

Actitudes de los cirujanos hacia sus pacientes. Cambios experimentados después de haber sobrellevado una operación de cirugía mayor

Surgeons' attitudes towards their patients. Changes after going through self major surgery

Carlos H. Spector, Mario R. Cherjovsky y Livia García Labandal

Práctica privada **RESUMEN**

Correspondencia:
carlos.spector@gmail.
com

Antecedentes: Debido a la relativa falta de humanidad en el comportamiento de muchos cirujanos percibida por una parte de los enfermos, los autores de este trabajo infirieron que aquellos cirujanos que trascurrieron como pacientes por una operación de cirugía mayor mejoraron sus actitudes hacia sus nuevos enfermos después de reanudar el ejercicio profesional.

Objetivo: Evaluar si esta presunción es correcta y en caso de serla, promover y estimular la enseñanza del profesionalismo médico especialmente durante las rotaciones del ciclo clínico y las residencias.

Lugar de aplicación: Práctica en hospitales públicos y privados por miembros de la Asociación Argentina de Cirugía

Diseño: Retrospectivo observacional

Población: Muestra de 42 médicos en actividad de diferentes especialidades quirúrgicas, con edades de entre 37 y 76 años que sobrellevaron operaciones de cirugía mayor. Todos ellos retornaron al ejercicio de la cirugía.

Método: encuesta semiestructurada.

Resultados: 15 sujetos refirieron haber mantenido sus actitudes previas, en tanto los 27 restantes informaron sobre cambios ocurridos: 12 de ellos fueron implicaciones subjetivas y los otros 15 cirujanos percibieron cambios actitudinales y procedimentales en la relación médico-paciente.

Conclusión: La mayoría de los cirujanos de la muestra analizada percibió que después de sobrellevar una operación de cirugía mayor cambió o mejoró las actitudes hacia sus pacientes

■ **Palabras clave:** *humanidad de los cirujanos, profesionalismo, cirujano como paciente*

ABSTRACT

Background: Due to the relatively lack of a humane attitude in the behavior of many surgeons perceived by part of the patients, the authors of this paper assumed that those surgeons who underwent themselves major surgery, improved their attitudes towards their new patients after returning to their professional activity.

Objective: To evaluate if the former presumption is correct. If it is correct, to promote and to stimulate the teaching of medical professionalism especially during undergraduate clinical training periods and medical residencies.

Setting: Practice in public and private hospitals by members of the Asociación Argentina de Cirugía

Design: retrospective observational study

Population: a sample of 42 active physicians of different surgical specialties, between 37 and 76 years of age, who underwent major surgical operations. All of them returned to their surgical practice.

Method: semi structured survey

Results: 15 subjects maintained their former attitudes, while the remainder 27 subjects reported changes. In 12 subjects, changes have been subjective implications. The other 15 surgeons perceived attitudinal and procedural changes in the doctor-patient relationship.

Conclusion: Most surgeons of the analyzed sample perceived that after going themselves through a major surgical procedure they have changed and improved their attitudes towards their patients.

■ **Keywords:** *surgeons, humane attitude, professionalism, surgeon as a patient*

Recibido el
12 de agosto de 2013
Aceptado el
18 de febrero de 2014

leído en la Academia Argentina de Cirugía el 12 de junio de 2013

Introducción

Los atributos de un buen cirujano son los conocimientos, habilidades y destrezas específicos, por una parte, y las actitudes para con sus pacientes, por la otra; mediante estas últimas se ponen en juego los valores de los que está dotado; el conjunto conforma la competencia.

Las actitudes asociadas con el profesionalismo son los comportamientos, influidos por valores de honestidad, respeto, justicia, lealtad, responsabilidad, tolerancia, compromiso, empatía, altruismo, fiabilidad, calidez, confidencialidad y toda otra exaltación de la condición humana. Dice Jaume Padrós i Selma:¹⁷ "Nadie puede convertirse en un profesional sin disponer de un corpus de conocimientos específicos y un grado de experiencia suficiente, pero asentados sobre una base que tiene que ver con la persona, su actitud y su madurez psicológica, ya que es todo este conjunto el que define y cualifica al profesional".

La jerarquización del profesionalismo entre las competencias de los egresados de todas las carreras de medicina y ciencias de la salud es uno de los objetivos de los cambios curriculares, lo cual lleva necesariamente a la integración del profesionalismo en las competencias de los docentes.

En forma progresiva, la práctica de la cirugía está condicionada por la medicina gerenciada. Existen cirujanos que solamente se ocupan del paciente durante la operación, lo cual es un verdadero divorcio entre el acto médico artesanal y la humanidad que necesariamente debe acompañarlo. Este fundamental ingrediente resulta muy necesario para muchos de los pacientes, quienes requieren un vínculo personal con los cirujanos en los cuales confiaron. Pero también esa relación humana es imprescindible para aquellos cirujanos que sienten el ejercicio de la cirugía como su concreción vocacional por la medicina.

