

El ejercicio de la cirugía gineco-obstétrica a fines del siglo XX y a principios del XXI

Tte. Cor. M.C. Ret. Raúl Fernández Doblado

Para tratar el complejo problema que representa el ejercicio de la medicina a fines de este siglo y el principio del que va a comenzar, tomé la decisión de compartir con ustedes algunas ideas y reflexiones que en mí han suscitado las nuevas tendencias quirúrgicas que, bien empleadas, probablemente rebasan nuestra capacidad de imaginación en sus posibles aplicaciones y en sus potenciales beneficios.

Por ejemplo; el asunto relativo al uso apropiado de procedimientos endoscópicos miniinvasivos en el campo de la cirugía general y ginecológica, ha motivado infinidad de pláticas, conferencias, congresos, comunicaciones científicas incontables y han proliferado cursos y demostraciones.

Hay muchas expectativas, tenemos muchas esperanzas y existen perspectivas reales de cambios y ya está y continuará siendo transformada la conducta quirúrgica en ginecología y cirugía general, pero es menester proceder con cautela.

Las modificaciones pueden o no ser convenientes y es importante cuidar que no haya excesos, abusos y malos usos que conducen al fracaso y la pérdida de credibilidad en este prometedor y fascinante campo de la cirugía miniinvasiva.

No podemos y no debemos olvidar que las modificaciones favorables y permanentes se consiguen habitualmente caminando lenta, gradual y progresivamente. Hay que cuidarse de lamentables y dolorosos apresuramientos.

No obstante que es contagioso e innegable el interés despertado por estas nuevas técnicas, es evidente que si examinamos los hechos con objetividad, encontramos entusiasmos excesivos, muchas controversias e interrogantes en espera de respuestas.

En términos generales, puede decirse que hay insuficiencia en los estudios programados con anticipación, que las casuísticas a menudo son escasas y no aptas para seguimientos prolongados y que faltan en nuestra patria tratamientos estadísticos. A menudo contemplamos, con razonable escepticismo, estudios retrospectivos y relatos anecdóticos que menguan su valor científico.

Muy compleja es y será la necesidad de transformar el sistema educativo para residentes ya activos en cirugía y ginecología, a fin de instruirlos, informarlos, capacitarlos en adquirir habilidades, en certificarlos e implementar medidas —y esto es indispensable!— que impidan abusos y verdaderos asaltos en el aparato genital femenino, por irresponsables buscadores de prioridades y que yo he atestiguado.

Tengo la impresión de que hay infortunadamente algunos médicos que están más interesados en los instrumentos y en la adquisición de habilidades manuales que en el estudio de las indicaciones: en sus reales beneficios, así como en el estudio de sus potenciales riesgos y peligros. ¡Esto es lamentable!

Sospecho —y otros conmigo también— que hay más complicaciones que las dadas a conocer, que hay ocultamientos y que se han minimizado riesgos y complicaciones.

Hay por supuesto reales, indiscutibles y evidentes beneficios ¡qué duda cabe! pero insisto en que hay excesos, negligencias punibles y deplorables irresponsabilidades. Faltan reglas por establecer y exigencias y deberes por cumplir. Ginecólogos y cirujanos audaces aprovechan las circunstancias y vulneran impunemente la salud y la vida de los enfermos.

Cabe preguntar: 1.- ¿Qué juicio les merece a ustedes que permanezca tres semanas en terapia intensiva y una semana más en terapia intermedia una mujer sometida a histerectomía vaginal con asistencia laparoscópica, luego de ocho horas de intervención operatoria? 2.- ¿Es justo que para corregir un cuadro doloroso pélvico, de origen incierto, se lastimen los uréteres como consecuencia del corte de los nervios uterosacros, cuando es modesto y a menudo transitorio el beneficio esperado del procedimiento? 3.- ¿No es censurable y reprochable la conducta inética del médico que induce a las personas a pensar que el útero fue retirado «a través de tres insignificantes hoyitos abdominales» cuando en realidad la exéresis había planeado llevarse a cabo por vía vaginal, con asistencia laparoscópica? La lista de fraudes y engaños es interminable.

