

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POST-TROMBOSIS VENOSA DE LA VENA MESENTÉRICA SUPERIOR PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Leonardo A. Arrechea MAAC, Alejandro M. de la Torre MAAC FACS, Alejandro J. Pavlovsky MAAC, Santiago Penedo

INTRODUCCIÓN

La trombosis de la vena mesentérica superior (TVMS) es una enfermedad infrecuente, representa el 5-12% de los casos de isquemia mesentérica con una disímil mortalidad. Fue descrita por Elliot en el año 1895⁵.

Favorecen su aparición los estados congénitos de hipercoagulabilidad y las causas adquiridas como enfermedades hematológicas, neoplasias, traumatismos, procesos inflamatorios abdominales, postoperatorios, cirrosis e hipertensión portal entre otros.

Se distinguen tres formas clínicas: la aguda, de horas de evolución, con elevado riesgo de isquemia intestinal; la subaguda que cursa con dolor abdominal y puede evolucionar en días incluso hasta semanas, con menor riesgo de isquemia intestinal y por último la forma crónica que se manifiesta por sangrado de varices esofágicas secundarias a trombosis de la vena porta^{1,7}.

En la actualidad el avance de los métodos por imágenes, permite diagnosticar con precisión formas subclínicas, en especial el ecodoppler y la tomografía axial computada multislice^{9,12}.

La estenosis del intestino delgado posterior a la TVMS es una complicación infrecuente con muy pocos reportes publicados en la literatura^{2,6,11}.

El objetivo de esta comunicación, es presentar un caso de estenosis de intestino delgado, secundaria a una trombosis de la vena mesentérica superior tratada por abordaje video laparoscópico y realizar una revisión bibliográfica del tema.

CASO CLÍNICO

Varón de 63 años de edad con antecedentes de cáncer de próstata con metástasis

óseas en tratamiento oncológico con estrasmustina que curso internación en enero de 2010 por TVMS diagnosticada mediante TAC de abdomen y pelvis que informaba trombosis en la vena mesentérica superior (Figura 1 A y B) y enteritis con rarefacción del mesenterio (Figura 2).

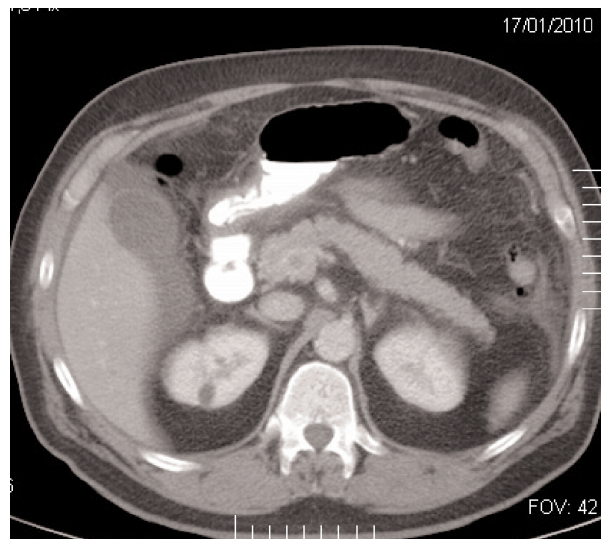


FIGURA 1 A

Trombosis de la vena mesentérica superior

Durante su internación en sala general recibió tratamiento anticoagulante y reposo digestivo.

Fue dado de alta al 10º día con mejoría de la sintomatología y tolerancia a la dieta. Al alta el paciente continuó con clexane 80 mg cada 12 hs. en seguimiento por el servicio de hematología.

Reingresa el día 12 de marzo de 2010 por dolor abdominal de tipo cólico, náuseas y vómitos, que comenzaron 7 días antes, asociados a distensión abdominal posterior a la ingesta, este cuadro fue progresivo hasta hacerse permanente.

Al examen físico el paciente se encuentra lucido afebril taquicárdico y normotenso. Presenta palidez cutáneo mucosa y signos de deshidratación moderada. Valores de laboratorio al in-

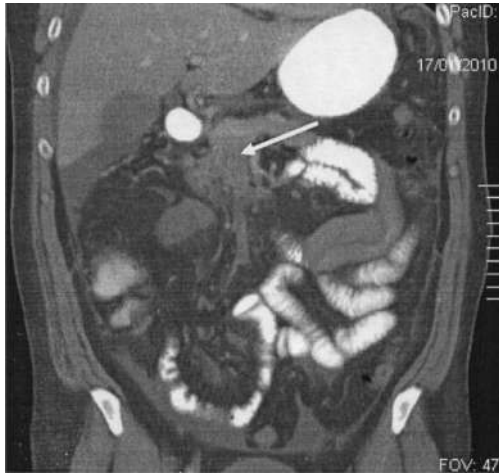


FIGURA 1 B

Trombosis vena mesentérica superior TAC corte sagital



FIGURA 3

Engrosamiento de asa de intestino delgado. Alteración de mesenterio

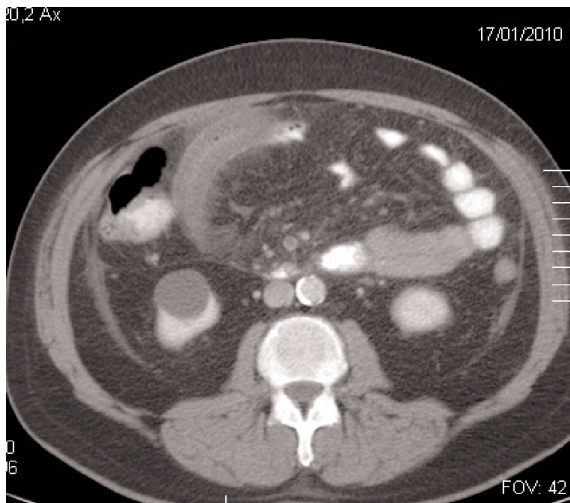


FIGURA 2
Enteritis

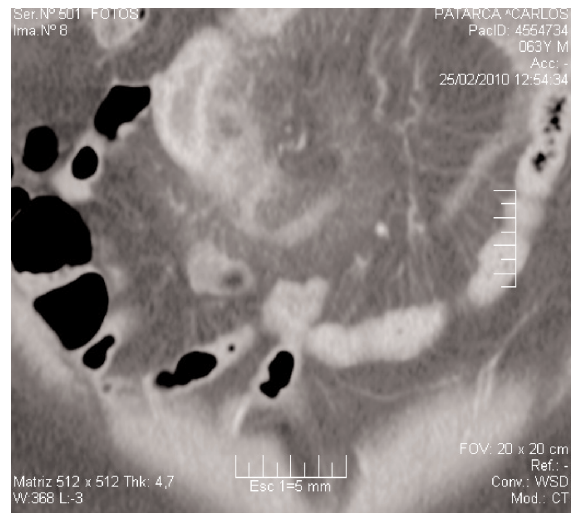


FIGURA 4

Estenosis de delgado y rarefacción del mesenterio

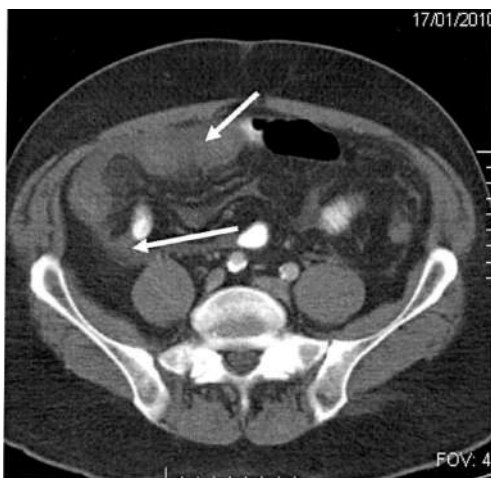


FIGURA 2 bis

Enteritis y edema de mesenterio con líquido libre en parietocolico derecho

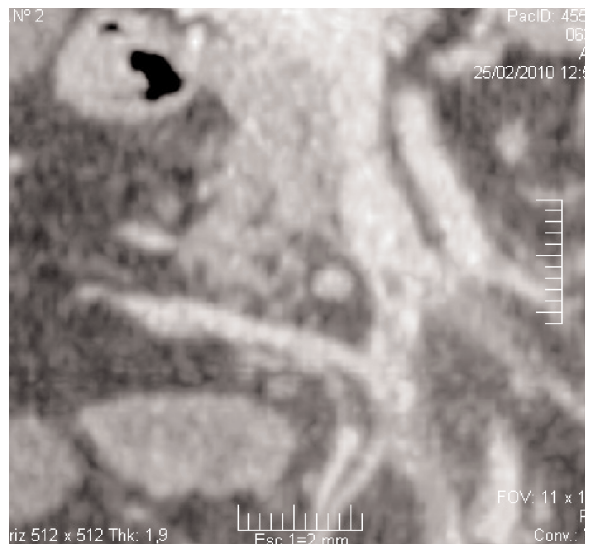


FIGURA 5

Trombosis vena mesentérica superior

greso: Hto 46% gb 9800 plaquetas 361000 eritrosedimentación 20 mm.

En la radiografía del abdomen se observaba dilatación del estómago y asas de intestino delgado proximales. Se realizó ecografía abdominal que informa la presencia de intenso meteorismo sin líquido libre en abdomen.

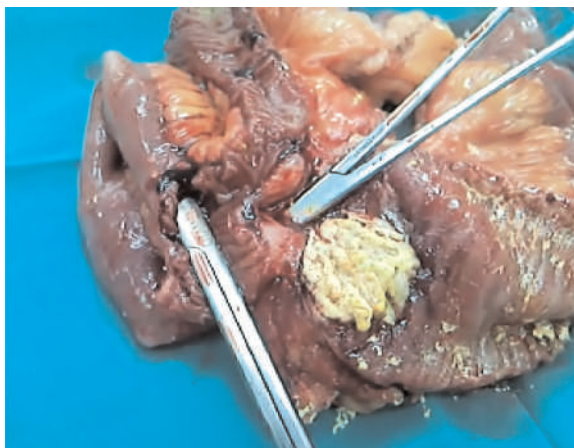


FIG. 6

Pieza de resección. Intestino Delgado abierto por su borde antimesentérico.

Flecha negra asa aferente. Flecha blanca cicatriz estenótica. Flecha gris asa eferente

Se solicitó TAC de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso que evidencia cambio en el calibre de asas de intestino delgado a nivel yeyuno-ileal con mayor refuerzo del contraste endovenoso y marcada alteración del tejido graso adyacente (Figura 3). Las asas de intestino delgado proximales a dicha imagen se encuentran distendidas con niveles hidroaéreos. Se observa defecto de relleno en vena mesentérica superior, compatible con trombosis, asociado a la alteración del tejido graso mesentérico (Figura 4).

Se indicó reposo digestivo por 72 hs con buena evolución. Al comenzar con dieta blanda presenta distensión abdominal asociada a dolor abdominal tipo cólico por lo que se decide la exploración quirúrgica abordando el abdomen por video laparoscopia.

En el acto quirúrgico se evidencia oclusión intestinal a 1.5 metros del ángulo de Treitz que involucra asas de delgado con adherencias firmes entre si y al epiplón mayor. Se realiza resección en bloque de intestino delgado comprometido y del epiplón mayor, la anastomosis termino-terminal se realizó en forma manual extracorpórea con dos hemisurget de prolene 3-0 por una ampliación de la incisión del trocar umbilical

(Figura 5).

El paciente cursó un post-operatorio favorable y fue dado de alta al 5to día.

La anatomía patológica informó enteritis necrotizante con márgenes de resección congestivos libres de enfermedad, mesenterio con citoes teatonecrosis. Adenitis reactiva en los 6 ganglios resecados.

DISCUSIÓN

La obstrucción de intestino delgado como complicación de una TVMS es un cuadro muy poco frecuente con escasos reportes en la literatura mundial^{2, 6, 11}.

Por lo general en los pacientes afectados de TVMS, existe de forma subyacente una patología trombotica, congénita o adquirida. Nuestro paciente presentaba los antecedentes de tabaquismo y un cáncer avanzado de próstata.

En las formas graves de esta patología se destacan la presencia de sangrado intestinal que puede manifestarse en forma de melena o hematoquezia y la existencia de ascitis hasta en el 15% de los pacientes, que manifiesta la severidad del compromiso parietal del intestino.

