

REFLEXIONES IRREVERENTES SOBRE EL PATERNALISMO Y LA EVIDENCIA EN CIRUGÍA

Dr. Hugo Esteva MAAC FCCP

INTRODUCCIÓN

Pocas cosas tan ingeniosas como la manera de manejar el agua de los criollos que viven en zonas de cerros. Y me refiero a los criollos, sin afán por menospreciar a los serranos de ninguna otra parte del mundo, porque es lo que conozco. Prescindiendo intuitivamente de todo fundamento teórico, entienden la Física. Entonces, como fruto de la observación, dirigen el fluido según necesidad haciendo abrevaderos, regando, eliminando aguas servidas con mínimo daño para la naturaleza. Todo lo que “desaprenden” cuando van a parar a las orillas de las grandes ciudades.

Desde mucho tiempo atrás percibo que el pensamiento moderno tiende a fabricar parecidos “surcos” en nuestro cerebro, para que por allí circulen obligatoriamente nuestras ideas. Para eso voltea recuerdos y conocimientos, allana regiones enteras, aplasta sabiduría vieja y, en fin, pavimenta homogéneamente el camino de nuestra cultura, desbordándolo sólo con lo que quiere hacer desbordar. Cercena la libertad de nuestro espíritu en nombre -eso sí- de la “libertad”. Lo que, a diferencia de mi ejemplo campestre, es claramente dañino.

Buena parte de esto ha venido sucediendo con la Bioética desde que el término y la modificada disciplina suplantaron a la tradicional Deontología o Ética Médica. Del mismo modo que, al menos en nuestro medio -lo sé porque me tocó la mutilación cuando me recibí- se suplantó la eterna fórmula del juramento hipocrático por un híbrido inventado por la Organización Mundial de la Salud después de la Segunda Guerra Mundial. Cortaron así nuestro vínculo milenario con el origen de la Medicina Occidental sin otro motivo aparente que el de dejarnos sin pasado, una de las formas más profundas de la orfandad.

El cambio entre Ética Médica y Bioética no ha sido inocente ni falto de violencia intelectual. Y al respecto no puedo menos que recordar la para

mí sorpresiva pero altisonante defensa altisonante y a la vez no fundada de la “total diferencia” entre Bioética y Ética en general que hizo uno de mis compañeros en la Comisión organizada por el decano Salomón Schächter cuando se daban los primeros pasos para instituir la materia en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. El tiempo me ha ayudado a entender qué hay detrás de esa pretendida diferencia.

Por otra parte, la observación diaria me hace comprobar con cuanta frecuencia lo teórico, lo “literario” avanza sobre mucha de nuestra actividad académica. Es habitual prepararse a escuchar puntos de vista ajenos y encontrarse con que del relator sólo se recibe una síntesis de lecturas. Cuando esas lecturas están avaladas por la Medicina Basada en la Evidencia, tienden a hacerse inapelables. Si se suma la avasalladora irrupción de la tecnología en los últimos años, si se piensa en lo poco que oímos hablar de nosología y de patología, comparado con tanto que se nos impone sobre aparatos y técnicas, tendremos que concluir que mucho está cambiando en nuestros paradigmas profesionales.

A discutir eso quiero apuntar a través de dos ejemplos referidos a mi especialidad, la Cirugía, en estas reflexiones informales e irreverentes: el paternalismo y la evidencia.

PATERNALISMO

La crítica a lo que se ha dado en llamar “paternalismo” en Medicina surge del principio número uno de la Bioética: el de la autonomía. Este se refiere no sólo a la total libertad del enfermo para decidir cuál debe ser el tratamiento que ha de realizarse, sino también a la obligación del médico de dar una explicación acabada sobre las posibilidades terapéuticas. De allí surge la idea del “consentimiento informado”, tan conversado, tan extendido como poco cumplimentado por los pacientes en la práctica (me refiero a que por lo

general se lo firma automáticamente, como a una planilla de trámite sin mayor sentido) y poco útil para el médico en las contiendas judiciales.

