



Rev Guatem Cir Vol. 25 - 2019

Volvería Ser Cirujano?

Dr. Carlos Eduardo Pineda Molina
Presidente ACG 1997-1998

6a. Ave. 3-22, Zona 10, Clínicas Centro Médico II Of. 905. e-mail: drepineda@hotmail.com

Esta pregunta la formulo tanto para mi persona como para el colega Cirujano que se atreva a hacer una introspección después del tiempo que ha pasado en el ejercicio de esta profesión.

En los Diálogos de Platón, en la antigua Atenas, se encuentra la tesis que reza *“Los soldados nacieron para soldados ya que su motivación es el honor, es decir que cualquier otra cosa es secundaria, así se acepta que no deben casarse porque la familia distrae su atención, de la misma forma, no deben ganar mucho dinero porque inclinarían su vocación hacia el dinero y su actuar podría ser corrompida.”* Los médicos hemos sido considerados a través del tiempo como personas importantes de la sociedad en la defensa de su salud, que tenemos obligación de cumplir con un juramento, de dedicar nuestro esfuerzo al paciente como el espíritu de nuestro trabajo, dejando nuestros compromisos familiares, financieros y los puramente personales relegados hasta nueva orden.

El parangón con la historia del soldado ateniense es que ciertamente la motivación para convertirnos en cirujanos estriba, en lo estimulante que resulta poder resolver problemas de salud que comprometen la vida de la persona o su calidad *“con nuestras propias manos”*. Es una actividad emocionante y retadora que produce esa sensación de bienestar, estima personal y la recompensa del agradecimiento de un ser humano y su familia, al ser instrumento de la recuperación del bien más preciado. Conocí la *“existencia”* de la Cirugía desde muy pequeño ya que mi padre, uno de los fundadores de la Asociación de Cirujanos de Guatemala, frecuentemente comentaba sobre su trabajo en casa y por supuesto era requerido por sus pacientes, su clínica, hospitales etc. Incontables veces. Celebramos *“las 12”* en Noche Buena dentro del carro familiar en el parqueo

de un hospital y más de una vez debimos regresar de paseos prematuramente ya que alguien necesitaba una evaluación y muchas veces una cirugía. Recuerdo también conversaciones sobre congresos, cursos aquí y allá porque estar al día formaba parte muy importante del que hacer. En mi imaginación infantil, la operación era lo que salvaba a los enfermos.



Drs. Federico Castillo, Julio Pineda, Mark Walton (en ese tiempo Jefe de Cirugía de Colón y Recto en Stanford) y Eduardo Pineda.

Lejos de haber creado anticuerpos contra la carrera de Medicina, a los 17 años me inscribí en la Facultad de Ciencias Médicas para llegar a ser Cirujano, encontré la carrera de pregrado fascinante. Tuve la oportunidad de rotar extracurricularmente en Patología con el Dr. Federico Castro realizando necropsias. Cortábamos piezas quirúrgicas y recibíamos instrucción del Jefe y de manera voluntaria leíamos láminas de histología, para ser estudiante de primero y segundo año fue una experiencia única ya que comprendí el proceso de enfermedad aparte de anatomía.

Aconsejados por nuestros maestros de Clínicas Familiares, escogimos realizar la rotación de externado Médico-Quirúrgico en el Hospital General de Occidente en Quetzaltenango, nuestro Instructor de

Cirugía fue el Dr. Eduardo Molina Fuentes, Expresidente de la Asociación. Acompañado de su Staff, fuimos muy bien recibidos y recuerdo que la primera instrucción fue el establecimiento de una relación médico-paciente absolutamente respetuosa, conocer y llamar a cada uno por su nombre y sin excusa alguna estar perfectamente enterados de la condición clínica, ayudas de laboratorio, rayos X y consultas. A cambio recibíamos clases adicionales fuera del horario obligatorio, instrucción del radiólogo, cirugía experimental, lectura de revistas y participación activa en sala de operaciones habiendo estudiado la técnica quirúrgica y lo concerniente a prevención de complicaciones y cuidado postoperatorio al dedillo. Reconozco que fue la mejor rotación hospitalaria como estudiante y aparte del ejemplo recibido en casa esta experiencia fue clave en mi desarrollo como médico particularmente en la formación ética. Regrese allí a mi práctica de Internado.

