

ANESTESIOLOGIA: DESARROLLO Y MADUREZ*

**JAMES E. ECKENHOFF, MD.

RESUMEN

Se hace un relato de la evolución y los progresos de la anestesia desde su descubrimiento hasta la época actual así como la experiencia obtenida respecto a la preparación de los médicos en esta especialidad, los métodos más convenientes de enseñanza y de ejercicio de la profesión y las relaciones que deben existir entre todo el personal del hospital entre sí y con el paciente.

Se comenta la actitud que debe adoptarse para lo futuro desde el punto de vista de una especialidad médica que ha alcanzado su madurez mediante su desarrollo arduo y constante.

SUMMARY

This writing reports the evolution and progress of anaesthesiology from its discovery to now, and the experience in formation of physicians in this speciality; the more convenient system of teaching and the relationship between the personal of hospital and patient.

A discussion is made about the attitude that must be adopted in the future about this medical speciality.

LES agradezco el privilegio de estar con ustedes y con la que fue mi alumna, Dra. Estela Melman. Es un privilegio el haber sido invitado a México y participar con ustedes durante la Presidencia de la Dra. Melman. Si me lo permiten, me gustaría trazar la trayectoria de la Anestesiología a través de los años, sus logros, su posición en el presente, según mi opinión,

algunos problemas en la dirección de la Medicina Académica y finalizaré con algunos comentarios en relación con el futuro.

EL DESARROLLO DE LA ANESTESIA

Siempre ha sido un enigma para mí, que el descubrimiento de la anestesia se haya escapado a muchas mentes brillantes, cuando todos

*Presentado en el Curso Anual de Actualización en Anestesia 1982, el día 25 de Junio, Sociedad Mexicana de Anestesiología, A.C. y adaptado del material presentado en la "Emory A. Rovenstine Memorial Lecture" (Anesthesiology 48: 272, 1978) y la Nineteenth Annual Baxter/Travenol Lecture (Anesthesia & Analgesia 60: 658, 1981).

Se obtuvo el permiso de los editores de las dos revistas para publicar el trabajo en su forma presente.

**Decano y profesor de Anestesia de la Escuela de Medicina de la Universidad Noroeste. Chicago, Illinois. USA.

los ingredientes para su descubrimiento estaban a la mano. Médicos y científicos, a principios del siglo XIX debieron haber estado tan cerca de la anestesia y, sin embargo, no supieron reconocer lo que tenían a su alcance. Ni siquiera los profesores médicos pudieron ver lo que se encontraba frente a sus ojos. Los procedimientos quirúrgicos no eran muy comunes en esos días, por consiguiente, la aplicación clínica de la anestesia era oscura. Obviamente, ésta debe haber sido la explicación para los médicos generales como Crawford Long, quien no pensó lo suficiente acerca de su primera aplicación de anestesia para escribir o hablar de ello en varios años. Pero qué decir de las sociedades de enseñanza y grupos de médicos alrededor del Mundo, que se reunían regularmente para discutir. ¡Extraño! Queda a los dentistas, en su necesidad de un método sin dolor para la extracción de raíces dentales enfermas, así como para la aplicación de piezas dentales postizas patentadas, su descubrimiento. Hoy, algunos pueden llamar la investigación por Wells y Morton, con la ayuda del científico Jackson y el actor Colton, como un proyecto orientado, otros, más clínicos podrían llamarlo como una orientación ventajosa, ya que el dentista con su método sin dolor para extraer piezas dentales, también podía vender más sus piezas dentales postizas. Se añade un toque de cinismo a este planteamiento en los intentos tempranos de Morton para patentar el éter como tal.

