

Meditaciones filosóficas para un anestesiólogo que se inicia

DR. JAIRO RESTREPO TORRES *

EL dolor es conocido desde los griegos como sensación opuesta a la virtud o al placer. "El dolor es una de las más apremiantes y urgentes experiencias del hombre. Es una sensación desagradable y de apreciación absolutamente individual, por lo cual es imposible dar una definición objetiva y satisfactoria". Esto dificulta la investigación experimental. Sherrington lo asimila a un adjunto psíquico de un imperativo reflejo protector.

Aunque puede ser intolerable como en la siringomielia o en la angina de pecho, la sensibilidad dolorosa no es indispensable para vivir (Síndrome de Ridley). Estadísticamente el dolor es la queja que más demanda ayuda médica, y filosóficamente, su alivio es el fin fundamental de la medicina y el impulso que la acerca a los poderes sobrenaturales (*sedare dolorem opus divinum est*).

El alivio del dolor quirúrgico y postquirúrgico, fue la razón de ser de la anestesiología y la chispa que inició un movimiento telúrico que está comprometiendo la medicina, como un todo, y muchas de

sus especialidades; aún sacudiendo sus cimientos, pues ha hecho aflorar la verdadera importancia de las ciencias básicas dentro del manejo rutinario del paciente en la medicina clínica y transformando la estructura hospitalaria, con la introducción de nuevos conceptos en el tratamiento del paciente de acuerdo a su gravedad. Todo esto se inició, quizás, con aquellos que instalaron clínicas para ejercer su influencia sobre el dolor crónico, insoportable para muchos pacientes incurables. Pero a causa de su experiencia con aparatos y la preparación en campos tan arduos y difíciles como la fisiología respiratoria, el anestesiólogo fue comprometido en el manejo de situaciones complejas, fuera de la sala de cirugía, para tratar la insuficiencia respiratoria aguda, los pacientes en coma, con intoxicaciones, etc. que lo alejan del quirófano, para comandar otras partes fundamentales del tratamiento médico en las unidades de cuidados intensivos, en la terapéutica por inhalación, etc.

Aunque etimológicamente anestesia quiere decir ausencia del dolor, esta palabra

* Profesor de la Cátedra de Anestesiología Infantil, Universidad de Antioquía. Jefe del Servicio de Anestesiología Infantil, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín (Antioquía), Colombia.

impuesta por Oliver Wendel Holmes, es más una figura poética. No significa verdaderamente lo que es y no encierra dentro del vocablo la amplitud que abarca y ocupa dentro de la medicina moderna.

Definir es tan difícil, que lo han asimilado a trabajo de dioses, por lo tanto es casi imposible encontrar la definición más adecuada. Tal vez lo que más nos acerca al conocimiento pleno de lo que es la anestesia es el tratado del Dr. Lillie (1914); él asemeja el estado anestésico a una muerte aparente de la cual se diferencia por la reversibilidad. La anestesia o la narcosis son acepciones semejantes, pero la anestesia puede tener muchas causas, aún la misma enfermedad; en cambio la "narcosis" es producida por productos químicos. Dice el Dr. Lillie: "la anestesia se puede definir como alguna baja o pérdida de la respuesta vital o de la actividad autónoma normal, bajo la influencia de ciertas sustancias o condiciones artificiales". Así exhibida, puede presentarse en la gran mayoría de los organismos vivos y celulares, si no en todos. Es completamente característica de las células animales o vegetales, aunque sus manifestaciones pueden ser menos obvias o fuertes en el segundo grupo de organismos. En su aspecto más familiar, el organismo completo (el hombre), o un tejido aislado (nervio-músculo), está inhibido durante la anestesia para mostrar cualquier respuesta a un estímulo, que si fuera normalmente excitado, sería poderosa; en otras palabras, la capacidad de responder al estímulo que nosotros llamamos irritabilidad, está en la anestesia disminuida o perdida. Por ejemplo el músculo deja de contraerse, las plantas de retraerse y las células de moverse; células fertilizadas dejan de reproducirse

aunque permanezcan vivas. Se diferencia, aunque tiene alguna semejanza, con el sueño o la fatiga. Condiciones físicas como el frío, la electricidad o la anoxia, pueden disminuir la irritabilidad y por tanto, producir el estado anestésico.

Es pues una disminución parcial y progresiva de la irritabilidad. Para decirlo más comprensivamente para el clínico, de la *actividad refleja* del organismo, acompañando a una pérdida también progresiva del dolor, aunque no equiparable siempre.

