

La Relación Anestesiólogo-Cirujano

Dr. Jesús Molinos Palacios *

"Resuelto a curar a sus enfermos, el Cirujano debe ser sordo a los llantos y actuar sin hacer caso de los lamentos". De esta manera se expresaba CELSO al referirse a la labor de los operadores de la época. El don divino de mitigar el dolor, como lo cantara HIPOCRATES, no era sino una vaga ilusión y aquel gran Cirujano que se llamaba VELPEAU, decía: "en Cirugía, bisturí y dolor, son indisolubles y es necesario admitir esta realidad".

El progreso ocurre en tres etapas sucesivas: descubrimiento, desarrollo y aplicación y hay que considerar el gran desarrollo de los métodos para el alivio o eliminación del dolor desde que ABBOT, WARREN y MORTON acordaron hacer la primera demostración exitosa de anestesia en 1840. Y cito en primer lugar a Abbot, el paciente, porque hay que imaginarse el coraje de ese hombre al someterse en esa época, a la privación total de la conciencia.

Pero todavía en 1942, en la que se habían descubierto muchas drogas y empleado aparatos y técnicas refinadas, WICHINEWSKY en su libro sobre Anestesia Local escribió: "La Anestesia para la operación, es tan importante como la técnica de su ejecución... con músculos que se contraen, con la inseguridad y la intranquilidad del paciente, con mala respiración, no son fáciles las indispensables maniobras operatorias". Es evidente que para el tiempo en que vivía y el medio en que se desempeñaba el autor, no se conocían las bondades de los relajantes musculares ni la respiración controlada a pesar de que la Anestesiología fue reconocida como Especialidad por la American Medical Association en 1940.

Entonces, el Cirujano por posesión y aceptación dominaba la escena en el Quirófano.

Muchos de los llamados "médicos de cabecera" del enfermo eran acompañantes obligados del Cirujano en la conducción de la Anestesia y cumplidor pasivo de las órdenes de éste.

En 1954 se funda la SOCIEDAD VENEZOLANA DE ANESTESIOLOGIA la cual se afilia a la Federación Mundial de Sociedades de Anestesia fundada un año después.

* Jefe del Departamento de Anestesia, Hospital Central de las F.F.A.A. Dr. Carlos Arvelo. Caracas. — Anestesiólogo, Centro Médico de Caracas.

Fue con la creación de los Cursos de Post-grado y de los entrenamientos programados —en los que a base de estudio, investigación y de habilidad técnica— cuando creció la imagen del médico que “llevaba” la Anestesia y del Anestesta de antes, se pasó al Anestesiólogo de hoy. Con aquel caudal de conocimientos se logró abrir una brecha en la coraza de los Cirujanos y estos pudieron acometer empresas de envergadura, abordando cavidades y órganos antes vedados a la Cirugía.

La vigilancia del enfermo y el soporte de las funciones vitales durante la operación, quedaba ya en manos del Especialista en Anestesiología.

Así se creó el concepto del equipo quirúrgico, formado básicamente por el binomio Cirujano-Anestesiólogo, cada uno con sus propias responsabilidades que convergen hacia un objetivo común: la mejoría o curación del enfermo.

En 1959 con motivo de las Primeras Jornadas Venezolanas de Anestesiología y como Ponente del Tema Oficial “Proyección de la Anestesiología en el conglomerado social” el Dr. Roberto J. Lucca expuso:

“El desarrollo de una buena Anestesia en cualquier medio quirúrgico, conduce tarde o temprano, a la final aceptación de la Anestesiología como Especialidad, clave de una mejor, más amplia, más segura, más noble posición de la Cirugía y no solo no interfiere en el desarrollo del Cirujano, sino que lo condiciona para una posición jerárquica mejor”.

No se equivocó el destacado colega cuando hizo esta aseveración veinte años atrás.

Hoy se acepta que la Anestesiología, no es como en el pasado una parte aislada de la experiencia quirúrgica, sino un segmento definido dentro del cuidado del paciente e integrado al régimen terapéutico total.

Esta posición la han aceptado la mayoría de los Cirujanos, sobre todo en los centros quirúrgicos avanzados, pero todavía existen especímenes remanentes de una etapa superada, que han menospreciado la labor destacada del Especialista y han surgido fricciones y conflictos de poca monta por estipulación de honorarios, selección de la anestesia, cancelación de intervenciones, impuntualidad de una y otra parte, muerte en quirófano, etc. que han deteriorado en algunos casos la buena RELACION ANESTESIOLOGO-CIRUJANO.

Este menosprecio, junto con la subordinación incondicional al Cirujano y la falta de prestigio han sido unas de las causas invocadas —según las encuestas que se han realizado— de la poca atracción que ejerce la Anestesiología como Especialidad. Es oportuno transcribir acá un reciente Editorial de la Sociedad Mexicana de Anestesiología:

“Predominan aún en zonas extensas del país, la presencia del Cirujano Nerón, del Cirujano Ballet, del Cirujano Primma Donna, del Cirujano Yo soy dueño del enfermo, del Cirujano Capitán de Barco, que unido a un anestesiólogo tímido, callado, inseguro, poco actualizado, que se pliega a todas las injustas exigencias del Cirujano por no dominar adecuadamente la Especialidad, hacen que el estudiante de medicina y de Pre-grado se formen una imagen demasiado pobre de la Anestesiología y del Anestesiólogo, cuya actuación es más de servilismo que de

eficiencia y seguridad, todo lo cual debe ser enérgicamente combatido con la actuación digna y eficaz y con la actualización constante”.

La RELACION ANESTESIOLOGO-CIRUJANO tiene que ser de mutuo respeto y comprensión. Las cosas marchan bien cuando cada quien conoce sus responsabilidades y está consciente de los problemas que confrontan los demás. Tomar una actitud de prepotencia y altivez, es pernicioso y a nada conduce. Si cuando todo está bajo control y el anestesiólogo colabora en el ajuste de la iluminación, no debe sentirse humillado por estar haciendo una tarea que no le corresponde. Si el Cirujano hace una observación saludable ligada a nuestra función, se le considerará como una colaboración provechosa. En el mismo sentido, si el Anestesiólogo observa un sangramiento evitable o un exceso de compresas que dificultan la ventilación, cualquier recomendación que haga no debe considerarse como interferencia o entrometimiento. Todo el personal involucrado en una intervención debe —al franquear la puerta de un quirófano— dejar afuera sus angustias y preocupaciones, ya que va a agregar un factor indeseable a la situación de tensión y expectativa que supone una intervención complicada o grave. Los chistes y alusiones personales que surgen cuando en el descanso del “cierre de la pared” ha bajado la carga emocional de un quirófano en movimiento, y que puedan afectar a cualquier miembro del equipo, no pueden ser tomadas como ofensas. Todo eso toma parte del “Folklore del Pabellón”.

De acuerdo con Dripps lo esencial de la RELACION ANESTESIOLOGO-CIRUJANO incluye confianza profesional mutua, entendimiento, franqueza, honestidad, cortesía e imparcialidad”.