

EDITORIAL: EL LIDERAZGO EN EL POSTOPERATORIO ES TAREA DEL CIRUJANO.

Francisco Javier Sánchez Manuel.

Jefe de Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Burgos. Burgos. España.

Correspondencia: para contactar con el autor accionar [aquí](#).

EDITORIAL:

En esta ocasión quisiera hacer un llamamiento al resto de colegas de profesión sobre lo que, en mi opinión, es un signo de alarma. A nuestra profesión, la Cirugía General y del Aparato Digestivo (en frase de otros: “la cirugía en general y del aparato digestivo en particular”) se la considera una especialidad troncal dentro de las especialidades quirúrgicas. Esto se debe a que dentro de sus competencias se incluyen varias vertientes: la resolución de la patología quirúrgica de su ámbito, la atención urgente de patologías de otras especialidades quirúrgicas y una tercera que se ocupa de la atención a los fundamentos biológicos y técnicos de la cirugía. Es en este último apartado en el que quisiera hacer énfasis.

Cada vez es más frecuente observar en las plantas de Cirugía General a diferentes médicos, no cirujanos, pasando visita a pacientes quirúrgicos ocupándose de incidencias o problemas clínicos surgidos en el pre o postoperatorio. Son ejemplos de ello, los especialistas en Endocrinología, quienes se hacen cargo de la optimización de la situación nutricional y metabólica del paciente quirúrgico que se va a someter a una intervención quirúrgica compleja o de aquél que ha sufrido una complicación postoperatoria y que precisa nutrición artificial; los médicos del grupo PROA (Programa de Optimización de uso de Antibióticos) o de infecciosas que se

ocupan de aspectos tales como la sepsis por catéter venoso, infecciones profundas de zona quirúrgica u otras infecciones intrahospitalarias; los anestesiólogos manejando la analgesia postoperatoria; neumólogos diagnosticando y resolviendo una neumonía o un tromboembolismo pulmonar postoperatorios o llevándose a nuestro paciente para realizar procedimientos menores en su planta como una toracocentesis. Se pueden añadir otros problemas tales como la canulación de una vía central a un paciente de nuestra planta en el que las cosas se complican para hacerlo en la habitación.

Todos estos ejemplos tienen aspectos comunes. El primero de ellos es que son pacientes de los cuales el cirujano es el último responsable. Son pacientes que se encuentran bajo observación o tratamiento quirúrgico en cualquiera de las fases de la atención (ingreso de urgencia, preparación preoperatoria, postoperatorio, etc.). En segundo lugar, son problemas importantes y trascendentales pero no con la suficiente entidad como para ocasionar un traslado o cambio de servicio, puesto que aún la patología quirúrgica es el problema fundamental e inicial considerando al resto de problemas como secundarios. Esto significa que se requiere la participación de alguna de ellas, únicamente, para realizar una técnica concreta (toracocentesis, colocación de un catéter central,...) o para contribuir a la solución de algún problema y después el paciente volvería a su habitación en nuestra planta y sigue quedando a cargo de nuestro servicio. En tercer lugar, y más importante, son problemas que entran en nuestro ámbito competencial. Realizar una toracocentesis, paracentesis, dirigir el tratamiento apropiado de un infección postoperatoria, nutrición artificial, etc. son responsabilidad nuestra y están dentro de las capacitaciones que se deben adquirir según el Programa Nacional de la Especialidad.

Esto está siendo tan cotidiano que han sido varios médicos de otras especialidades colaboradoras, con la mejor intención, quienes han sugerido que debería haber un médico (no está clara cuál sería su especialidad) en la planta de Cirugía para ocuparse del postoperatorio de nuestros pacientes, además de nosotros, por supuesto. Ya hay ejemplos en otras especialidades quirúrgicas y no es raro por ejemplo la presencia de geriatras en plantas de Traumatología. Y esto es una tentación en la que pienso que no debemos caer. Por ahora.

Otro problema asociado a esta forma de trabajar es que al final todo puede diluirse un poco y crear confusiones... el cirujano no termina de ajustar todo el tratamiento porque vendrá "el de infecciosas" u otro que pensamos que ajustará lo que hayamos dejado pendiente. Sin embargo, éste modifica o ajusta sólo el antibiótico y al final de la mañana la enfermería tiene una hoja de tratamiento incompleta o confusa que hay que actualizar frecuentemente a la salida del quirófano...

