

Reflexiones sobre la formación del cirujano torácico

Reflections on the training of a thoracic surgeon

Hugo Esteva

Profesor Titular de
Cirugía (UBA)
Exjefe de División
Cirugía Torácica Hospital
de Clínicas (UBA)

e-mail: hesteva@
intramed.net

Cuando, en 1994, la Dirección de Docencia e Investigación del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires aprobó la creación de la Residencia en Cirugía Torácica –primera de su tipo en nuestro país– no hizo sino dar forma administrativa al modo de enseñanza de la especialidad que veníamos llevando a cabo en la División de Cirugía Torácica del Hospital de Clínicas desde años atrás. Poco después, con la creación de la carrera de Especialista en Cirugía Torácica de nuestra Facultad de Medicina, debimos agregar un año de entrenamiento académico a los dos iniciales, tiempo que entendíamos suficiente para alcanzar los objetivos trazados en la formación de un cirujano torácico clásico, no cardiovascular, después de haber aprobado una residencia completa de Cirugía General.

Sin por esto negar importancia a la organización administrativa de la tarea docente, no es describir esos aspectos formales lo que alienta estas líneas. Pretendo, en cambio, transmitir cuáles han sido mis observaciones y puntos de vista cuantitativos y cualitativos durante los años en que estuve al frente de tan agradable tarea. La invitación de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT) para referirme al tema durante su IX Congreso (Medellín, 2014) ha dado origen a estas reflexiones, que deben entenderse como tales y no atendidas a la formalidad de un trabajo científico corriente.

Por su parte, el enunciado del programa de la Residencia de Cirugía Torácica que llevamos a cabo entre 1994 y 2011 está a disposición de quienes quieran solicitármelo.

Selección de los candidatos

Cuando el Prof. Dr. Nicholas P. Rossi de la Iowa University Hospitals and Clinics inició su generoso prólogo a nuestro libro *Complicaciones de la Cirugía Torácica*¹ con la frase “La cirugía es un arte que se actúa”, no dejó de sorprenderme. De hecho, tuve que reflexionar bastante para ir captando su significado completo y, como ante todas las observaciones profundas, voy a encontrarme pensando en ella más de una vez todavía. Y así me pasó al considerar a los candidatos a quienes uno selecciona como residentes: en efecto, van a tener que ser “actores”. No bastará con que conozcan la letra; tendrán que tener el carácter para representarla, para llevarla a cabo. Y si bien ese carácter se irá forjando a lo largo de su formación, hay una base que debe ser detectada desde el inicio.

La tarea no es sencilla ni puede depender del criterio individual. Pero, como en la primera oportunidad nos equivocamos y no pudimos promover a uno de nuestros educandos al cabo de su primer año, poco resultará todo el énfasis que se ponga en una selección precisa. Lo contrario da lugar a situaciones muy dolorosas para ambas partes.

Entre nosotros, los requisitos para evaluar por el conjunto de los médicos del equipo han sido:

- a) Residencia completa de Cirugía General (considerando las diferencias de calidad de los distintos lugares de procedencia).
- b) Currículum vitae.
- c) Presentación de un caso clínico elegido entre los enfermos internados en el momento de la prueba, el mismo para todos los postulantes.
- d) Lectura y explicación de un artículo científico sobre cirugía escrito en inglés, el mismo para todos los postulantes.
- e) Redacción breve sobre un tema de carácter general.

Los dos últimos ítems fueron agregados en sucesivas oportunidades a raíz de haber tenido candidatos con puntajes muy similares según los tres an-

Recibido el
11 de agosto de 2015
Aceptado el
20 de octubre de 2015

teriores. En una, la redacción acerca de las virtudes y defectos de su residencia previa en Cirugía General permitió diferenciar con precisión los caracteres de dos postulantes muy parejos.

Este proceso es de seriedad extrema. No solo el equipo evalúa al postulante a través de él, sino también el Servicio es evaluado por el postulante y ayuda a su decisión de elegirlo.