Después de la introducción del éter y del cloroformo, no hubo cambios importantes en el campo de la Anestesiología hasta los siguientes ochenta años. El cloroformo llegó a ser popular en las Islas Británicas y algunos países de Europa, mientras que el éter quedó predominando en América. Debido al desarrollo en la administración segura para el éter, conduciendo más bien que deprimiendo la respiración y el soporte de la circulación más que su depresión, la experiencia particular en la administración anestésica no estaba contemplada como un requisito para tener especialistas en la administración de la anestesia. Durante esta era, los procedimientos quirúrgicos no llegaron a requerir más que el paciente estuviera inconsciente e inmóvil. Tampoco era la muerte ocasional por la anestesia de gran impacto, ya que la muerte durante o después de la operación era muy frecuente. La cirugía, sin embargo, fue progresando, particularmente en el control de la sepsis y mejorando en técnica. En ninguna parte se pinta el progreso de la cirugía en contraste con la anestesia tan vívidamente retratada por Thomas Eakins en sus dos hermosos cuadros: "El Gran Clínico", pintado en 1875 y "El Clínico Agnew" encargado en 1889. Las técni-

cas de goteo abierto eran las mismas, el anestesista, en uno un urólogo y en el otro un interno, mientras que la técnica quirúrgica progresaba notablemente. Ni la complejidad de las operaciones ni el volumen de la cirugía, justificaban la especialización en anestesia. No fue sino hasta finales de 1800, cuando las voces quirúrgicas abogaban por la necesidad de tener a alguien especializado en anestesia que estuviera a la cabeza del enfermo en la mesa de operaciones. Fue en este tiempo que apareció la enfermera anestesista y en 1922 hubo asociaciones de anesthesiólogos, no de tiempo completo, y algunos periódicos dedicados a la especialidad fueron publicados.

El gran estímulo para el cambio vino con el establecimiento del primer departamento realmente académico de anestesiología, por Ralph Waters y John Lundy, a finales de 1920 y principios de 1930. Estos dos hombres sistematizaron la enseñanza de una técnica anestésica buena, retando al intelecto de los médicos jóvenes, iniciando programas modestos de investigación en anestesia y entrenando a una generación de especialistas que se propagó en América y en muchos países para empezar sus propios programas de enseñanza. Es interesante, con algunas excepciones, que la mayoría de los anesthesiólogos, que generalmente practicaban la anestesia en América, también como otros muchos en el mundo, eran descendientes en línea directa de Waters, Lundy o Henry Beecher, quien inició su propio departamento en Harvard a finales de los años treinta. Durante la segunda guerra mundial, la necesidad de médicos y enfermeras anestesistas en los servicios, subió apreciablemente. Las enfermeras anestesistas suplían las necesidades anestésicas para la población civil. Como las enfermeras mejoraban sus técnicas con destreza y experiencia, algunos cirujanos estaban renuentes a cambiar a médicos para administrar anestesia, debido a que algunos médicos tenían menos experiencia técnica, tampoco hubo cirujanos complacidos con el proyecto de que otro especialista, en la sala de operaciones, tuviera la responsabilidad del cuidado del paciente, y así surgió la controversia del "capitán del barco".

El final de la guerra liberó a la vida civil a cientos de médicos y enfermeras con diversos grados de entrenamiento en anestesia. La proporción de médicos y enfermeras anestesistas en los hospitales civiles aumentó de manera importante, surgió la demanda para el entrenamiento en anestesiología y el número de programas de enseñanza se quintuplicó en cuatro años. Muchos médicos, puestos en contacto con la anestesia por primera vez en el servicio, aceptaron la oportunidad, reconociendo la ne-

cesidad de tener conocimientos básicos en el campo y se unieron al movimiento académico.

Por este tiempo, muchos de los administradores de los hospitales miraban a las enfermeras anestestistas como fuente un servicio barato cuyos ingresos ayudaban a sufragar los gastos de otras áreas del cuidado hospitalario que no producían ingresos. Ellos veían con muy poco entusiasmo el movimiento de los médicos que demandaban mayor sueldo o deseaban generar ingresos para el desarrollo de nuevos departamentos. El conflicto resultante hizo que muchos hospitales se resistieran a cambiar, aceptando anestesiólogos, y esto enfrentó a las enfermeras anestestistas contra los médicos especialistas. Esos cirujanos no convencidos de la necesidad de anestesiólogos, y los administradores de los hospitales se opusieron abiertamente a los anestesiólogos. La joven especialidad encaró una batalla "cuesta arriba". Las cosas tampoco eran pacíficas en lo académico, la mayoría de las facultades médicas veían poca evidencia para que la anestesiología fuera una disciplina independiente y estaban renuentes para crear departamentos autónomos o para darle el reconocimiento facultativo de una materia con tanto valor como la cirugía, la medicina o las otras ciencias básicas. Muchos anestesiólogos no ayudaron en esta situación puesto que pedían que el establecimiento de la igualdad fuera de hecho más bien que por la demostración de igualdad de conocimientos o de práctica. El personal de las universidades que no era médico, veían muy divertidos estos acontecimientos, ellos consideraban que las escuelas médicas deberían ser escuelas de reconocimiento y no entendían de ninguna manera qué era lo que la anestesia les podía ofrecer; una condición que sigue existiendo hoy en día en muchas universidades.

