

REVISIÓN

SOBRETUDO, NO HAGAS DAÑO

FIRST, DO NOT HARM

Vicente Calatayud Maldonado

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Neurocirugía

Palabras clave:

Neurocirugía;
Ética;
Formación;
Capacidad.

Keywords:

Neurosurgery;
Ethics;
Training;
Capacity.

Resumen

Los médicos estamos autorizados a hacer preguntas absolutamente personales, como resultado de la intensa e íntima relación médico-paciente, que debe producirse desde la primera consulta, vínculo impar, de una confianza forjada en cuestión de minutos. La majestuosidad del cuerpo humano, la importancia de la salud y la satisfacción personal que emana de la curación, definen el mundo del médico y la práctica clínica de la medicina. La capacidad de poder hacer diagnósticos interpretando signos y síntomas, constituyen poderosas experiencias emocionales que proporcionan una profunda sensación de satisfacción. Junto a esa satisfacción, siempre subsiste un temor. A medida que indicamos o realizamos el tratamiento, tenemos miedo de cometer un error o perjudicar a quien depositó su confianza en nosotros. Miedo que surge por un sentimiento legítimo de no violar ese principio profundamente arraigado en nuestra profesión: *Primum non nocere*. "Primero, no hacer daño". O si se me permite una modificación, "Primero, no hacer más daño."

Abstract

Doctors are authorized to ask absolutely personal questions, as a result of the intense and intimate doctor-patient relationship, which must occur from the first consultation, odd bond, of a confidence forged in a matter of minutes. The majesty of the human body, the importance of health and the personal satisfaction that emanates from healing, define the world of the physician and the clinical practice of medicine. The life of a doctor, of a neurosurgeon, can be incredibly rewarding. The ability to make diagnoses by interpreting signs and symptoms, to help patients combat and overcome a sometimes irreversible illness, and to comfort families are powerful emotional experiences that provide a deep sense of satisfaction. But along with that satisfaction, there is always a fear. As we indicate or carry out the treatment, we are afraid of making a mistake or harming those who placed their trust in us. Fear that arises from a legitimate feeling not to violate that principle deeply rooted in our profession: *Primum non nocere*. "First, do no harm. Or if I am allowed a modification, "First, do no more harm."

INTRODUCCIÓN

La ilusión con la que la mayoría de los médicos comienzan sus estudios de medicina fundamenta su vocación en un espíritu de beneficencia y servicio, para ayudar a los enfermos, sin olvidarla igualitaria necesidad de cuidar a los que no lo están. Orgullosos de su capacidad para hacer un diagnóstico y pautar un tratamiento, estimulados por la confianza que los pacientes depositan en los médicos. Es una responsabilidad excepcional.

La vida de un médico, de un neurocirujano, puede ser increíblemente gratificante. La capacidad de poder hacer diagnósticos interpretando signos y síntomas, ayudar a los pacientes a combatir y superar una enfermedad, a veces irreversible, y consolar a las familias; constituyen poderosas experiencias emocionales que proporcionan una profunda sensación de satisfacción.

Los médicos estamos autorizados a hacer preguntas absolutamente personales, como resultado de la intensa e íntima relación médico-paciente, que debe producirse

desde la primera consulta, vínculo impar, de una confianza forjada en cuestión de minutos. La majestuosidad del cuerpo humano, la importancia de la salud y la satisfacción personal que emana de la curación, definen el mundo del médico y la práctica clínica de la medicina.

Pero junto a esa satisfacción, siempre subsiste un temor. A medida que indicamos o realizamos el tratamiento, tenemos miedo de cometer un error o perjudicar a quien depositó su confianza en nosotros. Miedo que surge por un sentimiento legítimo de no violar ese principio profundamente arraigado en nuestra profesión: *Primum non nocere*. "Primero, no hacer daño". O si se me permite una modificación, "Primero, no hacer más daño".

Durante las vacaciones estivales en las inigualables Lagunas de Ruidera, llegó a mis manos un interesante libro escrito por un colega titulado *Ante todo no hagas daño*. El trabajo fue publicado por primera vez en inglés en 2014 y la primera edición en español en enero de 2016. Ha sido un enorme éxito editorial. Estuvo en la lista de los más vendidos del *Sunday Times* y el *New York Times*, y escogido como el Mejor Libro del Año por el *Financial Times* (1).