En nuestra División hemos admitido un residente cada dos años. La razón para esto fue siempre la cantidad de operaciones que es posible ofrecer en un hospital que solo funciona de manera completa durante las mañanas. El residente que cursa el tercer año, casi exclusivamente académico, colabora con su sucesor. Cuando en una oportunidad se redujo la oferta de operaciones a raíz de una larga sucesión de conflictos gremiales del personal universitario, nos hicimos responsables de prolongar un año más la formación del residente, manteniéndole su beca.

Educación, entrenamiento y evaluación

Como por definición implica el concepto de residencia, la nuestra constituyó una forma de otorgar responsabilidad progresiva y supervisada al educando, tanto en la práctica clínica como en la quirúrgica. Las operaciones fueron siempre ayudadas por un médico de planta, incluido con mucha frecuencia el Jefe de Servicio, y solo se autorizaron intervenciones de pequeña o mediana envergadura (colocación de drenajes pleurales, traqueostomías) llevadas a cabo exclusivamente por el residente a medida que fue demostrando poder desempeñarse sin otra colaboración.

Sin realizar guardias activas, que en nuestro hospital estuvieron siempre a cargo de los residentes de Cirugía General, el residente de Cirugía Torácica debió permanecer de guardia pasiva siempre, de modo de concurrir a colaborar con cada caso de la especialidad que pudiera presentarse en la urgencia.

Desde el comienzo de su formación supo que se constituía en eje del Servicio y se mantuvo en permanente comunicación con el jefe. Creo que las llamadas telefónicas para comunicar novedades pueden ser, si se les presta debida atención y se las emplea como herramienta docente, tan eficaces como las revistas de sala para ayudar al educando a pensar y a resolver.

Practicamos una educación "tridimensional" de los residentes. Esto es, actividades clínicas, endoscópicas y quirúrgicas. Solo quien tenga esa visión completa de la patología torácica puede comprenderla y manejarla adecuadamente; de ahí las carencias de algunos especialistas que estrechan su mirada dirigiéndola exclusivamente a una parte. Por lo demás, la indicación y la confección adecuada de los tratamientos quirúrgicos solo pueden llevarse a cabo conociendo y habiendo realizado por mano propia las demás evaluaciones y terapias, de modo

de estimar con precisión sus alcances y sus límites.

La evaluación de la capacidad del residente se hace día a día. Pero, además, hemos realizado reuniones semestrales de todos los miembros del equipo médico para calificar según pautas preestablecidas los conocimientos y las habilidades, pero también el modo de relacionarse con colegas, subordinados y pacientes. Además, la actitud y el carácter. Esto último dio lugar, en una oportunidad, a que no promoviésemos a su segundo año a un residente que demostró no tener la personalidad adecuada para desempeñarse como cirujano, a pesar de contar con otras buenas cualidades humanas y profesionales. Una decisión así, siempre difícil y siempre delicada de tomar, es responsabilidad ineludible del director de un programa y como tal la he asumido.

Oferta cuantitativa

Un Servicio que quiera formar especialistas debe estar en condiciones de ofrecer a los educandos un número básico de operaciones. En primer lugar, hay que estar dispuestos a que, en la gran mayoría de los casos, tienen que ser ellos quienes actúen como cirujanos y los médicos de planta quienes los ayuden. La actitud del que ayuda debe ser en esos casos la de un docente: no puede ni mantenerse pasivo ni "apoderarse" de la intervención.

Hemos publicado las cifras pormenorizadas de las intervenciones realizadas por residentes de ambos sexos formados en nuestra División de Cirugía Torácica entre 1996 y 2006². La actividad se desarrolló en similares términos hasta 2012, año en que dejé el Servicio por jubilación. El número total de operaciones medianas y mayores en que participó cada uno como cirujano osciló entre 100 y 150. Cada uno realizó, además, entre 50 y 100 broncoscopias diagnósticas y terapéuticas (flexibles y rígidas). En su primer año alcanzaron las cifras requeridas por la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica para acreditar la especialidad. Al cabo de los dos años las habían superado en un 50 a 100%, según los casos.

Paralelamente, todos aprobaron el Curso Anual de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica, iniciaron su Carrera Docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, participaron en la presentación y publicación de por lo menos dos trabajos científicos y, en general, visitaron Servicios de Cirugía Torácica en el exterior del país.