Este estado generalmente es producido por drogas; algunas veces la sustancia puede bloquear el dolor en la periferia (anestesia local) o en el centro específico (hipotálamo-sistema reticular), o producir un estado de indiferencia a dicha sensación (¿disociación? ¿neuroleptoanalgesia?).

Es pues, el arranque de nuestra especialidad, el deseo del hombre de bloquear el dolor. La historia recoge los momentos culminantes de esa conquista. Recordemos a W. Morton: Víctima del fracaso en bloquearlo vive y muere H. Wells, cuando no pudo terminar con éxito su demostración en el Massachussets General Hospital. Salíó despedido con las palabras de impostor y farsante. Se volvió fracasado adicto al clorodioformo y terminó suicidándose prematuramente a los 33 años.

¿Podría conjeturarse que se debió consecuentemente a una enfermedad profesional? Esta interrogante actualmente cobra gran vigencia puesto que el suicidio está ligado con significancia estadística a la mortalidad de los anestesiólogos. Y también podríamos preguntarnos si ese fracaso, no sería el anuncio o profecía de la necesidad de medir, cuantificar y valorar la potencia y la concentración mínima para su-

primir dicho estímulo doloroso?, es decir, el M.A.C.

Este episodio persiste a través de las épocas, muchas veces como apunte jocoso, cuando en medio de una intervención quirúrgica, el paciente da una muestra objetiva de que siente dolor y el cirujano le dice al que se encuentra a la cabecera del enfermo: "¿se durmió usted, doctor anesthesiólogo?"

Aquella actitud médica para aliviar el sufrimiento, es el legado transmitido por nuestros ilustres antepasados colegas. De esa actitud se inició una nueva especialidad médica.

Y rápidamente ocurrió que:... "durante el lapso de una sola generación, saltó de una disciplina técnica, dijéramos que un impulso a un tratamiento sintomático, a una legítima y bien establecida especialidad médica" (Bunker). Para el puñado de médicos que recibieron esta tarea (Waters Snow, Beecher Mac Intosh Lundy), la prioridad para el desarrollo de dicha especialidad era probar que se trataba de una legítima práctica médica.

"Enfrentados a una formidable cantidad de opiniones en contra, intentaron cumplir su propósito, a través de las cortes, la prensa pública o la imposición económica. Al final fue alcanzado el objetivo. No a través de las relaciones públicas de los hombres, sino por medio de un sólido comportamiento profesional dentro de las salas de cirugía y hospitalización" (Bunker).

La lucha en un principio, que aún sigue en muchas partes, fue ardua y difícil en todos los aspectos. El Dr. Bunker enfoca con mucha propiedad dos campos: el económico y el paciente mismo. Económicamente en la iniciación, los médicos prácticos administraban la anestesia para mejorar sus

entradas. Los emolumentos inicialmente fueron pocos, pero aunque la medicina no había llegado a ser un gran negocio, lo derivado por la administración de anestesia fue suficiente para empezar una batalla, una desafortunada secuela que aún sufrimos

En la controversia sobre el paciente, los objetivos de los anesthesiólogos fueron claros y razonablemente suficientes. Ellos deseaban practicar medicina como los otros médicos y deseaban recibir su recompensa en contraprestación por el servicio prestado como cualquier otro médico. La profesión médica siempre le dio gran importancia a esta forma especial de arreglo contractual con el paciente, puesto que refleja según su clamor, la responsabilidad directa del médico hacia el paciente.

Un obstáculo grande para este tema y para el desarrollo de la anesthesiología en general fue la pobreza hospitalaria. A más de su costo inherente, se trató de reducir contratando enfermeras técnicas. Los hospitales y cirujanos miraban el advenimiento de los nuevos especialistas como una amenaza a sus entradas y algunas veces éstos veían científicamente amenazada su posición dentro de la sala de cirugía.

"El anesthesiólogo ha obtenido hoy en día una medida substancial de un verdadero profesionalismo. Al arte y la técnica del pasado le ha agregado conocimientos elaborados de fisiología y farmacología, así como de medicina interna. Verdaderamente, ha sido llamado el fisiólogo clínico, farmacólogo clínico e internista de la sala de cirugía" (Bunker).

Para obtener esa actitud profesional, el médico que quiere dedicarse a esta especialidad tiene que desarrollar grandes aptitudes como estudio, gran información, segu-

ridad, habilidad manual y técnica, flexibilidad y destreza y gran atención al detalle en el continuo escrutinio del paciente. Y lo más importante: simplicidad. "No hacer procedimientos fáciles que parezcan difíciles, sino lo contrario" (Smith).