La práctica habitual de la profesión produce muchas veces la focalización casi exclusiva en la operación y en el entorno inmediato, con desatención de otros componentes tales como las gestiones administrativas, la firma del consentimiento, los trámites de admisión hospitalaria, la recepción por enfermería, la visita preoperatoria, el traslado a la planta de quirófanos, el retorno a la habitación, las visitas posoperatorias, el tratamiento de los síntomas, y la información a familiares, entre otros. Si bien todos estos integrantes de la actividad quirúrgica suelen ser desafortunadamente focos de atención secundarios para el cirujano, adquieren para el paciente especial relevancia.

Los autores de este trabajo presumen que es probable que un cirujano que haya debido sobrellevar una intervención quirúrgica considere importantes a partir de entonces muchos hechos y circunstancias cuyo valor antes como profesional asistencial subestimaba, desestimaba o simplemente ignoraba. También creen probable que a partir de esa experiencia algunos

modifiquen su visión del comportamiento profesional y se involucren en varios aspectos vinculados con las actitudes más que con la técnica. Se apoyan en observaciones del desempeño de algunos colegas y en el recuerdo de episodios en los cuales han sido protagonistas, ya sea como actores o como destinatarios de comportamientos de los médicos que alguna vez los asistieron cuando fueron pacientes y que por su modo de actuar les provocaron disgusto. Sobre esa hipótesis se ha sustentado esta investigación, en especial para saber en qué medida esta presunción es cierta.

Material y métodos

Se realizó una encuesta anónima. Los criterios de inclusión fueron: a) cirujanos de cualquier especialidad quirúrgica, edad y sexo, b) haber sobrellevado una intervención de cirugía mayor o de alta complejidad y c) haberse reintegrado al ejercicio activo de la cirugía después de superado su posoperatorio.

La distribución de formularios impresos durante el Congreso Argentino de Cirugía concluyó con apenas 6 respuestas. Mejores resultados se lograron mediante la distribución del mismo texto a través de correo electrónico, siendo su remitente una sociedad científica y no los autores, a los efectos de mantener la confidencialidad y a que se presumió que, de este modo, se transmitía la seguridad de que no se develaba la identidad del encuestado.

Debido a que no existía un instrumento validado, podría considerarse el presente como una prueba piloto. La encuesta consiste en un cuestionario semiestructurado con preguntas o proposiciones como "leo y explico personalmente el consentimiento médico-terapéutico antes de que el paciente lo firme", entre otras. Las respuestas tienen tres opciones: 1) sí, 2) no, 3) lo hago ahora igual que lo hacía antes de haber sido yo operado. Con estas y otras preguntas de similar tenor se pretendió inducir al encuestado a escribir un texto libre al final del formulario, el cual se tomó en cuenta como dato principal para elaborar los resultados: se pide al cirujano que resuma, si corresponde, de qué modo ha cambiado su actitud frente a los pacientes que operó luego de haber sufrido él mismo una intervención quirúrgica. También se pregunta por complicaciones que pudieran haberle ocurrido y si hubo secuelas, y además se interroga sobre si fue víctima de error en medicina o de cualquier problema vinculado con la seguridad del paciente.

Resultados

Se obtuvieron 42 respuestas de 36 hombres y 5 mujeres (Fig. 1). Las edades oscilaron entre 37 y 76 años (Fig. 2). Todos estaban en ejercicio de la profesión al momento de ser operados y se reintegraron a la acti-

vidad quirúrgica una vez superado el posoperatorio. Las operaciones de alta complejidad fueron 13 y 29 las mayores. Hubo complicaciones en 8 oportunidades, todas ellas se superaron y solamente en 1 caso persistieron secuelas significativas. Se refirieron 2 casos de eventos adversos: 1 atribuido a error en medicina por fallas del factor humano, consistente en una inadecuada posición del paciente en mesa de operaciones, lo cual derivó en una neuropatía prolongada, y el otro a diagnóstico equivocado y en consecuencia a procedimiento terapéutico erróneo.

Percibieron un cambio de actitud (Fig. 3) hacia sus pacientes 27 (64%) cirujanos, no así los otros 15 (36%).

El análisis de contenido² de lo informado por los cirujanos en las encuestas (Fig. 4) indica la presencia de cambios en 27 sujetos; los que refieren modificaciones en la implicación subjetiva son 12 sujetos que representan el 28% de los casos; 15 sujetos que representan el 36% de los casos consignan cambios objetivos procedimentales y actitudinales en la relación médico-paciente, y no se hace referencia a cambios en 15 sujetos que representan el 36% de los cirujanos encuestados.

Ejemplos de respuestas representativas de cambios en la implicación subjetiva:

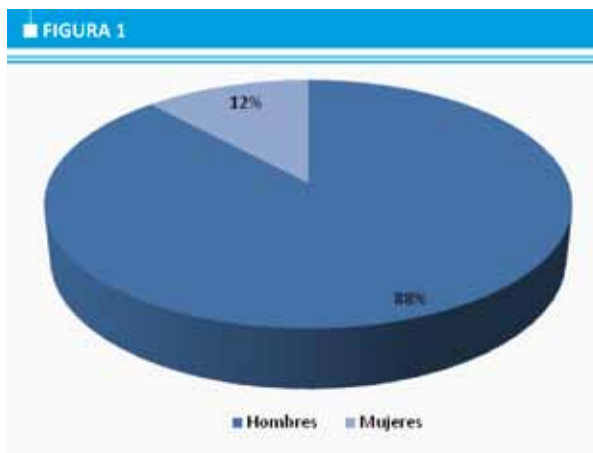
- “Comprendo las molestias causadas por excederme en pedidos de estudios que podrían obviarse”.
- “Tengo una mejor comprensión de ‘la vida’”.
- “No hay duda de que la experiencia extrema me ha traído más sabiduría”.
- “Manifiesto mayor sensibilidad frente al paciente y a la familia”.
- “Entiendo más y mejor qué es el dolor posoperatorio”.
- “Entiendo las situaciones especiales de cada paciente”.