La fisiopatología de este proceso luego de la trombosis venosa muestra congestión de la pared intestinal, edema-hemorragia intramural que según la severidad puede progresar hasta la necrosis. En el acto operatorio se observa una transición gradual en la coloración del intestino infartado hacia el normal a diferencia de la oclusión arterial aguda¹⁰.

En este caso el paciente no presentó melena pero sí evidenció líquido libre en el parietocolico derecho e inter-asas. El cuadro evolucionó en forma subaguda manifestándose a las 6 semanas del evento trombotico, con dolor abdominal de tipo cólico posterior a la ingesta, asociado a distensión abdominal náuseas y vómitos.

Los métodos diagnósticos mostraron un cuadro de oclusión parcial de intestino delgado. En relación a esta forma de presentación, en la literatura se describe como estenosis tardía de la cicatriz, como un cuadro intermedio entre la restitución ad integrum y la necrosis con perforación y peritonitis¹¹. Esta forma de presentación fue reportada en la mayoría de los casos publicados de estenosis de intestino delgado post TVMS.

Hasta el advenimiento de los métodos de

diagnósticos por imágenes actuales, el diagnóstico de la TVMS era una verdadera incógnita para los médicos actuantes, a menudo tardío y por lo general en el contexto de un abdomen agudo por la presencia de necrosis intestinal.

Los exámenes de laboratorio son inespecíficos, destacándose la acidosis metabólica aunque la misma se presenta en forma tardía y manifiesta el infarto del intestino comprometido.

La ecografía doppler y la tomografía axial computada con contraste endovenoso son los métodos diagnósticos de elección. El ecodoppler permite observar en forma no invasiva el trombo en la vena afectada aunque pierde sensibilidad en presencia de distensión abdominal. En cambio la tomografía axial computada multislice en la actualidad permite observar la trombosis y descartar otras causas de patología abdominal.

La resonancia nuclear magnética si bien tiene elevada sensibilidad y especificidad queda reservada a aquellos pacientes que presenten hipersensibilidad conocida al contraste endovenoso tomográfico o insuficiencia renal^{3, 4, 8}.

La arteriografía mesentérica ha perdido importancia por ser un método invasivo y está únicamente indicada en aquellos casos con alta sospecha de trombosis, en los cuales los métodos no invasivos no han podido hacer el diagnóstico, o en aquellos casos de trombosis de pequeños vasos.

El tratamiento de la TVMS consiste fundamentalmente en la anticoagulación, reposo digestivo e hidratación parenteral. El tratamiento quirúrgico se impone ante la perforación intestinal y en los casos de evolución subaguda con la estenosis cicatrizal del segmento afectado.

La resolución en este caso, a diferencia de los reportados en la literatura se realizó por abordaje video-laparoscópico, lo que brindó los beneficios ya conocidos de la cirugía mínimamente invasiva.

El abordaje laparoscópico permite evaluar la totalidad de la cavidad y realizar la resección del segmento intestinal afectado. La reconstrucción del tránsito intestinal puede realizarse por vía laparoscópica o en forma extracorpórea. En este caso se realizó el control intracorpóreo del meso intestinal con una anastomosis manual

extracorpórea por la ampliación de la incisión del trocar ubicado a nivel umbilical.

El hallazgo intraoperatorio de adherencias del epiplón mayor al intestino delgado comprometido ha sido una constante de los casos reportados, hecho este que confirma la función de defensa atribuida al mismo, en la patología inflamatoria abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boley S, Kaleya R, Brandt L. *Mesenteric venous thrombosis*. Surg Clin North Am 1992; 72: 183-201.
2. Cardot f, Borj JY, Guédon C, Lerebour E, Colin R. *Les syndromes d'ischémie veineuse mésentérique: infarctus et ischémie transitoire*. Gastroenterol Clin Biol 1992; 16:644-8
3. Choudhary AM, Grayer D, Nelson A, Roberts I. *Mesenteric venous thrombosis A diagnosis not to be missed!* J Clin Gastroenterol 2000; 31: 179-182.
4. Divino CM. In: Parks S, Angel LP, Ellozy S, Spiegel R, Kim U.A *Retrospective study of diagnosis and management of mesenteric vein thrombosis*. Am J Surgery 2001; 181: 20-3.
5. Elliot JW. *The operative relief of gangrene of intestine due to occlusion of the mesenteric vessels*. Ann Surg 1895; 21: 9-23.
6. Eugene C, Valla D, Wesenfelder L, Fingerhut A, Bergue A, Merrer J et al. *Small intestinal stricture complicating superior mesenteric vein thrombosis. A study of three cases*. Gut 1995; 37: 292-5.
7. Kaleya R, Boley S. *Acute Mesenteric Ischemia*. Crit Care Clin 1995; 11:479-512.
8. Kumar S, Sarr MG, Kamath PS. *Mesenteric venous thrombosis*. N Engl J Med 2001; 345: 1683-8.
9. Nordback I, Sisto T. *Ultrasonography and computed tomography in the diagnosis of portomesenteric vein thrombosis*. Int Surg 1991; 76: 179-82.
10. Quildrian S., Mihura M., Ceresetto J.. *Trombosis venosa mesentérica*. Rev. Argent. Cirug. , 2004; 87(3-4): 130-136.
11. Uribe AS, Feres ES, Flores PC. *Estenosis segmentaria de intestino delgado luego de trombosis de vena mesentérica superior. Caso clínico*. Rev. Méd. Chile 1999; 127: 11: 1369-1374.
12. Weinreb J, Kumari S, Phillips G, Pochavzesky R. *Portal vein measurements by real-time sonography*. AJR 1982; 139: 497.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA COMPLICADA

*Gustavo J. A. Mantovani** MAAC, *Daniel Valeri***, *Marcelo Caro****, *Héctor Ríos **,
*Jorge Caro*****

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL", ORAN, SALTA, ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico inicial de una lesión diafragmática es difícil, sea en el trauma penetrante como en el contuso, reportándose una incidencia en su presentación del 10 al 15% en trauma penetrante^{1, 5}. La mortalidad de estas lesiones varía de acuerdo al mecanismo de producción y al tiempo de evolución de la hernia, reportándose índices del 20% al 80% de mortalidad, pero si consideramos las hernias diafragmáticas traumáticas de presentación tardías complicadas con estrangulación visceral la mortalidad se centra entre el 60 y 80% según las series^{4, 5}.

CASO CLÍNICO

Varón de 43 años de edad derivado del interior con un cuadro de 72 horas de evolución con diagnóstico de neumonía izquierda complicada por derrame pleural. Antecedente: traumatismo de toracoabdominal por herida de arma blanca hace 7 años, a nivel de 7^o espacio intercostal línea axilar posterior izquierda, por lo cual se colocó drenaje pleural izquierdo. Ingresó por guardia en mal estado general, con disnea, dolor en hemitórax izquierdo, dolor cólico difuso abdominal, náusea y vómitos. En el examen físico; se encontraba vigil, en ortopnea, cianosis periférica, deshidratado grave, taquipnea de 30 por minuto, taquicárdico 110 por minuto, presión arterial de 90/60 mmHg, ingurgitación yugular bilateral, hemitórax izquierdo hiperinsuflado, con

ausencia del murmullo vesicular, abdomen asimétrico con distensión marcada en hemiabdomen derecho, timpánico con ausencia de ruidos hidroaéreos. Se realiza laboratorio que muestra leucocitosis (25.000 blancos) con falla pre renal, radiografía de tórax (Figura 1); y Rx abdomen de pie (Figura 2). Se realiza reanimación inicial con fluidos, ATB y se decide conducta quirúrgica de urgencias. Se realiza laparotomía exploradora, se constata peritonitis purulenta generalizada, brecha diafragmática izquierda con herniación del epiplón mayor y colon transverso, con compromiso isquémico, gangrena del sector derecho del transverso (Figura 3), se procede a realizar toracotomía anterolateral izquierda constatando piotórax múltiples adherencias, perforación del colon transverso herniado en hemitórax izquierdo, infarto de epiplón mayor, colapso total de pulmón izquierdo. Se realiza liberación y reducción a cavidad abdominal del colon y epiplón, se procede a lavar cavidad pleural, se cierra brecha diafragmática con nylon (Figura 4), luego se procede a realizar hemicolectomía derecha ampliada, por el compromiso isquémico extenso de colon transverso, ileostomía terminal a lo brooke, colostomía distal (cabos divorciados), lavado de cavidad abdominal y se decide abdomen abierto y contenido. Pasa a UTI, se lava en 4 oportunidades y se cierra cavidad abdominal, presentando a los 10 días piotórax tabicado izquierdo por lo cual se realiza nuevamente toracotomía con debridamiento, decorticación temprana y drenaje pleural izquierdo bajo agua. Presenta buena evolución postoperatoria con una estadía de 30 días.

* Cirujano de planta.

** Jefe del Servicio de Cirugía General.

*** Concurrente del Servicio de Cirugía General.

**** Instrumentador quirúrgico.

Recibido el 12/12/2011.

Aceptado el 21/11/2012.



FIGURA 1
Rx de tórax con nivel hidroaéreo izquierdo

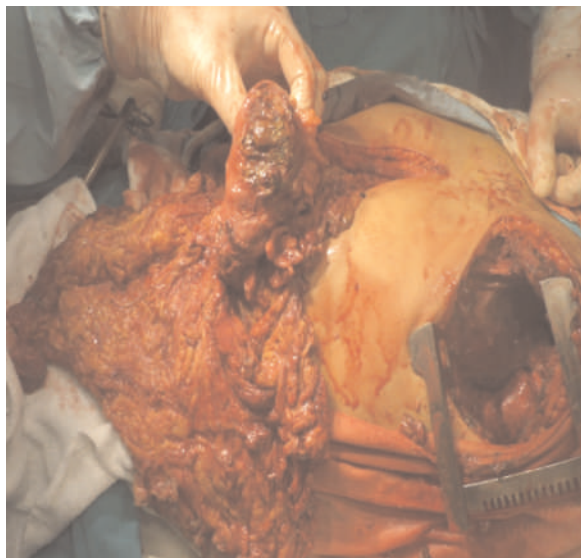


FIGURA 3
Laparotomía, toracotomía anterolateral y perforación de colon transverso



FIGURA 2
Rx de abdomen de pie



FIGURA 4
Brecha diafragmática izquierda, vista abdominal

COMENTARIO

Las hernias diafragmática traumáticas por traumatismo penetrantes son frecuentes en nuestro medio, con una relación 3:1 con respecto al trauma cerrado, se debe tener un alto índice de sospecha para su diagnóstico en la etapa inicial ya que con los métodos de imágenes entre el 10 y 60% se puede arribar a su diagnóstico^{2, 3, 5}. En

nuestro servicio con la implementación de protocolos en trauma se diagnosticó en forma temprana las hernias diafragmáticas traumáticas ya que realizamos sistemáticamente laparoscopia diagnóstica en los traumatismos toracoabdominales penetrantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reber PU, Scmied B, Seiler CA, et al. *Missed Diaphragmatic injuries and their long-term sequelae*. J Trauma. 1998; 44: 183-188.
2. Lerner Ch. A, Dang Hai, Kutilek RA. *Strangulate traumatic diaphragmatic hernia simulating a subphrenic abscess*. J Emerg Med. 1997; 15: 849-853.
3. Sing S, Kalan M, Moreyra C, Buckman RF. *Diaphragmatic Rupture presenting 50 year after the traumatic event*. J Trauma. 2000; 49, 156-159.
4. Kulstad EB, Pisano MV, Shirakbari AA. *Delayed presentation of traumatic diaphragmatic hernia*. J Emerg Med. 2003; 24: 455-457.
5. Valdez Ferro J, Díaz JD. *Hernia diafragmática traumática crónica: a propósito de un caso*. Rev Ciencias Médicas. 2010; 14: 23-26.

EL “MEJOR CIRUJANO”

Eduardo de Santibañes MAAC FACS

Siempre llamo poderosamente mi atención la pregunta. Habitualmente, la respuesta suele ser rápida, poco meditada y fundada en preconceptos acerca de las cualidades del buen cirujano. Personalmente he sacado mis propias conclusiones que se han ido modificando con el transcurrir de los años y la experiencia acumulada.