En el año 1965 se alcanzó un gran nivel de programas de entrenamiento y de hecho fueron disminuyendo en número en tanto que los estándares iban aumentando y algunos programas inconsistentes fueron quitados. El reconocimiento de especialidad en particular, se aseguró con el hecho de que casi cada hospital y escuela de medicina tuvo un departamento de anestesiología autónomo y al anestesiólogo se le dio el nivel adecuado dentro del personal. Ni los cirujanos poderosos ni los administradores de hospital ya no pudieron obstaculizar más la especialidad, de hecho, en muchos lugares se convirtieron en fuerte apoyo para la anestesia. La esfera de influencia de los anestesiólogos se habían extendido, en lugar del confinamiento a los aspectos técnicos para administrar anestésicos, ahora eran activos en las salas de recuperación, unidades de cuidados intensivos,

la atención en el preoperatorio y postoperatorio, clínicas para pacientes externos y del dolor. Aparecieron áreas de especial interés y algunos dedicaron sus actividades a la anestesia en pediatría, obstetricia, cirugía de corazón y tórax y neurocirugía. Numerosas organizaciones nacionales, con gran número de miembros, dieron foros efectivos para la educación, estándares clínicos, publicaciones y voz tanto en el escenario médico como en el gubernamental. Los anestesiólogos aparecieron frecuentemente en sitio prominente en el mundo médico y educacional. Muchos departamentos de anestesiología han desarrollado poderosas unidades de investigación, cuya producción se acepta sin cuestionarla por los compañeros. A finales de la década de los sesenta, la anestesia entró en un periodo de estabilidad y aceptación generales.

LA ANESTESIOLOGIA EN EL CURRÍCULO DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA MODERNAS

En la mayoría de las escuelas de medicina, el primer encuentro de los estudiantes con los anestesiólogos es en el tercer año, durante o en relación con la enseñanza de la cirugía. Esto desperdiciaba el tiempo y el talento del personal de anestesia. La instrucción por los anestesiólogos debería comenzar en el primer año y extenderse durante los cuatro años de la escuela médica. En la Universidad Noroeste de Chicago, antes de finalizar la semana de orientación vocacional, cada estudiante de nuevo ingreso ha tenido un curso de resucitación cardiopulmonar y debe haberlo aprobado. El curso está dado por el departamento de anestesia y asistido por estudiantes de segundo año, que se han convertido en instructores. Cada novato también es introducido en el cuidado del paciente quirúrgico, sea por el director o por el jefe de anestesia, que diariamente llevan por parejas a los estudiantes a la sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos, explicando la atención a los pacientes, las precauciones de esterilización, preparación del equipo quirúrgico, los procedimientos anestésicos y quirúrgicos, el control por monitor, el cuidado preoperatorio y los costos de la atención médica.

Los estudiantes, después de tres meses en el laboratorio y la sala de lectura, empiezan a ver por primera vez la relevancia de lo que han estado aprendiendo. Esto no es una maniobra proselitista, sino una amplia experiencia educativa con gran cooperación de cirujanos y enfermeras. En el segundo año hay oportunidades amplias para que los anestesiólogos participen en cursos de fisiología, farmacología y coordinación clínica. De nuevo, en la Universidad Noroeste de Chicago, al finalizar el segundo año,