Convendrán ustedes conmigo que cuando aparece un nuevo adelanto en la medicina casi invariablemente surgen dos corrientes de opinión. En una vertiente se encuentran los inmaduros que acogen con inusitado entusiasmo todas las innovaciones, no hallan limitaciones en las indicaciones y sólo tienen palabras para elogiar los beneficios y extraordinarios resultados que apoyan casi siempre en datos estadísticos personales, de autenticidad incierta o discutible. Para ellos, las complicaciones tienen porcentajes despreciables, de insignificante cuantía y se muestran extrañados cuando alguien menciona riesgos y fracasos que otros han apreciado, pero ellos no. Reclaman cambios urgentes y totales porque todo lo anterior es obsoleto.

En la otra vertiente igualmente indeseable se halla la oposición, se trata de grupos médicos que rechazan y repudian radicalmente las innovaciones, impugnan con vigor sus indicaciones y beneficios y advierten en voz alta sus peligros, además de contemplar a estos procedimientos como fuente infinita de complicaciones y desventuras. Les enfada la ligereza y la superficialidad con que se pronuncian, digámos por ejemplo, los laparoscopistas de nueva onda.

Pienso que la actitud ideal consiste probablemente en adoptar, como postura deseable, la que se encuentra en medio de ambas corrientes y que está representada por grupos médicos que asumen actitudes ponderadas, prudentes y equilibradas: son galenos que cumplen con la grata obligación de transformarse en estudiantes permanentes del progreso, acostumbran enterarse y leer con detenimiento las comunicaciones científicas, reflexionan, meditan y juzgan con estricto rigor científico los resultados de las indicaciones, los riesgos y los beneficios, apartan por supuesto el relato anecdótico y enfocan con realismo las perspectivas, las bondades e inocuidades y buscan invariablemente, como prioridad insoslayable, la obtención del máximo bienestar de los enfermos mediante la individualización terapéutica.

Precipitaciones e imprudencias han sido fuente repetida de frustraciones y decepciones en nuestro ejercicio profesional y vale la pena recordar enseñanzas y lecciones provechosas adquiridas por no haberse cumplido los logros extraordinarios prometidos con el uso de técnicas insuficientemente evaluadas y aceptadas prematuramente. Solamente daré un ejemplo: hace cosa de cuatro décadas se introdujo, se aceptó y fue usado extensamente el llamado «monitoreo electrónico fetal»; se nos dijo que la interpretación apropiada del registro simultáneo de los latidos cardíacos fetales y de las contracciones uterinas nos proporcionarían gráficas útiles para poder identificar fenómenos de hipoxia fetal subclínica, no demostrables por otros procedimientos y que de su utilización inteligente podríamos esperar: en primer lugar: el abatimiento de la mortalidad perinatal por hipoxia intrapartum y en segundo lugar: disminución muy significativa de los cuadros de parálisis cerebral. Los hospitales fueron urgidos por los médicos (por que las expectativas nos entusiasmaban) y se adquirió la costosa tecnología, con renovaciones periódicas del equipo para estar al día. Pues bien, transcurrieron los años y en ese lapso comenzaron a aparecer informes médicos inquietantes cuyos resultados demostraban incumplimiento de las promesas y frustración de expectativas. En efecto, la mortalidad por hipoxia no disminuyó y ha permanecido incambiable hasta la fecha la frecuencia de parálisis cerebral en niños nacidos a término. En rigor, se ha encontrado que los resultados no son mejores que los obtenidos con el empleo de los métodos tradicionales de auscultación periódica, aplicados a intervalos convencionales en el primer y segundo período del parto. Pero ocurrió algo más: la mayor parte de las comunicaciones médicas coincidían en que había aumentado de manera muy importante y deplorable la fre-

cuencia de las operaciones cesáreas, como consecuencia de interpretaciones inapropiadas y equívocas de trazos supuestamente indicativos de sufrimiento fetal (que no eran) dando origen a terapéuticas indeseables.