También motiva este escrito sentir la necesidad de dejar una guía o modelo a mis discípulos o a aquellos que la necesiten.

Como todas las observaciones ésta puede contener subjetividades y debe tomarse solo como una opinión más. No pretenden mis palabras constituirse en un paradigma, pero sí transmitir lo que he vivido y aquellos hechos que honestamente pienso pueden ayudar a reflexionar sobre este tema.

Estas ideas no están inspiradas en alguien en particular y mucho menos tienen la intención de ofender. Sí se que seguramente todos nos sentiremos parte o protagonistas de alguno de mis dichos. Ellos buscan generar una rica discusión que, sin duda, servirá a los futuros cirujanos.

Desde muy joven y por ser hijo de un cirujano rural, que además era un gran médico; escuché las alabanzas hacia su maestro el Prof. Federico Enrique Christmann. Esos relatos, lo elevaban a la perfección y en mis fantasías fue la imagen que busque como guía. Siendo alumno de 6to año de medicina, tuve la oportunidad de ver a ese gran maestro operar homenajeando a su nieto y a sus discípulos en el viejo Pabellón Finochietto del Hospital General San Martín de La Plata luego de varios años de retirado de la actividad quirúrgica.

El paciente era portador de un megacolon chagásico, y tenía varias cirugías previas. El anfiteatro estaba repleto y el silencio era signo de respeto y admiración.

Christmann dijo, “...hace mucho que no opero, así que no esperen velocidad, pero el nadador que ha aprendido un estilo y se desentrena, pierde la velocidad, pero no el estilo...” y siguió lo que para mí fue una sinfonía ejecutada a la perfección.

Aristides Benvenuto Mezzadri, que fuera jefe de trabajos prácticos en la Cátedra de Técnica Quirúrgica de Christman, nos entreno en la técnica quirúrgica a su hijo Norberto y a mí, los fines de semana, en un quirófano improvisado en el fondo de su casa, durante nuestros años de estudiantes.

Esta disciplina había desaparecido de la currícu-

la de los modernos planes de estudio pero ella consideraba esencial en la formación de futuros cirujanos. Más allá de mi agradecimiento a quien fuera uno de los maestros que mas influyeron en mi vocación por alcanzar la excelencia en cirugía, Aristides Benvenuto Mezzadri nos recomendaba ejercitar la habilidad, la limpieza y la simpleza en la ejecución de las maniobras, pero nos inculcaba también otros principios que tenían que ver con la relación médico paciente, con los colegas y con la hombría de bien.

El privilegio de vivir la enseñanza de la técnica desde muy joven me llevo a cometer el error de creer que el “mejor cirujano” era el mas hábil.

En general el cirujano admira y respeta al colega que demuestra capacidad técnica y facilidad en la ejecución de las maniobras. No es infrecuente escuchar comentarios peyorativos sobre aquellos que no disponen naturalmente de esas condiciones.

También es bastante común asociar la imagen de habilidoso con las manos y poco dotado con el cerebro. Este argumento es en general esgrimido por los inhábiles para desquitarse del agravio que les infieren dotados técnicamente.

En el mundo las buenas residencias de cirugía, han demostrado sus bondades al transformar a un residente algo torpe en un cirujano estándar, y capaz de alcanzar niveles de excelencia si persevera, desarrolla otras habilidades e invierte su tiempo en la adquisición de conocimientos y la toma de decisiones adecuadas.

Estas reflexiones solo pretenden poner en su lugar a la destreza técnica, ya que es la condición sine quanon del “mejor cirujano” pero en balance con otras tales como el conocimiento, el equilibrio y el sano criterio.

Un cirujano habilidoso, posee una virtud que si la administra bien puede redundar en beneficio para el paciente. Y aquí, nos acercamos a lo que considero el meollo de la cuestión. Ser el “mejor cirujano” implica alejarse del narcisista concepto de “yo hice lo que otros no podrían”, y concentrarse solamente en el beneficio al paciente.

Nos entrenamos y estudiamos durante nuestra vida médica, para beneficiar y ayudar a los enfermos, curarlos y mitigar su dolor. Este concepto debe primar cuando juzgamos al “mejor cirujano”, ya que él, no debe buscar su lucimiento durante la ejecución de un procedimiento sino solo pensar en las consecuencias de su actuación.

Siempre me impresionaron las palabras que escuche decir a Henri Bismuth refiriéndose a los audaces: "...nunca he sabido de un cirujano que muriera en el quirófano como consecuencia de su temeraria acción, pero si he visto morir y llenar de dolor y complicaciones a los pacientes de estos audaces...". Este concepto debe primar a la hora de tomar decisiones. Siendo residente de 1er año viví una experiencia lamentable que me llevó a abrazar la cirugía hepática. Un famoso cirujano oncólogo fue invitado a mi hospital a operar un médico que padecía de metástasis hepáticas bilaterales de un melanoma de dorso. Luego de laparotomizar al paciente y certificar el diagnóstico; metástasis en todos los segmentos del hígado, realizó una hepatectomía derecha pasando la línea de sección en medio de las vascularizadas metástasis y dejando el remanente hepático con alta carga tumoral. La ejecución del procedimiento fue rápida haciendo gala de su habilidad y a mi entender también la ejecución del paciente quien murió indefectiblemente desangrado en la mesa quirúrgica. La lamentable justificación del profesor, ante un auditorio atónito y temeroso fue que para aprender a hacer una hepatectomía derecha se debían morir algunos pacientes.

El "mejor cirujano", no es aquel que arremete contra la enfermedad sin importar las consecuencias y justifica su accionar en la necesidad de erradicar la enfermedad, aunque sea a costa de la vida, secuelas graves o complicaciones severas que sufra el enfermo.

El "mejor cirujano" sabe cuando acelerar y mucho más importante su conocimiento y criterio le marcan cuando parar. Sabe que un consentimiento informado exhaustivo, no lo habilita a ejecutar una acción que puede redundar en una complicación grave para el enfermo tratado.

Su ego no se mancha cuando tiene que retroceder, ya que solo piensa en el paciente y dado que realmente es el "mejor cirujano", no tiene que demostrarse a sí mismo o a los demás su valía. Nunca parece apurado, pero el tiempo final de los procedimientos es siempre menor que el promedio, dado que su velocidad se manifiesta por encontrar los planos adecuados y ahorrar idas y vueltas o maniobras innecesarias.

Este tema de la velocidad de los cirujanos también llama a polémica. Muy frecuentemente cuando ayudó a un joven, que se siente hábil, trata de acaparar mi atención con maniobras rápidas y hasta ostentadamente elegantes. Mi consejo se apresura a poco de iniciar el procedimiento: "No me vas a impresionar con velocidad, nadie nos corre, se prolijó y ejecuta solo los movimientos necesarios".

La cirugía moderna basa en gran parte sus resultados en la buena anestesia, con lo cual el tiempo no es una prioridad, pero el tiempo adecuado me parece necesario.

El cirujano demasiado lento, aunque sea extremadamente prolijo tiene una gran contra: "aburre al

equipo que lo ayuda".

El procedimiento quirúrgico es hoy en día un trabajo en equipo. Por esto el "mejor cirujano" nunca los aburre, los motiva, les explica el objetivo, los estimula y dirige una orquesta que ejecuta una melodía.

Pero si tuviera que elegir un cirujano estándar, elegiría uno que piense rápido aunque opere lento en lugar de otro que opere rápido y piense lento.

El buen cirujano, lidera el procedimiento quirúrgico y respalda a todos sus integrantes que sienten su protección en medio del stress. Consigue lo mejor de cada uno de ellos. Excepcionalmente se lo escucha recriminar o insultar a sus ayudantes. Cuando no rinden en forma adecuada, los estimula, vuelve a motivar y los reprende en forma no ofensiva. Una llamada de atención por una tarea no cumplida impartida en forma adecuada y con algo de ironía, puede ser mas efectiva que el peor de los gritos o insultos.

Al "mejor cirujano" nunca se lo ve ansioso por finalizar el procedimiento, ya que su único objetivo es obtener un buen resultado que beneficie a su paciente que ha confiado en él. No parece apurado. Para el observador externo, lo que hace siempre parece fácil, con maniobras simples, sin altisonancias, aunque el caso sea complejo y de difícil solución. Cuando el observador tiene la oportunidad de tratar un caso similar lamentará: "¡y pensar que parecía tan fácil cuando él operaba!"

He visto a algunos hábiles cirujanos proceder como aquellos glotones que se sacan la comida del plato rápidamente sin disfrutarla. Esta ansiedad, tiene desventajas para el paciente, dado que aunque rápido, el procedimiento esta sujeto a un bajo nivel de análisis y balance de las distintas opciones. Tiene también contras para el propio cirujano que no está gozando con su trabajo diario. Solo se lo quiere sacar rápidamente de encima, a veces para no sufrir, otras tan solo para continuar con el siguiente caso.

Es frecuente ver cirujanos que desde muy jóvenes sufren la cirugía. Ellos deberían aceptar el consejo de sus mayores, y si no pueden sortear esta dificultad, dedicarse a otras áreas de la medicina. El "mejor cirujano" va contento a operar ya que disfruta lo que hace.

Sin embargo conoce el miedo ante el riesgo, lo sabe dominar y convive con él. Solo los temerarios no sufren miedo ante algún procedimiento que implique responsabilidad.

El "mejor cirujano" debe auditar seria y constantemente sus resultados y conocer sus capacidades reales así como sus limitaciones. El "mejor cirujano" es aquel que obtiene los mejores resultados inmediatos y alejados. Solo el profundo y objetivo análisis de los mismos, le darán el equilibrio necesario para alcanzar la excelencia.

El buen cirujano, siente el dolor ajeno como propio. Esa es una de las razones por la cual se esmera en su técnica y trata de no equivocarse la táctica para así evitar las complicaciones. Estas lo preocupan pero no lo obnubilan ya que trata de sortearlas, aprender de la

mismas y así evitar la siguiente.

Cuando hemos tomado al "mejor cirujano" como referente, pensamos inocentemente que el hecho de ejecutar algunos procedimientos técnicamente complejos como él lo hace, puede graduarnos de "el mejor cirujano". Esta circunstancia hace que perdamos de vista al paciente y nos embarquemos en una visión simplista y narcisista de la cuestión. No podemos graduarnos de el "mejor cirujano" por el solo hecho de ejecutar grandes procedimientos quirúrgicos.

Ser el "mejor cirujano" va mas allá de la posible ejecución técnica, y se imbrica con los resultados, el criterio, el humanismo, la investigación y la humildad de aceptar y conocer nuestras limitaciones.

El "mejor cirujano" es generoso con el conocimiento y lo trasmite constantemente. También es consciente de su saber limitado, con lo cual siempre esta dispuesto a estudiar y aprender de los demás. No lo debilita el pedir ayuda, sino que lo fortalece, dado que su prioridad es el beneficio al paciente. Constantemente estudia y no deja de investigar y comunicar para dejar así un legado a las generaciones venideras.

El "mejor cirujano" esta despojado del síndrome de "broncea" que bien describiera el Prof. Narciso Hernández. Para los jóvenes que no leyeron su trabajo en la Revista Argentina de Cirugía, les resumo. Este síndrome es una mezcla de egolatría profesoral y narcisismo idiota. Una caricaturesca estatua humana viviente cuya impostada pose esta cubierta por el bronce de los próceres, y no tiene nada que aprender de los demás, y por ende tampoco puede enseñar.

El "mejor cirujano" es también el "mejor médico" y no delega responsabilidades. Por el contrario, no se aburre de dar explicaciones a su paciente y a la familia que lo rodea estando siempre presente y no huyendo del dolor.

Finalmente el "mejor cirujano" no sabe que es el "mejor" ni le importa serlo. Esta condición le permite siempre ser permeable al conocimiento que redundara en beneficio de sus futuros pacientes.

Mi agradecimiento a Victoria Ardiles, Fernando Álvarez, Juan Mattera, Juan Pekolj, Enrique Sívori y Alfredo Martínez Marull, por corregir y aportarme ideas durante la confección de este manuscrito.

He dejado para el final una consideración superior y es "saber ser agradecido de nuestros maestros de la vida y de la profesión".

