

«El trabajo médico del hospital. Necesidad del examen sistemático de tejidos en toda Institución Quirúrgica».

F. Palma

Miembro de las Sociedades Españolas de Cirugía, Gastroenterología y Vocal de la de Proctología. Fellow of angiology. Board of Proctology.

“El trabajo médico-quirúrgico de un Hospital o Institución clínica, no podrá valorarse por los mármoles, decoración e incluso costosas instalaciones sanitarias, sino por la calidad del trabajo médico, o lo que es lo mismo, por la excelencia, prestigio y preparación de su personal”.

En una época en que, afortunadamente se empieza a hablar de “full-time”, o sea, plena de dedicación al Hospital, que todos deseamos, convendría insistir en que es más necesario la calidad del trabajo médico, que es la que hay que valorar, que no el mayor o menor tiempo que se está físicamente en el centro. Naturalmente que lo ideal será conjugar una buena cantidad de tiempo de permanencia con una alta calidad de trabajo médico, pero nos sabría muy mal que en las mentes de médicos con poco ejercicio clínico y mucho administrativo, predomine más el control de las horas que permanece el médico en el Hospital, olvidando la

verdadera evaluación del trabajo médico que, por su preparación o dotes personales, puede realizar.

A este respecto, pongamos por caso al cirujano que presta sus servicios en una Institución y dedique varias horas del día a cirugía poco controlada por un comité, extirpando tejidos por complacencia o interviniendo órganos sin estructura dañada o sin lesión orgánica y sin buena preparación, preocupado por un control administrativo más que por la calidad de su trabajo.

No toda la organización hospitalaria, por tanto, queda reducida a la organización de sus servicios; hay que evaluar sus funciones ya que de ahí le vendrá su reputación. En

las Instituciones Sanitarias de otros países, se ocupa de ello la auditoría médica, que puede ser extraña al hospital o compuesta por personal del mismo.

En el servicio de cirugía, como ya en otra ocasión lo indicamos, hay que valorar el número de operaciones necesarias que se han efectuado, los diagnósticos equivocados que hubo, el número de autopsias que se realizó (que más bien dependen del interés del médico, y de un diálogo razonable con los familiares, que nadie puede reemplazar), de los pedidos o análisis al laboratorio, que puede juzgarse, no por el número de pruebas de diagnóstico que se solicitan, a veces innecesarias, sino por una acertada selección de las mismas y, finalmente, por las publicaciones y reuniones científicas del equipo quirúrgico en cuestión.

Pero quien llevará la pauta de la calidad del trabajo quirúrgico que se realiza, serán las reuniones clínico-patológicas, que son dirigidas por el anatomopatólogo, quien, al final de todas las discusiones fundamentadas en el estudio clínico-quirúrgico, muestra sus hallazgos histológicos o si se llegó a ello, necrópsicos.

Por ello, todo tejido que se extirpa en la sala de operaciones, deberá ir, sistemáticamente, al laboratorio de anatomía patológica. Esta es la medida que, desde hace

años, hacemos con los tejidos y órganos que extirpamos.

De otro lado, el cirujano que se supera, le gusta conocer lo que extirpa. Ver si hay relación estrecha entre lo que diagnosticó o le diagnosticaron y lo que encuentra, y después la enorme satisfacción de sentirse responsabilizado y observar que su conducta con el prójimo es la misma que le agradaría siguieran con uno de los suyos o con él mismo.

Será, además, y no nos importe decirlo, la única forma que se den de extirpar apéndices sanos. Que un folículo de Graaf, que se desarrolla normalmente, sea confundido con un quiste de ovario. Que una metrorragia por hemopatía, sea seguida de histerectomía. Que una gastrorragia por causas extragástricas, las que fueren—desde una hipertensión portal hasta una hematemesis yatrogénica, por drogas—sea tratada con gastrectomía. Que un miembro traumatizado, con herida arterial, pudo haber sido conservado y no amputado. Y que una mastopatía quística, bien macro o microquística, sola y exclusivamente como mastopatía, fuera, por un exceso de celo; o por faltarle el asesoramiento del patólogo, tratada con un clásico Halsted.

Los ejemplos serían interminables. Algunos anecdóticos; otros lamentables. Y, por qué no decirlo,

todo desde que se hace medicina en centros en los que no hay un cuerpo médico responsabilizado y hasta con la pobreza de existir residencias sanitarias sin patólogo, donde se tiene que enviar a otros centros las muestras de lo extirpado, cerrando la posibilidad de esas biopsias operatorias con expectación del cirujano, en espera del resultado rápido del patólogo (mama, etc.).

El comité de tejidos que en toda Institución quirúrgica es necesario tener, puede estar formado por el anatomo-patólogo, cirujano jefe y gerente médico del Hospital. Será la única forma de controlar o mejor de estimular —ya que este último vocablo lo preferimos al primero— la competencia del equipo de especialistas quirúrgicos de la Institución. Hace, por lo tanto, un continuo examen de la calidad de la cirugía, aún cuando habrá también que valorar la habilidad téc-

nica que se podrá conocer, fundamentalmente, por los resultados verídicos y por el prestigio que adquieren los equipos quirúrgicos del Hospital. El examen de tejidos tendrá una importancia clínica enorme desde el momento que puede calificar al cirujano. Pero, sobre todo, la tiene social porque atiende a la lesión orgánica, a lo estrictamente cirugía necesaria; la tiene científica, porque irá acrecentando la formación e investigación del cuerpo médico. Será la información en la que habrá que basar el resumen y conclusión de toda reunión científica. La tiene nacional, porque el día que esté implantada en toda la patria, el prestigio de nuestros Hospitales será como el de cualquier nación o estado en grado avanzado de asistencia sanitaria. Finalmente, proyectados al futuro, será el comienzo de la donación y conservación de órganos y tejidos con vistas a su implantación e injerto.