¿Qué sucedió? nos preguntamos los médicos. Pues les transmito sintetizada la opinión del doctor Quennan, editor de la revista más leída por los gineco-tocólogos estadounidenses y de otros países también y que podrían aplicarse — y esto es lo interesante — como enseñanza provechosa de las innovaciones laparoscópicas, si no actuamos con prudencia. Pues bien, dice Quennan: «nos apresuramos y aceptamos prematuramente un método cuyos propósitos y resultados no fueron evaluados con oportunidad y estricto rigor científico y hemos tardado más de 40 años para ubicar el monitoreo en su discreto sitio y concederle su limitada utilidad, tenemos que aceptar nuestro grave error y desear que estas cosas no se repitan». En ese lapso hemos aprendido, además, que en el complejo origen de la parálisis cerebral, los fenómenos de hipoxia encefálica explican no más del 8 a 10 por ciento de sus causas. En rigor, la mayor parte de los cuadros de parálisis cerebral son idiopáticos y tienen su origen en un cerebro previamente defectuoso, como hace algo más de 100 años ya lo había anticipado Sigmund Freud.

La enseñanza para llevar a casa, radica en no volver a caer en la equivocación, consistente en aceptar supuestos beneficios y ausencia de riesgos al no haber evaluado la evidencia con estudios prospectivos, a largo plazo y en grupos significativos.

Otra cosa, a veces, en momentos de meditación, me planteo interrogantes como la siguiente, ¿por qué, en México, a menudo sucede que los adelantos reconocidos internacionalmente suscitan entusiasmos iniciales y justificados entre nosotros pero no se materializan y los logros no se cumplen? quién sabe, pero así ocurre. Les daré un ejemplo y hay muchos. Grandes expectativas y entusiasmos despertó en Mexicali, hace ya muchos años, con motivo de un congreso de Ginecología, la posibilidad de abatir la frecuencia y mortalidad del cáncer cervicouterino mediante el uso apropiado del Papanicolaou y la interpretación experta e inteligente de la imagen obtenida por colposcopia. Con fascinación contemplamos en el congreso los hallazgos mostrados por expertos en la zona de transformación del cuello uterino explorada en casos de Papanicolaou sospechoso. Con entusiasmo veíamos con claridad las zonas blanquecinas, los mosaicos, el puntilleo hemorrágico, la tersura de la superficie, la distancia intercapilar, el tono y opacidad epitelial y los límites de la lesión. Se acuñaron inclusive sentencias sensatas, por ejemplo: ningún cono cervical será autorizado sin evaluación previa, mediante colposcopia, del significado de citologías anormales.

En aquel entonces casi todos los asistentes salieron pensando en adquirir su colposcopio y llevarlo al consultorio. Las cosas sin embargo no eran tan sencillas. Había que recibir entrenamiento por largo tiempo, aproximadamente por dos años bajo supervisión experta. Acostumbrados mu-

chos médicos a obtener máximos beneficios con el mínimo de esfuerzo, cundió la decepción y proliferaron los improvisados que tanto mal han hecho.

Pues bien, luego de casi cinco décadas permanece muy alta la frecuencia de cáncer cervicouterino: incontables son las enfermas que ingresan a los hospitales institucionales en etapas avanzadas e incurables y se mantiene esta neoplasia como la causa más importante de muerte por malignidad en la mujer mexicana. Infortunadamente, estimados colegas, cifras bajas de mortalidad por esta neoplasia solamente se encuentran en el discurso elocuente de intelectuales tramposos que proporcionan datos ficticios fabricados en unión de otros estrategias de salón en nuestra patria, ¡burócratas auténticos!