Con orgullo, destaco al Profesor Dr. Enrique M. Beveraggi a quien siento, admiro y respeto por su honestidad e inteligencia, como ese maestro que enseña con el silencio del ejemplo. Su consejo sabio y respaldo incondicional, siempre estuvieron presentes en los momentos felices y duros de mi vida.

Como todos, el también sufrió la adversidad y a pesar de ello nunca dejo de ser un gran médico y mentor excepcional.

Con mi gracias Dr. Enrique Beveraggi privilegio a los más jóvenes con este pensamiento: "Para ser un

gran o mejor cirujano hay que ser primero una buena persona".

DISCUSION

Dr. Octavio A. R. Gil MAAC FACS: Felicito al Dr. Eduardo de Santibañes, por su presentación, la cual comparto en el 100% de los conceptos. Lo felicito también porque creo que es una contribución oportuna y muy importante. Oportuna, porque en el momento actual, donde los valores parecen estar perdiéndose o al menos, están subvertidos y donde las prerrogativas, la vulgaridad, la pérdida de respeto a los demás, a las jerarquías y a las instituciones son moneda corriente, resulta quizás imperioso transmitir que solo el esfuerzo, el trabajo, el estudio, la honestidad y adecuadas normas de convivencia, son las bases del éxito, que seguramente pueden llevarnos a ser mejor cirujano. Pero también lo considero muy importante, ya que las nuevas generaciones deben tener de sus mayores, guías que los inspiren a transitar por el camino más correcto, que quizás lo lleven a ser buenos cirujanos.

Ser el mejor cirujano, constituye hoy día, un reto y este reto se ve amenazado por varias cosas, en ellas por la complejidad del sistema de salud, quizás por las atomizaciones laborales, pero sin duda alguna, constituye una aspiración más que loable, pero que requiere tiempo. Como expresa el Dr. de Santibañes, el mejor cirujano representa el equilibrio entre la habilidad y destreza técnica, conocimiento, el adecuado criterio y la capacidad para poder transmitirlo, pero además, de la humildad suficiente para reconocer que lograrlo es un proceso y que este proceso, requiere maduración. No tiene el mismo sabor la fruta madura que aquella que no lo está, a pesar de ser ambas la misma fruta.

Por otra parte, caminando este proceso, nunca sabremos si lo lograremos pero sí debemos esforzarnos en tratar de ser un buen cirujano. Ser un buen cirujano lleva implícito ser un buen médico, como expresa Eduardo, al referirse a su padre y esto exige no solo una excelente formación científica y académica, sino también la entrega desinteresada, el sacrificio, la preocupación por el paciente, a quien le debemos nuestra atención con generosidad y honestidad, honestidad que nos permita reconocer los límites que nos son propios, como así también los que tiene la ciencia, para de esta forma, ofrecerle lo mejor que logre aliviar o curar su padecimiento o nos permita acompañarlo de una manera adecuada y más humana, hacia una muerte digna. Por ello creemos que más que curar una enfermedad, el buen cirujano, debe curar una persona que está enferma. Ser buen cirujano lleva implícito ser un buen médico, situación que considero indivisible, implica sin duda, ser un hombre probo pero más importante aún, implica ser un hombre íntegro.

Esta es una responsabilidad y un deber, primero con nuestros enfermos pero además, para con nosotros mismos, con nuestros maestros y fundamentalmente con nuestros discípulos. Debemos ser artífices de construir un futuro y nada mejor que hacerlo orientando y formando jóvenes que serán sin duda, los propietarios y a la vez los responsables de ese futuro. Felicito nuevamente al Dr. Eduardo de Santibañes por su valioso aporte.

Dr. Hugo Esteva MAAC: Más que oportuna esta contribución del Dr. de Santibañes, que me parece surge de una preocupación que vamos teniendo todos, respecto de lo que somos y, sobre todo, de lo que vamos a dejar en el futuro. Por eso, el único título que esgrimo para la contribución que voy a hacer es esto que él señaló, el transcurrir de los años, que ya son muchos, y la experiencia acumulada. En materia de experiencia, me parece particularmente atractivo que él haya iniciado esto, contando una personal, si se quiere dicho en términos modernos, traumática, respecto al resultado de una operación.

Hay algo sobreentendido en todo esto, pero se lo quiero señalar a de Santibañes porque nació en Saladillo y en Saladillo nació uno de los principales, sino el principal cirujano de la historia argentina, Alejandro Posadas. Leyendo esa entrañable historia íntima de Posadas, escrita por Magnanini, uno de sus discípulos enormemente afectuoso, se aprende hacia el final que Posadas decía que no bastaba para un cirujano ser hábil técnicamente, sino que tenía que saber Medicina.

Conociendo eso y aún proviniendo yo mismo de una escuela que no puso el acento en la técnica quirúrgica, como fue la del Hospital de Clínicas a través de Arce, sino que fue más una escuela de libertad técnica comparada con lo más exacto, preciso y a la vez -no sé cómo decirlo mejor- acotado de la escuela de Finochietto, me parece que es momento para volver sobre la capacidad de saber operar.

Hace unos años, con el Dr. Pedro Ferraina, propusimos a la Facultad de Medicina que los concursos para Profesor de Cirugía se diseñaran de tal modo como para demostrar que los postulantes sabían operar. No se nos tuvo en cuenta, no obtuvimos respuesta siquiera.

Creo que es un problema grave, por lo menos en el ámbito donde nos hemos educado, formado y trabajado, que es el de la Universidad de Buenos Aires. No me consta que en nuestra Universidad, hoy por hoy, un Profesor de Cirugía lo garantice. Saber operar, si bien tiene otros aspectos que no son solamente los técnicos, también tiene, como se ha señalado, un costado práctico insoslayable. Por eso es valiosa la cita que se ha hecho de Bismuth en el sentido en que, si somos audaces, los que pagan nuestra audacia son nuestros enfermos. No somos valientes nosotros, valientes son los que se ponen en nuestras manos.

De ahí que sea imperioso, por lo menos en nues-

tro medio, que quienes van a enseñar a operar, y por lo tanto van a dar lugar a que mañana haya buenos o malos cirujanos, sepan ellos operar. Finalizo: nuestra obligación, por ser los que tenemos más experiencia acumulada y aquellos para quienes han transcurrido más años, es encontrar la fórmula para que los que nos sucedan tengan que demostrar habilidad quirúrgica básica antes de obtener los títulos que implican ser maestros de la cirugía.

Dr. Pedro M. Bianchi Donaire MAAC: Dr. de Santibañes, he escuchado su disertación con un enorme placer y con muy gratos recuerdos, porque me ha hecho volver a dialogar con mi padre, fue médico recibido en el antsiglo pasado, fue uno de los primeros médicos mendocinos y que fue quien me inspiró, me hizo idealizar e idolatrar la carrera médica y la cirugía.

Era de una época de una cirugía inicial, que no gozaba de los adelantos ni de la cantidad de elementos diagnósticos que contamos en la actualidad, pero sus palabras, términos más, términos menos, se superponen totalmente con lo que Ud. ha dicho esta noche, lo cual, sí, me ha emocionado porque me ayudó a hacerme y a ser médico y mantenerme en los rígidos parámetros que exige nuestra profesión, morales, humanos y sensitivos.

También hay que pensar otra cosa, hablamos de la cirugía y de la operación. La cirugía y la operación no me resultaron difíciles, por la formación que me hizo él, porque desde muy chico hablábamos de todos los temas médicos, inclusive cuando cumplí 10 años, yo lo ayudé a operar y lo ayudaba en sus disecciones, en sus estudios anatómicos y leía sus libros.

Cuando inicié la carrera de Medicina en el año 46', ya había leído en la edición de 1898. Lo que sí, siempre lo más arduo no era el operar sino el decidir cuándo y cómo y por qué operar, ahí es donde se juega verdaderamente la vida, la salud y el futuro de un enfermo.

No quiero extenderme más sino nuevamente volver a agradecer al Dr. de Santibañes, la gran cantidad de recuerdos que ha traído a mi mente. Muchas gracias, Doctor.

Dr. Enrique Sívori MAAC FACS: Señor Presidente, no es habitual que felicite a los autores de un trabajo, pero decidí hacerlo porque trae a la Academia para debate, un problema que nos saca un poco de la aridez de la discusión de las cifras estadísticas, resultados y nos obliga a pensar.

Yo coincidí con los criterios que ha tomado de Santibañes para definir al mejor cirujano y también coincidí con él, que la destreza técnica es una condición insoslayable, pondría además énfasis en alguna otra virtud, como por ejemplo la erudición o lo que ha dado en llamarse la inteligencia médica. Es decir, el conocimiento teórico es la esencia de la cirugía. La sagacidad diagnóstica la capacidad de desarrollar un pensamiento crítico sobre los paradigmas que le toca vivir,

y sobre su actuación profesional, tanto en quirófano como el servicio que dirige. O sea, cuestionarse permanentemente si está haciendo las cosas bien.

Otra cuestión que me parece interesante, son las características de personalidad del buen cirujano. Al respecto y para sintetizar un poco lo que pienso de la personalidad, me gustaría traer a colación una frase de René Lerihe que dice que el cirujano tiene al riesgo como excitante o como estimulante, actúa frecuentemente en el límite y toma decisiones solo.

En consecuencia, la cirugía no es para las almas tibias. Yo creo que esta frase me exige de una explicación sobre lo que pienso debe ser el mejor cirujano.

Otra condición intelectual que me parece importante es la capacidad de síntesis, para evaluar pros y contras de un procedimiento quirúrgico adecuado en un tiempo que habitualmente suele ser limitado, o creo esto evita que el cirujano sea dubitativo, este me parece que es un defecto que no debería tener el mejor cirujano.

Hay también un tema de valores morales, a los cuales se ha referido de Santibañes cuando habla del amor al paciente, es obvio que es muy difícil desarrollar amor al paciente, que es un tipo de sentimiento que en general no tenemos, salvo alguna excepción. Yo preferiría hablar de dos condiciones de la personalidad de un buen cirujano que es la compasión y la empatía con el enfermo. Yo creo que estas dos cosas y sobre todo la compasión que nos va a ayudar a actuar con máxima responsabilidad.

En lo personal me ha ayudado mucho, saber cuándo debemos estar más al lado del enfermo y es fundamentalmente cuando este se complica. He visto muchos cirujanos dejar a su enfermo en el momento de una complicación, en manos de una terapeuta, de un cardiólogo, de un nefrólogo y es el momento que más necesita de su cirujano. Éstas dos condiciones son eminentemente morales obviamente no se adquieren en la Facultad de Medicina sino bastante antes, cuando nos educamos.

Para finalizar, yo diría después de haber trabajado 40 años en un servicio quirúrgico, viviendo la dinámica de una comunidad quirúrgica, me he dado cuenta que la vida del mejor cirujano es efímera, porque si ha sido realmente el mejor cirujano y ha enseñado a sus discípulos, como bien dijo de Santibañes, es muy probablemente que en un tiempo más corto que largo, lo bastante mas corte que a lo que a él le gustaría, sus discípulos lo superen, razón por la cual, lo del buen cirujano es una cosa efímera y mejor sería que pesara en ser un buen cirujano o un muy buen cirujano, para no tener que padecer desilusiones en el corto plazo. Gracias.

Dr. Alberto R. Ferreres MAAC FACS: Lo felicito al Dr. Eduardo de Santibañes por las reflexiones que ha traído al seno de la Academia. Indudablemente son el corolario del cenit que el Dr. de Santibañes alcanzó en su carrera académica, profesional y asistencial. Si bien autodefine su presentación

esto como una observación subjetiva y sin pretender la verdad, yo fervientemente creo que sí se ha aproximado a la verdad y mucho.

En relación al comienzo apunta a dos aspectos, a que tan bueno es como cirujano un determinado individuo y a cuál es el mejor cirujano.

La primera pregunta un poco apunta a los resultados y en ese sentido, cabe recordar que en la década de los 80', los cirujanos de la Administración de Veteranos de Estados Unidos, eran considerados los peores. A través de los esfuerzos encabezados por Khury, demostraron (basados en la estratificación del riesgo de los pacientes a su cargo) que eran superiores a la media; tenían peores resultados, pero porque atendían una población totalmente distinta.