Nunca he insistido en la preparación de clases teóricas. Sí, en cambio, en la presentación y discusión de casos en diversos Ateneos, habitualmente interdisciplinarios, apoyados bibliográficamente. Además, creo que la planificación de casos en las reuniones de equipo y su seguimiento en las diarias revistas de sala con el Jefe de División tienden mucho más a una correcta formación teórico-práctica, basada en los enfermos, que

ningún academicismo vacío al que nuestro medio es cada vez más propenso.

Es necesario, entonces, un justo equilibrio cualitativo y cuantitativo en la actividad de un Servicio que pretenda incursionar en una pedagogía que, en nuestra materia, no puede tener entidad sino junto al enfermo. Por eso, el criterio del futuro especialista solo puede ir formándose realmente según las oportunidades que tenga de observar los aciertos y errores de sus docentes. Y esto, que parecería obvio, solo se logra cuando esos docentes tienen suficiente generosidad y honradez para mostrarlos sin disimulo. Únicamente así, para que se cumpla la expresión que aprendimos de nuestro maestro Mario Brea, fundador de las residencias en la Argentina, acerca de que la ética en Medicina empieza por la capacitación.

Ahora bien, tampoco es la cantidad el parámetro mayor para juzgar el aprendizaje. En su momento pude demostrar con cifras cuánto vale una breve indicación de un verdadero docente. En mi caso, bastó observar una vez a Donald C. Zavala realizar una biopsia transbronquial broncofibroscópica y escuchar sus observaciones, para aumentar mi capacidad de obtener parénquima pulmonar a través de ella de un 46 a un 61%³.

Sobre la situación actual

Se ha hecho frecuente oír que hoy los residentes no tienen la disponibilidad de otras épocas. Creo que, para evaluarlo con justeza, es preciso tener en cuenta que el contexto en el que se educan es distinto del que vivimos quienes lo hicimos hace casi medio siglo.

Por un lado, la presión judicial sobre la Medicina y, en particular, el acecho sobre la eventual mala praxis en Cirugía se han hecho moneda corriente y, aunque teóricamente no responsables, los educandos de posgrado se ven frecuentemente involucrados en esas situaciones. Por otro, el "paternalismo" médico denostado por la cultura anglosajona ha dejado –por ausencia– un grave vacío en la relación médico-enfermo, que aleja al profesional del afecto por su paciente y mina la necesaria empatía. Si a la abundancia de complejas explicaciones dadas y preocupantes consentimientos pedidos a pacientes a quienes habitualmente se les requiere tomar decisiones en un terreno que desconocen, se suman las dificultades de comunicación provenientes de la deficitaria educación preuniversitaria entre quienes tratan de reemplazarlos por incomprensibles expresiones de una jerga profesional plagada de siglas y neologismos, el resultado es el aislamiento. Y ese aislamiento entre médicos y enfermos suele ser, para ambas partes, desalentador. No puede extrañar, entonces, que buen número de jóvenes en formación mantengan con sus pacientes una fría distancia que tiende a reducir la disponibilidad y aun la vocación. De un modo u otro, el enfermo percibe el conflicto y lo sufre.

El auge de la cirugía asistida por video trae nuevas exigencias a la enseñanza. Por una parte, los más jóvenes habrán "nacido" con estas técnicas y, por consiguiente, correrán con esa ventaja inicial respecto de quienes debimos adoptarlas cuando ya estábamos entrenados en cirugía abierta. Pero, por otra, los programas de formación deberán preocuparse de proveer un número suficiente de casos de cirugía abierta porque es en las situaciones más difíciles y a veces más dramáticas cuando se requiere tal práctica. Para saber cuándo y cómo convertir, cuándo y cómo extirpar un tumor central complejo, se necesita haberlo visto hacer y hacerlo habitualmente. De lo contrario, se corre el riesgo de que el cirujano del futuro ignore cómo resolver accidentes o, lo grave que ya se está viendo, evite operar enfermos que pueden beneficiarse con la cirugía para no arriesgarse ante lesiones de difícil extirpación. Vinculado con esto, los educadores tendrán que empeñarse por desarrollar la capacidad palpatoria de sus discípulos, ya que se trata de un sentido que puede y debe reemplazar a la vista con frecuencia y ventaja, imposible de entrenar a través de la videotoracoscopia.