Creo que la Residencia de Cirugía en el Hospital General San Juan de Dios ha sido una vivencia extraordinaria. Para empezar dados los efectos del terremoto de 1976, el hospital tendría gran semejanza con la serie televisiva MASH. Instalaciones improvisadas en el Parque de La Industria, no fueron motivo para detener el desarrollo del programa. En medio de la guerra por el conflicto interno armado, un país saliendo de la destrucción masiva y tantos otros problemas, formaban parte del panorama que nos tocó enfrentar. Nuestro dormitorio era un búnker y nos rotamos la responsabilidad de llevar la cena durante los turnos. La mística de trabajo fue única.

Recuerdo en pláticas actuales con ex residentes que todos los casos que admitíamos durante los turnos, se debían de resolver en el mismo turno como una obligación moral auto impuesta. Comprábamos nuestros catéteres centrales y los guardábamos en nuestros lockers para perfeccionar nuestra técnica al requerirlos. Procedimientos como lavados peritoneales diagnósticos, pericardiocentesis en heridas posiblemente cardíacas eran parte de nuestras intervenciones en la emergencia. Hay que tomar en cuenta que hacer un ultrasonido era un sueño y la TAC apenas empezaba. Nuestro postgrado a cargo de los doctores Cesar Solís, Enrique Barillas, permitía amplia discusión de los casos frecuentemente acom-

pañados de estudiantes externos. Nuestro Club de Revistas en el auditorio de MSD se basó en las “lecturas seleccionadas” de la Universidad de Texas, Dallas, actividad dirigida por Dr. Miguel A. Martini Padilla. Además teníamos nuestro grupo musical junto con Alan, el Vampiro, la Ardilla. De toda la residencia mi año favorito fue el de Jefe de Residentes que compartí con mi amigo Efraín Ochoa, prominente Médico en Florida EUA, dueño de una colección de fotos clínicas que sobrepasa la decena de miles de fotos tomadas a cualquier día y hora. La jefatura fue un trabajo de tiempo completo, siempre de llamada y de oportunidades quirúrgicas casi ilimitadas, gracias a la apertura de nuestros jefes liderados por don César Mishaan.

Toca después la vivencia en la Universidad de Texas, Houston. Decía el Dr. Rolando Imeri *“La razón de ir a un país desarrollado, es aprender a ser disciplinado”*. Ciertamente se encuentra un ambiente sistematizado, los procedimientos protocolizados, poco chance a la improvisación, disponibilidad de tecnología de punta y vocación de investigación. Lo que más me llamó la atención fue que la escogencia de profesores, jefes de programa o departamentos, se basa en la competencia abierta tanto nacional como internacional. No hay pues herencia de plazas en este caso para cirujanos por antigüedad dentro de la institución. Un profesor decía que la idea es evitar la “endogamia”, buscar sangre nueva con ideas nuevas como factor de progreso.

Quiero ahora referirme a situaciones puntuales relacionadas con la práctica de la cirugía. Educación Médica Continua: Aunque es un requisito del Colegio Médico, es lógico, saludable y moralmente obligatorio estar informado de los estándares internacionales, progresos, tendencias y muy importantemente la cambiante o refrendante evidencia sobre patología y manejo diagnóstico y terapéutico. En nuestra especialidad, actualmente existen sinnúmero de fuentes de información. Hay recursos como IRCAD, AIS entre muchos otros que permiten recurrir a un Atlas quirúrgico con videos, discusiones, conferencias, “blogs,” canales de consulta, muchos de ellos gratuitos. Recuerdo la frase que aprendí de mi padre: *“Una foto dice más que mil palabras y un video mucho más que mil fotos”*. Cabe recordar nuestras

visitas al INCAP a buscar las revistas quirúrgicas para la preparación de nuestros trabajos científicos.