Respecto a las anécdotas que relata, muchas pondrían los pelos de punta y serían vistas con recelo por los defensores de la seguridad de los pacientes. Hoy por hoy, el Comité de Ética del American College of Surgeons ha prohibido todo tipo de demostración in vivo, por el stress que dicha situación representa, por la presión sobre el cirujano participante y fundamentalmente la padecida por el paciente.

Todo cirujano que aspira a ser el mejor, enfrenta en su vida diaria dos dilemas, el cómo tratar, que es una cuestión de ciencia médica y el por qué tratar, que es fundamentalmente un tema de la ética médica, basada en la filosofía moral. Lo que traduce el Dr. de Santibañes en su disertación, es su preocupación por el adecuado juicio y criterio y en ese sentido, Frank Spencer, ex presidente del ACS, sostenía que el 70% de la actividad del cirujano es el juicio y el criterio quirúrgico, fundamentalmente el proceso intelectual de la toma de decisiones y un 30%, la habilidad operatoria.

Y por último, para cerrar el comentario, en ese camino para llegar a ser el mejor, Atul Gawande propone la figura del "coach" y en ese sentido, en una presentación que él hizo en octubre del año pasado, él eligió a uno de sus mentores durante la residencia en el Beth Israel para que lo fuera evaluando permanentemente y le brindara consejos y tips para mejorar, de manera muy similar a lo que sucede con el coaching en otras áreas, por ejemplo el tenis o en la música.

Nuevamente reitero mis fervientes felicitaciones al Dr. de Santibañes por esta excelente ponencia.

Dr. Carlos A. Apestegui MAAC FACS: Se han dicho muchas cosas aquí esta noche. Coincido con todas ellas, y fundamentalmente con lo expresado por el Dr. de Santibañes.

Quizás lo que vaya a decir no sea estrictamente académico, pero responde a la verdad de lo que me pasó cuando leí este trabajo, sentado frente a la computadora, lo leí detenidamente, y en ese momento le dije a mi mujer, ¿por qué no me comentás este trabajo?, imprimí el mismo y ella que es correctora, comenzó a analizar lo escrito, por deformación profesional me comenta problemas de puntuación, concordancia,

etc, pero insisto, quiero que analices y opines sobre la esencia de este trabajo, ahí fue cuando me dice "esto tiene un hilo conductor y ese hilo de la experiencia personal es el afecto, fijate bien que permanentemente está uniendo lo afectivo con alguien, su padre, sus maestros, sus amigos, sus discípulos, con sus enfermos. Y alguien que durante 10 hojas habla siempre del afecto es porque tiene mucho cariño por lo que hace".

A partir de esta reflexión y conociendo a la persona me dije "esto es más que cariño, es pasión".

Es la pasión que se pone en el trabajo, y lo volví a leer y efectivamente es un trabajo que nos deja la enseñanza que un brillante cirujano nos muestre muy claramente la pasión con que ha trabajado.

Es muy difícil y dejo de lado las disquisiciones propias del trabajo, que uno que no poseyera esa pasión no hubiera podido definir con tanta exactitud del mejor cirujano, y una que me llamó bien la atención es cuando dice " que el mejor cirujano no es aquel que se aleja del enfermo, (como se ha dicho aquí) sino el que está al lado del enfermo en el peor momento cuando, más lo necesita", ésto me hizo recordar la frase de Marañón cuando llegó a París para participar de un Congreso, se le preguntó entonces Maestro ¿cuál es para usted el invento que más ha revolucionado la medicina?, Marañón: dijo: La silla, cuando uno se sienta al lado del enfermo, le da la mano y lo escucha, ahí se convierte en el médico que el enfermo necesita". Esto es lo que nos ha demostrado esta noche, el Dr. De Santibañes.

Dr. Frutos E. Ortiz MAAC: Primero de todo quiero felicitarlo al Dr. de Santibañes que con ésta conferencia ha demostrado ser un verdadero maestro. Recuerdo la operación que citó de mi maestro Christmann, como si la estuviera viendo en éste momento. Era por un megacolon y le realizó una miectomía sobre la cara anterior del recto de 14 cm. de largo por 1 cm. de ancho aproximadamente y selló la mucosa que había quedado descubierta suturando el recto a la capa seromuscular de la vejiga. Debe haber sido cerca del año 1970.

Parafraseando de Ortega y Gasset, quiero recordar el pensamiento que, todos somos producto de nuestras circunstancias y de nuestro entorno; y el entorno es geográfico e histórico.

Se ha escrito mucho sobre el tema que hoy trató del Dr. de Santibañes, algunos académicos que ya no están han escrito también sobre el mismo. Los mejores libros que he leído sobre los atributos del cirujano son "Elogio y diatribas de la cirugía" de Bastos Ansart y "Cirugía, mi oficio" de Roberto Soupault, éste último por razones políticas debió permanecer dos años en la Argentina y trabajó en el Hospital Bonorino Udaondo.

Voy a aportar tres conceptos, uno que ya lo dijo el Dr. De Santibañes al que el Dr. Oscar Vacarezza llamaba "alacridad" que según el diccionario de la RAE es la alegría y presteza de ánimo para hacer algo.

Los otros dos conceptos, los he aprendido a lo largo de muchos años de estar parado al lado de la mesa de operaciones, como la mayor parte de los cirujanos que se encuentran aquí. A) El primero es el "Cultivo de la ataraxia". Ataraxia significa imperturbabilidad; he tenido que operar muchas veces con ayudantes que eran clínicos o médicos recién iniciados en cirugía; si ocurría una complicación grave intraoperatoria el único que podía resolverla era yo, y para eso es necesario el dominio de sí mismo, mantenerse sereno, imperturbable.

B) El otro concepto es el de "Pertinencia", que el cirujano oncólogo que citó el Dr. De Santibañes, al que se le murió en enfermo durante el acto quirúrgico no lo tenía. El paciente que yo opero es "mi enfermo" y para el paciente yo soy "su cirujano". Yo debo velar y hacer el máximo por mi enfermo.

Voy a hacer dos preguntas al Dr. De Santibañes. La primera: ¿es ético hacer la toma de decisiones en cirugía basándose en el método meta analítico? O es conveniente esperar los resultados observados aquí, latados por la experiencia, en una medicina rápidamente cambiante. Yo personalmente, casi siempre esperé ver los resultados de los métodos nuevos. Recuerdo que cuando Christmann hizo las tres primeras vagotomías tronculares en el país, los tres enfermos sufrieron severas gastroplejías en el postoperatorio. Dragsted, el autor de la operación, habiendo tenido también esos resultados, agregó más adelante una piloroplastia; ese hecho me enseñó a esperar para realizar nuevas técnicas en cirugía.

La segunda pregunta: ya lo esbozó el Dr. Sivori ¿cuándo debe retirarse el mejor cirujano?.

Nuevamente, muchas felicitaciones.

Dr. H. Pablo Curutchet MAAC FACS: Yo creo que el trabajo que ha traído de Santibañes, es excelente desde todo punto de vista, de la oportunidad del tema y de los conceptos emitidos, con los cuales estoy totalmente de acuerdo, o sea que no hay mucho que agregar y seguramente voy a repetir en los comentarios, muchas de las cosas que se han dicho.

Estrictamente, desde un concepto eminentemente técnico, un buen cirujano es el que ejecuta la cirugía correcta para la solución del problema orgánico patológico que presenta el enfermo, con el menor porcentaje de complicaciones y con los parámetros actuales, para obtener resultados finales adecuados. Ese sería un buen cirujano.

Evidentemente, esta capacidad que tenga este buen cirujano, le permite la posibilidad de innovación técnica o creatividad de procedimientos o maniobras que cambian y mejoran, tal vez, la clásica evolución de una operación, de ahí en adelante cambia la forma de ejecutarla, tenemos varios ejemplos de estos. Esto, rara vez es producto de una herida súbita en la mesa de operaciones sino que es la combinación de un trabajo largo de observación y capacidad. Para esto, no solo es necesario un buen cirujano sino la calidad del entorno en que se desenvuelve y eso es fundamental

para que se desarrolle, a veces creado por él.

El arte de trabajar con las manos, buscando el bien, debe estar gobernado por la razón, la combinación de conocimiento, juicio racional y capacidad técnica. No debe destacar solo, como ya se ha dicho, él como se hace sino por qué hacerlo, cuándo hacerlo y el después qué se hace, y esto va de la mano de la investigación clínica, qué debe tener un buen cirujano.

Por lo tanto, el buen cirujano, podemos decir, es un artista, es un artesano, es un tecnócrata, es un científico. Todas esas cualidades se combinan y tal vez una escala entre un buen cirujano práctico hasta un buen cirujano académico, quién generalmente la aplica para ejercer un liderazgo quirúrgico. El buen cirujano se mide, tal vez en el quirófano, en su parte técnica y desde ahí él irradia su jerarquía.

Parafraseando a Andrés Santas, decía que un buen cirujano era un médico y algo más, por lo tanto, sin embargo hay ejemplos nacionales y extranjeros, donde muchos líderes quirúrgicos o algunos, no se caracterizaban por un vistosismo técnico especialmente, sin embargo, eran líderes quirúrgicos. Por lo tanto, la pregunta que tengo para el Dr. de Santibañes es si él cree que el liderazgo quirúrgico tiene que ir obligatoriamente acompañado de una amplia destreza y capacidad técnica.

Dr. Carlos A. Vaccaro MAAC: Le quiero expresar mi agradecimiento no solo a él sino también a las autoridades de la Academia, que han permitido que este infrecuente tipo de trabajo, nos dé la ocasión de reflexionar sobre una de las razones de nuestra vida, que es nuestra profesión.

Estoy de acuerdo con todo lo opinado por el Dr. de Santibañes y los preopinantes y voy a limitar mis comentarios a algunos aspectos adicionales, en base a mi propia experiencia. En la era de las presiones económicas y legales, creo que el mejor cirujano es también aquel que decide libre e independientemente de estos aspectos.

Las presiones ejercidas excelentemente por las industrias, existen y no es suficiente cumplir con el requisito de expresarlos en una diapositiva, sino que además deben ser correctamente manejadas. El mejor cirujano también debe decidir, independientemente del temor a una demanda judicial. Ambos aspectos me han sido transmitidos en forma ejemplar por mis maestros, los Dres. Fernando Bonadeo, Mario Benati y Guillermo Ojea Quintana, a quienes nunca vi dudar por motivos extramédicos, en la solicitud de un estudio o en la toma de conducta frente a un paciente. Personalmente, si bien creo haberme mantenido ajeno a la influencia de la industria, debo admitir que mis primeros años de práctica, el aspecto legal sesgó alguna de mis conductas y lo que es peor, hoy después de casi 20 años de especialidad, siento que mi conducta en ocasiones, sigue considerando un potencial argumento legal.

También quiero mencionar algo sobre el sen-

timiento que debe tener el cirujano, frente a una complicación, que ya un poco se ha mencionado esta noche. El Dr. de Santibañes nos dice que un buen cirujano, debe tratar de sortearlas, aprender de las mismas y así evitar la siguiente. Ese espíritu me fue inculcado, desde el primer día de Residencia, a través de los Ateneos de complicaciones, allí vi como todos los cirujanos debían explicar cómo había hecho las cosas, pero allí también y es lo que quiero enfatizar, vi sufrir a muchos cirujanos ya formados, por lo que le había pasado a alguno de sus pacientes y en alguno de esos cirujanos, la autocrítica era tan fuerte que no había complicación, aunque fuera esperable, en la que no creyera que había hecho algo que podía mejorar. Tal vez este nivel de autocrítica y autoexigencia, no sea el más saludable para un profesional, pero el otro extremo, creer que toda complicación es inevitable por estar descripta o incluida en el consentimiento informado, sin duda no es saludable para sus futuros pacientes. Por último, como fuera mencionado, el reconocimiento no solo a los maestros sino a los discípulos, es una de las características que todo buen cirujano debería tener. Tener todas las características del mejor cirujano, llevaría a esta a convertirse en el cirujano ideal, no creo que este tipo de cirujano pueda existir. Tampoco sé si hay muchos cirujanos que tengan la mayoría de las características mencionadas.

