

EL CIRUJANO DECATLETA

Damián García Olmo*, Jacobo Trébol López**.

*Catedrático de Cirugía de la UAM. Jefe de Departamento de Cirugía General, IDC-Salud, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Correspondencia: damian.garcia@uam.es

** “Alumno” (nunca se deja de serlo).

El decatlón es una prueba combinada de atletismo que comprende diez pruebas: cuatro carreras, tres lanzamientos y tres saltos (Wikipedia).

Jacobo en el año 2002 era un alumno de la UAM. Un día, cuando como estudiante de tercero de medicina rotaba por primera vez en un servicio de Cirugía, me preguntó, “Profesor García Olmo, ¿qué es realmente ser un cirujano?” yo le respondí “Bueno, pues es un médico y un especialista que además opera pero aparte tiene otras cosas que hacer,... y bueno, pues eso,...”



Imagen. Los autores en una de sus primeras “colaboraciones” en el curso 2002-2003. Lo terminé de arreglar con un par de frases hechas, algo insustanciales y probablemente desordenadas...como había hecho en otras ocasiones ante preguntas similares...

Pero no debí hacerlo muy mal porque dos años después se hizo Alumno Interno de Cirugía con una Beca de Colaboración. Durante dos cursos nos ayudó con un Proyecto de Innovación Docente denominado IPQ (Iniciación a la Práctica Quirúrgica) en el que implicó a varios compañeros de curso y que creció poco a poco. Se convirtió en un verdadero éxito hasta llegar a ser actualmente una asignatura troncal de la UAM.

Luego terminó la carrera y cuando preparaba el MIR sintió interés por ser cirujano. Otro día, como de pasada, me preguntó, “Jefe, ¿qué hace falta para ser cirujano?”- “¿Aparte de sacar el MIR?”, le dije. – “Si, bueno, ya sabes que esto de los exámenes no se me da demasiado mal...”. Intenté sacarle la idea de la cabeza y más aún que viniera a nuestro centro a hacer su residencia contándole la cruda realidad: -“Pues,...además hay que trabajar mucho, tener capacidad de sufrimiento y buena salud, los pacientes se nos pueden complicar y morir, los errores se pagan extremadamente caros, etc... Esto es muy duro y encima nos maltratan con horarios, hay que trabajar mucho de noche, hay muchos líos entre nosotros y con otras especialidades, no nos pagan lo que nos merecemos...”

Se ve que nuevamente no se lo pinté demasiado horrible (o era demasiado testarudo) porque no solo decidió hacerse Cirujano sino que se vino con nosotros a hacer su Residencia, a pesar de mis advertencias. En sus primeras guardias y jornadas comprendió que no me había quedado corto. Era para muchos el R1 más machacado de todo el hospital. Pero poco a poco la vocación lo mantuvo hasta el final.

Cuando no le quedaba mucho para acabar su residencia me soltó otra de sus preguntas con truco...”Jefe, ¿cómo voy a saber que soy un buen cirujano y voy a terminar de formarme?”. Otra vez dificultades para contestar a estas preguntas con

trampa...”Pues... pienso que saliendo del manto protector de tus antiguos adjuntos y del hospital completamente dotado... saliendo como hicimos otros y empezando a trabajar en un hospital donde no te conozcan y te den libertad” le dije.

Tomándome la palabra se fue a otro hospital muy alejado del sitio donde se había formado y ya lleva tres años y medio ejerciendo y nos vimos en el XXX Congreso Nacional de Cirugía. Me devuelve la respuesta a una pregunta antigua... - “Maestro, creo que ya sé lo que es un Cirujano General, lo que instintivamente me has transmitido” –“¿Ah sí?, le contesté”. – “Pues sí, ¡para mí es un Decatleta de la Medicina!”.

Le dije que pensaría sobre esta definición y le prometí esta Editorial sobre las diez pruebas que pienso que habría que superar para ser un Buen Cirujano o lo que él llamaría un auténtico “Cirujano Decatleta”:

Prueba número 1.- Ser un buen médico. El cirujano actual es un médico que debe adquirir una sólida formación científica y humana como corresponde a cualquier especialista. Los enfermos necesitan buenos médicos y el cirujano tiene que serlo.

Prueba número 2.- Tener y adquirir una gran habilidad manual. Aún hoy, en pleno Siglo XXI, la actividad quirúrgica es una actividad eminentemente manual. Por ello nuestros cirujanos deben demostrar unas cualidades idóneas para el trabajo manual y adiestrarse constantemente en ellas.