Ejemplos de cambios objetivos procedimentales y actitudinales en la relación médico-paciente:

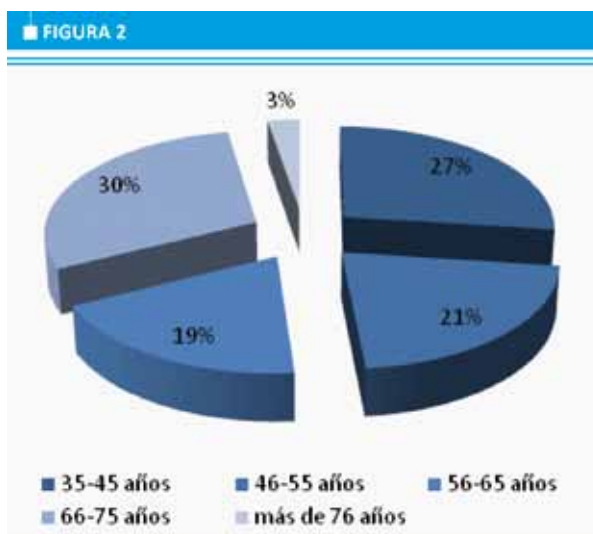
- “Me ocupo más de tratar el dolor mediante la prescripción de medicamentos”.
- “Me detengo más en contener al paciente en el preoperatorio”.
- “Les explico las posibles complicaciones cuando antes no lo hacía”.
- “Atiendo a las molestias que pueden ocasionarle las sondas”.
- “Me ocupo de que las relaciones personales estén colmadas de humanismo”.
- “Soy más celoso en la vigilancia de los controles de enfermería”.

Discusión

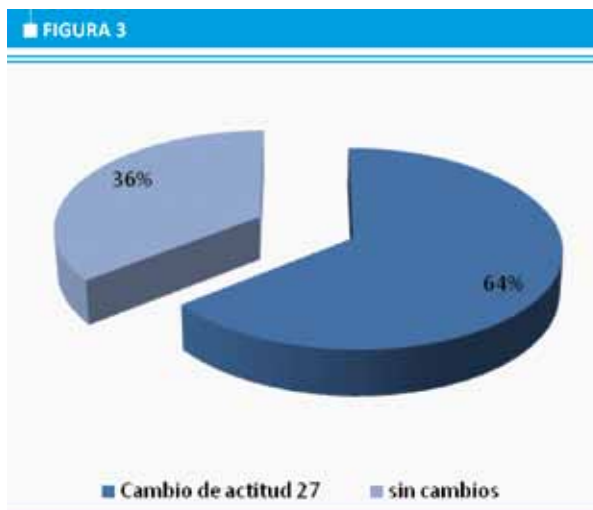
La literatura médica fue exhaustivamente revisada. Se hallaron referencias a diferentes aspectos relacionados con la enfermedad de los médicos y sus



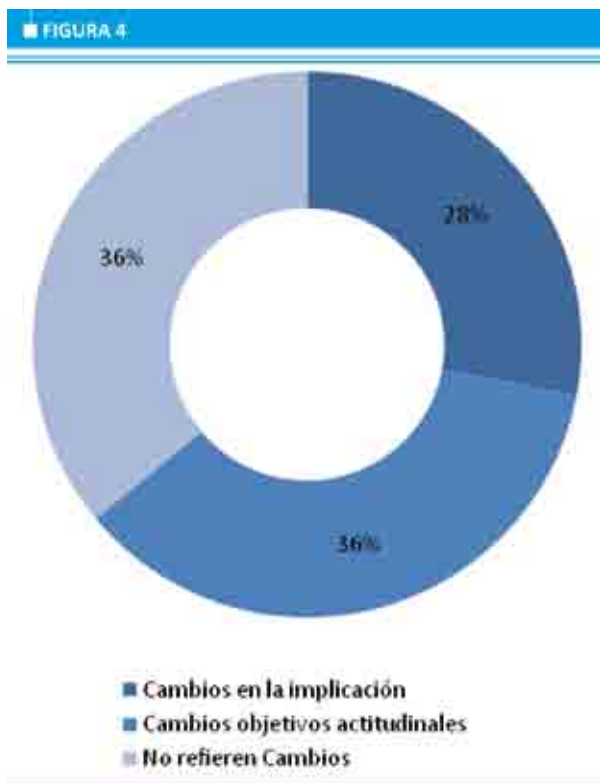
Género



Edad



Modificaciones declaradas en las actitudes hacia los pacientes



Referencia a cambios en la implicación subjetiva y objetivos actitudinales

cambios de actitudes y espiritualidad cuando enferman,^{6,9,13,18} pero muy pocas sobre el tema que nos propusimos investigar.

