

DATOS PARA LA HISTORIA DE LA MEDICINA

Por el Doctor Manuel Zeledón Pérez

LA PRIMERA JEFATURA PARA
EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS

Ya caminabamos por mil novecientos ochenta y dos (1982). Habíamos recorrido esos largos corredores por mas de un cuarto de siglo y nuestra constancia en la labor hospitalaria nos había enseñado tanto como: a lidiar en las labores técnicas hospitalarias y a desenvolverse en las administrativas. Cuando uno llega a querer en demasía el HOSPITAL, este se vuelve como una adicción. Se vive en el nosocomio, se sueña con todos esos pacientes de patologías problemáticas -ya sea por lo difíciles de un buen diagnóstico y tratamiento o por lo delicados que quedaron después del acto quirúrgico- pero no se les pueden desaparecer de la mente, cuando uno quiere de veras su misión de médico y cuando uno se va creando un orgullo profesional, por que todo le salga bien y estar bien con su conciencia. Cada día el cirujano se convence más, que todos los días se aprende algo y que por años que uno se encuentre, el Hospital es una escuela que enriquece, su bagaje de conocimientos, día,... día. Hay colegas que nunca dejan de tutelarnos y existe el cirujano pobre de espíritu, el que se imagina, que esos maestros ya nos han enseñado todo. Si como protagonistas, nos gusta dedicarnos a la enseñanza, sólo nos anima la idea de traspasar nuestros conocimientos, a los que vienen detrás de nosotros. El hecho de tener que preparar clases, ya como profesor, beneficia su fortaleza, aún más, del acervo de los conocimientos, para su formación como maestro. De tal manera, que el que va al Hospital, no solo por ganarse un modesto sueldo, también lo hace, por ese cariño, a esas viejas paredes, que se acrecenta con los años y que lo lleva a uno progresivamente a aprender más, cuando uno pensaba que ya todo lo sabía. Se va creando una dependencia adictiva a la vida hospitalaria, y cuesta demasiado dejar la rutina de este viejo caserón.

Fue esa herencia que nos dejó, a muchos de nosotros, La Junta de Caridad o su Benemérito Hospital San Juan de Dios. Los médicos de grandes quilates, que en un tiempo, se trastadaron a otros hospitales, y que se formaron en -nuestro antiguo nosocomio, también fueron a **plantar la buena semilla** en otras latitudes, ellos han sido un baluarte en nuestro medio y nos **dejaron** muchas.....pero, muchas.....enseñanzas.

Al pasar por todo el escalafón hospitalario, desde médico interno, médico visitante, preasistente, asistente, jefe de clínica y llegar a la tan ansiada posición de JEFE DE SERVICIO, que es la cúspide más deseada de un cirujano de grandes inquietudes. Ya este especialista tiene que tener la madurez suficiente, no solo en conocimientos básicos, sino también en el manejo de personal y en tener que afrontar problemas de comunicación con todas las especialidades, con los laboratorios, con los estudios de gabinete, etc., etc. Una comunión muy grande no solo con las distintas jefaturas del Hospital como con el Jefe de Sección de todas la Cirugías y con el Director Médico del Nosocomio, fueron tiempos

de mucha convivencia y respeto mutuo. Al haber cambiado tanto las cosas hoy día se hace obligatorio que el médico lleve estudios adicionales de ADMINISTRACION de empresas. Al que escribe, le fueron de mucha utilidad los estudios que cursara en Administración de Salud y Bienestar Social en Gotemburgo, Suecia.

Recordemos que en tiempos pretéritos la jefatura de servicio era una posición honorífica y no una concepción de grandeza técnica y administrativa como debe ser hoy día. También sabemos, que todavía en nuestros días hay jefaturas que se cumplen muy irregularmente y todo eso va en menoscabo de nuestra medicina y principalmente del humilde enfermo.

Cuando nos toco, ya ser Jefe del Servicio de Emergencias Quirúrgicas, el primer servicio de esta índole en todos los hospitales del país, pensamos, con sabiduría, que esta ocupación, tendría que ser de tiempo completo. Permanecer las ocho horas en la Institución, programando y administrando el creciente Servicio, buscando la forma de mejorar su trabajo y su atención. Comenzamos con veinte camas y en poco tiempo se llego a setenta (invadiendo los otros dos servicios de cirugía programada). Fue también el tiempo en que se cerraron dos Servicios Quirúrgicos de Cirugía General. La demanda de pacientes para cirugía y general, cambió al abandonarnos las diferentes disciplinas quirúrgicas y ubicase en sus propios predios como especialidades auténticas.

