

## DESHUMANIZAR LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA

Enrique G. Bertranou<sup>1</sup>, Guillermo E. Cassanello<sup>2</sup>

### CONSIDERACIONES PREVIAS

Con gran arrogancia se intenta establecer una polisemia con la palabra "deshumanizar": además de que se trate de "quitar el carácter humano a una persona o cosa", se pretende utilizarla con el significado de "retirar al hombre de un proceso peligroso como la enseñanza de la cirugía".

Se utilizará este título llamativo para encabezar un relato sobre 24 años de trabajo sobre la enseñanza de la Técnica Quirúrgica en los residentes ingresantes de especialidades quirúrgicas que culmina en un Laboratorio de Destrezas Quirúrgicas muy bien equipado apoyado por el Hospital Privado de Comunidad y por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Parece ser el único existente en el país con ese objetivo luego de una encuesta postal realizada por el Departamento de Docencia de la Institución.

Antecedentes:

Se citarán largos párrafos del libro "Técnica Quirúrgica Métodos alternativos para su aprendizaje" de uno de los autores ([www.enriquebertranou.com.ar](http://www.enriquebertranou.com.ar)) dado que los conceptos básicos no han cambiado.

El aprendizaje de la cirugía es penoso. No solamente para el que aprende sino también para el que tiene el gusto de enseñar. Esta situación se debe a que el material con el cual se trabaja es el ser humano. Los sentimientos angustiosos que experimenta el aprendiz son la responsabilidad profesional, el temor a hacer daño al paciente, el temor al error técnico, la falta de experiencia, la falta de destreza manual, la falta del hábito quirúrgico en el quirófano, el temor a lo desconocido, etc. Por parte del cirujano docente los sentimientos experimentados son también aflictivos: responsabilidad profesional, temor a hacer daño al paciente, falta de confianza en el aprendiz, temor por el eventual error del aprendiz, prolongación de la operación, temor a las críticas de otros cirujanos formados, etc.

Por todas esas razones el cirujano encargado de enseñar la cirugía debe extremar los medios para que la adquisición de automatismos y las prácticas no se hagan en el ser humano. De esa manera cuando llegue el momento de realizar una operación tanto el aprendiz como el docente van a poder disponer de la tranquilidad y la confianza logradas en horas de trabajo en conjunto, sin la presencia del paciente, lo que significa seguridad y margen de error mínimo.

### ENFOQUE DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

En 1989 el primer autor, siendo Jefe del Departamento de Docencia e Investigación y en tono con lo publicado por los pioneros Resnick<sup>1</sup> en Toronto y Darzi<sup>2</sup> en Londres, elaboró un pro-

grama de enseñanza de la técnica quirúrgica con medios alternativos que permite aprender las bases de la cirugía, asepsia y antisepsia, manejo de los seis instrumentos fundamentales, técnicas para el desarrollo y control de la atención y algunas técnicas de sutura, en el Hospital Privado de Comunidad, con módulos especialmente elaborados a tales efectos.

Además de enseñar las bases de la cirugía, el curso enfatizaba el valor de la atención centrada en el "mirar con detenimiento" los movimientos ajenos, para crear automatismos quirúrgicos que deben ser repetidos mentalmente basados en la ética de la cotidianeidad para lograr el aprendizaje de las técnicas sin necesidad de "practicar en el paciente".

El curso estuvo destinado siempre para los residentes de especialidades quirúrgicas que ingresan al primer año de residencia, en número de 12 a 14 cada año. El objetivo del curso, en pocas palabras, fue y será preparar al residente fuera del quirófano para un mejor aprovechamiento del aprendizaje y ayudarlo a transitar con menos esfuerzo y tropiezos los primeros pasos por la cirugía.

Si bien la aceptación fue buena la asistencia y la asiduidad nunca fueron excelentes. Los motivos de estas deficiencias deben encontrarse en el trabajo sin horario de los noveles residentes y en la falta de apoyo de las respectivas residencias., de modo que la continuidad en el tiempo era desastrosa por la carencia de lugar específico (se trabajaba en aulas aleatorias) y la creciente labor clínica de los residentes. Se probaron todos los días y todos los horarios sin éxito.

El curso podía realizarse según dos modalidades diferentes. La primera es la que se utilizó en los seis primeros cursos y consistía en dos horas semanales durante 20 semanas para completar 40 horas. Con esta modalidad se tuvo, como ya se mencionó, una asistencia que era cada vez menos numerosa mientras avanzaba el curso.

Durante el año 1996 se hicieron búsquedas bibliográficas para tratar de encontrar algún servicio de cirugía, universidad o centro quirúrgico que realizara este tipo de cursos. Curiosamente se encontró sólo uno que se llevaba a cabo anualmente, desde hacía 10 años, y que resultó ser parecido al presente. Se trata del que se realiza en el Departamento de Cirugía de la Universidad de Montreal a cargo de Beauchamp<sup>3</sup>. Dado que es la Universidad la responsable de la educación de posgrado, los residentes de cirugía comienzan su entrenamiento quirúrgico en sus dependencias porque son liberados durante una semana de las tareas clínicas, realizando el curso en ese lapso de cinco días con ocho horas de trabajo diario. La similitud de los procedimientos utilizados es destacable. Por supuesto la asistencia es perfecta en Montreal dado que los residentes no tienen aún tareas clínicas.