La literatura general, especialmente la novelada, es pródiga en ejemplos de personas enfermas y médicos que los tratan. También existen relatos de enfermos que en la vida real eran pacientes, médicos y escritores a la vez.¹⁴ Además se ha escrito sobre el comportamiento de los médicos cuando enferman, así como las estrategias para tratarlos,⁷ y se explican las razones por las cuales la situación se diferencia de la de otro paciente que carece de conocimientos específicos y que –aunque los averiguara– no estaría en condiciones de una interpretación adecuada. Thibault²¹ se pregunta por qué razón el médico como paciente no es un tema obligatorio en las facultades de medicina. Sostiene que, si bien un médico no necesita padecer una enfermedad para conocer todos sus componentes, esta situación aguza su percepción y le permite adquirir una comprensión más profunda de la diferencia entre dar y recibir. Jovell¹⁰ opina que los médicos enfermos tienen la oportunidad única de conocer qué se siente y cómo se percibe la enfermedad a ambos lados de la bata blanca y que esa situación los califica para mejorar la calidad humana de la atención de sus pacientes. Cebriá Abreu⁵ cita las palabras de Confucio: no hay mejor médico que aquel que ha estado enfermo. El cardiólogo

belga R. Kremer¹⁴ relata sus vivencias cuando debió sobrellevar una angioplastia y luego cirugía coronaria. Manifiesta creer sinceramente que una enfermedad puede representar un beneficioso ejercicio de educación de posgrado para un médico. En su caso, desde que trascurrió por ella, escucha más los padecimientos que le transmiten sus pacientes y que antes le parecían triviales y sin relación con el diagnóstico, comprende más el estrés de los pacientes y la ansiedad de los familiares, conoce lo doloroso de la postergación de una operación, de las palabras inapropiadas, los consuelos estereotipados y las consultas excesivamente breves. Comprende los problemas derivados de la internación hospitalaria, entre ellos los ruidos en los pasillos, las visitas cansadoras, la voz muy débil como para pedir asistencia y hasta el timbre que parece imposible de alcanzar.

Ingstad y cols⁸ afirman que la confrontación del médico con una enfermedad lo hacen el protagonista de ciertas creencias arraigadas en los demás, tales como las siguientes: el médico nunca se enferma, debe demostrar una rápida recuperación, si se enfermara debería ser “un buen paciente”. Los autores mencionados ilustran su trabajo con los relatos de tres médicos enfermos tomados de entre 88 casos estudiados mediante una encuesta realizada a 1200 miembros de la Asociación Médica Noruega. De especial interés a los efectos de nuestra investigación es el relato de una de las encuestadas que, al superar su enfermedad, retornó al ejercicio profesional. Respondió haber modificado el modo de ver a sus pacientes respecto de como lo hacía anteriormente: se hizo más comprensiva de las situaciones ajenas, pero a la vez confortada por observar casos más difíciles que los de ella. Tres de los médicos enfermos se sintieron fortificados como profesionales después de superar el proceso, debido tanto a una mejor comprensión del sufrimiento de otros como por reconocer, por ejemplo, la necesidad de ser más cuidadoso al realizar diferentes maniobras. Kirsch¹¹ relata su experiencia como paciente de cirugía ambulatoria. Había recibido las mismas instrucciones que él indicaba a sus pacientes. Refiere el trato desagradable e impersonal en el curso de la admisión, la inadecuada vista preoperatoria por parte del anestésista y el egreso hospitalario antes de la recuperación anestésica completa. Opina que los médicos, especialmente aquellos que no transcurrieron por una internación, pueden estar habituados a las indignidades rutinarias de la vida hospitalaria, que incluye privación de sueño, asalto intravenoso e inadecuada privacidad. Menciona que en algunas escuelas de medicina, los estudiantes practican varios procedimientos menores entre ellos, lo cual les ayuda a entender lo que se siente como paciente.

Loayssa Lara¹⁶ sostiene que “la dimensión emocional de la enfermedad puede ser desconocida para los médicos y constituir un terreno en el que se sienten incompetentes e inseguros y que, por lo tanto, pretenden evitar. El cómo va a vivir en primera perso-

na la enfermedad partiendo de ese precedente es una cuestión abierta que depende de quién va a realizar un acompañamiento profesional de su padecimiento y cómo lo va a hacer”.

Debido a que todos los autores de este trabajo estamos dedicados a la docencia y gestión universitarias, hemos puesto especial atención sobre aspectos vinculados con la educación médica. Sabemos que es una verdad incontrastable que se aprende de la experiencia en todos los órdenes de la vida, pero nos preguntamos si es imprescindible haber sobrellevado los avatares de una operación para ser un cirujano bueno, o tal vez al decir de De Santibáñez “el mejor cirujano”. Esta calificación puede asignarse a quien tiene actitudes encomiables sustentadas sobre valores humanos positivos. La actitud del cirujano es la forma de desempeñarse, su comunicación oral y gestual, y las reacciones puestas en juego para llevar a cabo las acciones profesionales vinculadas con el acto quirúrgico. Está condicionada por valores personales, experiencia y el modo de comportamiento. Por ello, tiene un componente cognitivo (percepciones y conceptos), uno afectivo (sentimiento favorable o desfavorable hacia el objeto o la acción) y otro conductual (modo de actuar).