La traumatología de la violencia imperante en todo el país y en una forma creciente invadía nuestras salas de Emergencias y los trasladados a las otras especialidades quirúrgicas, no se podían hacer mientras el paciente no se encontrara bajo una posible gravedad y en continua vigilancia. Los casos de traumas craneoencefálicos si conseguíamos trasladarlos a neurocirugía con mayor facilidad, así mismo, los pacientes de ortopedia, que eran muchos, pero los de abdomen y torax nos competían y rebasaban nuestra ocupación de camas. Otras especialidades quirúrgicas como oftalmología, otorrinolaringología, nefrología, etc., si nos costaba que nos desocuparan las camas pero los residentes de esas disciplinas eran reclamados constantemente para su seguimiento y nuestra insistencia nos surtía efectos positivos.

Comenzamos con un asistente de cirugía y su propio jefe, en poco tiempo nos tuvieron que proporcionar seis más, residentes de los cuatro niveles se turnaban de día y noche, enfermeras graduadas y auxiliares tomaron una mística muy especial que no se observaba en otros servicios. Desde luego, el número de estas profesionales también tuvo que irse aumentando. La actividad era de veinticuatro horas. Como Jefe de Servicio siempre me sentí muy incentivado. La mayoría del personal médico como también de enfermeras, siempre me respondió muy satisfactoriamente. Los estudiantes de medicina, anhelaban o se sentían atraídos por al UEQ (Unidad de Emergencias Quirúrgicas).

En nuestros inicios, lo primero que hicimos fue hacernos de una oficina espaciosa con características de aula para la docencia continua. Uno de los jefes administrativos me acompañó a buscar muebles abandonados en las varias improvisadas bodegas, que abundaban en esos tiempos. El escritorio del Dr. Andrés Vesalio Guzmán Calleja, ya archivado, nos sirvió sobremanera, sillas tipo pupitre habían en abundancia. Toda clase de mobiliario ya descontinuado, a nosotros, si nos surtió magnífico buen efecto. Un enorme pizarrón, negatoscopios en serie y un sin número de artefactos de equipo, lleno nuestras necesidades.

Nos obligamos a pasar visita general todos los días, consideramos que un servicio de tanto paciente nuevo, todos en estado delicado, incluso los que permanecían por varios días, que no salían de su gravedad, no podían seguir la rutina de los demás servicios quirúrgicos y que pasaban visita general una vez a la semana. El jefe de servicio, el jefe de clínica, los asistentes que no tuvieran que operar temprano, el interno, los residentes, los estudiantes de medicina, iniciábamos la visita a las siete de la mañana. La gran mayoría eran puntuales pero siempre había médicos que no les nacía llegar temprano.—principalmente asistentes— No por eso les llamábamos la atención pues predicábamos con el ejemplo. Solo hubo un asistente que por su exceso de impuntualidad en todas sus labores, hubo que reportarlo a la Jefatura de Sección. Por lo demás, siempre privó la armonía, el deseo entusiasta por trabajar y mejorar nuestras acciones, de este nuevo y peculiar Servicio Quirúrgico.

La visita se prolongaba por dos a tres horas según la cantidad y calidad de pacientes delicados. Se revisaba notas a conciencia, tanto de médicos como de enfermeras y los exámenes de laboratorio, se exploraban minuciosamente los pacientes (con el examen físico adecuado a su condición reinante). Encontrábamos sorpresas meritorias de nuestra parcimonia y que no se habían hallado por los médicos que nos habían precedido, esto nos daba la satisfacción de que el paciente no se iba agravar más o evitar que lo hiciera. Tres o cuatro líneas a máquina se grababan en su evolución. Consideramos que esas notas de garabatos y premura eran perjudiciales y generalmente ilegibles. Mandamos a hacer un mueble, adaptado, con rodines y para poder desempeñarnos con soltura en la mecanografía. Al terminar la visita, nos llevábamos los expedientes de dos a tres pacientes de difícil diagnóstico o de especial gravedad, para discutirlos en conjunto en nuestra aula de pormenores. Todo el personal que nos asistía en la visita, participaba en la discusión de los casos. Esta conducta de resoluciones se fue convirtiendo en el arma clave para el desenvolvimiento de un verdadero Servicio de buenas Emergencias.