Además, los que deben manejar niños, a esas otras cualidades agregarán el "gozo al trabajar con los niños". Algunos individuos parecen nacer con una especial cualidad que combina sinceridad, entusiasmo y gentileza. Estos, rápidamente pueden ganarse la atención y la confianza de los niños y pueden cambiar muchos procedimientos hospitalarios, de experiencias terroríficas en relativamente placenteras.

Actuando de esa manera, el profesional de la anestesia ocupa un lugar preciso dentro de la medicina. Es respetado y acatado; se le consulta dentro y fuera de los quirófanos y el gran acopio de conocimientos, lo impulsa a explorar terrenos nuevos. Esto hace avanzar la anestesia y la medicina por sus investigaciones. Y es reconocida su cuota de manejo en el paciente como parte de un tratamiento, el cual se amplía a su vez, de acuerdo a los conocimientos y práctica de este nuevo profesional.

Esto no ha pasado desapercibido. El ilustre cirujano Dr. Gross dice: "en algunos círculos médicos parece sentirse una actitud de que el operador quirúrgico está manejando el *show*; en otros, el anestesiólogo tiene un exagerado sentimiento posesivo sobre el paciente. Ninguna apreciación es apropiada. Es mejor para cada uno reconocer sus propios problemas y también conocer las dificultades del otro. Ambos deben trabajar juntos para un total cuidado del paciente. Ciertamente éste es el más placentero modo de trabajar y seguramen-

te el modo más efectivo para conducir un niño a través de una prueba quirúrgica".

Sobre el mismo tema opina el Dr. Artusio (1975) en forma magnífica: "hace muchos años, los anesthesiologists decían: trabajar para los cirujanos. Esto era un hecho tanto en la realidad como en la conversación".

Yo creo que hoy en día se puede decir "trabajar juntos" o "colaborar uno con otro". Hoy enfatizamos que el equipo funcional incluye: internista, cirujano y anestesiólogo en el adulto; y pediatra-cirujano y anestesiólogo en el niño. La decisión para operar y dar una anestesia debe venir de un acuerdo conjunto donde cada uno tiene una responsabilidad significativa. Esta relación entre cirujano, internista y anestesiólogo, debe ser a base de comunicación. A mejor comunicación, mejor cuidado para el paciente, "el cirujano domado" de Bunker ha cedido parte de la responsabilidad y parte de la gloria, en el manejo del barco, que le daba la absoluta responsabilidad y gran prestigio.

"Lo que esto significa para mí es que nosotros debemos vivir o actuar de una manera profesional. Debemos ser "eruditos" en todos los aspectos de nuestra especialidad y nosotros debemos dirigirla. La segunda opinión en la sala de cirugía debe ser de médico consultor. Debemos ser muy conscientes del área de experiencias".

Este cúmulo de detalles producirán el auténtico profesional de anestesiología. El estudio y profundización en las ciencias básicas y clínicas, lo preparan para atender más integralmente al paciente que sufre y podrá reconocer prontamente los cambios fisiológicos que produzcan las drogas y procedimientos que administra. Para ello es

importantísimo que desarrolle y aplique el arte de la medicina, es decir, la clínica. En ninguna otra especialidad es tan importante la agudeza clínica. El profesional de la anestesia debe luchar contra la muerte (muerte reversible) muchas veces en lapsos de tiempo cortos, en minutos, debe diagnosticar y resolver tratamientos para problemas o complicaciones graves que ponen en peligro la vida del ser que se nos ha encomendado. Esta constante lucha imprime carácter en el anestesiólogo, temple su proceder, agudiza sus sentidos y lo vuelve rápido en sus decisiones y firme en sus apreciaciones, basadas en importantísima cantidad de información científica.

El profesor Artusio analiza este tema, asemejando el cúmulo de información científica en ciencias fisiológicas, farmacológicas, matemáticas y clínicas en una cantidad tremendamente inmensa y actualizada, como la parte *numérica* o insubstantial de la especialidad, de acuerdo a la filosofía Aristoteliana. La parte *fenoménica* o tangible es "el anestesiólogo clínico, el hombre, el médico, el científico quien ha incorporado dentro de la administración diaria de anestesia a sus pacientes, este cúmulo de conocimientos". Enfocando ambos aspectos a la vez, el Dr. Artusio concluye: "yo he escrito en muchas ocasiones, sobre la importancia de tener unos fuertes conocimientos de química y farmacología de los agentes anestésicos, pero todos nosotros sabemos que una anestesia es solamente producida por la administración habilidosa de estos agentes". El arte de la anestesia, aunque basada en información científica, es una habilidad intangible. Se desarrolla en un considerable periodo de tiempo y resulta en la madurez clínica. Yo conozco muchos