Los valores son las creencias y cualidades estimables que nos llevan a cultivar y enriquecer la dignidad y a perfeccionar nuestra naturaleza humana y como consecuencia a evitar acciones perjudiciales para la persona y sus semejantes.

Las actitudes se enseñan mediante la modelización de roles durante la actividad habitual del docente o tutor,¹² ya sea en carrera de grado a través de los trabajos prácticos del ciclo clínico, o en posgrado durante las residencias. Las humanidades se pueden enseñar mediante narrativa o medios visuales. Refieren Bertman y cols.³ que en la semana introductoria del curso de cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts se llevaba a cabo una sesión de 2 horas durante las cuales se proyectaban videos de entre 2 y 6 minutos provenientes de fuentes dramáticas y documentales, así como de la interacción entre un residente y un paciente simulado, todo ello en relación con enfermedades neoplásicas o situaciones extremas con peligro de vida. Ese material era luego debatido con la coordinación de un cirujano y un profesor de humanidades no médico. Los autores estudiaron las respuestas a una encuesta a los estudiantes y de los resultados concluyeron que este módulo docente se encuentra entre los componentes más útiles y valiosos del currículo. En nuestro plan de estudios, existen contenidos actitudinales y procedimentales en las asignaturas Ética, Psicología médica y Comunicación, tratados en el entorno del aula mediante el empleo de clases dialogadas y medicina narrativa, método considerado de utilidad para la enseñanza.²² Por ejemplo, se debate la producción cinematográfica *The Doctor*, que en castellano lleva el título *Una esperanza de vida*. Quienes la vieron recuerdan el personaje del cardiocirujano soberbio,

en apariencia seguro, muy dedicado a sus tareas, que cuando enferma de cáncer de laringe decide asistirse en el mismo hospital donde se desempeña como profesional. Cuando sufre el trato burocrático, impersonal y reglamentario que se le dispensa como paciente, se siente víctima de un sistema perverso que le resulta difícil tolerar. Sobre la base de este argumento, al finalizar la proyección, los alumnos debaten sobre la posición del médico enfermo y pero especialmente sobre cómo debería ser el trato personal, desde luego mucho más humano que el que se observa, para acompañar al padeciente a superar la angustia que le provoca la enfermedad. El mismo material educativo ha sido empleado por la Cátedra de Comunicación de la Universidad de Sevilla, y las enriquecedoras opiniones de los alumnos se publicaron en Internet.⁴

Tajer²⁰ refiere que la Universidad de Columbia ha desarrollado una maestría en Medicina narrativa, la cual se orienta a enseñar habilidades para la lectura, escritura reflexiva, interpretación de las narrativas de enfermedad y las bases filosóficas para el desarrollo de una relación empática entre clínicos y pacientes.

Stephenson y cols.¹⁹ sugieren enseñar el desarrollo profesional durante las carreras de grado a través de informar sobre los orígenes del profesionalismo, destacar la importancia de los valores, actitudes y comportamientos, practicar modelización de roles a partir de la actuación de los docentes, trabajo en equipo y el acento puesto en la diversidad y los aspectos culturales de la práctica médica.

Los autores de este trabajo se preguntan en qué medida pueden enseñarse los valores a personas adultas ya formadas en una cultura con influencias religiosas, familiares, escolares, del medio de donde provienen y otros tantos componentes muchas veces imperceptibles. No caben dudas de que se puede enseñar ética o religión por transmisión de conceptos, historia, dogmas, rituales y normativas. Pero ¿puede enseñarse la fe? Desde luego este interrogante podría ser tema de debate, como lo es la enseñanza de valores, los cuales en última instancia son también creencias.

Pensamos que se puede enseñar qué son los valores para la cultura de nuestro medio. Por ello los hemos incluido como asignatura en el plan de estudios de uno de los posgrados de nuestra universidad y los que están en proceso de autorización oficial para su funcionamiento. Pero no podemos asegurar en qué medida ha de influir después de la graduación sobre las actitudes de quienes cursan.

Las habilidades comunicacionales son componentes importantes de la mayoría de los actos médicos, porque inciden significativamente en la satisfacción del paciente. Ruiz Moral¹⁸ refiere el caso de un paciente que refirió: “un cirujano me dijo antes de la operación que tenía una probabilidad de morir del 5%, podía haberme dicho en cambio que tenía un 95% de probabilidades de vivir”. El profesional en cuestión era cirujano desde hacía más de 30 años y nunca se había planteado

cómo daba esa información a los pacientes y la enorme carga emotiva de hacerlo de una forma y el alivio relativo de hacerlo de la otra.