Hoy día es frecuente contar con maestros internacionales que gustosamente atienden nuestra invitación para operar con nosotros en nuestra casa y así incorporararnos en procedimientos con tecnología moderna e innovadora y por lo tanto, obtener de esas personas una vía de consulta gratuita y permanente con un valor agregado inconmensurable en la atención a nuestros pacientes con problemas difíciles o poco frecuentes. En nuestro caso y de otros colegas, hemos transmitido estas intervenciones por circuito cerrado e internet para compartir dicha experiencia y creo que a través de nuestra asociación podríamos sistematizar esta opción educativa.

Economía

En general la práctica institucional vrs práctica privada son las opciones en Guatemala, con diferencias significativas en cuanto al ingreso de los cirujanos por la plétora de condiciones disímiles de trabajo. Mi práctica personal es exclusivamente en el ámbito privado en el cual hay también diferencias y con presiones de la industria del seguro médico que si bien es cierto permite a más pacientes acceder a servicios privados que extralimitarían la capacidad de pago de muchos de ellos, obligan al cirujano a aceptar honorarios tasados por la empresa con poco margen de negociación y limitando la libertad de ordenar exámenes y centros de diagnóstico favorecidos por el criterio del médico. Hay actividades de educación que deben realizarse en el extranjero particularmente al visitar instituciones en las que puede apreciarse el desenvolvimiento de las mismas, tales como centros de cáncer, cirugía robótica, trauma entre otros, lo que demanda gastos financieros y ausencia del trabajo con poco o nulo ingreso. Mantenerse al día es caro.

En las instituciones del estado los salarios son bajos y la demanda de trabajo es altísima, de manera que muchos cirujanos deben auxiliarse de la práctica privada, y ésta combinación resulta en cierto desenfoco y limita la motivación para trabajar tiempo completo un una u otra práctica. Es deseable que los médicos institucionales frecuentemente formadores

de especialistas reciban una compensación realista y digna.

Tecnología

Muchos usamos hoy día la aplicación “Waze” para elegir el mejor camino hacia un destino X al conducir automóvil. Considero que el uso de la Tomografía Multicorte (Waze quirúrgico) con acceso a medios de contraste, localiza con increíble exactitud órganos patológicos con información anatómica precisa, presencia de fístulas intestinales, abscesos, tumores, lesiones vasculares y cardíacas, así como importantísima información en pacientes traumatizados. La Resonancia Magnética Nuclear, más específica para tejidos blandos, estadificación en cáncer rectal, estudios cerebrales anatómicos y funcionales, Mamotom, entre otros, estudios endoscópicos sofisticados con cromatografía, ultrasonido endoscópico, endoscopia intra operatoria, navegadores quirúrgicos, ultrasonido intra operatorio y un sinnúmero de ayudas diagnósticas, nos permiten tomar mejores decisiones al someter al paciente a una intervención y de ésta manera pueden evitarse cirugías innecesarias. La tecnología de verdad nos hace mejores cirujanos en función de mejores diagnósticos.

En la actualidad, el seguimiento de pacientes con cáncer con PET Scan, nos permite tener bases firmes en la búsqueda de metástasis y recurrencias, definiendo también el sitio anatómico. En cuanto a tecnología quirúrgica, la invasión mínima ha sido el gran cambio de los últimos años léase cirugía laparoscópica por orificios naturales, endovascular, endocardiaca, robótica y en nanotecnología.

En Guatemala nos involucramos temprano en la Cirugía Laparoscópica apenas empezando los años noventa. Nombres como Silvio Pazzetti, Rodolfo Herrera, Edgar Nájera, Edgar Herrera, M.A. Peñalzo, Vargas Córdón, Mario Duarte, empiezan esta historia. En nuestro caso nos involucramos en Colon y Recto con mi padre a hacer esta transformación, la cual maduramos con mi gran amigo Federico Castillo desde 1993. Reconozco también la injerencia en Cirugía Bariátrica de Estuardo Behrens, Fernando Montufar, Álvaro Fernández, Emilio Mishaan, Julio Alemán. También el abre puertas a Cirugía de Re-

flujo Gastroesofágico de Fernando Leiva con quien desarrollamos un programa de entrenamiento local con Jorge Sosa de Miami, siendo parte de esa experiencia Salvador Velásquez, Federico Castillo y su servidor.