La aparición de este principio lleva implícita la idea de que antes los médicos decidían lo que se les ocurriese, sin consultar ni ilustrar al enfermo y/o a su familia. Lo cual es, sencillamente, un disparate; en especial si, como quieren los bioeticistas, su disciplina nació a comienzos de los años setenta del siglo XXI. Semejante actitud descalificadora de lo que fue, tan vulgar como propia de la irreverente cultura moderna, no es desinteresada. Apunta a enterrar toda idea virtuosa del pasado, a fomentar un ignorante desprecio por lo que se considera malo y muerto, a cavar -en suma- un surco que desvíe la corriente de nuestras ideas con una falsa sensación de plenitud, de saciedad del conocimiento, a la manera de la "comida chatarra". Todo lo contrario de lo que debe ser la inacabable voluntad de aprender más.

Si mi aseveración puede parecer exagerada y para apenas dar un ejemplo, vale la pena recordar que De Benedetti, en el año 2000, decía respecto del paternalismo: "*En la primera mitad de este siglo XX los cuestionamientos fueron mucho más duros. Y cuando terminó la II Guerra Mundial la sociedad ya estaba madura para que esto comenzara a cambiar*". ¿Quiere decir esto que en tiempo de mis abuelos y de mis padres la práctica habitual era que los médicos tomaran decisiones dictatoriales sin conversar con sus enfermos? Eso y confesar que no se ha tenido interés en leer una letra sobre aquellos tiempos y que ni siquiera se ha conversado con quienes nos precedieron es ahí sí, como se verá, evidente en lengua castellana.

"Lo pasado, pisado", según la actitud corriente. Como sucede con la popular expresión acerca de la "oscura" Edad Media, sin recordar o sin saber que fue entonces cuando, entre tantas otras cosas, se instituyeron las primeras universidades. Sin saber que, a contrario del victoriano menosprecio del siglo XIX por las mujeres y para señalar una cita cara a nuestra especialidad, fue en esa edad, habitualmente descalificada de un plumazo, cuando se desempeñaron las primeras cirujanas.

Señalo lo anterior para esbozar la inconsistencia del marco histórico, que implica un sesgo cultural confesado por los autores más consultados en materia de Bioética². Pero ¿qué sucede en realidad con la aplicación indiscriminada del principio de la pretendida autonomía? Haciendo

caso a su significado etimológico (*nomoi*: darse leyes; *auto*: a sí mismo), se somete al enfermo a decidir entre opciones que desconoce. Y eso implica un abandono culpable por parte del médico. ¿Cómo pretender que el paciente elija entre la cirugía y las drogas oncológicas?, ¿Cómo, entre la cirugía abierta y la video-asistida?

No planteo circunstancias teóricas. Hablo en primera persona de situaciones que he vivido y vivo cada vez con mayor frecuencia. Lo hago porque he tenido que escuchar la dolorosa queja de pacientes a quienes se ha querido empujar -hasta con la expresión corporal del médico que se hace a un lado, expresión que el enfermo capta de inmediato- a tomar partido sobre lo que no están en condiciones de decidir. Por eso, no me estoy refiriendo a las legítimas "directivas avanzadas" que el médico debe respetar sin dudas frente al enfermo terminal que, por sí o a través de su familia, pide poner límites al tratamiento excesivo. Señalo casos habituales donde lo único que logra la postura "autonomista", prescindente y poco comprometida, del médico moderno es aumentar la angustia de su debilitado consultante.

En esa debilidad, en esa falta de firmeza (*infirmus*) está toda la clave. Es entonces cuando, asumiendo el papel paternal que le hubiese tocado frente a un hijo menor, debe actuar el médico con toda la prudencia y con toda la generosidad a que lo obliga su conocimiento. Se encuentra en una situación de superioridad respecto del prójimo empequeñecido por la enfermedad: tiene la máxima responsabilidad de no ocultarla y de responder sin soslayos. Y a esto, que ha sido así desde que el mundo es mundo, ninguna teoría pretendidamente "aggiornata" va a cambiarlo. Presuponer autoritarismo en el paternalismo es, en cambio, signo objetivo de debilidad; pero de la debilidad de nuestra cultura contemporánea, un déficit que debería conducirla al diván.