cada estudiante debe tomar el curso avanzado de resucitación (*life support*) dado por el departamento de anestesia y cerca de la mitad de los alumnos toma otro curso electivo de cuidados respiratorios, ofrecido por el personal de anestesia. Durante el tercer año, demasiados anesthesiólogos (o residentes de anestesia) pasan la mayor parte de su tiempo enseñando técnica y dedican muy poco tiempo para la enseñanza en las áreas especiales en las que el anesthesiologo está equipado particularmente para enseñar, por ejemplo: atención del paciente en coma, control de la ventilación, narcóticos, sedantes, inyecciones espinales y epidurales y vasopresores, cuidados en el preoperatorio y postoperatorio; cuidados perinatales y durante el parto, control del monitor y del volumen sanguíneo y de electrolitos. El anesthesiologo que gasta el tiempo enseñando técnica o deja al estudiante "apretando la bolsa" está perdiendo la enorme oportunidad para hacer algo importante. En la mayor parte de las instituciones, durante el tercero o cuarto año, hay muchas oportunidades para enseñar a los estudiantes en cursos optativos o mediante seminarios: cuidados respiratorios, cuidados intensivos, clínicas del dolor, cuidados perinatales y para preceptores en anestesia, sin mencionar los proyectos en la investigación. La falta, por el personal de anestesia, para sacar ventaja de esta situación potencial de enseñanza, no sólo es una oportunidad perdida sino la anulación de la responsabilidad del personal de anestesia para con el estudiante.

Unas pocas palabras más acerca del currículo, ahora desde el punto de vista como Rector de la Universidad y no como Jefe del Departamento. La explosión del conocimiento médico en las últimas décadas es enorme. Cada departamento busca tiempo adicional para enseñar la nueva información a los estudiantes y a su personal. Ningún departamento desea darle más tiempo al currículo sino que desea tener más tiempo. Las presiones se están aplicando para tomar, de las áreas no tradicionales, el tiempo para el currículo: ética médica, perspectivas de los pacientes, nutrición, medicina geriátrica, medicina del deporte, medicina de emergencia, medicina del cuidado crítico, práctica familiar y farmacología clínica, para citar unas pocas. En Estados Unidos el gobierno, el estado y las instituciones sociales exigen que se intercalen nuevas materias en el currículo médico. Nadie puede negar la existencia de la nueva información, así como tampoco que las áreas nuevas del conocimiento necesitan ser enseñadas. El problema estriba en que ningún departamento quiere cederle más tiempo al currículo, parece que nada se vuelve obsoleto; la

nueva información se suma a la vieja constantemente hasta que, un currículo departamental parece una pirámide invertida. Este proceso me molesta por dos razones: 1. No parece separar aquello que debería destinarse para enseñar al graduado en comparación con la educación médica para el que aún no está graduado. 2. Pocos departamentos son capaces para definir, o intentar definir cuál es la información esencial en la que están equipados y preparados para enseñar a los estudiantes de pregrado y postgrado. Un currículo para estudiantes de licenciatura debería enseñar los principios generales de la práctica médica que necesita tener cualquier médico. El curriculum para el estudiante de postgrado debería construir a partir de esa educación y enseñar en la profundidad necesaria, las especialidades de la medicina. Demasiados departamentos se esfuerzan en profundizar la enseñanza de su especialidad en los estudiantes de licenciatura y no los educan en conocimientos amplios de la medicina general. Yo considero que esto es un error. Mi consejo a los anesthesiólogos: enseñen a los estudiantes de pregrado lo que es necesario para la educación de todo médico, no traten de hacer anesthesiólogos de todos los estudiantes de medicina. Esta es la manera como se distrae más tiempo para el currículo médico de pregrado.

JEFATURA

¿Cómo llega uno a ser un jefe? ¿La jefatura y el talento administrativo son sinónimos, o van separado? Pueden o no pueden ser los mismos. La administración básicamente es la atención de los negocios; la jefatura puede estar divorciada totalmente de la administración, por ejemplo: el jefe de una banda, de un pelotón o el director de una orquesta. En lo referente al campo médico académico, se espera, del que preside un departamento, que sea tanto un jefe como un administrador. Un buen jefe reconocerá que la ayuda administrativa es necesaria si él no puede proporcionarla y buscará tal asistencia para ir adelante con la tarea de jefe. Un jefe es el que se encarga de los problemas para solucionarlos día con día y los resuelve satisfactoriamente mientras que se conserva al tanto de lo que pasa en el mundo y hace planes para el futuro. Si uno pierde de vista los problemas cotidianos y sólo planea para el futuro, el "barco puede irse a pique" en la primera tormenta; si sólo se preocupa por los problemas diarios y se olvida del futuro y se adentra en las primeras tormentas, esto sólo puede dar por resultado la incapacidad para conducir el barco a puerto seguro. Recuerdo una experiencia que tuve con Robert Dripps, un nombre que muchos de ustedes reconocen. Había yo regresado del ejército