Levinson y cols.¹⁵ pretendieron establecer una medida del vínculo entre médico y paciente a partir de la relación entre atributos de la consulta y demandas por mala praxis. Grabaron las consultas realizadas a 59 médicos clínicos de atención primaria y 65 cirujanos generales y ortopedistas. Definieron como cualidades favorables las siguientes: la adecuada explicación, reírse, uso oportuno del humor, comprobación de que se haya comprendido lo expresado y duración de la entrevista. Pudieron de este modo establecer factores predictivos de demandas judiciales sobre la base de ausencia o endeblez de esos atributos. Esta relación no pudo comprobarse para los cirujanos de quienes, según los autores, se espera que sea un experto y no que se dedique a continencia afectiva. Ambady y cols.¹ estudiaron la influencia del tono de voz de los cirujanos en sus comunicaciones con los pacientes en relación con el grado de satisfacción que sienten estos últimos con especial referencia a los aspectos interpersonales de la atención, para lo cual emplearon como indicador la frecuencia de las demandas judiciales.

Mediante nuestra investigación se pretendió explorar si actitudes, habilidades comunicacionales y aplicación de valores positivos son percibidos como mejorables por parte de los cirujanos y si la concreción de tal objetivo los complace. Los resultados revelan que muchos cirujanos no percibían adecuadamente que sus actitudes frente a los pacientes podrían ser mejores hasta experimentar ellos los padecimientos agregados a los de la enfermedad, cuando se encontraron en la condición de pacientes quirúrgicos.

Tal vez nuestra tarea como cirujanos y docentes, sea preocuparnos más por la enseñanza en valores,

sin por ello descuidar los conocimientos, las habilidades y las destrezas, aunque nos preguntamos si enseñar equivale a aprender, o, dicho de otro modo, tenemos dudas de lograr siempre éxito en el intento.

Reconocemos como debilidad de este trabajo el hecho de que, como fue comentado antes, el instrumento de encuesta no está validado, por lo cual lo consideramos un estudio piloto. Otra debilidad es el número reducido de integrantes de la muestra. Sin embargo, no es extenso el universo de cirujanos que hayan transcurrido por una operación de magnitud y se reintegraron luego a la práctica quirúrgica, por lo cual en términos relativos podríamos estimar que las cifras son significativas a los efectos pretendidos. Además, por las percepciones de diferentes autores volcadas en la literatura, podríamos inferir que los resultados son representativos² o, al menos, muestran cierta tendencia.

Conclusión y comentario

La mayoría de los cirujanos de la muestra analizada percibió que, después de haber sobrellevado una intervención quirúrgica de cierta magnitud y sufrido en estas circunstancias vivencias desagradables, sus actitudes en relación con los pacientes mejoraron, al evitarles en lo posible aquellos padecimientos que tienen mayor relación con una deficiente calidad de atención que con la enfermedad en sí.

Aun cuando los autores no comprobaron los efectos de la educación médica en valores y en comunicación, creen que es el camino para concientizar a los alumnos de grado y a los graduados sobre las carencias del ejercicio asistencial percibidas por los pacientes y propender de este modo a la humanización de una medicina cada vez más tecnológica.

1. Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Le-

Referencias bibliográficas

- vinson W. Surgical outcomes research. Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*. 2002;132:5-9.
- Bardin L. Análisis de contenido. Barcelona: Akal; 2002.
- Bertman SL, Wertheimer MD, Wheeler HB. Humanities in surgery, a life threatening situation: communicating the diagnosis. *Death Studies*. 1986; 10:5:431-9. <http://dx.doi.org/10.1080/07481188608252641>
- Bonal Pitz P, Campa Valera F, Aguayo Maldonado J, Moreno Fdez (eds.). Habilidades de comunicación en medicina. "The Doctor" Alumnos de la Asignatura Medicina Familiar y comunitaria de la Facultad de Medicina de Sevilla. <http://habilidadescomunicacion-medicina.blogspot.com.ar/>
- Cebrià Andreu J. ¿Son los médicos de familia buenos pacientes? *Jano Extra*. 2004; 46:12-6.
- Doctutor.es El reto del Mes: El que un médico haya sido paciente ¿nos hace mejores clínicos y docentes? <http://www.doctutor.es/2012/02/14/el-reto-del-mes-el-que-un-medico-haya-sido-paciente-%C2%BFnos-hace-mejores-clinicos-y-docentes/> 14 de febrero de 2012.
- Domeyer-Klenske A, Rosenbaum M. When Doctor Becomes Patient: Challenges and Strategies in Caring for Physician-Patients. *Fam Med*. 2012; 44(7):471-7.
- Ingstad B, Vigdis MC. Encounters with illness: the perspective of the sick doctor. *Anthropology and Medicine*. 2001;8:201-10.
- Jones NL. Doctors as patients. *Can Respir J*. 2001;8:11.
- Jovell AJ. El médico como paciente. Los médicos también lloran. *Jano Extra*. 2004; 66:30-2.
- Kirsch M. Doctor-Patient Relationship. When a Doctor Is a Patient. *Am J Gastroenterol*. 1996; 91:1300 (Editorial).
- Kleinman A. The art of medicine. The divided self, hidden values, and moral sensibility in medicine. *The Lancet*. 2011; 377:804-5.
- Klitzman RL, Daya S. Challenges and changes in spirituality among doctors who become patients. *Soc Sci Med*. 2005; 61:2396-406.
- Krémer R. The sick doctor: the spayer sprayed. *Acta Cardiol*. 2006; 61:651-7.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly PH, Dull VD, Frankel RM. Physician-Patient Communication. The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. *JAMA*. 1997; 277: 553-9.
- Loayssa Lara JR. La experiencia de enfermar en el médico: peligros, dificultades y riesgos sub(in)conscientes. *doctutor*. 2012 <http://www.doctutor.es/2012/05/03/la-experiencia-de-enfermar-en-el-medico-peligros-dificultades-y-riesgos-subinsconscientes-de-jose-ramon-loayssa-lara/>
- Padrós y Selma J. El médico enfermo. *Humanitas, humanidades médicas*. 2009; 41:15-28.
- Ruiz Moral R. La experiencia de enfermedad en el médico y sus im-