Hay más, sin embargo. Atacar a la figura paterna atribuyéndole el signo contrario al que le ha asignado lo más noble de nuestra tradición destacando el carácter de Padre generoso en el propio Dios, es el modo moderno de desdibujar Su imagen. Cuando, por el contrario, asumiendo con modestia el mejor sentido de su carácter paternalista, en los momentos trascendentales el médico debería hacerse transparente para permitir al enfermo atisbar el más allá de su relación vertical con el Creador.

EVIDENCIA

En castellano, y según el diccionario de la Real Academia Española, evidencia es la “*certeza clara, manifiesta y tan perceptible de una cosa, que nadie puede racionalmente dudar de ella*”. Nada más alejado de las sutiles y siempre sometidas a prueba aseveraciones de la ciencia médica. En castellano, lo evidente es casi sinónimo de lo que no necesita demostración. De hecho, en nuestra lengua coloquial, decir que algo resulta evidente es poco menos que decir que es obvio.

En inglés, en cambio, la evidencia es la prueba. Así se emplea el término en el Derecho Penal norteamericano. De ahí que la Medicina Basada en la Evidencia defina a la Medicina basada en pruebas científicas y, aunque resulte hasta contradictorio, se la mide en “niveles” de certidumbre. Porque, claro, la Medicina no es Matemática.

Así es como, de entrada, la definición marea un poco con su inadecuada traducción. Si además se tiene en cuenta que todas estas elucubraciones teóricas -esta suma de trabajos calificados por sus características “literarias”, no siempre conocidos en su intimidad- pueden adecuarse a los ensayos farmacológicos habitualmente organizados y financiados por los laboratorios de la industria, pero que son de una naturaleza muy alejada de la de la Cirugía, la aplicación de la “evidencia” resulta bastante forzada entre nosotros, cirujanos.

El tema fue llevado hace más de diez años a la Academia Argentina de Cirugía a través de un trabajo que, quizás por lo precoz, planteaba más preguntas que respuestas. No obstante, “a propósito del acta” se publicaron dos interesantes objeciones a la adopción lisa y llana de la metodología, haciendo hincapié en lo difícil de adaptarla a nuestra actividad quirúrgica.

Desde entonces, si bien no dejo de entender las virtudes de este método para guiar nuestra valoración de las consultas bibliográficas, he chocado con su empleo abusivo, frente al cual creo vale la pena advertir. Sirvan dos ejemplos de naturaleza diversa.

Por un lado, el American College of Chest Physicians, al que he pertenecido por muchos años, desacreditó en sus guías a la broncofibroscopia como procedimiento para el estudio de los nódulos pulmonares, atribuyéndole una baja calificación según la “evidencia”. Grave error, que desconoce los serios tropiezos evitables con esa práctica cuando se va a abordar quirúrgicamente

tal patología y que en su oportunidad discutimos ante el Colegio. Claro está, a las guías las lee todo el mundo; nuestra advertencia debe haber sido vista por pocos.

Por otro, una anécdota que conocí de manera directa. Al cabo de una consulta por un traumatismo de cráneo en un importante hospital norteamericano donde la enferma sólo logró una consulta neurológica y una tomografía computada por la insistente sugerencia de quienes estaban acompañándola, la mujer se retiró con toda la sensación de haber sido mal atendida. Eso sí, le entregaron impresa una página de computadora que le mostraba que había sido tratada según las normas avaladas por la “evidencia”. Típica actitud de médicos a la defensiva, que tratan de ocultar sus insuficiencias bajo una montaña de papel.

Para quienes estamos habituados a compartir reuniones científicas con nuestros colegas clínicos se ha hecho hábito escucharlos exponer conferencias enteras en las que muestran uno tras otro trabajos ajenos “basados en la evidencia”, menospreciando en cierta medida la capacidad de lectura de la audiencia porque por lo general no aportan nada de su propia observación. Pero, además, se refieren a estudios cuyo origen conocen de manera cuando más oblicua y respecto de los cuales difícilmente hayan podido tener comprobaciones personales. Hay excepciones, claro, pero esta va siendo la regla. Y hasta se llega al extremo, como nos ha sucedido con el empleo intrapleural de fibrinolíticos, de encontrar colegas que creen más en lo que leen en trabajos extranjeros insuficientemente diseñados que en el efecto de las drogas que tienen bajo sus ojos en sus enfermos, ahí sí de manera tan evidente como para no requerir otra prueba que la observación.