Reuniones Académicas: una vez a la semana se revisaba un tema quirúrgico que estuviera en boga o que se quisieramos recordar su contenido —los residentes exponían el tema o cualquiera de los miembros del Servicio lo desarrollábamos y todos participábamos— También semanalmente se invitaba un miembro de otro servicio a capacitarnos en especialidades afines que nos enriquecieran nuestro desempeño. Mensualmente se hacían las sesiones de auditoría y morbilidad—mortalidad para así corregir nuestros errores— Esta aula, sede de la jefatura, se utilizaba para toda clase de academia y también los estudiantes de medicina recibían sus clases en ella.

Inicitábamos a los residentes a seguir un programa de revisión de temas atingentes a las emergencias más frecuentes en las emergencias quirúrgicas, por ejemplo: Sangrado de Tubo Digestivo, Pancreatitis Aguda Hemorragica, Apendicitis Perforada, Varices Esofágicas, etc., etc. A los internos universitarios que rotaban, se les sometía a otro plan de revisión de temas, con el fin de que afianzaran más sus conocimientos. Nuestra visita general diaria se convirtió en el lugar más propicio para que internos y estudiantes que asimilaran las prácticas pues una visita veloz como se estilaba en otros servicios, no da oportunidad al docente para aclaraciones.

En las paredes del aula instalamos grandes afiches para el recordatorio y conducta de las principales emergencias que nos llegan diariamente. A cada paciente que se egresaba se le practicaba una epicrisis

con una copia para nuestro archivo de la jefatura, de tal manera que si cualquier médico se decidía a hacer un trabajo científico, por ejemplo: en Trombosis Mesentérica, se sacaba el material de una manera sencilla, ya que lo teníamos todo clasificado. Igualmente conseguimos unas urnas para libros que íbamos regalando los miembros del Servicio e iniciamos una pequeña biblioteca. De tal manera que esa aula-jefatura se fue convirtiendo en el motor de funcionamiento tanto académico como de beneficio a los pacientes del Servicio y la guardia para hacer progresar las emergencias quirúrgicas en forma positiva.

Con una dádiva que nos dieron los dos laboratorios Rhone Poulan y Sandoz a cambio de un estudio con un producto, Vasopresina, para el Sangrado de la Varices Esofágicas, pudimos conseguir varios éxitos. Todos los médicos participantes estuvimos en acuerdo de mejorar las condiciones de trabajo para las enfermeras. Y les obsequiamos a su vez el regalo de los laboratorios. Escogimos un cuartito, que usaban para bodega, lo dotamos de una refrigeradora, de un percolador para café, banca y sillas, etc. De tal manera que las funcionarias no tuvieran que ir a largas distancias a proveerse de sus alimentos, en sus horas de descanso y también el Servicio se beneficiaba de su presencia, en caso de una urgencia de un paro cardíaco o algo similar. El obsequio de los laboratorios también nos alcanzo para un ventilador de cielo raso para la secretaría. Equipo de aspiradores eléctricos y aparatos para venoclisis y todo se pudo comprar con ese dinero, venido del Cielo.

Siempre fuimos de la idea de tener un par de aposentos para Cuidado Intermedio y luchamos mucho por ello. Existen pacientes que lo requerían y que en Cuidados Intensivos no tenían cabida, por el poco espacio que existía y la gran demanda de enfermos críticos de todo el Hospital. Por gran dicha, ya estando el que escribe afuera, se concretó la idea y se puso un intensivista al frente de esa necesidad imperiosa. Siempre creímos en la idea de hacer gastroscopías en nuestro Servicio ahorraba muchos días de estancia al Hospital. El Servicio de Gastroenterología no daba abasto para la enorme cantidad de sangrados digestivos que entraba diariamente. En la situación austera de ese entonces no se pudo comprar más gastroscopios para lograr ese beneficio.

Al crecer tanto la violencia de la otra aldea pacífica y ejemplar, que era nuestra Costa Rica de antaño., El “San Juan” como único sitio de estas actividades de premura, fuimos madurando la idea de un Edificio Torre para las Emergencias Quirúrgicas y para un futuro, que cada día iba creciendo más y más. Después de dieciocho años de esos amagos de pensamiento, hemos visto en los periódicos que la torre de emergencias va a ser un hecho **concreto**, a Dios gracias. Al pasar los años se fueron estableciendo las Emergencias Quirúrgicas en todos los hospitales de San José, no por eso se ha descongestionado el primer sitio para estas actividades. El crecimiento de la población indigente y los numerosos extranjeros indocumentados, a su vez indigentes, hacen que la plétora del Hospital San Juan de Dios sea cada vez más catastrófica. La Torre es una necesidad imperante.

