



Rev Guatem Cir Vol. 22 • 2016

El Cirujano como Docente

Marco Antonio Peñalongo Bendfeldt, MD

Cirujano Endocrino y Torácico, Universidad Francisco Marroquín. Correspondencia Edificio Multimédica Of1215. Blv Vista Hermosa 25-19 zona 15. Guatemala. e-mail: penasegu@ufm.edu

Después de 34 años dedicados a la enseñanza de pregrado y algunos menos a la de posgrado, sigo sintiéndome poco capacitado para hablar sobre el papel del cirujano como docente.

Los médicos, en el ámbito hospitalario, nos convertimos en docentes sin proponérselo. La estructura de asistencia hospitalaria institucional en todo el mundo, conlleva la necesidad de enseñar, supervisar y formar a estudiantes de medicina y médicos jóvenes en entrenamiento, que constituyen la fuerza laboral permanente y más importante. Ellos son los responsables de la atención de pacientes las 24 horas del día durante todo el año. Así que el convertirse en docente, no es una elección, sino parte de las funciones de los especialistas médicos dentro de la estructura hospitalaria. Para algunos será un privilegio y para otros una carga que implicará pérdida de tiempo y trabajo adicional.

La cirugía y sus especialidades requieren para su aprendizaje, a diferencia de otras especialidades médicas, no sólo la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos, sino del desarrollo de destrezas y habilidades manuales que sólo se adquieren practicando y haciendo. Esto significa que la formación de un cirujano debe combinar la adquisición de conocimientos teóricos, con su aplicación y enseñanza al lado del paciente y en sala de operaciones. Sin embargo, el prototipo del cirujano de la segunda mitad del siglo XX, con el que fuimos formados por generaciones y que tenía como escenario máximo la sala de operaciones, donde se hacía gala de temeridad y audacia, ponderando la técnica y el virtuosismo; ha dado paso a otro modelo, que aunque se

le parezca en algunos aspectos, tiene características diferentes.

Los pacientes ahora son más demandantes, tienen plena conciencia de sus derechos como solicitantes o contratantes de un servicio, tienen mayor escolaridad y acceso a la información que antes era patrimonio exclusivo del médico. Las decisiones sobre el diagnóstico y manejo de su padecimiento son compartidas y discutidas, prevaleciendo siempre la decisión del paciente. Así que, ahora más que nunca, la formación de los nuevos cirujanos requiere también del dominio de técnicas de comunicación adecuadas, estar al tanto de los avances tecnológicos, disponer de acceso a redes de información, saber buscar, validar y determinar el grado de recomendación de lo que se encuentra, además de saber transmitir el significado y la trascendencia de lo que se plantea.

El paciente como fuente de aprendizaje y adquisición de experiencia para el cirujano joven, pese a seguir siendo lo más importante, es sujeto de grandes limitaciones y la participación de cada uno de los diferentes actores médicos en el proceso de tratamiento y recuperación necesita de su autorización expresa. Como es de suponer, nadie quiere ser operado por alguien en formación que no ha sido expuesto a un número suficiente de procedimientos para ser considerado experto. Ahora se habla de cirujanos de bajo y alto volumen. Las sociedades quirúrgicas ya han implementado programas para medir la calidad de atención y satisfacción de los pacientes, a lo que se suma el número de operaciones efectuadas por año, las tasas de complicaciones y la cantidad de ingresos después de la cirugía practicada. Pero la cosa no

termina ahí, toda esa información ya está disponible y es accesible para cualquiera. Así que la elección de un cirujano para un procedimiento determinado, entre muchas cosas, también puede apoyarse en esta información.

Con el propósito de contrarrestar estas limitaciones crecientes para la formación de nuevos cirujanos, se han utilizado modelos animales de experimentación y de simulación inanimados dadas las presiones de sociedades protectoras de animales y consideraciones éticas que restringen el uso de animales. Sin duda, los laboratorios de simulación tienen un papel muy importante para la adquisición de las destrezas y habilidades manuales básicas y avanzadas, permitiendo su integración y automatización antes de aplicarlas en el ser humano. Sin embargo, después de muchos años de trabajar enseñando con animales los principios esenciales de la parte artesanal de la cirugía, estoy convencido de que si bien este paso es necesario y debiera ser implementado en todos los programas de residencia, tiene limitaciones importantes. La mayor, es que no puede reproducir el grado de responsabilidad que implica violar y modificar la integridad de un ser humano, ese sentimiento solo puede ser percibido y adquirido en la sala de operaciones con un paciente que conscientemente nos ha permitido hacerlo.