Prueba número 3.- Habilidad social. La cirugía de nuestro tiempo se ejerce mediante equipos. Estos equipos están integrados normalmente por especialistas quirúrgicos y no quirúrgicos que reúnen sus conocimientos para ponerlos en servicio del paciente y así mejorar sus resultados. Se acabaron los tiempos del cirujano solitario que, como si de un pistolero del Salvaje Oeste se tratara, enfrentaba la

enfermedad solo con su bisturí y su tesón. El cirujano actual debe saber colaborar y trabajar en equipo con oficio, humildad y pasión.

Prueba número 4.- Fortaleza y humildad. Las resistencias física y mental deben ser cultivadas por el buen cirujano. Sólo con una sana disciplina basada en la humildad, podrá hacer que el cansancio y la sensación de derrota no cambien su buen hacer y su forma de encarar la enfermedad. Debe ser fuerte pero a la vez ser humilde y ser consciente de sus limitaciones que, como todos, tendrá.

Prueba número 5.- Conocimiento del método científico y capacidad inventiva. La investigación científica rigurosa debe formar parte esencial en la actividad diaria de un cirujano de nuestro tiempo. Ejemplos previos han llevado a que la cirugía adquiera hoy día un importante prestigio científico que hace unas décadas no tenía. El cirujano que estudia e investiga sobre la fisiopatología de las enfermedades con las que diariamente se enfrenta, encuentra a menudo soluciones técnicas para la enfermedad, diferentes a la clásica intervención directa sobre la lesión. Son soluciones basadas en el conocimiento de las vías fisiopatológicas de la enfermedad que los cirujanos estudian y perfeccionan con su actividad diaria. Además debe intentar resolver continuamente incógnitas que se le plantean observando el curso evolutivo de sus pacientes, plantear hipótesis de cómo modificar su actuación para mejorarlo y ¿por qué no? tener capacidad inventiva para encontrar soluciones a los problemas con los que se encuentra en su quehacer diario, ya sean teóricos o prácticos. Esto nos lo han enseñado otros insignes cirujanos diseñando instrumentos y participando en la creación de nuevas tecnologías que deben ser evaluadas con rigor. También debe examinar de forma continua y crítica sus propios resultados buscando siempre mejorarlos y evitando la tentación de justificar los malos con excusas y la “suerte”.

Prueba número 6.- La transmisión del conocimiento. El cirujano actual debe tener la humildad y la entereza moral de admitir que él solo no puede resolverlo todo. Es preciso el trabajo en equipo y los especialistas con mayor experiencia deben transmitirla y enseñar a los que les rodean con generosidad y sin “temerlos” como contrincantes. Enseñando a los que nos rodean, y a los que viene por detrás (juniors, estudiantes, etc) se aumenta de forma exponencial el potencial de curación porque se expande. El cirujano “decatleta” debe ser capaz de enseñar a otros continuamente.

Prueba número 7.- El “Biólogo Intervencionista”. En esta prueba se engloban varios de los problemas que los cirujanos de los siglos XX y XXI han tenido que afrontar... volviendo sus miras a la biología básica para poder entender muchos fenómenos. En pleno siglo XXI, uno de los problemas que más angustia al cirujano sigue siendo la cirugía oncológica. El cirujano reseca todo lo que ve y, más frecuentemente de lo que sería deseable, la lesión reaparece o se extiende y lleva a la muerte a su enfermo a pesar de una cirugía etiquetable como “intachable”. El cirujano lucha aquí contra un “enemigo invisible” sin conocer las reglas del juego. No se puede explicar por qué unos enfermos fueron bien y otros mal. Revisando las publicaciones más vanguardistas, se piensa que la solución a este problema vendrá por el campo de los estudios genéticos y de biología molecular que nos explicarán por qué en nuestro organismo unas células enloquecen y tienden a destruir al individuo y cómo después pueden permanecer latentes y posteriormente enloquecer de nuevo. En definitiva, el cirujano lucha, junto con el resto de los investigadores, para conocer cómo destruir estas células malignas o, al menos, evitar que metastaticen en órganos vitales, porque pasada la primera fase de extirpación del tumor a él le gustaría quedar sólo como corrector de las secuelas o cicatrices que

estas lesiones dejarán. O incluso yendo más allá, le gustaría actuar solamente después de que otros abordajes hayan “inactivado” al tumor. Cuando uno escucha a algunos cirujanos hablar de la biología tumoral con conocimiento de causa, se da cuenta de que se encuentra ante verdaderos “biólogos intervencionistas”.

Relacionada íntimamente está la restitución de funciones perdidas mediante el trasplante de órganos y tejidos. La cirugía de la década de los 90 entró de lleno en lo que podíamos llamar la era del “recambio de órganos”. Las décadas de los 70 y los 80 vieron el despegue de las técnicas de trasplante de órganos, que hasta entonces estaban consideradas como técnicas experimentales. Con la aparición de la ciclosporina A y otros inmunosupresores, se mejoró extraordinariamente la supervivencia en el trasplante renal, hepático y pancreático y, el trasplante de órganos se convirtió en una realidad clínica que ha salvado miles de vidas. De hecho, en la actualidad, algunos de los retos más importantes son aumentar el tiempo de supervivencia de los órganos implantados y conseguir hacer realidad el sueño del xenotrasplante o la ingeniería de tejidos y órganos para permitir así la creación de auténticos bancos de órganos, lo que facilitaría una elección sosegada de su receptor y evitaría los problemas de los donantes y su disponibilidad.