Intentar explicar los complejos mecanismos que han intervenido en el fracaso de tan importante problema de salud pública no es mi intención. Acaso suscitar reflexiones y solamente agregaré que en los países subdesarrollados, con porcentajes altísimos de analfabetas reales y funcionales y calificados como país de reprobados: la ausencia de orden, disciplina, educación, sentido de responsabilidad y la deshonestidad reinante, etc. permiten que pululen gentes auto-calificadas como expertos y cuyas deficiencias y temeridades originan graves perjuicios a la salud y han contribuido al desprestigio, al escepticismo y a la pérdida de la credibilidad en los hombres y en las instituciones.

Por otra parte, en los países desarrollados se establecen normas y reglas para el desempeño responsable, honorable y honesto de la actividad profesional y si hay incumplimiento de promesas se investiga el fraude, se procura la sanción y pocos permanecen impunes.

Compañeros Médicos Cirujanos: ¡tenemos la ineludible obligación, todos los mexicanos, de cambiar este estado de cosas y contribuir al resurgimiento nacional de nuestros verdaderos valores!

Procuremos en el ejercicio de nuestra envidiable profesión no apresurarnos, no exaltar bondades y beneficios prematuramente y aguardemos a que las indicaciones se precisen con base en el resultado de estudios prospectivos, es decir, programados con anticipación y cuyos resultados han sido debidamente valorados.

Hay que hacer buen uso de los recursos y adelantos disponibles, impugnar deficiencias, insuficiencias e interpretaciones injustificadas y hechas con malicia, sin dejar de estar conscientes, por supuesto, de nuestras limitaciones como humanos y las inherentes al ejercicio de una ciencia en constante desarrollo y con conceptos cambiantes, todo ello con miras a impedir la repetición de costosos errores y derribar los obstáculos que han limitado nuestro progreso acelerado.

A propósito de la laparoscopia, les diré la opinión de Nezham. La cirugía laparoscópica no se aprende en los fines de semana, ni con las personas que en los congresos representan a las casas comerciales, se «requiere cuando menos de 4 a 7 años de entrenamiento y experiencia y deben familiarizarse y saber superar las complicaciones cuya frecuencia ha sido subestimada.»

Pues bien, a medida que la experiencia se amplía y aparecen nuevos instrumentos, como el engrapador lineal y se ensanchan las indicaciones, también se multiplican informes que comunican lesiones y complicaciones trans y postoperatorias. La ejecución apropiada de esta notable tecnología, que llegó para quedarse, requiere de excelente juicio clínico, conocimientos apropiados de anatomía y adherencia estricta a los principios de la cirugía tradicional e ideal.

Me parece conveniente referirme con brevedad, ahora que las relaciones médico-paciente se encuentran tan quebrantadas, a ese intercambio de derechos y de obligaciones entre el médico y el enfermo, designado como «información consentida» o como ustedes quieran llamarla y cuyo cumplimiento espontáneo es eludido por la mayoría de los galenos.

Explicado en forma sencilla, éste consiste en que con anterioridad al tratamiento médico, pero en particular el quirúrgico, el enfermo tiene el derecho y el médico contrae la obligación de informarle de la naturaleza de sus padecimientos, justificar la indicación propuesta, así como los propósitos perseguidos, dándole a conocer las alternativas (si las hay), que incluyen el consultar una segunda opinión. Conviene advertirle de las posibles complicaciones y la necesidad de cambiar la estrategia terapéutica ante hallazgos inesperados o contingencias insuperables. La información debe proporcionarse por escrito (excepto en emergencias) usando términos sencillos, accesibles y asegurándose de su debida comprensión y entendimiento. En la actualidad, los malos resultados no esperados y no anticipados así como el trato despótico e inatento han sido el principal motivo para demandar al médico por ejercicio inapropiado de la medicina. Lo primero que los abogados quieren saber (esto en el vecino país del norte) es si la contingencia o complicación era prevenible y si su posibilidad fue anticipada y la conducta del médico (que incluye la aceptación del error) se ajustó a la práctica razonable, honesta y responsable de su profesión; los enfermos resienten el trato despectivo, inatento y el engaño que incluye la subestimación del riesgo y la promesa de logros inaceptables en el ejercicio profesional.