en 1945 y estaba acreditando algunos años de entrenamiento en farmacología, cuando me enteré, a la mitad del entrenamiento, que la carga de la cirugía en el hospital era muy pesada, que la cobertura de anestesia era inadecuada y que tanto anestesiistas como cirujanos estaban rabiosos. Ofrecí dejar el entrenamiento en farmacología y regresar para ayudar en la demanda del servicio en las salas de operaciones. La respuesta de Dripps fue rápida e inolvidable porque, como ahora, me doy cuenta, dibujó su imagen como buen líder que era: "No Jim, quédate donde estás, dentro de dos años serás invaluable para la Anestesia por tu entrenamiento. Dentro de dos años ninguno recordará las frustraciones que día a día estamos pasando".

CUALIDADES DEL JEFE

Hay cualidades adicionales que un jefe debe tener: a) Accesibilidad para que el personal sea dirigido y para que los estudiantes sean enseñados. Visibilidad y accesibilidad son importantes. La invisibilidad sugiere ausencia, indiferencia para los problemas diarios y aislamiento. b) Capacidad para escuchar, para poner en evidencia que se hacen decisiones oportunas y duraderas. Dos de las peores cosas que uno puede hacer son: tomar decisiones rápidas sin oír ambos lados de un argumento y tener que cambiar decisiones una vez que están hechas. La reputación de hacer la evaluación cuidadosa y tomar decisiones juiciosas es el sello de un jefe. c) El personal, los estudiantes y los residentes deben tener la oportunidad para expresar sus opiniones. El hacer una política autocrática en resumidas cuentas conduce al desastre. El personal y los estudiantes aceptarán una decisión, aunque esté en desacuerdo con su sentir, si es que han expresado sus opiniones y saben que éstas han sido escuchadas. d) El establecimiento de métodos para evaluar la enseñanza en todos niveles. Estudiantes de medicina, residentes y asociados deben estar provistos de una retroalimentación relacionada a su educación y de nuevo, deben saber que sus opiniones son escuchadas, tomadas en cuenta y, cuando son apropiadas, utilizadas. e) Debe existir un sistema para evaluar la atención de los pacientes en los departamentos clínicos. La organización de métodos para la retroalimentación del paciente y del cirujano es complicada pero manejable. Mientras que la enseñanza es la primera obligación del personal, no debe permitirse que se arriesgue la alta calidad en el cuidado de los pacientes. f) La importancia de la investigación debe ser reconocida y el personal animado a participar. Una institución académica o un departamento sin programas de in-

vestigación, tarde o temprano está destinado a la mediocridad. La investigación es a un departamento lo que es un hospital: fomenta el cuidado en las mediciones, la precisión en la observación, la responsabilidad para las comunicaciones, especialmente cuando éstas aparecen impresas y la evaluación por los colegas. g) Finalmente, debe haber introspección dentro del departamento, desafiando el *status quo* en la educación, el cuidado del paciente y en la investigación. La falta del desafío al *status quo* ha llevado a la muerte de países así como de instituciones y departamentos.