Sin embargo creo que aspirar a tener alguna de ellas, es un buen comienzo para lograr ser el mejor cirujano. Nuevamente felicito y agradezco al Dr. de Santibañes, por este aporte que ha traído a la Academia.

Dr. Mariano E. Giménez MAAC: Felicito al Dr. de Santibañes por otro brillante trabajo. No hay verdad que no pueda ser vista de diferentes ángulos, dependiendo del auditorio. Si aquí en lugar de académicos estuvieran sentados pacientes, dirían es muy fácil, el mejor cirujano es el que tiene mejor resultado, punto. Pero yo creo que la sensación que yo tengo es que este trabajo no está ni siquiera pensado para nosotros, está pensado para los médicos jóvenes y si los médicos jóvenes, esto estuviera lleno de médicos jóvenes, pensarían que el mejor cirujano es al cual hay que seguir, es el ejemplo que hay que seguir y los jóvenes de todas las épocas, pero creo que aún más los jóvenes actuales, de esta generación, que son los médicos de servicio jóvenes, los residentes, no siguen las palabras sino siguen los ejemplos y creo que el Dr. de Santibañes lo está especificando con ejemplo, con su ejemplo.

Él nos presentó hace tres semanas, una cirugía complejísima con un gran virtuosismo y que puede llegar a revolucionar la cirugía hepática. Hoy, tres semanas después, nos muestra un trabajo de pensamiento, de elaboración. Bueno, él ha hecho con los hechos y no con la palabras, lo que los jóvenes quieren hacer, que quieren seguir libres y quieren seguir al mejor cirujano y solamente pudo haberlo hecho el mejor cirujano.

Yo quería referirme a dos puntos. Uno, es que yo creo que se podría resumir aparte de algo que tal vez no se dijo y es que un mejor cirujano tiene que adaptarse al cambio. Cuando un mejor cirujano no se adapta al cambio, deja de serlo. Hoy por hoy, la Medicina cambia totalmente cada 5 años y hay que adaptarse a ese cambio y a veces, cuando uno llega a la cima, cuando uno llega a la cúspide de la carrera, es bastante difícil adaptarse al cambio y yo creo que solamente lo pueden hacer los que realmente son los mejores cirujanos y como bien dijo el Dr. de Santibañes, no están imbuidos de broncemia.

Tampoco se comentó mucho que la esencia de la cirugía, es el arte y ciencia y creo que ahí está, en el arte y la ciencia, referido específicamente a la actualización, la toma de decisiones y toma de decisiones basada en la evidencia y basada en la experiencia, las dos cosas. La Medicina basada en la evidencia, solamente sirve para apoyar la otra, la experiencia.

Querría terminar, en el año 2007 junto al Dr. Carlos Castilla, hicimos el Relato en el Congreso de Cirugía sobre paliación de pacientes con neoplasia biliopancreática y en el comienzo del Relato, justamente el Dr. Carlos Castilla comenzó con una frase que me gustaría compartir: la cirugía es arte, ciencia y conciencia. Si se pierde el arte, claudica la acción, si se descuida la ciencia, se pierde la luz, si se obvia la conciencia, se vende el alma. Felicito nuevamente al Dr. de Santibañes.

Dr. Eduardo Donnelly MAAC FRSM FACS:

Me permito acompañar al Dr. de Santibañes en este trabajo, ya que es por completo subjetivo. Entonces, creo que todos los que estamos aquí, necesariamente tenemos que dar nuestra opinión sobre lo que creemos que es el buen cirujano, no el eximio cirujano.

Me gustó la última parte donde dijo que no es el mejor cirujano porque eso es llegar a una meta y si: estamos hablando del buen cirujano, ahora estamos totalmente de acuerdo. Obviamente la habilidad manual es indispensable pero tiene que tener un cerebro bien dotado, en eso también estamos de acuerdo, sentido común, equilibrio, criterio y conocimiento.

Cuando se hizo cargo de la Presidencia, no recuerdo las palabras exactas del Dr. Ferraina, pero algo de eso habló; del cirujano, la parte del conocimiento y la parte del quirófano, creo que no pueden estar totalmente separadas y de habilidad manual.

Con respecto a la parte que decía el Dr. de Santibañes sobre el gusto por la cirugía, del cirujano por su profesión, les voy a recordar unas palabras de Alberto Laurence, en su libro "El alma del cirujano" que decía que "la cirugía era un sublime estado de ánimo", así lo calificaba Laurence, la necesidad quirúrgica que debía tener el cirujano.

La velocidad, estamos de acuerdo. No se debe ser demasiado lento, pero donde se gana el tiempo en la cirugía es no perdiendo el tiempo. Me voy a referir, que no fue mencionado, a un trabajo que lo voy a leer

porque son siete palabras. "Los siete pecados capitales que no debe tener un cirujano" en un trabajo presentado por el Dr. Ferreres en esta Academia y eso creo que es lo fundamental que no debe tener un buen cirujano y que son: Insensatez, Desidia, Indiferencia, Pereza, Vanidad, Temeridad y Soberbia. Si me olvido de alguno, Dr. Ferreres, le ruego me corrija y termino diciendo unas palabras de Laurence, que decía que no serás el mejor por el volumen sino por la calidad de lo que hagas.

Yo me uno y me alegro del homenaje que Ud. le brindó a mi amigo el Dr. Beveraggi y yo le brindo otro a mi maestro Alberto Laurence.

Dr. Jorge M. Merello Lardies MAAC FACS:

Realmente hoy, en esta Academia, nos dimos un baño de humanismo médico, ya que por lo general los trabajos suelen ser de investigación o de índole táctica y técnica. El Dr. de Santibañes ha tocado todas las aristas de lo que hace al perfil de un buen cirujano, siendo tan importante una como otra.

Solamente quiero resaltar uno conceptos dados por el Dr. Stanley Dudrick, Profesor de Cirugía de la Universidad del Hospital Saint Mary's, en Connecticut, más conocido como el padre de la Alimentación Parenteral Total, donde en oportunidad de una conferencia sobre la característica de los cirujanos, se refirió a las virtudes quirúrgicas intrínsecas, manifiestas y prácticas, que deben ser meditadas y adoptadas para una buena práctica médica y rescató tres características importantes que hacen a un buen cirujano: el ingenio, la ecuanimidad y la serenidad.

Dice que el ingenio es la virtud quirúrgica primordial y la capacidad de actuar efectivamente con imaginación y espontaneidad, especialmente en ocasión de dificultad o en circunstancias desafiantes. Ecuanimidad o constancia de ánimo, es la cualidad o condición de ser imperturbable ante la euforia, depresión o emoción y la serenidad, es la habilidad de no temer al fracaso y al mismo tiempo enfrentarlo y cuando ocurre, reconocerlo y soportarlo primero y luego superarlo y recuperarse, mientras aprende de este para no repetirlo.

Yo me voy a permitir hacer una comparación un tanto simpática, del buen cirujano con el buen jugador de golf. ¿Cuál es el mejor jugador de golf?. El que pega el drive más largo, el que tiene el mejor approach, un pater excelente o el mejor swing? Creo que ninguno de ellos es el mejor, o quizás todos ellos si hacen el mejor score. Es decir, el que tiene los mejores resultados es el mejor jugador y esto es válido en general para cualquier actividad o gestión que emprendamos en la vida, por eso creo que el mejor cirujano es algo que se insinuó acá, será aquel que tiene los mejores resultados.

Cuando a uno le preguntan cuál es el mejor cirujano para un determinado problema, cuando tengo que recomendar a alguien, pienso en aquel que yo sé que tiene buenos resultados, más allá si es una persona de bien, si es de mi agrado, etc., y como dije al

comienzo, cada arista que se ha tocado sobre lo que hace al perfil de un buen cirujano es de una importancia suprema, pero ciertamente si tuviera que priorizar una, yo busco quien me resuelva con éxito un problema de salud, no a alguien simpático para hacerme un nuevo amigo. Así que si tuviera que elegir una característica primordial, yo diría que es esa: que sea de tener buenos resultados.

Y quiero agregar algo más a todo lo se ha dicho y creo que va de suyo, que un buen cirujano debe tener la posibilidad de elegir trabajar con un buen equipo quirúrgico y en eso tiene mucho que ver el anestesiólogo y el resto del team quirúrgico, para poder trabajar a conciencia y mancomunar el pensamiento y la decisión de acción.

Dr. Juan A. Rainone MAAC: esta noche hemos tenido realmente una figura muy importante sobre lo que es el buen cirujano, pero a mí me ha preocupado siempre y más en estos últimos años, cómo se forma un buen cirujano, más allá de todas las disquisiciones de mis preopinantes, muy valiosas todas ellas.

Yo quisiera saber como vamos a hacer de aquí en más para formar los mejores cirujanos, dado que he estado pensando desde hace tiempo, que no estamos, en algunos lugares, haciendo las cosas bien. Tampoco las universidades están formando los mejores médicos y esto es inseparable del ser el mejor cirujano.

Si uno hace rápidamente una compulsión entre los estudiantes de Medicina, algunos pueden contestar con seguridad por qué estudió Medicina o por qué quiere ser médico y otros no. Si la misma pregunta se le hace a los médicos más jóvenes o a punto de recibirse, uno se da cuenta que muchos de ellos no eligen la cirugía como especialidad, quizás porque les resulta muy gravosa la formación o porque sienten que es sumamente difícil sostener la responsabilidad del acto quirúrgico.

Yo creo que todos los que estamos sentados acá, pertenecemos a una Escuela y orgullosos estamos de eso, pero pregunto, ¿dónde han quedado esas Escuelas ?.

Lentamente se ha ido perdiendo el concepto de Escuela y el orgullo de cada uno, de mantener el sentido de pertenencia que, creo que la exposición del Dr. de Santibañes en parte lo refirió. Lo que me parece, también, es que se ha perdido, en parte, la ecuación en la que nosotros hemos vivido: "algunos que quieren aprender y otros que quieren enseñar".

Yo no estoy tan seguro de que en el apuro por volverse rápidamente cirujano, el residente de cirugía quiera metódicamente aprender a ser el mejor. Tampoco creo que haya tanta gente en condiciones de enseñar a esos residentes, docentes que tengan la voluntad o la intelectualidad suficiente para llevarlos paso a paso hasta conseguir formarlos. Esto es una materia pendiente para nosotros y tenemos que discutir a fondo si lo que hacemos es lo correcto o que

más tenemos que hacer, que otros métodos tenemos que utilizar para mejorar el producto que queremos formar.

Dr. Guillermo R. Artusi MAAC FACS: Dr. de Santibañes. Lo felicito, igual que todos los preopinantes, por traer a esta Academia el trabajo que presento en la sesión anterior, porque invita a la reflexión por su contenido, desarrollo y excelente presentación.

Dijo Ud. que la destreza técnica es la condición "sine qua non" del mejor cirujano, pero acompañado por el conocimiento, el equilibrio y el sano criterio, y como resultado sabe cuando "acelerar" y mucho más importante cuando "parar" durante el desarrollo de la cirugía. Creo Dr. de Santibañes que Ud. no acelera ni para durante las complejas cirugías que realiza, y con su gran experiencia los sucesivos tiempos quirúrgicos son armoniosos, con seguridad y continuidad, con maniobras delicadas y precisas y así lo trasmite a sus discípulos, como lo hacen todos los mejores cirujanos a los suyos.

Los cirujanos mayores aquí presentes hemos visto operar en el extranjero a renombrados profesores - me paso a mí muchas veces - y observando complejas cirugías mayores me parecía fácil su realización. Esta impresión era el resultado de estar viendo operar a cirujanos con destacada destreza y habilidad, y con profundos conocimientos y experiencia, aplicando su criterio quirúrgico para la intervención que realizaban. Lahey dijo que la base de la cirugía es el criterio quirúrgico, y el criterio quirúrgico no se enseña, sino que es el resultado de muchos años de estudio y muchas horas de cirugía.

Pienso que lo más difícil para el mejor cirujano es decidir cuando no hacer un tiempo quirúrgico de la operación que está realizando, y por hallazgos que se le presentan debe cambiar la táctica planeada, para evitar posibles complicaciones en el postoperatorio del enfermo que confió en él. Coincido con Ud. que su ego no se mancha con esa decisión, pero no usaría la palabra retroceder por ese cambio, alejando en el postoperatorio que aparezca una complicación evitable. Diría que esa conducta es verdaderamente ser un buen cirujano.