Autor para la correspondencia

Vicente Calatayud Maldonado
Real Academia Nacional de Medicina de España
C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: vinaneuro@gmail.com

COMENTARIO

El autor razona -con visión generalista y docente, pero, sobre todo, durante su ejercicio profesional como neurocirujano, la necesidad de tener en cuenta, de no olvidar el famoso aforismo en las diferentes situaciones, tanto si son gratas como si resultan criticadas, que pueden producirse en el ejercicio de nuestra difícil pero excepcional especialidad. Aforismo atribuido a Hipócrates, pero en realidad de autor desconocido y utilizado con frecuencia, como advertencia de las posibles consecuencias no deseadas, tras realizar tratamientos médicos o quirúrgicos.

Un libro que comienza "(...) A menudo me veo obligado a hurgar en el cerebro y eso es algo que detesto hacer" produce curiosidad y extrañeza, dadas la categoría profesional del autor y la proliferación de medios tecnológicos de que hoy disponemos.

Advertencia que me recordó a Francisco de Quevedo, poco amigo de los médicos, muerto en Villanueva de los Infantes, cerca de Ruidera. Estando ya muy enfermo, preguntó al galeno que lo atendía que le dijera cuánto tiempo le quedaba por vivir; el médico le respondió que tres días, a lo que el escritor replicó: "Ni tres horas". E igualmente me recordó algunos de los caprichos de Goya sobre la razón y los médicos, con diferentes interpretaciones, que pudiéramos meditar sobre su actualidad.

El Dr. Marsh, ejerció en un hospital de las afueras de Londres, con mucha dedicación y, parece ser que con mucho éxito. Su preparación tuvo peripecias y altibajos. Estudió medicina, sin gran entusiasmo, hasta que descubrió la neurocirugía, especialidad por la que, según él mismo explica en su obra, fue "atrapado" y a la que dedico los mejores años de su vida.

También me interesó su lectura, porque creo que es un recuento extraordinario y sincero de la vida y el trabajo de un neurocirujano que ha sido, al mismo tiempo, clásico pero innovador, con sus triunfos y sus desastres. Que los describe de forma sencilla que recuerda constantemente el trabajo clínico hospitalario, que personalmente vivimos en nuestra etapa de formación. Cada uno de los 25 capítulos es un caso clínico vivido directamente donde describe lo sucedido cada día en cada paciente. Además, en la mayoría de ellos no se limita al caso en sí, sino que amplía la panorámica del diagnóstico diferencial en parangón con otros. Siempre relacionado con enfermos cuyo proceso, evolución y resto de lo acontecido con ellos lo vivió personalmente

Procura demostrar que en neurocirugía, el aforismo hipocrático tiene especial significado por los enormes riesgos que se aceptan en esta especialidad, riesgos que la distinguen de otras especialidades quirúrgicas, al actuar sobre las estructuras neurológicas y frecuentemente sobre el cerebro, estructura única e irreparable, sin posibilidad de ser sustituida por trasplante. Delicado y vulnerable, es órgano, de tal modo, que cualquier error mínimo, cualquier azar negativo puede suponer un profundo efecto en la forma de vida de un paciente.

Igualmente cierto es que también procura grandes satisfacciones, si la decisión previa se fundamenta en tres pilares: el conocimiento riguroso, la experiencia clínica y la adquisición del arte de una práctica en la que cada día es preciso tomar decisiones en circunstancias que suelen revestir una enorme urgencia y gran incertidumbre.

El Dr. narra sus vivencias, impresiones y sentimientos, tras decidir, después de un detallado estudio en equipo, cómo programar la acción terapéutica para corregir el daño existente. Valorando como resumen los resultados tanto precoces como tardíos de su experiencia con el tratamiento propuesto. Cómo y cuándo se han de comunicar al paciente, o a sus allegados, las decisiones tomadas. Considerando en todo momento que la patología intracraneal, por la ubicación de áreas funcionales importantes, según su localización del proceso, puede ser de difícil abordaje, y su manipulación ocasionar consecuencias permanentes e irreparables.