JEFATURA EN ANESTESIOLOGIA

Permítanme referirme enseguida a la jefatura en nuestra especialidad. Hay varios principios "dados" que un anestesiólogo que sea jefe debe admitir: a) Los anestesiólogos deben trabajar en armonía con los cirujanos; es estúpido pelear este principio. La anestesia, como una especialidad, dejarla de existir si no podemos trabajar en simbiosis con los cirujanos. En la atención quirúrgica moderna de los pacientes, los cirujanos deben tener anestesia para la mayoría de sus pacientes, los anestesiólogos deben también tener pacientes que atender. Los pacientes de cirugía vienen a los hospitales o a los centros de cirugía para una operación, no para una anestesia, pero el cirujano debe tener en mente las limitaciones de lo que puede ser hecho quirúrgicamente sin anestesia. Hay grandes campos de la cirugía que nunca hubieran alcanzado su estado actual sin la anestesia moderna. Debemos aceptar esta tesis, así es que, prosigamos en la inteligencia que debemos superar cualquier diferencia que exista. b) Ambos, cirujano y anestesiólogo, están interesados en la mejor atención posible que pueda ser brindada a su paciente en común. Los cirujanos de hoy conocen poco las técnicas de anestesia o los agentes y no tienen el tiempo o la habilidad o experiencia para dedicarse a la atención del paciente durante e inmediatamente después de la anestesia. Similarmente, los más de los anestesiólogos no tienen el entrenamiento quirúrgico que les permita hacer el diagnóstico preoperatorio, ni las técnicas operatorias y además no están preparados en la atención quirúrgica postoperatoria, con excepción del período postoperatorio inmediato. El paciente es el único que se beneficia con la atención coordinada del cirujano con el anestesiólogo antes, durante y después de la operación. c) No todos los procedimientos quirúrgicos requieren la misma habilidad y experiencia de los cirujanos o de los anestesiólogos, algunos procedimientos son sencillos y exponen al

paciente a poco riesgo, otros son complicados y no pueden llevarse a cabo más que con gran habilidad anestésica y quirúrgica. Algunos pacientes están tan enfermos, que el procedimiento quirúrgico más simple requiere un cuidadoso tratamiento anestésico. El discernimiento del riesgo para los pacientes puede ser tanto quirúrgico como anestésico. Recuerdo una anécdota: después de varios años de experiencia y de instituido el primer departamento de anestesia en la Universidad del Noroeste de Chicago, el que anteriormente agrupaba en su personal algunos médicos de práctica privada, enfermeras anestesiistas y estudiantes de enfermería en anestesia, un cirujano amigo del personal me hizo esta observación: "ustedes, compañeros han hecho una gran diferencia, pero tal vez o tanta como ustedes suponen, han hecho notar la diferencia en el cuidado del paciente sano para operaciones efectivas como la hernioplastia o la biopsia de mama. El cirujano que acepta únicamente pacientes sanos y solamente hace operaciones sencillas, no entiende la necesidad de que sea un anestesiólogo experto el que tenga a su cuidado la administración de la anestesia. Esos pacientes raramente presentan complicaciones, a tales cirujanos y al médico de cabecera no les importa si ustedes están ahí o no y no se van a poner tristes si ustedes se van mañana, es más, de hecho ustedes les complican la existencia. Pero, por otra parte, aquellos de nosotros que hacemos operaciones complicadas y operamos pacientes graves, reconocemos fácilmente la diferencia. Mis pacientes evolucionan mejor durante y después de la operación. El índice de morbilidad/mortalidad es bajo, de hecho, no me tengo que preocupar de lo que está haciendo el anestesiólogo y sí puedo poner toda mi atención en mi cirugía. d) Cirujano y anestesiólogo tratan simultáneamente con los mismos pacientes. Para que la anestesia y la cirugía se desarrollen sin incidentes, ambos especialistas deben ser respetuosos del tiempo y del talento de cada uno y deben coordinar su tiempo para mejor provecho. No tiene sentido que una operación sea programada a una hora prevista y que el paciente, las enfermeras y el anestesiólogo estén esperando a un cirujano que puede evitar llegar tarde. De la misma manera, no tiene sentido para el paciente, las enfermeras y el cirujano, estar esperando mientras que el anestesiólogo desperdicia el tiempo en preparativos que deberían haberse hecho antes. Principalmente esto es cierto entre una operación y otra, el llamado "tiempo perdido". No hay otra área de la medicina en donde la buena comunicación entre médicos y el respeto al tiempo, al talento y a las opiniones de cada uno, sean tan importantes.