En el vecino país del norte la ausencia de información es considerada como negligencia e irresponsabilidad y sienta las bases para que la querella tenga éxito.

Elaborar este documento de información aceptada implica conocimiento (que es nuestra obligación poseer) y tiempo (que debemos procurar) así como dedicación (que no debemos rehuir) y los médicos capaces y honestos deben encontrar grata la tarea de cumplirla y de dar respuesta a las interrogantes planteadas por el enfermo y sus familiares.

Mis queridos compañeros; no subestimemos riesgos, no exageremos beneficios, no prometamos infalibilidad o perfección en los resultados, pero sí el cumplimiento de nuestra tarea. Seamos atentos, respetuosos, responsables y honestos y transformaremos en «un elefante blanco» a las co-

misiones burocráticas inventadas por Savonarolas del petate que nos pretenden tratar como «prestadores y usuarios de servicios» a médicos y pacientes respectivamente.

De nosotros depende el futuro, porque si enfocamos con perspectiva realista el ejercicio de la medicina en nuestra patria, no obstante la mejoría dependiente de la seguridad social y otros organismos gubernamentales, tenemos que aceptar que para millones de mexicanos la impartición de la medicina tiene todavía cuatro características: es insuficiente, deficiente, inequitativa y deshumanizada. Y esto hay que enmendarlo. Tenemos y podemos mejorar y dejar de ser un país de flaca memoria, rápidos festejos y aplausos prematuros. Tenemos que combatir entusiasmos injustificados que conducen a funestas indicaciones, (como la exéresis de fibromas asintomáticos, la resección de nervios uterosacros indiscriminada, además de otras indicaciones de utilidad incierta, discutible y no libre de riesgos).

Cabe preguntar ¿es honesto que un cirujano laparoscopista inmaduro use cifras porcentuales obtenidas por expertos y virtuosos galenos extranjeros para justificar y convencer de las bondades de sus proposiciones terapéuticas? ¿cómo cuánto tiempo transcurrirá para que ginecólogos nacionales puedan proporcionar datos confiables de la evaluación de los resultados que han obtenido en grupos numerosos, con seguimientos prolongados? ¿a quién corresponde financiar tan costosa tecnología? ¿en qué magnitud aumentarán los costos de la atención médica? ¿tenemos en México bases sólidas para llevar a cabo un proceso de transformación educativa orientada a preparar laparoscopistas en cantidad y con deseable calidad?

Por lo pronto las instituciones hospitalarias deben impedir la actuación de personas no habilitadas y no capacitadas en esta prometedora nueva disciplina, y es su ineludible obligación establecer normas y exigencias que deben cumplir y satisfacer los médicos honestos y responsables.

No es suficiente asistir a cursos y congresos y recibir diplomas que certifiquen asistencia pero no capacidad. Asistencia y competencia no son sinónimos. Ojalá quede bien entendido.

Termino ya, y desprendo como conclusión personal de esta exposición incompleta lo siguiente: Nos hallamos ante el umbral de un nuevo grupo de conocimientos y adelantos técnicos notables que darán origen a nuevos sistemas de tratamiento, pero este umbral no es todavía lo suficientemente ancho como para poder concluir que contamos ya con médicos eficaces y suficientemente seguros que permitan el reemplazo total de las técnicas convencionales cuyas bondades han quedado debidamente establecidas después de muchos años.

Nos espera una tarea bien compleja y pienso que la transformación debe ser gradual y progresiva. Sólo de manera excepcional los grandes adelantos y plausibles logros ocurren de manera violenta y en forma dramática.

Distinguidos colegas médicos y amigos todos. Somos ejercitantes de la más bella de todas las profesiones y tenemos que defenderla con honorabilidad. Vienen a mi memoria las palabras de ese genio inmortal Goethe, quien pensaba que los cirujanos: «habíamos escogido el más bello de los quehaceres al curar sin hacer milagros y hacer milagros calladamente.»