El nacimiento de una guerra de celos profesionales quirúrgicos, por parte de los cirujanos de los dos Servicios de Cirugía General fue crucial para una transformación que se operó años después. Los cirujanos de cirugía programada siguieron insistiendo en que se les trasladaran a sus servicios, los pacientes a las 48 horas, cosa ilógica, cuando estos servicios no estaban preparados para casos que todavía exigían de vigilancia continua, entonces, se desató un rompimiento del orden que se estilaba en nuestro Servicio Modelo. Desde luego, este servidor ya se había retirado por pensión de

vejez o jubilación por edad y no estuvo presente para **exponer las razones** de peso que traerían esa errada actitud y defender las conquistas ya adquiridas. De un plumazo se tiró por la borda, todo bien obtenido.

Este Servicio que si fue modelo de trabajo en equipo disciplinario, consiguió que los pacientes tuvieran una mortalidad muy baja, aun tratándose de casos sumamente graves, una estancia sumamente baja, con una atención oportuna y el lugar escogido por todos los cirujanos para su formación. Los casos de patologías poco frecuentes caían en las nuestras redes. Tal eventualidad y el entusiasmo que nos asistía, contagiaaba daba tanto a los residentes como a los estudiantes, para un lugar de aprendizaje de patologías, de clínicas y de tratamientos quirúrgicos.

Nuestro Servicio se fue haciendo vigoroso y un antro para la enseñanza, cosa que trajo el cataclismo de los otros servicios quirúrgicos invadidos por nuestra sobre población de emergentes y en menoscabo de una cirugía **general**, ya capturada por la explosión de especialidades, que ya habían emigrado y consolidado en casa parte. A la Cirugía General se le fueron los pacientes a otras especialidades y los Cirujanos al tener una preparación muy completa en toda clase de cirugía se le fue cercenando su amplitud de pacientes de todas las especialidades. De un modo irónico se decía que solo les llegaban: hernias inguinales y uñas encarnadas. Esa metamorfosis hizo que se desatara la crisis y el Servicio perjudicado fue la UEQ.

Como conclusión lógica, sacamos que todos los servicios de cirugía general se deberían haber integrado en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas. Así, había habido pan para todos y para todos los gustos. Qué la torre aludida, es una necesidad imperiosa desde hace muchos años! Qué los jefes que se dediquen a esta disciplina tienen que permanecer las ocho horas en su puesto: ya sea planificando, discutiendo con sus subalternos los casos de gravedad, administrando todo este enorme servicio y haciendo entronques., con toda clase las especialidades de emergencias quirúrgicas! Qué un servicio quirúrgico debe tener su aposento, jefatura-ateneo, de lo contrario el cirujano o el grupo de cirujanos no tiene donde planear su trabajo y sus aspiraciones! Qué la misión del Cirujano no es solo en estar en el quirófano, sino meditando sobre el paciente que va a operar.

En ese aludido servicio ya destruido por la ingratitud de la mala planificación. El paciente se valoraba al máximo y se discutía su patología lo suficiente. Los enfermos deshidratados, con electrolitos se *balanceaban hasta no* estar en condiciones adecuadas no se operaban. Muchos con relación albumino-globulinas desequilibradas tampoco permitíamos su cirugía. La nutrición de soporte se popularizó en nuestro servicio y se practicaba constatemente, pues llegaba mucho desnutrido que no soportaba una cirugía. Así logramos tener menores complicaciones en los post-operatorios y menos decesos. Las interconsultas a diabetología, urología, o a la especialidad que fuera, se cumplían a cabalidad, pues el mismo interno universitario, el residente y hasta el asistente hostigábamos a los colaboradores para que se reportara oportunamente. Los exámenes de laboratorio o de gabinete también los conseguíamos con la premura que el caso exigía pues así pudimos salvar muchas vidas que todavía eran valiosas. Rayos X y toda clase de ultrasonidos siendo para UEQ llegaban a tiempo. Nos decíamos con sabiduría: “el conformismo es nuestro enemigo, en un servicios de verdaderas urgencias”. Nuestra lucha fue por hacer desaparecer, la apatía reinante en nuestro medio hospitalario.