En forma interesada, el cirujano tiende a ver sus problemas unilateralmente y el anestesiólogo hace lo mismo. A menudo omiten examinar ambos lados del problema y no son capaces de llegar a un común acuerdo. Recientemente, un amigo mío, jefe de un departamento quirúrgico académico, se pasó un buen tiempo quejándose de los anestesiólogos de su hospital. Ciertamente es que tenía algunas quejas justificadas, pero no pude dejar de pensar en los "agarrones" de los anestesiólogos con los cirujanos. Al final de la conversación me preguntó si había hecho planes para continuar practicando mi especialidad cuando me jubilara dentro de dos años. Le contesté: "sí, pero si lo hago, seleccionaré muy bien a los cirujanos con los que trabajaré, porque muchos desperdician demasiado el tiempo, ya me aburrí de trabajar con ellos puesto que el que paga las consecuencias es el paciente". Mi amigo levantó las cejas, nunca se la había ocurrido que los cirujanos y los anestesiólogos se podían estar viendo de la misma manera. e) Lo último es que ni los anestesiólogos ni los cirujanos se pueden faltar al respeto el uno al otro. El respeto se logra por la experiencia y la habilidad probada y demostrada por la competencia clínica. A mi juicio, la peor cosa que puede hacer un anestesiólogo joven es tratar de ser autocrático dictaminando quién debe operar, cuándo y bajo qué circunstancias. Estos individuos no lograrán el respeto de los cirujanos y propiciarán reglas arbitrarias. Algunos nuevos jefes de anestesia intentan desde un principio, ser instalados como jefes de las salas de operaciones, la cabeza de la sala de cuidados intensivos y cosas como éstas. Sin la experiencia previa, tales pretensiones pueden acabar en el desastre. Por otra parte, tenemos que, con la demostración de competencia clínica y administrativa y de habilidad de líder, sólo hay uno que puede contender para ocupar el cargo, un anestesiólogo. En cualquiera de estas áreas, es el individuo que está mejor calificado para estar en el cargo, y esto no tiene nada que ver con la especialidad en la que se ha entrenado.

La práctica médica no es estática así como tampoco lo es ninguna especialidad de la medicina. El mundo está cambiando constantemente en lo referente a nosotros como ciencia médica, la cual progresa a pasos increíbles. Si los médicos y los científicos de finales del siglo XVIII y principios del XIX hubieran pensado realmente en el futuro del cuidado de la salud, la anestesia podría haber sido descubierta 100 años antes. Si los cirujanos del siglo XIX hubieran visto al futuro de su propia especialidad, los anestesiólogos se hubieran materializado 50 a 75 años antes. Veán lo que ha pasado en el

campo de la investigación en anestesia en mi propia carrera en la especialidad: de 1930 a 1940, el desarrollo de nuevos agentes, de 1940 a 1950 el efecto de anestésicos y adyuvantes sobre los sistemas corporales, de 1950 a 1960 la acción farmacológica y bioquímica de los anestésicos, de 1960 a 1970 el efecto metabólico de anestésicos que una vez pensamos eran sustancias inertes, y ahora la primacía en el campo de la investigación en anestesia es el efecto celular y molecular de los agentes anestésicos. La anestesia fue demostrada por primera vez en 1845 y 137 años después no podemos explicar el mecanismo de la anestesia. Sin embargo, no podemos argumentar que la anestesia es una de las contribuciones más grandes para el género humano que jamás halla tenido. Algún día, el mecanismo será explicado, esperamos, y el Premio Nobel aguarda. Como se dijo los anestesiólogos, así como todos los médicos de todas las especialidades académicas, deben ser introspectivos y desafiar el *status quo* en la educación, en el cuidado de los pacientes y en la investigación. No podemos confinar nuestros actos a la administración técnica de los anestésicos, al alivio diario del dolor de los procedimientos quirúrgicos y para prestar servicio en las horas de trabajo asignadas. Debemos poner la mira hacia la eficiencia, en mejorar la forma de la atención para los pacientes, observando qué es lo que sucede a nuestro alrededor, explicando qué estamos haciendo y elaborando planes para el futuro.