Esta actitud, opuesta a lo de “ver para creer”, no puede ser la de los cirujanos. Y si bien no quiere decirse aquí que haya que desechar la mejor y más orientada lectura para avalar el propio conocimiento, el cirujano piensa y actúa de manera distinta. De ahí la preocupación que surge cuando se empiezan a oír disertaciones quirúrgicas del estilo descripto, donde se habla de “evidencia” ajena y no se la compara con ninguna comprobación personal debidamente recogida.

Si se recorren los testimonios de los primeros Congresos de Cirugía en distintos lugares del mundo, se comprobará la generalizada y buena costumbre inicial de transmitir experiencias firmadas de puño y letra. Más o menos numerosas, de

acuerdo a los lugares y las épocas, pero con el sello común de la sinceridad en la transmisión directa de los propios resultados. Es que los verdaderos cirujanos –lo hayan expresado o no- siempre han tenido conciencia de la naturaleza artesanal de su práctica. Y esa naturaleza no puede respetarse sino confrontando sistemáticamente la experiencia personal y escuchando la de los maestros que, paso por paso, nos enseñaron a tratar con tanta delicadeza a los tejidos como al espíritu de nuestros pacientes.

He sido, por supuesto, testigo también del abuso de expresiones como: “En mi experiencia...”, seguidas de un lamentable vacío de toda verdad. Pero el error o la vanidad de algunos no deben significar el menosprecio de la tarea adecuadamente revisada y honestamente transmitida. Ni, mucho menos, su liso reemplazo por la de otros, reflatada de “meta-análisis” cuyos puntos de salida y de llegada no se conocen sino de mentas.

Por otra parte, como ha sido bien advertido, los trabajos prospectivos y “randomizados” chocan pronto en Cirugía contra la pared de lo ético. Con más frecuencia de lo que sucede cuando se prueban drogas, las comparaciones entre técnicas y tácticas quirúrgicas muestran rápidamente diferencias clínicas que hacen insostenible volver atrás para estudiar grandes series comparativas. ¿O cabría, por ejemplo, crear hoy prospectivamente grupos testigo para probar las ventajas de la videotoracoscopía frente a la cirugía abierta en las etapas adecuadas del desarrollo de los empiemas pleurales?, ¿No hay más que suficientes comparaciones retrospectivas que lo muestran, como para privar a los enfermos de un abordaje menos cruento y con los mismos buenos resultados sólo por falta de “evidencia”?

Para intentar un punto final en un tema que podría extenderse y ahondarse, pero sobre el cual he querido apenas hacer una advertencia general, ¿cómo no ver que, uno tras otro, estos análisis de “evidencia” (de “prueba”, se supone) terminan expresando que hacen falta otros estudios para demostrar una certeza que no está a su alcance?, ¿cómo no advertir la confusión en los términos de quienes se permiten hablar de “evidencias contradictorias” o de “las mejores evidencias” con un abuso semántico que, con justicia, hizo concluir a un sabio hematólogo que se trata de autores “atados a una serie de slogans mal digeridos”?. El resultado final para quienes se adhieren a estas “evidencias” no probadas es,

indefectiblemente, una confusa incertidumbre que no tiene nada que ver con las necesidades concretas de nuestros enfermos.

CONCLUSIÓN

Ignorar la historia ayuda a repetir errores. Su conocimiento cabal tiende a conducir a la modestia. Tenemos entre manos una materia sutil donde “hay ciencia...”, sí; pero al mismo tiempo hábito, intuición y, a veces, el mero viejo olfato”.

Crear que la Medicina en general –y en particular la Cirugía- ha llegado a metas infalibles a través de la “autonomía” y la “evidencia” sería de toda ingenuidad si no ocultase menosprecio por quienes nos precedieron. Pero, sobre todo, implicaría el olvido de una tradición milenaria que nos obliga a conservar lo mejor del pensamiento occidental. A eso probablemente ha apuntado, no juzgo si de buena o mala fe, haber dejado de lado el Juramento Hipocrático para, pretextando algunas precisiones intrascendentes obligadas por las épocas, reemplazarlo por el de la OMS, al menos en la Universidad de Buenos Aires.