Dice Ud., que el mejor cirujano va contento a operar, porque le agrada, disfruta y le satisface lo que hace. Su frase me recuerda lo que nos enseñó Frutos Ortiz, que tengo a mi derecha, cuando dijo en esta Academia en una comunicación que hoy el cirujano ha perdido su alacridad al operar, es decir que no tiene la alegre disposición de realizar un buen trabajo. Esta realidad actual se debe, para mí, al exceso y proliferación de los juicios de responsabilidad profesional, no de mal praxis, que solo se llaman así con la sentencia condenatoria del cirujano imputado. Es por ello que los cirujanos jóvenes, y muchos no tan jóvenes, operan hoy sintiendo el aliento del Juez sobre su hombro, por lo cual cambian la táctica que sería correcta, realizan la cirugía con intención curativa, pero efectúan una cirugía en menos, a la defensiva, evitando por ejemplo realizar una anastomosis que

estaría indicada, conducta que les asegura no tener complicaciones en el postoperatorio por la cual podrían ser imputados.

Finalmente le diría que no creo que exista un mejor cirujano, existen muchos mejores cirujanos en todas las especialidades, y estoy seguro que los engloba a todos en su trabajo, que se corresponden con el mejor cirujano que Ud. tan bien describe.

Pienso que nadie le puede cambiar a un enfermo la idea de que el mejor cirujano es el que él eligió para que lo opere.

Dr. Eduardo N. Saad MAAC FACS: Señor Presidente, pido disculpas si en algo soy repetitivo, lo mismo digo por el Relator, porque yo no estuve presente la semana pasada pero sé que fue una presentación extraordinaria y lo felicito al Dr. de Santibañes por el difícil tema que le tocó presentar, "El mejor cirujano".

En su presentación maneja mucho los afectos, en la figura de su padre y la del Dr. Mezzadri, padre, y me hace recordar dos semblanzas de sociales que dice: nadie es suficientemente grande como para prescindir de los demás y también dice, la verdadera sabiduría es el que reconoce su propia ignorancia. Mi pregunta es quién certifica y dice que es el mejor cirujano.

Durante estos años he comparado a la cirugía como un arte y la semejo a la pintura y ¿por qué? Porque ambos usamos las manos, el cerebro y la paz interior, cualidades que sin duda hacen al buen cirujano y al buen pintor. Siempre quise ser Picasso, pero no pude. Sin duda él fue el mejor.

Dr. Vicente Gutiérrez MAAC FACS: Señor Presidente, cuando leí el trabajo, al principio pensé que era un título que no existía el mejor cirujano, porque la cirugía no es una competencia y para ser el mejor, hay que ser competidor de otro, pero enseguida vimos que era un título muy gancho y es exactamente igual al mensaje que nos quiso dar, un trabajo para reflexionar, para meditar y para la gente joven.

En primer lugar, muestra la importancia de un mentor, su mentor, uno de los tantos que a lo mejor tuvo. El Dr. Mezzadri le enseñó habilidad y le enseñó los principios de la cirugía y eso es fundamental para ser un buen cirujano.

El segundo punto, es la habilidad, que también menciona en el trabajo. Hoy en día se mide perfectamente bien con simuladores, más aún con los computarizados, pero ser hábil no es ser el mejor cirujano y el peligro de la evaluación, es tanto les gusta a los administradores y que está de moda en el mundo, es peligroso con respecto a los enfermos y más peligroso aún es la lucha y mostrar habilidades, lo que se ha dado en llamar muchas veces, cuidado con los show match.

El tercer punto importante, es el carácter del cirujano. Nosotros nos formamos con cirujanos de muy mal carácter muchas veces, nunca nos ani-

mamos a combatir eso porque no podíamos, pero en el último boletín del American College, hay todo un capítulo, donde la gente joven está obligada a detectarlos y ayudarlos a cambiar su carácter, porque el que tiene mal carácter o mala educación o nunca va a ser uno de los mejores cirujanos.

El otro punto es que la cirugía se mide por resultados y los únicos que pueden medir los resultados, son los pares y un cirujano que no presenta resultados, que no tiene reuniones sobre morbilidad porque no trabaja en una institución, es muy difícil de evaluar lo que hace y difícilmente llegará a ser uno de los mejores cirujanos.

El otro punto que fue muy importante, tiene que ser en primer lugar, buena persona. En segundo lugar, tiene que ser respetado por los pares y esa es una condición indispensable para ser de los mejores.

Y el último, que en el trabajo no se especifica mucho, es que para ser el mejor cirujano, hay que trabajar en una institución organizada, no va a llegar nadie a ser el mejor cirujano, trabajando solo en una clínica, tiene que estar en un lugar donde haya Comités, donde haya evaluación, donde haya reuniones sobre mortalidad, donde se vean los resultados.

Por eso es que también, con todo esto, podemos saber seguro quien no va a ser un buen cirujano. El que no tiene alguna de todas estas condiciones, nadie es perfecto y va a tener todas, pero difícilmente va a ser un buen cirujano.

Como es un tema que está de moda y voy a mostrar unas diapositivas, si me permiten, pero el hecho de que el Relator pudiera leer este trabajo, es porque es respetado por sus pares y porque trabaja en una institución de primer nivel y eso es una garantía para poder realmente establecer cuál es la diferencia entre los mejores y lo no tan buenos.

Estos cuadros que preparé con motivo de otra reunión, estas medidas del mejor cirujano que están tan de moda en el mundo, si no están hechas por los pares, tienen muy poco valor. Acá hay 100 cirujanos evaluados, y el segundo son las instituciones. La institución, para decir que es la mejor, tiene que tener los mejores médicos y por eso que es muy importante, como decía al principio, trabajar en una institución.

Siguiente, y acá tenemos esta institución, por ejemplo, porque decía el Jefe de Cirugía, no es la garantía total, pero es el responsable de tener un equipo quirúrgico donde van a trabajar los mejores y un Jefe que tiene una jerarquía institucional y no se rodea de los mejores y no sabe elegir y para eso tiene un gran enemigo que es la carrera médica hospitalaria y difícilmente un mejor cirujano de tipo institucional, y así podemos ver la cantidad de encuestas que hay, y la cantidad de 500 cirujanos evaluados, como los elige, esta es un agencia de cómo detecta los mejores cirujanos, estos son todos lugares universitarios y donde muestran y prueban la mejor calidad.

Se calcula que en el 2017, en Estados Unidos, se va a poder saber la evaluación de cada cirujano, de

acuerdo a su producción. Ya existe en cirugía cardíaca y todavía no existe en cirugía general, nada más. O sea, que me pareció un trabajo muy importante, a mí me hizo reflexionar mucho y me hizo evaluar la importancia de trabajar en una institución para ser de los mejores.

Dr. Javier C. Lendoire MAAC: Es claro que el concepto de mejor cirujano, incorpora en su definición una serie de connotaciones, como ha mostrado el Dr. de Santibañes, personales y asimismo como temporales y como se ha mostrado en este Relato y en las opiniones previas de los Señores Académicos.

Es evidente que los cambios y avances de la cirugía a lo largo del tiempo, han modificado el concepto de lo que es un buen cirujano. La técnica en sí misma, debe ser complementada por otras cualidades, como se ha mostrado muy bien en este Relato y estoy de acuerdo que si la valoración de un cirujano es objetiva, deberemos hacerla basada en sus resultados y actualmente, este es un punto que tiene una mayor relevancia que la técnica en sí misma, si no lo que adquiere relevancia es la decisión de una táctica apropiada. En la era actual, la táctica es la que cambia más frecuentemente y lo que requerirá un conocimiento científico más profundo. Con una técnica estándar en la táctica o sea la decisión terapéutica adecuada, donde se juega el pronóstico del paciente.

El Dr. de Santibañes, destaca que para ser un buen cirujano o quizás llegar a ser el mejor, hay que tener conocimiento, equilibrio, sano criterio, templanza, alegría de operar, autocrítica, buenos resultados, acompañar al paciente en su enfermedad y ser generoso con el conocimiento.

Solo deseo resaltar como cualidades complementarias, la capacidad para trabajar en equipo, la curiosidad como base para el desarrollo de la investigación y la imaginación que es provocadora de innovación. Felicito al Dr. de Santibañes y colaboradores.

Dr. Ricardo H. Grinspan MAAC: Comparto las mismas inquietudes que tuvo el Dr de Santibañes.

No supe durante muchos años que era ser buen cirujano.

Observé que la habilidad y la destreza técnica no siempre iba acompañada de una buena evolución post-operatoria.

Cuando estaba terminando mis primeros años de formación tuve oportunidad de ver a un urólogo hacer una cistectomía total y me dije... que fácil a pesar de saber que para la especialidad era una alta cirugía.

Fue ese día donde me dije, que quien hace sencillo lo complejo era buen cirujano.

En la especialidad de la cirugía torácica el que tenía esas cualidades era el Dr. Della Torre. El hacía fácil lo que para otros era difícil. Comenzaba la cirugía con un ritmo y la terminaba con el mismo. No hacía gestos de mas ni de menos y frente a situaciones de tensión mantenía la misma calma que durante el resto

de la cirugía.

Entendí con las 2 situaciones comentadas que en el aspecto técnico el que hace fácil lo difícil es a quien uno puede poner el rótulo de buen cirujano.

El Dr de Santibañes describió un panorama mas amplio y que comparto. Yo solo quise hacer mención con este aporte al aspecto técnico al que él hizo referencia.

Dr. Carlos H. Spector MAAC: El Dr. de Santibañes, ha enunciado en pocas palabras, un verdadero cuerpo de doctrina. Todos los atributos que él asigna al mejor cirujano, configuran lo que se da en definir como profesionalismo médico, que son términos que en el ambiente quirúrgico, se ha utilizado muy poco, pero es bastante corriente en la literatura médica.

Esta expresión se asocia a honestidad, respeto, justicia, lealtad, responsabilidad, compasión, solidaridad, tolerancia, compromiso, entre otras actitudes y en el caso del mejor cirujano, a estos atributos se agregan ineludiblemente, la correcta toma de decisiones, las habilidades y sus destrezas.

Cuando el médico se enferma, intenta recurrir al mejor colega para que lo asista y si es cirujanos el enfermo y su enfermedad resultara quirúrgica, sin duda procurará acudir a quien para él, es el mejor cirujano. Sobre el tema del médico enfermo, hay mucha literatura, no así sobre el cirujano como paciente quirúrgico. En relación a esto último, solo conozco una película "The doctor", un largometraje clásico de los años '90, basada sobre una novela que tuvo mucho éxito y una sola publicación que he leído en estos últimos días.

Pregunto al Dr. de Santibañes: quién con su espíritu inquieto, su prestigio y su vasta experiencia con toda probabilidad ha tratado médicos y tal vez cirujanos, entre ellos. Le pregunto si reflexionó, observó o indagó sobre si aquellos cirujanos que transcurrieron por operaciones de magnitud, modificaron sus actitudes hacia los enfermos que ellos trataron, después de haber superado su propio postoperatorio. En otras palabras, si haber sido pacientes quirúrgicos, les ha incrementado el profesionalismo o lo que es lo mismo, si buenos cirujanos se acercaron al ideal del mejor cirujano, después de haber sido ellos mismos, objetos de una operación importante.

Dr. Norberto A. Mezzadri MAAC FACS: Yo también adhiero a las felicitaciones generales y huelgan los comentarios, luego de la profunda discusión que motivó el trabajo presentado por el Dr. de Santibañes, más allá de estas felicitaciones por todo lo expresado y con las cuales coincido en un 100%.

Creo que hay un aspecto que destacar, que en este momento en que nuestra sociedad vive momentos donde hay una disociación entre la acción y la autoridad ética, para expresar y dar consejos y emitir normas de conducta, todo lo expresado nos hace reflexionar.

Yo tengo el privilegio de conocer al Dr. de Santi-

bañes, mucho antes de nuestras carreras médicas y por tal razón y teniendo en cuenta el conocimiento que tengo, puedo dar fe de la absoluta congruencia entre su accionar y todo lo vertido en el trabajo presentado. Los conceptos teóricos, se condicen con la actitud cotidiana.