MEDICOS Y LA COMUNICACION

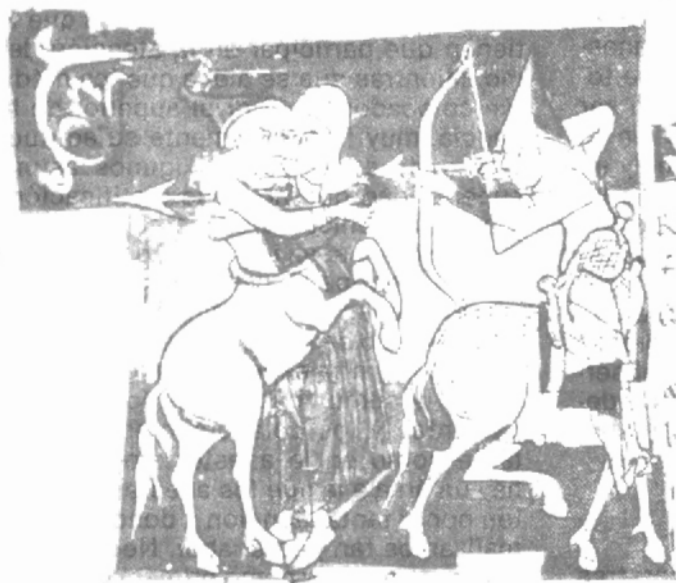
Con su permiso, me gustaría usar tres sombreros en lo que doy mi último punto de vista. Primero como profesor de anestesiología, segundo como director de la Escuela Médica y tercero como Presidente de un Centro Médico con hospitales con cerca de tres mil camas y afiliado a una Universidad grande. Cada año, desde hace 12, en que exhorto a la clase de graduados de la escuela de medicina de Universidad del Noroeste, el principal mensaje ha sido referido hacia la capacidad de los médicos para comunicarse con sus pacientes y con sus asociados. Cuando a cada nueva generación se le da la bienvenida a la escuela de medicina, se ha tratado el mismo tema —la capacidad para hablar con los contemporáneos de uno, con los maestros, con las enfermeras y con los pacien-

tes así como con aquellas personas que hacen la limpieza, los elevadoristas, los meseros, etc. y tomar en cuenta los informes. Las generaciones de nuevo ingreso así como los médicos graduados, son bien motivados, se quejan de la insensibilidad de las generaciones pasadas, con todo, afortunadamente parecen olvidar rápidamente o lo más probable, no han examinado su propia actitud, puesto que las mismas acusaciones les son hechas a ellos. No puede haber profesión en donde la habilidad para la comunicación, para relacionarse con los otros, sea tan importante como en medicina y en la atención del enfermo. Desafortunadamente muy a menudo, cuando uno se convierte en médico, pierde la habilidad o es negligente para cultivar la habilidad para comunicarse efectivamente con los pacientes o con los asociados que también tienen que participar en la atención del enfermo. Mientras que se alega que los médicos están colocados en el nivel superior de la inteligencia, muy frecuentemente su actitud no corresponde a ese nivel. Algunos asumen una superioridad que no tiene justificación; no intentan comunicarse con efectividad, no aceptan que otros sean igualmente inteligentes, que estén aferrados a sus propias opiniones o que sus funciones sean igualmente importantes para el cuidado de los pacientes.

No hay otra especialidad de la medicina en donde la comunicación con los asociados, los pacientes y los colaboradores sea tan importante como en la anestesiología, ni tampoco hay un área a la que los anestesiólogos necesitan poner tanta atención y donde tan a menudo realizamos tan pobre labor. Necesitamos tener en mente y poner como primera prioridad los requerimientos de la comunicación y de la compasión hacia el paciente.

Para concluir, todo lo que he estado tratando acerca del desarrollo y del progreso hacia la madurez de una especialidad de la medicina, espero que algunos problemas que enfrentan todas las ramas de la misma hallan sido implicados. Se podría decir mucho sobre lo que se ha dejado de mencionar, sin embargo, espero que este mensaje para todas las especialidades y para la educación médica, sea claro en cualquier país.

Gracias nuevamente por darme el privilegio de visitar México, el honor de expresar estos sencillos pensamientos y por la oportunidad de conocer mejor su país.



CEVTAFO.D

RYOS QVAKVOS DI TPA. Si
 + di hVVS ISI AL TIRA. Ime
 QVAKVOS ad beatus os qm
 a di illa pgrina exortu & pro cur
 beat fante me scriptura ee p m
 mmeos ciuitatis di. qui codice
 suo pferit. aluore pmerofillione
 in uel: A. V. V. V. quare me ad uam ei qm refellit: qd uoluntate:

Fragmento de «La Ciudad de Dios» de San Agustín. Siglo XII. Biblioteca Nacional, Madrid.