Al cabo de muchos años de profesión me niego a que mi pensamiento transite pasivo por esos surcos preestablecidos que conducen a la oscuridad de semejante mar de dudas. Dudas que sólo podría hacer daño a los enfermos que nos brindan algo tan sagrado como su confianza. Y me niego a dejar en manos de la dudosa Bioética –una disciplina de reciente origen que tiende a justificar en nombre del “consenso” hasta lo que claramente se aparta de la ética de siempre- el comportamiento que se debe tener ante ellos.

Por la sola naturaleza de nuestra tarea, los cirujanos vamos felizmente a seguir siendo artesanos. Artesanos no “robotizables”, respetuosos de nuestros maestros “paternalistas” que, siéndolo de manera verdadera, han sido también nuestros padres nutricios, como pensaba Rolando al morir en Roncesvalles recordando al suyo, Carlomagno. Y como está claro que con frecuencia un moderado artesano que sepa operar sin demasiada ciencia es más útil a sus enfermos que un engolado científicista ahito de “evidencia” pero torpe para cortar y coser, prefiero recordar la ironía con que Andrés Santas, en las revistas de la tarde de la I Cátedra de Cirugía del Hospital de Clínicas, nos ubicaba en la real dimensión de nuestro aprendizaje y nuestros tropiezos: “Mucha ciencia acerca a Dios”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tale C. *Examen de las actitudes y de los principios de la bioética contemporánea predominante*. En: Principios de Bioética, Fundación Alberto J. Roemmers, Buenos Aires 1998, págs. 139-206.
2. Engelhart T. *The foundations of Bioethics*. Oxford University Press, New York, 1986.
3. De Benedetti L. *De la deontología médica a la bioética*. Primeras Jornadas Internacionales de Ética "No matarás", Facultad de Filosofía y Letras, Universidad del Salvador, Buenos Aires, 17-19 de mayo de 2000.
4. Pernoud R. *La femme au temps des cathédrales*. Ed. Stock (*Le livre de poche*), Paris 1980, pág. 252.
5. Hipócrates. *Sobre el medico, en Juramento Hipocrático – Tratados Médicos*, Ed. Planeta-De Agostini, Madrid 1995, pág. 73
6. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Espasa- Calpe, Madrid 1984, pág. 615.
7. Mazzucco PO, Maranghello AH. *Diccionario Bilingüe de Terminología Jurídica Inglés-Castellano Castellano-Inglés*. Abeledo-Perrot, Buenos Aires 1988, pág. 154.
8. Arribalzaga EB, Mihura ME. *Cirugía basada en la evidencia: ¿moda, mito o metodología moderna?*. *Rev Argent Cirug* 2001; 81:18-29.
9. ACCP evidence-based guidelines: diagnosis and management of lung cancer. *Chest* 2003; 123(suppl):1s-337s.
10. Esteva H, Becker H. *Value of fiberoptic bronchoscopy in patients undergoing surgery for solitary pulmonary nodules*. *Chest* 2005; 128:474.
11. Maskell NA. *U.K. controlled trial of intrapleural streptokinase for pleural infection*. *NEJM* 2005; 352:865-74.
12. Esteva H. *Alejandro Posadas, Argentinian pioneer: Thoracic Surgery in the Western World in his time*. *Ann Thorac Surg*. 2004;78:741-5.
13. Esteva H. *"How do I teach Thoracic Surgery". 14th World Congress on Bronchology & 14th World Congress on Bronchoesophagology*. Buenos Aires, 25-28 de junio de 2006.
14. Vojvodic Hernández I. *Amenazas, debilidades y limitaciones de la cirugía basada en la evidencia*. *Acta Méd Peruana* 2007; 24:56-61.
15. Flamein R, Slim K. *La chirurgie factuelle et ses difficulties*. *Ann de Chirurgie* 2005; 130:541-46.
16. Arribalzaga EB. *Incertidumbre en el mundo quirúrgico*. *Rev Sociedad de Cirugía de La Plata* 2004; 64:8-10.
17. Gawande A. *Complications*. *Henry Holt and Co*. New York 2002, pág. 7.
18. Sáenz A. *La caballería*. Gladius. Buenos Aires 1991, pág. 65.