Desde la perspectiva de los cirujanos en formación, también han surgido nuevas expectativas. Si bien su entrenamiento es prioritario, ya no es exclusivo. En el orden de prioridades también lo es: formar una familia y disponer de tiempo para consolidarla, pero también para otras actividades que complementan la vida, como hacer deporte, asistir a actividades culturales o simplemente divertirse. Así que, en los países del primer mundo se han restringido las horas laborales, las vacaciones son obligatorias y hasta se provee de atención y apoyo psiquiátrico a los residentes con problemas.

Estos cambios, sumados a las expectativas de resultados de las instituciones de salud, la presión de los

seguros de gastos médicos y las demandas por mala práctica, tienen que ser tomados en cuenta en los programas de entrenamiento. Por lo que los nuevos cirujanos necesitan saber también sobre epidemiología, leyes, bioética, administración y psicología, entre otras cosas.

Lo paradójico es que la mayoría de los docentes formadores de cirujanos hemos sido formados hace más de 4 décadas, lo que dificulta enseñar lo que todavía estamos aprendiendo y tratando de incorporar a nuestra práctica. Sin embargo, estoy convencido que la esencia de la cirugía no es ni la adquisición de conocimiento enciclopédico, ni ser en extremo hábil y diestro, ni como se enseñe o aprenda; sino el respeto de principios universales que rigen el comportamiento humano y la vida en sociedad que trascienden innovaciones educativas y tecnológicas, tiempo y personas.

Los principios que considero más importantes son:

1. Ejemplo

En mi opinión, nada es más formativo que predicar con el ejemplo. No podemos pretender puntualidad si somos impuntuales, no podemos exigir responsabilidad si somos irresponsables, no podemos pedir entrega y vocación de servicio si no cumplimos con nuestro horario y no le damos a nuestros pacientes el tiempo y atención que merecen, no podemos establecer normas y reglas si no las cumplimos y respetamos. No podemos pedirle al residente que esté en la inducción y reversión de la anestesia e inculcarle que la cirugía termina con el paciente en el cuarto de recuperación, sin nosotros nunca lo hacemos. Hay que recordar que también se aprende observando e imitando.

2. Exigencia

La cirugía es una especialidad médica que exige de los que la practican, primero estar físicamente bien para soportar largas horas de trabajo y el tiempo de

estudio necesario para adquirir los conocimientos teóricos que soportan lo que hacemos. Luego, la exigencia por el respeto de normas y procesos, no como una concesión sino como una obligación. Los cirujanos debemos ser pragmáticos y dogmáticos, pero no inflexibles, ni obstinados. No hace falta gritar, castigar o denigrar para exigir el cumplimiento de estos principios a los residentes en formación. La mayor exigencia siempre deberá ser con nosotros mismos.

3. Ambiente propicio para el aprendizaje

La educación quirúrgica se basa en el respeto a jerarquías, la gran mayoría de veces en extremo. Las escalas de mando, sin duda, son necesarias, pero construir feudos alrededor de las figuras colocadas en la posición más alta y en las intermedias, establece barreras que limitan la comunicación. No siempre el docente, el jefe, el de mayor edad o el que posee más experiencia es el poseedor de más conocimientos, ni es el dueño de la verdad. Así que, es importante permitir que hasta los que ocupan los puestos más bajos en la escala jerárquica puedan expresar su opinión o sugerir recomendaciones con libertad. La discusión y controversia deben ser fomentadas, pero evitando apoyarse en casos anecdóticos, experiencias personales aisladas o simplemente nuestra opinión. Los argumentos deberán basarse en evidencias con alto grado de recomendación. Para lograrlo, deben incentivarse las búsquedas sistemáticas de información y su aplicación en el diagnóstico y manejo del paciente. Deberá registrarse y analizarse lo que se hace. Publicar es fundamental en la formación de los nuevos cirujanos. Si el docente nunca ha publicado, difícilmente estimulará a su equipo a que lo haga. La única evidencia válida en medicina es lo que se publica. El ejercicio de escribir un artículo, por otro lado, nos obliga a entender y aprender a leer críticamente lo que otros publican. El reconocimiento y estímulo por lo que se ha hecho bien, debe fomentarse y establecerse como una norma. Si se logra transmitir a los residentes en formación, todas las implicaciones y responsabilidad que implica