Todos los que tenemos posiciones de liderazgo en instituciones en las que nos desempeñamos y que tenemos a cargo la formación de Residentes y Médicos jóvenes, ya sea en ámbito estatal o privado y más allá de dificultades coyunturales o estructurales, tenemos en todo lo vertido, una guía y una serie de normas y actitudes a seguir, que nos van a ayudar a generar y a formar al mejor cirujano.

Dr. Gustavo J. Tisminetzky MAAC FACS:

Frecuentemente se traen a la Academia, trabajos que tienen un aspecto informativo ya sea de nuevas técnicas, casuísticas, etc. Este es un trabajo de índole reflexivo más que informativo y también deja mucho, esta semana tuvimos de intermedio, gracias a la gran cantidad de aportes, que permitió, tal vez, ahondar este carácter reflexivo del trabajo.

Yo quisiera compartir con Uds. y con el Dr. de Santibañes como autor, a quien felicito por el trabajo, dos reflexiones. Habitualmente a los cirujanos se nos acredita la condición de agresividad, de agresivos. Siempre me pregunté cómo no ser agresivos, cuando estamos tratando de resolver problemas de magnitud y tenemos que con nuestra técnica y nuestra destreza, resolver problemas de ese tipo. Por lo tanto, cuando uno ya está en esta etapa de la carrera, donde está formando gente, tiene que medir la agresividad del que se está formando, sin que caigan en un temerario, pero no restársela porque si no lo vamos a dejar inerme frente a las situaciones.

Y la otra es la competitividad, se nos acusa de ser, tal vez, la especialidad más competitiva entre nosotros mismos y el título del trabajo es "El mejor cirujano" por lo cual uno hasta se podría preguntar, será un torneo a quién será el mejor. No es la intención que claramente después de haber escuchado al Doctor, no era la intención del trabajo, pero yo en la reflexión lo que diría es que este trabajo nos ha permitido, a todos, reflexionar durante esta semana, no solo el mejor cirujano sino como ser mejor cirujano.

Dr. Pedro A. Ferraina MAAC FACS: cuales son las condiciones que debe tener alguien para ser un buen cirujano y en ese sentido, adhiero absolutamente con todo lo leído en su trabajo y por otra parte, ha sido convalidado por los numerosos consocios que han participado en esta discusión.

Es notable además, que alguien como el Dr. de Santibañes, con una reconocida capacidad técnica en la cirugía, sea quien nos traiga las otras condiciones que son tan o más importantes que la misma técnica, para ser un buen cirujano. De cualquier manera, coincido con el Dr. de Santibañes, que esta es la condición sine que non, para que alguien sea un buen cirujano.

Hay que agregar las otras cosas, pero además hay que hacer una buena praxis quirúrgica y creo que eso es fácilmente advertible, cuando uno tiene que elegir un cirujano por necesidad propia de algún familiar cercano, uno elige al que realmente cree que está muy entrenado en hacer ese procedimiento quirúrgico.

Yo quería sumarme a las tantas reflexiones que se han dicho, tanto en el último miércoles como hoy, a un aspecto que tal vez no le toca al Dr. de Santibañes, por estar en una institución como la del Hospital Italiano, tan prestigiado pero con condiciones propias, por ser un hospital de colectividad, me refiero a la problemática que vivimos en los hospitales públicos, ya sea en el mío, específicamente, que es un hospital universitario como seguramente, por charlas que he tenido con algunos colegas de hospitales municipales o de otro orden, pero siempre públicos y me estoy refiriendo fundamentalmente a que en los últimos años, la desinversión en estas instituciones, ha alejado a los hospitales de lo que debieran ser, que son las Escuelas de Cirugía, por cuanto los aleja bastante de la tecnología de punta, la posibilidad realmente de enseñar una medicina acorde con lo que actualmente se está haciendo.

Esto se suma a otro inconveniente, por lo menos en nuestro hospital, que en mi opinión es muy grave y que es el, que existe en algunas generaciones de gente cercana a los 40 años, que busca otras posibilidades fuera de los hospitales públicos, y termina rompiendo el círculo virtuoso por el cual los residentes y los cirujanos más jóvenes, son ayudados por estos rol model, que son los cirujanos cuarentones, digamos, y de esa forma, siguen las Escuelas Hospitalarias que no han sido remplazadas por ninguna institución privada, sí por supuesto por los hospitales de colectividad a los que Uds. tienen una gran experiencia, pero me refiero, ningún sanatorio privado, entre comillas, ha remplazado las escuelas quirúrgicas que significan los hospitales en la Argentina, y lamentablemente, al existir esta problemática, creo que se está atentando contra una buena formación que es a la que todos aspiramos, para llegar a las condiciones que Ud. nos ha relatado en su Relato.

Quería simplemente reflexionar en este aspecto, que no formó parte seguramente del Relato suyo, porque evidentemente es una problemática distinta del Hospital Italiano, pero creo que se repite en muchos hospitales públicos y sería deseable que esto se revirtiera, porque insisto, creo que siguen siendo los hospitales, las verdaderas escuelas quirúrgicas de la gente joven y por supuesto, esto hay que alentarlos porque de alguna manera, como dijo también el Dr. Vicente Gutiérrez, el marco institucional para la formación y la excelencia en la cirugía, sigue siendo más que necesaria.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. Eduardo de Santibañes MAAC FACS:

Gracias Dr. Sívori. Voy a hacer una disquisición sobre el último punto. El título de mejor cirujano, es solo una meta, es la excelencia y es lo que recalcamos en la gente con la cual trabajamos. Significa a donde uno debería llegar. No es que importe ser el mejor esto no es una competencia.

Muchos de mis discípulos me han superado en todas las condiciones de un buen cirujano y yo no me siento por eso menoscabado si no que genuinamente siento un gran orgullo; más si ellos dicen que son mis discípulos. Que me supere un discípulo me enaltece.

Dr. Frutos Ortiz. La cirugía del Dr. Christsmann fue en el año 1972.

Ud. me pregunta si es suficiente para tomar decisiones los metanálisis y yo creo que para tomar decisiones, es importante todo el conocimiento, se adquiera donde se adquiera, y la experiencia también y la posibilidad de consultar con colegas, tener Ateneos, tener foros de discusión y aplicar la inteligencia colectiva.

La inteligencia de dos personas suma 10 la suya, 8 la mía 2. Ahora, si nos juntamos los dos a discutir o tres o cuatro, seguramente lleguemos a una inteligencia de 50. Entonces, eso expone la capacidad de tomar las decisiones adecuadas.

Con respecto a cuándo debe retirarse un cirujano, eso yo no lo puedo responder. Creo que hay varios retiros: un retiro puede ser el retiro de operar en la mesa quirúrgica y creo que cirujano se debe dar cuenta cuando empieza a fallarle la vista, a fallarle las manos, a no encontrar los planos adecuados, a no desenvolverse con destreza, esa es una decisión personal.

El otro retiro puede ser el retiro académico, cuando uno tiene que dejar de enseñar o cuando tiene que dejar de hablar para no repetir lo mismo o analizar mal un trabajo, etc.

El otro retiro es el retiro como médico, que seguramente puede ser el más largo porque puede servir como guía de un paciente o actuar desde psiquiatra a clínico o cualquier otro apoyo. O sea, creo que los retiros dependen de las personas, hay cirujanos que deberían retirarse a los 25 años, porque nunca va a mejorar su performance y hay cirujanos que tienen 70 años y son excelentes. Un ejemplo es John Cameron que hace tres o cuatro duodenopancreatectomías por semana y tiene más de 70 años. O Leslie Blumgart del SKCCNY que tiene más de 80 años y sigue enseñando, sigue llenando auditorios. Podría darle muchos ejemplos de cirujanos con más de 70 años que no deberían retirarse. Yo sé cuando me voy a retirar.

Dr. Curutchet. Yo soy algo más joven que el Dr. Curutchet y él había llegado de formarse en Estados Unidos y le dieron en el Congreso Argentino de Cirugía, la posibilidad de estar en el foro central y mostrar un vaciamiento radical de cuello. Me quedé impresionado de verlo a Curutchet operar usando solo el bisturí. A mí me llamó poderosamente la atención y

años después, tuve la satisfacción de que el Dr. Curutchet me consulto y operamos juntos un enfermo en común en el hospital Italiano y me sentí muy orgulloso que me hubiera distinguido. Yo dije, bueno, este gran cirujano me elige a mí, no entendía bien por qué y seguramente sería porque en el hospital en donde él estaba, no tenían los elementos, pero fue para mí, realmente muy gratificante operar juntos.

Hay mucho escrito y en el American College of Surgeons sobre liderazgo y sobre cirugía. Yo pienso que el mejor cirujano es un líder y los cirujanos somos líderes en nuestras instituciones, sin lugar a dudas. Los cirujanos tienen una forma de pensar, una forma de actuar, una metodología, que a la gran mayoría de ellos, los transforma en líderes más allá de que sean brillantes en la mesa de operaciones.

Dr. Mariano Giménez: Voy a recalcar tres cosas. Una es que cuando estamos en posición de liderazgo, tenemos que tener cuidado porque nos están mirando y servimos de ejemplo a los jóvenes.

Lo segundo es que hay que adaptarse a los cambios, sin duda, el mejor cirujano tiene que adaptarse constantemente a los cambios, aprender a manejar las nuevas tecnologías, las innovaciones, la informática. Todas esas cosas que me enseñan a mí los residentes y yo les enseño otras cosas.

Hace unos años, Vicente Gutiérrez me dijo algo que me impactó y me vuelve frecuentemente a la mente: "los jóvenes nos hacen revalidar y nosotros tenemos que revalidar constantemente lo que hacemos". A los Residentes de primer año y algunos discípulos, los que están ahí atrás, no les importa lo que yo hice en 35 años de cirugía, les importa lo que hice desde que ellos entraron hace 4 meses y eso para mí, es un tremendo estímulo.

El que entra a este salón con el síndrome de broncemia, cree que es un gran profesor y se sienta por ahí creyendo que sabe todo; cree que hay que hacerle un corte longitudinal a su vida y que ya llegó. Nunca se llega a ser el mejor cirujano, por eso hay que revalidar y rescatar las palabras de Vicente Gutiérrez y la idea del estímulo constante.

Dr. Rainone: Más allá de que pienso que cada uno de nosotros tiene distintos lugares de trabajo y distintas realidades. El país tiene falencias en la educación, pero no creo que por eso una deba bajar los brazos y yo lo invito a Ud. a que visite el Hospital Italiano de Buenos Aires y vea cómo nosotros manejamos nuestra Residencia y como trabaja el Departamento de Docencia e Investigación con seriedad en el tema. Siempre tratamos de copiar de los mejores. Acepto lo que Ud. dice, pero no generalizo, se que hay distintas realidades y como dije al comenzar esto es un trabajo subjetivo y yo cuento mi realidad.

Al Dr. Saad, no mucho que agregar, solamente que están los enfermos en el medio, que juzgan también y son la parte fundamental del mejor cirujano.

Al Dr. Artusi. Conuerdo en todas sus palabras y estoy seguro que su aporte, mejora mucho este trabajo y así saldrá escrito. La entelequia esa del mejor

cirujano, tiene como objetivo ponerles una meta de excelencia a los jóvenes que se están formando, un estímulo, una guía. No me siento tampoco para nada, el mejor cirujano, pero me esfuerzo para serlo.

Al Dr. Spector, Yo no le puedo contestar esa pregunta bajo ningún punto de vista, porque no tengo ningún parámetro, solamente podría pensar o ponerme a pensar o enumerar en casos particulares, pero nunca hice la observación ni tengo el seguimiento de pacientes, a los cuales yo he operado que han

sido cirujanos, si han cambiado su comportamiento, realmente es muy difícil eso de evaluar.

Al Dr. Ferraina, realmente al ver la cantidad de aportes e ideas que se han sumado a lo que escribimos en el trabajo, cumple con los objetivos que yo tuve. Pensé que iba a ser algo movilizante, pero nunca imaginé que tanto. Este trabajo va a mejorar mucho con la visión de cada uno. Todos hemos ido sumando algún concepto y si lo podemos publicar, va a servir como una guía. Ese fue el objetivo primario de este ensayo.