Más allá

La profusión de literatura médica tiene sus virtudes pero también sus riesgos. El más grave es el de la educación "científica" dogmática basada en ella y no en la realidad. Alejados de la frialdad de los protocolos y sin escudarse en "evidencias" que no siempre tenemos oportunidad de comprobar, los cirujanos debemos preocuparnos por que nuestros discípulos sepan confrontar lo que leen con la realidad de sus enfermos. Tienen –como solía decirles– que hacerse devotos de santo Tomás, el del Evangelio, aquel que no creyó hasta meter su mano en la herida del costado de Cristo resucitado.

Solo logrando esa síntesis teórico-práctica van a conseguir lo que pretendía Alejandro Posadas, el sobresaliente cirujano que, inaugurando la Cirugía Torácica argentina, operó por primera vez en nuestra historia quistes hidatídicos de pulmón con "pleura libre" en 1896: "...operador es cualesquiera, pues la habilidad se adquiere y hasta el gallego del anfiteatro sabe operar..." "Cirujano no es cualquiera, requiere estudiar mucho y no concibo a ciertos cirujanos que van a operar aceptando el diagnóstico e indicaciones que le han hecho los médicos. El cirujano debe saber hacer diagnóstico. Debe saber Medicina"⁴.

Porque solo ese conocimiento sólido y fundado en la realidad puede permitirle librarse de otros riesgos propios del modo actual de ejercer la profesión. Entre ellos, el de la medicina "gerenciada" por ajenos a nuestras necesidades y conocimientos, pero también el de la medicina del "marketing" que fomentan los medios de comunicación. Y, especialmente, del hábito de la mediocridad al que invita la crónica falta de recursos para la salud en nuestros países sudamericanos.

Enseñar cirugía es, entonces, descubrir caracteres y fomentarlos para actuar en un medio que reclama ilimitadamente “derechos”, pero exige extremos deberes a quien elige una profesión caracterizada por la responsabilidad. A pesar de la enemistad de ese medio, el cirujano debe dejarse enajenar por sus enfermos aun en los límites de la prudencia, sin abstenerse de influir y aconsejar, ajeno al subterfugio de favorecer la falsa “autonomía” que solo unos pocos pacientes están en condiciones de ejercer. Actuará así sin mucho más interés que el de poder descubrir en los ojos de sus prójimos un agradecimiento que difícilmente conozcan los que se dedican a otras disciplinas.

Quien pretenda formar cirujanos tendrá entonces la obligación de no desalentar al que reúna las condiciones para emprender una gran carrera. Pero

quien además sea capaz de impulsarla con el ejemplo podrá esperar el reconocimiento al docente implícito en la frase del rabí cautivo a su discípulo: “Hijo mío, más de lo que el ternero quiere mamar, quiere la vaca darle de mamar”⁵. Y, en similar consonancia con el concepto de la educación como necesidad básica, la memoria que el héroe de Roncesvalles, moribundo, dedicó a su mentor: “Yacía ahí, bajo un pino, el conde Rolando. Empezó a recordar muchas cosas de todos los países que había conquistado, y de la dulce Francia, y de los hombres de su raza, y de su señor Carlomagno, que lo había nutrido”⁶.

Porque, en latín, nutrir es *alere*. Y esa es la raíz de *alumni*, discípulos. De allí viene la idea de llamar a la Universidad como *alma mater*, madre nutriente.

Mucho de eso está implícito en la enseñanza de la cirugía.

Referencias bibliográficas

1. Esteva H y cols. Complicaciones de la Cirugía Torácica. Buenos Aires: EDUCA; 2003. p. 19.
2. Esteva H. The way I teach Thoracic Surgery. 14th World Congress for Bronchology. Bologna: Medimond International Proceedings; 2006. p. 23.
3. Esteva H y cols. Manual de Broncofibroscopia. Buenos Aires: Interamericana; 1985. p. 208.
4. Magnanini N. El doctor Alejandro Posadas en la intimidad. L J Rosso. Buenos Aires 1940, p 26
5. Keele CA, Neil E. Samson Wright's Applied Physiology. London: Oxford University Press; 1961. p. 1.
6. Sáenz A. La caballería. Buenos Aires: Gladius; 1991. p. 67.