nuestro trabajo y a que valoren la confianza y las expectativas que los pacientes depositan en nosotros, no hay necesidad de recriminaciones o castigos.

4. Espíritu crítico y juicio

Los cirujanos más que cualquier otro especialista en medicina debemos cuestionar lo que hacemos todos los días. A diferencia de los internistas, que dependen de la efectividad del medicamento elegido, la fiabilidad de los resultados de laboratorio y la respuesta del paciente, condicionada por un sin número de factores; los cirujanos dependemos de nosotros mismos. Una línea de sutura aproximando tejidos mal vascularizados o técnicamente mal hecha, fallará independientemente de todo lo demás. Esto nos obliga a ser meticulosos en extremo, a no creernos infalibles, a reconocer que tenemos limitaciones y que estamos expuestos a cometer errores; que, desgraciadamente, en muchos casos dejan secuelas permanentes o causan la muerte. Como docentes debemos saber frenar el ímpetu de los cirujanos jóvenes, haciéndoles entender que no todos los tumores son resecables, ni todos los pacientes son operables y que parar y cerrar o no operar no es una derrota, ni incapacidad o falta de valor. Igualmente, debemos enseñar que siempre hay alguien que sabe o tiene más experiencia que nosotros y que pedir ayuda o consejo no nos hace menos cirujanos, ni ante nuestros pacientes, ni ante nuestros colegas. Debe inculcarse que, cuando las cosas van mal, siempre deberá dudarse de lo que se hizo, una lesión inadvertida, una fuga, hemorragia persistente un foco séptico residual, antes de buscar otras explicaciones que retrasen una reintervención. Los errores no deben ser satanizados y castigados, debe hablarse de ellos y analizar que pudo o debió haberse hecho diferente; pero sobre todo, que medidas pueden tomarse para evitar que vuelvan a suceder. Los errores son siempre dolorosos, pero una fuente importante de aprendizaje.

El esquema de pensamiento de los cirujanos debe ser inculcado y marcado a fuego desde el inicio de

la residencia. Siempre debe analizarse cualquier situación clínica considerando lo más probable y prevalente primero y lo más raro y menos prevalente de último. En sala de operaciones por el contrario, debe tratarse inicialmente lo urgente y difícil, dejando de último lo sencillo si las condiciones del paciente lo permiten. Los eventos y las patologías quirúrgicas siempre tienen una explicación y un porqué, por ende su tratamiento debe ser dirigido a tratar la causa primaria y no sus consecuencias, por lo que se necesita una mentalidad mecanicista. Sin embargo, el cirujano también debe ser intuitivo y dar margen a la suspicacia y percepción, que pueden hacer diferencia aún en los casos rutinarios de todos los días. La toma de decisiones y la visualización de alternativas debe ser compartida y discutida con el residente en entrenamiento para que, en su momento, valore todos los elementos de juicio que deben ser tomados en cuenta.

Finalmente, la educación y formación de un cirujano toma muchos años y va más allá de los contenidos de un programa curricular. Es compleja y abarca muchos aspectos. Siempre será incompleta si solo se ocupa de la transmisión de conocimientos teóricos y de la adquisición de destrezas y habilidades manuales. Por lo tanto requiere de una formación integral que haga del cirujano una mejor persona. Lejos de alejarlo de su entorno, deberá obligársele a conocerlo, para entender no solo el porqué de las enfermedades más frecuentes, sino los principios y creencias de la sociedad en que vive y ejerce.

Nuestra pretensión deberá ser educadores y no docentes, maestros y no profesores. Dejar huella y servir como modelos a imitar.

Guatemala, julio del 2016.