médicos especialistas en anestesiología, pero sólo unos pocos han perfeccionado el arte. Como yo refiero el arte de la anestesia, ustedes pueden evocar un aura de misticismo. Para el científico, el místico es repugnante por su falta de substancialidad, por el hecho de que no escruta ni se basa en el método científico. Pero el maestro del arte, el clínico maduro, desarrolla un sexto sentido en situaciones donde los monitores no indican peligro. Él siente un desasosiego que trastorna su tranquilidad clínica. Los teólogos han definido tranquilidad como la paz que arranca del orden. El maestro del arte siente esa falta de paz y le hace caso a su desasosiego revisando varias veces todos los parámetros de información que puede rebuscar a través de la observación del paciente, sensaciones táctiles y monitores electrónicos. Yo he visto muchas veces que el desasosiego es bien fundado por el reconocimiento de un error en la operación de la máquina, colocación del tubo endotraqueal, una insidiosa obstrucción de las vías aéreas o un flujómetro defectuoso como causas extremadamente oscuras.

Esta simbiosis de ciencia y arte es la anestesiología como especialidad médica. En ella y en los médicos idóneos que la practican se ha basado una gran parte de la medicina para su progreso.

La investigación farmacológica tuvo su iniciación con uno de nuestros ilustres antecesores: el Dr. Beecher. La farmacognética como una ciencia fue creada a partir de los hallazgos de la anestesia. Aquí mismo puede mencionarse la reglamentación del estudio de la especialización en medicina como una programación conciente y adecuada en ciencias básicas, propuesta por

los doctores Waters y Mac Intosh en el exterior y N. Valencia, J. Marín y M. Arrázola, etc. en nuestro medio. Y qué decir de los avances en la investigación fisiológica de la respiración (Bendixen) de la circulación (Usubiaga) del estado de choque (Rodríguez), de la maternofetal (Apgar-Moya) etc. y no olvidar que los tremendos y profundos avances de la cirugía descansan en la tranquilidad de un cirujano para planear y llevar al cabo procedimientos de varias horas con inmenso trauma para la economía, tanto en un recién nacido como en un anciano, porque a la cabecera del paciente se encuentra un médico idóneo, conciente de su área de influencia y listo y preparado para descubrir y combatir toda injuria que ponga en peligro al enfermo que se le administra el tratamiento planeado.

De esta actitud, del cuidado integral del paciente, se inició un cambio profundo en la estructura hospitalaria que empezó en el cuarto de recuperación y se prolongó a las salas de cuidado intensivo y está culminando con la planeación del cuidado progresivo del enfermo dentro de la institución hospitalaria como un todo.

Pero no debemos olvidar que todo no está hecho. El Dr. Bunker nos recuerda que todavía hay muchos problemas económicos y profesionales por resolver. Ustedes los que inician la lucha deben tomar la bandera de proyectarse hacia las disciplinas básicas como alumnos y profesores. Demostrar la importancia de la especialidad al médico desde que se inicia y al pueblo la necesidad que representa para resolver su problema de la salud integral a que

tiene derecho, como en cualquier otra parte de la medicina.

El Dr. Artusio en su magnífico tratado ya ampliamente comentado clama por lo que debemos hacer por la especialidad: darle importancia a nuestro trabajo con el paciente, "como muchos de nosotros le da sólo una alabanza superficial a la importantísima visita preoperatoria y cómo muy pocos de nosotros asisten al cuidado postoperatorio". Yo he visto anestesiólogos que en procedimientos largos dan más atención a un artículo científico o a una novela que a la constante observación del paciente. Estos lapsos producen falta de respeto de los cirujanos, enfermeras, técnicas y estudiantes de medicina. Pero más que todo, ellos reflejan sobre el mismo anestesiólogo su falta de aprecio por su profesión y su falta de respeto hacia ella.

Esto podemos hacer por la especialidad. Respetémosla, hagámosla progresar preparándonos científicamente y profesionalmente y mostrándole a nuestros compañeros de equipo, en el tratamiento de nuestros enfermos, la dignidad, el decoro y la solidaridad que nos merecen nuestros pacientes y los colegas que nos acompañan y colaboran.

Y finalmente, a los profesores pidámosles lo que dice Artusio: educación del "artista", con un profundo conocimiento del número adquirido por ellos.

"No olvidemos que cuando se compromete la vida del paciente, la ignorancia es un crimen" dice nuestro ilustre cirujano H. Pérez y los anestesiólogos al quitar el adjunto psíquico del reflejo protector de la vida, nos mantenemos con "ella" entre las manos.