- plicaciones. doctutor. 2012 <http://www.doctutor.es/2012/05/03/la-experiencia-de-enfermedad-en-el-medico-y-sus-implicaciones-en-la-practica-y-en-la-ensenanza-opiniones-tras-las-experiencias-de-roger-ruiz-moral/>
19. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *The Lancet*. 2001; 357:867-70.
20. Tajer C. La formación cultural y humana del médico. Una propuesta práctica ¿Estamos entrenados humana y técnicamente para construir una relación médico-paciente? *Revista SAC*. 09-01-12 <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=73791>
21. Thibault M. Le médecin malade. *Encyclopédie de L'Agora*. http://agora.qc.ca/documents/medecin--le_medecin_malade_par_maurice_thibault
22. Tortolo M. Medicina narrativa: las historias que cuenta la medicina. Entrevista a la Dra. Rita Charon en Nueva York. <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=69837>

ANEXO 1

RESULTADOS ANALÍTICOS DE LA ENCUESTA:42

Hombres: 37

Mujeres: 5

Edades: 72, 60, 63, 53, 55, 55, 44, 53, 38, 35, 76, 53, 39, 49, 72, 57, 49, 69, 70, 61, 37, 75, 69, 69, 65, 70, 65, 42, 34, 69, 35, 58, 74, 50, 72, 56, 37, 39 –

Todos estaban en ejercicio activo de la profesión

Todos se reintegraron al ejercicio activo de la cirugía una vez superado el posoperatorio

Magnitud de la cirugía

Alta complejidad: 13

Mayor: 28

Hubo complicaciones en 8, todas ellas se superaron y solamente en 1 caso persistieron secuelas significativas.

Dos casos de evento adverso: 1 atribuido a error en medicina por fallas del factor humano, consistente en una inadecuada posición del paciente en mesa de operaciones, lo cual derivó en una neuropatía prolongada, y 1 a diagnóstico equivocado y, en consecuencia, a procedimiento equivocado.

Percibieron un cambio de actitud hacia sus pacientes 27 cirujanos, no así los otros 15.

Descripción de los cambios (textual): Me ocupó más de tratar el dolor mediante la prescripción de medicamentos. Me detengo más en contener al paciente en el preoperatorio. Les explico las posibles complicaciones cuando antes no lo hacía. Comprendo las molestias causadas por excederme en pedidos de estudios que podrían obviarse. Atiendo a las molestias que pueden ocasionarle las sondas. Me ocupó de que las relaciones personales estén colmadas de humanismo. Soy más celoso en la vigilancia de los controles de enfermería. Manejo mejor la ansiedad posoperatoria de mis pacientes. Dedico más tiempo a las visitas posoperatorias. Propendo a acortar los períodos de espera. Dedico especial atención a la realimentación posoperatoria que antes subestimaba. He podido desterrar la soberbia propia del cirujano. Respeto ahora la decisión individual del enfermo. Tengo una mejor comprensión de “la vida”. Soy más tolerante cuando el paciente me refiere sus molestias. Ahora evito el incumplimiento de mis horarios. Exagero los controles sin ser obsesivo. Manifiesto mayor sensibilidad frente al paciente y a la familia. Desde entonces no tomo más con pinzas la piel cuando fijo los campos. No empleo telas adhesivas sobre el vello cutáneo. Tomo más precauciones al retirar drenajes. Explico exhaustivamente “todo” al paciente y a los familiares. Cuido que el paciente no sufra frío durante su permanencia en quirófanos y su traslado dentro de la institución. Entiendo más y mejor qué es el dolor posoperatorio. Entiendo las situaciones especiales de cada paciente. Me preocupo más por el transoperatorio. Atiendo al bienestar del paciente. No hay duda de que la experiencia extrema me ha traído más sabiduría. Me resultan más fáciles de describir al paciente las sensaciones posoperatorias por haberlas vivido personalmente; mayor comprensión de los síntomas y sensaciones que refiere el paciente.

ANEXO 2

FORMULARIO DE ENCUESTA

¿Cambia la actitud del cirujano ante sus enfermos (*solidaridad, tolerancia, compromiso, empatía, altruismo*) después haber sobrellevado (él mismo) una intervención quirúrgica de magnitud?