### NUEVO ESQUEMA DE TRABAJO

Fue así que en el año 1997 imitando la modalidad de la Universidad de Montreal se logró que, con la anuencia del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital

<sup>1</sup> Responsable del Laboratorio de Destrezas Quirúrgicas del Hospital Privado de Comunidad. <sup>2</sup> Director del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM). Mar del Plata. Argentina.

Privado de Comunidad, el ingreso de los residentes de especialidades quirúrgicas se realizara tres días antes de la fecha elegida y sin responsabilidades asistenciales. De esa manera los futuros cirujanos trabajaron tres días consecutivos de 8 horas diarias en el Laboratorio de Destrezas. La asistencia fue perfecta, los residentes se mostraron muy satisfechos del curso y los cirujanos de planta demostraron su beneplácito por los resultados obtenidos con respecto a las habilidades y destrezas adquiridas por los nuevos residentes. Esta última modalidad del curso fue adoptada definitivamente para las especialidades quirúrgicas del Hospital Privado de Comunidad, con amplia colaboración de las autoridades del mismo.

Durante el año 2011 se decidió dotar al Laboratorio de Destrezas de un lugar físico estable y definitivo de modo que se pudo completar el curso de Técnica Quirúrgica de 50 horas con 2 horas semanales de trabajo durante el año. El curso fue acreditado por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires con puntaje para la obtención del título de especialista.

## EVOLUCIÓN DE LA ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Algunos elementos nuevos se han agregado al problema de la enseñanza de la Técnica Quirúrgica a saber:

a) La creciente intervención de los hombres de leyes en la actividad quirúrgica por el desarrollo de juicios de mala praxis, que aterrorizan a los cirujanos y a las instituciones.

b) La disminución de vocaciones por la cirugía, especialidad que requiere entrenamiento prolongado y cada vez con menos oportunidades de “hacer” durante la residencia, por la razón anterior.

c) El descomunal desarrollo de la cirugía video asistida que requiere un aprendizaje fuera del quirófano por la complejidad de los conocimientos todos basados en el paso de la visión tridimensional a la bidimensional y de allí en más, aplicado a cada una de las técnicas abiertas.

d) La acción de sociedades protectoras de animales que impiden el trabajo con grandes mamíferos.

e) La imprescindible necesidad de disponer de simuladores de cirugía para poder lograr una capacitación quirúrgica excelente y rápida sin necesitar la “participación” del paciente en el entrenamiento, lo que resulta reñido con la ética médica.

## SIMULADORES

Pero existe una limitación importante que es el costo de los simuladores fabricados, por supuesto, por los países centrales con evidente afán de lucro. De esa manera se hace difícil el entrenamiento quirúrgico de los residentes que no logran en 4 o 5 años de trabajo lo que otros lo alcanzan sobradamente en el período de residencia en base a simuladores “sin participación” del paciente.

El desafío de nuestro país es que poseyendo vocación, ingenio y tecnología, fabrique en gran escala y sin fines de lucro cientos de simuladores de todo tipo para que toda residencia quirúrgica registrada autorizada disponga de ellos. De esa manera “deshumanizaremos” la enseñanza de la cirugía, y lograremos cirujanos diestros, hábiles en un lapso menor.

Modestamente en el Laboratorio de Destrezas Quirúrgicas del HPC, se fabrican a bajo costo simuladores para anudamiento, sutura, corte, atención dividida, manejo de pinzas hemostáticas, simuladores para sutura intestinal abierta termino-terminal y termino-lateral, suturas vasculares de todo tipo, simuladores para anudamiento manual en profundidad, simuladores para el acostumbamiento al pasaje de visión 3D a 2D, simuladores para sutura endoscópica, anudamiento endoscópico con o sin baja-nudos, disección de pedículos, manipulación intestinal, etc. Además en el marco del aprendizaje de lo expuesto, se aprovecha para enseñar estrictas nociones de asepsia y antisepsia, se enseña a posicionarse frente a la mesa de operaciones, evitar desprolijidades, no levantar la vista de la herida operatoria, utilizar la mano menos hábil, “economizar movimientos”, trabajar rápido y bien, sobre todo bien.

## “HUMANIZAR” LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA

El objetivo del Laboratorio de Destrezas Quirúrgicas del Hospital Privado de Comunidad es “deshumanizar” la enseñanza de la cirugía y en eso se trabaja con tenacidad y tratando de desarrollar nuevos simuladores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reznick RK, Teaching and testing technical skills. Am J Surg 1993;165:358-361.
2. Moorthy K, Munz Y, Sarker SK, Darzi A. Objective assessment of technical skills in surgery. BMJ 2003;327:1032-1037.
3. Heppell J, Beauchamp G, Chollet A. Ten-years experience with technical skills and perioperative management workshop for first-year residents. Can J Surg 1995;338:27-32.