Es importante recalcar que el uso de fuentes de energía bipolar, monopolar, ultrasónica, engrapadoras mecánicas, sutura intracorpórea y naturalmente imágenes cada vez mejores han hecho posible este dramático avance. En el área de trasplante de órganos ha empezado también con éxito la obtención de riñón del donante por vía laparoscópica y reconozco con admiración el liderazgo de Rudolf García Gallont y su equipo de trabajo con ayuda de cirujanos de la UCLA. Vienen en camino proyectos de trasplante hepático y otros, no olvidando temas de trasplante de miembros, cara y otros que ya se hacen en otras latitudes.

Las complicaciones

Mi padre me dijo un día: *“Si un cirujano te ofrece el 100% de garantía al realizar una operación, cámbiate de cirujano porque te está diciendo una mentira o nunca ha tenido que resolver una complicación”*.

La Cirugía es por naturaleza una agresión al cuerpo humano para intentar corregir un problema que no responde a ninguna otra alternativa, por lo tanto, el acto quirúrgico conlleva el riesgo involuntario de lesionar estructuras durante la ejecución; asimismo no se puede tener total control de las reacciones biológicas, hemorrágicas, infecciosas entre otras, de todos y cada uno de los pacientes. Es importante ser muy claro con el paciente de la necesidad de comprender que el riesgo que se corre con cada operación, es menor que el dejar de hacerla, tomándose todas las medidas posibles para disminuir las complicaciones pero no a cero y plantear matemáticamente el chance de su aparición de acuerdo a lo publicado en la literatura especializada, que se le informará de inmediato de su ocurrencia y cuáles serían consecuencias. El mejor paciente es el mejor informado, es por eso que darle al paciente la oportunidad de investigar sobre el procedimiento, tiempo para su consideración, abierto a otra consulta y jamás obviar la potencialidad de complicaciones.

El “Burnout”

Actualmente uno de los temas recurrentes en las revistas quirúrgicas se relaciona al sentimiento de “quemado” del cirujano que se siente harto del trabajo, no realizado y despersonalizado. Hay situaciones de este tipo desde la residencia y no son pocos los residentes de cirugía que abandonan la carrera. Es interesante que este complejo problema se ha detectado hasta en 40% de médicos y 51% de cirujanos y va en relación directa con el número de horas de trabajo, la cantidad de turnos, hijos menores de 21 años, esposa o esposo también trabajadores de la salud y el uso de archivo electrónico según la encuesta del American College of Surgeons. Es muy importante buscar ayuda psicológica al notar que se está sufriendo de este problema. Creo que ASOCIR-GUA podría formar un comité que profundice en la investigación de este mal y socializarlo a sus miembros.

Volvería hacerme cirujano

La repuesta tácita es **SÍ**. Tuve la suerte de nacer en la época de tremendas innovaciones tecnológicas, precedidas de un fuerte establecimiento de ciencia y arte que caracterizan nuestra especialidad. Tuve la suerte de tener padre e hijo cirujanos. Tuve la suerte de encontrar en mi camino grandes maestros y algo que valoro muchísimo, compañeros de trabajo entusiastas, excelentemente preparados, honestos y que de hecho son apasionados en lo que hacen, tengo la suerte de poder cada martes discutir casos con ellos y ser críticos de nosotros mismos con el objetivo de ser mejores.

Todas estas razones superan a los factores que podrían considerar negativos. Si ésta es una carrera larga que empieza a ser remunerada tarde, que requiere sacrificios, que tiene potenciales riesgos legales, que nunca deja de cambiar por lo que hay que prepararse continuamente; pero cada vez que analizo cómo me siento al resolver el problema de un paciente,

“Me doy cuenta que esto es lo que apasiona mi existir”