A mi modo de ver, la raíz del problema es multifactorial y la organización de los servicios de los diferentes hospitales tiene un papel primordial. Sin embargo hay otros factores no menos importantes:

- La falta de tiempo. La coloco en primer lugar porque es la principal excusa que se ofrece actualmente para no acometer algunos cambios o proyectos necesarios. Cada vez somos más presionados para conseguir mejores cifras asistenciales y, también, participamos en una variedad de grupos de trabajo y comisiones, en las que la Cirugía General y Digestiva debe de estar bien representada. La participación institucional es básica para mantener nuestra especialidad en el lugar que se merece. Si, además, sumamos las reuniones propias del servicio (matinal de urgencias, revisión de casos, bibliográficas...), llegamos a

una conclusión: a nuestro paciente en la planta le dedicamos una “visita rápida” para detectar la presencia de alguna complicación, escribiendo rápidamente el evolutivo y el tratamiento, lo cual supone, en general, que no revisemos detenidamente aquellos aspectos que hay que cambiar en su momento (retirar vías centrales, suspender antibioterapia profiláctica, ver los resultados de los cultivos para modificar la antibioterapia, comprobar los resultados analíticos para ajustar la nutrición artificial, etc.). Aquí es donde intervienen las especialidades colaboradoras realizando la atención “minuciosa” que a nosotros nos llevaría más tiempo del disponible solucionar. Pensamos que ellos lo van a resolver satisfactoriamente y además incluso que pueden detectar de forma más precoz un problema que pondrán en nuestro conocimiento.

- La falta de interés. No por ir en segundo lugar este problema es menos importante. Al contrario, lo que considero más grave. Bajo diversas justificaciones, dejamos en manos de las especialidades colaboradoras la resolución de problemas, puesto que, por lo general, no ponen objeciones a colaborar con nosotros, aunque existe una amplia variabilidad interhospitalaria. Aquí es donde creo que es preciso poner más énfasis: nuestra falta de interés es lo que puede condicionar que abandonemos parte de nuestras competencias en manos de otros colegas. Con el devenir del tiempo, serán ellos los que ocupen un papel primordial en el postoperatorio. Corremos, pues, el riesgo de ser llamados únicamente como “servicio central”, para tomar la decisión de operar o no, de colocar un drenaje percutáneo, o incluso cuando la situación clínica se haya deteriorado o haya fracasado un intento previo de drenaje no quirúrgico. Nosotros mismos nos estamos inclinando hacia el quirófano como entorno primordial de desarrollo de nuestra especialidad en detrimento de otros. Es complicado hacer entender a las nuevas

generaciones y a los más jóvenes, sobre todo a aquellos deslumbrados por las nuevas tecnologías, que el futuro de la Cirugía General dependerá de nuestra actitud y nuestro interés. Seguramente, los que tenemos cierta perspectiva, hemos vivido o conocido situaciones en los que la patología clásica de la Cirugía General ha cambiado en un determinado lugar por falta de interés: un problema clínico que se consideraba de nuestro ámbito hasta entonces, pasa a ser de otra especialidad porque ha puesto mayor empeño y dedicación.

Reitero que no es mi intención ir contra especialidades afines, sino reivindicar el papel del cirujano general en estos escenarios que no son tan atractivos para el cirujano tradicional.

La solución: complicada. La falta de tiempo se resolvería realizando un pase de visita con detenimiento a pesar de las dificultades organizativas. El segundo factor, la falta de interés, tiene una resolución bastante más difícil. Probablemente, en aquellos ámbitos en los que ya hay un interés de los cirujanos en su desarrollo (por ejemplo si se cuenta con compañeros interesados en la infección, la nutrición, etc. y formados específicamente en estos campos) sea fácil encontrar nuevos cirujanos que se adhieran. De este modo, la continuidad estaría asegurada. Más difícil es cuando no existe ese ambiente. Encontrar miembros que se dediquen a áreas o tareas no puramente quirúrgicas es una labor muy complicada. Cambiar las costumbres es algo que supone una resistencia inicial. Poner los medios para llevar a cabo las tareas que encomendamos a las especialidades colaboradoras tiene que tener una alta motivación personal.

Nuestra especialidad es muy amplia, tanto en su área puramente técnica como en la no técnica. Los que amamos la especialidad encontramos siempre un lugar en el que poder motivarnos, y no necesariamente tiene que ser con la técnica

quirúrgica. Hay otras múltiples áreas de interés y solamente hay que conocerlas para encontrar aquellas que nos motiven. Este interés puede condicionar el futuro de la especialidad, primero a nivel local y probablemente después a niveles más amplios.

Como mínimo, lo que no deberíamos hacer bajo ningún concepto es delegar en otros el liderazgo de la actuación sobre el paciente quirúrgico.

F. Javier Sánchez Manuel