En este mismo campo, los cirujanos de finales del siglo XX y principios del XXI también han participado de forma muy activa en la búsqueda de la reparación de diferentes lesiones mediante la aplicación de tecnologías basadas en terapias celulares (incluidas las células madre) formando parte protagonista de la conocida como Medicina Regenerativa.

Prueba número 8.- Capacidad tecnológica. Los cirujanos recién llegados ya son “nativos informáticos”, han crecido con la tecnología informática y no han tenido que adaptarse a ella como los más veteranos. Pero el progreso tecnológico les

marca nuevos retos poniendo constantemente en sus manos nuevos instrumentos para su trabajo. Algunas de las “herramientas” que ofrece la tecnología van a ayudar mucho en la labor quirúrgica y otras no serán más que extraordinarios diseños que pueden quedar en poco útiles. En los últimos años es continua la llegada de nuevas tecnologías y dispositivos que genera la industria y que el cirujano actual debe evaluar con rigor y seriedad y no dejarse llevar de forma involuntaria por la tan criticada hoy día “tecnocracia”. En este sentido la irrupción de la tecnología de la imagen y la robótica está permitiendo actualmente a los cirujanos operar con más precisión evitando temblores y maniobras inadecuadas. Incluso el cirujano que opera así ya no necesita estar “pegado” al enfermo para tratar sus enfermedades y ya no “toca” la lesión directamente con sus manos, con los cambios conceptuales y culturales que todo ello ha llevado y llevará aparejado. Pero nuevamente debemos prestar atención: el uso y el tiempo van poniendo a cada una de estas tecnologías en su lugar y el cirujano debe velar para que estos continuos cambios no perjudiquen a sus pacientes y sean asumibles por la sociedad actual.

Prueba número 9.- La superespecialización. Los cirujanos, que ya sufrieron un proceso de especialización hacia la mitad del siglo XX, asisten ahora a un nuevo proceso que podemos llamar de superespecialización. Los conocimientos científicos y las técnicas quirúrgicas sobre cada problema en particular crecen tan rápidamente que impiden que una sola persona esté en la vanguardia de todos los problemas; así, aparecen especialidades dentro de las especialidades. Este nuevo proceso de especialización tiene unas características distintas: los nuevos cirujanos no quieren abandonar el cuerpo de doctrina de donde proceden, ni olvidar los conocimientos básicos de su especialidad; aspiran a tener como área de interés preferente una pequeña parcela de la patología junto a todos los especialistas de cualquier área

interesados por ella. De hecho son multitud los artículos científicos que en los últimos años están demostrando lo que parecía de auténtico sentido común: siempre se obtienen mejores resultados cuando un determinado cirujano realiza con asiduidad una técnica que cuando la realiza ocasionalmente. En este sentido van ganando poco a poco su peso las distintas subespecialidades que ya llevan años reconocidas en otros países: Colorrectal, Hepatobiliopancreática, Esófago-gástrica, Endocrina, Obesidad, etc. Concomitantemente van surgiendo los centros de excelencia; los problemas infrecuentes y de difícil resolución, (en los que a lo largo de la vida profesional de un cirujano no podremos adquirir todos los cirujanos la experiencia necesaria) deben canalizarse hacia estas unidades que llegarían a tener una experiencia suficiente como para poder ofrecer los mejores resultados.

Prueba número 10.- El paciente. No por ser la última es la menos importante, si no la más relevante y más difícil. La profesión de cirujano tiene como núcleo de su actividad el hombre enfermo. De hecho todo el sistema sanitario con sus grandes instalaciones, estructuras, cirujanos y médicos debe estar dirigido a aliviar el sufrimiento humano y nunca a otros intereses (económicos, prestigio, etc). Todo, todo, debe estar supeditado al interés real del paciente. Es nuestra responsabilidad última no desviarnos de este objetivo final y nos dejarnos deslumbrar por otros intereses. Con frecuencia los avatares normales de las relaciones humanas nos pueden hacer perder el foco, por ese motivo esta es la última y la primera prueba, la que faculta al todo o de nada habría servido superar las otras 9 pruebas de este particular Decatlón.

Así pues, pensamos que solo si se lucha por superar las 10 pruebas se llegará a ser un Buen Cirujano, ¡un auténtico Cirujano Decatleta!