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Encuesta **anónima** con patrocinio universitario a médicos cirujanos de cualquier especialidad quirúrgica que **hubieran sido operados** por cualquier patología, **pero tanto la enfermedad causal como la intervención quirúrgica debieron haber tenido magnitud significativa.**

1) Edad...

V M

2) ¿Estaba en ejercicio activo de la cirugía cuando fue operado?

Sí No

3) ¿Reinició el ejercicio activo de la cirugía luego de haber transcurrido el período posoperatorio?

Sí No (*si la respuesta es NO, la encuesta queda invalidada*)

4) ¿Cómo calificaría la operación que le fue realizada, según su magnitud?

Mayor Alta complejidad

5) ¿Hubo complicaciones posoperatorias?

Sí No

6) En caso de que las haya habido, ¿se superaron?

Sí No

7) En caso de haberlas superado ¿persistieron secuelas?

Sí No

Subrayar o destacar entre los siguientes eventos desfavorables posoperatorios, de haber ocurrido:

dolor prolongado, parálisis neuromuscular, fístulas, hemorragias, eventración-evisceración, disnea, cuadros oclusivos intestinales, psicológicos, otros (mencionar) _____

8) ¿Ha sido Ud. víctima de un error en medicina o de un evento vinculado con la seguridad del paciente?

Sí No

9) En caso de que lo hubiera sido, indique a cuál de los siguientes factores puede ser atribuido:

a) humano de profesional o auxiliar de la medicina,

b) circunstancias: organizacional, del establecimiento asistencial (edilicio, transporte de paciente, pérdida de muestras, etc.). Se le solicita un breve relato del evento.

10) ¿Percibió algún cambio de actitud en su relación humana o personal con los pacientes que asistió después de reiniciar su práctica quirúrgica?

Sí No

- 11) Antes de ser operado, ¿daba Ud. su número de teléfono celular a sus pacientes de consultorio?
Sí No Se lo da ahora Sí No
- 12) ¿Se ha hecho más comprensivo con el sufrimiento de sus pacientes después de haber sido Ud. operado?
Sí Mis sentimientos son ahora igual que antes
- 13) ¿Se ha hecho más tolerante ante actitudes de pacientes o familiares, las cuales antes de ser Ud. paciente quirúrgico le molestaban o lo impacientaban?
Sí No
- 14) ¿Cambió su actitud con sus nuevos pacientes durante las visitas posoperatorias en algunos de los siguientes aspectos?
Señale en cuáles sí (si no señala es que no hubo cambios) :
a) dedico más tiempo,
b) converso sentado con pacientes y familiares cuando antes lo hacía de pie,
c) explico las recetas de alta y las indicaciones escritas cuando antes no lo hacía,
d) no delego sistemáticamente en asistentes u otros colegas controles posoperatorios cuando antes lo hacía,
e) hago concesiones cuando antes no lo hacía (por ejemplo, postergo el egreso por razones personales importantes en el sentir del paciente, aunque no haya estrictas razones médicas que justifiquen prolongar la internación).
- 15) Introduzco en mis visitas temas de conversación distintos de los específicamente relacionados con la enfermedad y la operación, cuando antes no lo hacía.
Sí No Lo hago tanto ahora como lo hacía antes
- 16) Acepto conversaciones que se refieran a temas personales o familiares míos no estrictamente vinculados con mi quehacer médico (mi familia, mis *hobbies*, mis deportes, mis vacaciones, mi esparcimiento, mis lecturas), cuando antes no lo hacía.
Sí No Lo hago tanto ahora como lo hacía antes
- 17) Llamo por teléfono al paciente después del alta cuando antes no lo hacía.
Sí No Lo hago tanto ahora como lo hacía antes
- 18) Leo y explico el consentimiento médico-terapéutico informado al paciente, cuando antes dejaba que ese consentimiento lo firmara el paciente delante de un empleado administrativo.
Sí No Lo hago tanto ahora como lo hacía antes
- 19) Si el posoperatorio transcurre en Terapia, informo la evolución personalmente a los familiares, cuando antes lo dejaba a cargo del médico de planta o de guardia de la unidad.
Sí No Ahora igual que antes
- 20) ¿Cambió su profesionalismo luego de haber sobrellevado una intervención quirúrgica de magnitud como paciente?
*Las actitudes asociadas con el **profesionalismo** son honestidad, respeto por los demás, justicia, lealtad, responsabilidad, solidaridad, tolerancia, compromiso, empatía, altruismo, fiabilidad, calidez, honor, integridad, trato "humano", confidencialidad y toda otra exaltación de los valores humanos que junto con la aplicación de los conocimientos, habilidades y destrezas conforman el ejercicio de la medicina asistencial. En suma, es el encuentro de una confianza (del paciente) con una conciencia (la del médico cirujano que el paciente eligió).*
Sí No Ahora igual que antes

21) Relate brevemente en qué aspectos del ejercicio de la especialidad quirúrgica que ejerce percibió los cambios, luego de haber reiniciado la cirugía cuando superó el posoperatorio de la intervención que debió sobrellevar.
