los médicos y como sostener las destrezas adquiridas a largo plazo. Dos ejemplos cortos. A la cirugía llegaron las mujeres con excelentes resultados técnicos y alto aporte de humanismo. Con su forma de vivir, sus hijos y sus familias, están cambiando el ejercicio de la especialidad y sobre todo van a cambiar el modelo del trabajo quirúrgico. Como otro ejemplo, en poco tiempo 5 generaciones diferentes —desde los baby boomers hasta los millennials— van a estar integradas en el mismo mercado de trabajo, cada una de ellas con perspectivas laborales, personales y educativas diferentes. El impacto ya es tremendo, los de mi generación con el libro y la radiografía de abdomen de pie, los millennials to-

mando decisiones desde la web. Todo vale, todo aporta, pero las consecuencias deben ser pensarse, equilibrarse y ponerse en la perspectiva del mejor ejercicio de la medicina...

El médico del futuro tendrá un arduo trabajo porque a la carga clásica de conocimientos, deberá destinar gran parte de su tiempo de estudio al desarrollo de la inteligencia emocional y al perfeccionamiento de habilidades profesionales más allá de las estrictamente técnicas.

En la profundidad del quehacer médico, la responsabilidad y el trato educado y afectuoso con el enfermo y su familia, deberán continuar gobernando nuestro trabajo.

Agradecimiento: Al Prof. Dr. Juan Dapuetto por su estímulo y sugerencias.