El interesante texto está lleno de anécdotas, escenarios y situaciones, que quienes, como yo mismo, hemos seguido una formación ceñida a la ley y las normas de los grandes maestros-en este caso, de la Neurocirugía-, nos ha hecho no solo recordar, sino resucitar las experiencias diversas surgidas repetidamente con la aparición y el desarrollo de determinadas técnicas diagnósticas, que, en aquel entonces -los años 70 del pasado siglo-, permitieron obtener imágenes de estructuras vasculares y cavidades cerebrales con técnicas que requerían tanta o más explicación al paciente que la propia técnica quirúrgica; tales como arteriografías, pneumoencefalografías, mielografías etc.. Aquellas manipulaciones directas sobre las carótidas o los ventrículos cerebrales, cuyos resultados, morfológicamente, eran siempre impecables, se acompañaban en ocasiones de ciertas alteraciones funcionales, causa para meditar sobre el abandono de esta inigualable especialidad quirúrgica.

El texto ilustra enseñanzas con episodios y anécdotas nacidos en la experiencia, no siempre satisfactoria, pero siempre apoyada en la mejor base científica de la época. Se suceden las épocas en que se iban conociendo cada vez con más exactitud las bases morfofisiológicas de las estructuras cerebrales vasculares y celulares, así como la topografía de las diferentes funciones, entonces localizadas en amplias zonas de la corteza cerebral, que, sino eran respetadas en el acto quirúrgico, aparentemente no implicaban posteriores alteraciones delatoras, por la deficiente interpretación de sus funciones. Recuerdo siempre una frase de mi maestro Hans-Werner Pia: "Los tejidos hay que mimarlos. Si se trata del cerebro, acariciarlos".

La Medicina no siempre encuentra lo que busca, ni consigue lo que intenta, pero no se puede negar que el ejercicio del médico, del neurocirujano, requiere también humanidad, no solo técnica, con todo lo que eso representa. Vocación de servicio, beneficencia y entrega se codean con la arrogancia y el egoísmo, que conviven con los errores. "De todo y de todos se aprende".

Volvamos a las enseñanzas del texto. De los muchos aspectos destacables, acaso el principal sea la intensa relación personal que establece Marsh con cada paciente. En la mayoría de los capítulos resalta la importancia que ha dado al trato personal, lo más espiritual po-

sible, apoyándose siempre sobre los datos obtenidos en la historia clínica, junto a los resultados de las pruebas complementarias de imagen, que en nuestra especialidad son fundamentales.

Insiste ante sus alumnos en que el comienzo de cualquier estudio clínico debe iniciarse siempre por una buena historia clínica; y en que la petición de pruebas complementarias debe formularse según los datos obtenidos en la exploración clínica. Estas deben ser un complemento de seguridad del diagnóstico clínico. Después, se debe intentar explicar con el máximo detalle qué tipo de cirugía se va a realizar y quién será el responsable, sus perspectivas y sus riesgos. No sólo con el fin de rellenar un requisito burocrático, un formulario que será firmado por el paciente o sus familiares, sino para explicar realmente la complejidad del acto quirúrgico y las dificultades y peligros que implicare.

Dedica largos momentos a comunicarse con sus enfermos para explicarles los tratamientos y poder vigilar con la máxima seguridad los resultados. Ocupa mucho tiempo en hablar y conocer a sus pacientes antes de operarlos. En algunas ocasiones, pareciera que el motivo central del libro más que narrar la belleza del ejercicio de su profesión, sea relatar lo que considera sus fracasos y cuanto implican: esa sensación de soledad, de tristeza, y desamparo derivada de no haber obtenido con la actuación médica lo que él y sus enfermos esperaban.

Muchos de los casos son más fracaso de la técnica quirúrgica, ante dificultades sin posibilidad de ser resueltas, que errores propiamente dichos.

Subraya su gran compromiso con la enseñanza, por la preparación de futuras generaciones. Compromiso que comienza en las reuniones matutinas con sus alumnos, que debieron de ser magistrales, en donde todos resultaban beneficiados, incluidos maestro y pacientes.

Capítulo tras capítulo se muestra como un profesional comprometido con su trabajo, que defiende su especialidad, que se dirige a sus colaboradores para poner en diálogo común los problemas que detecta, los retos a los que la neurocirugía se enfrenta.

Marsh hace constante defensa del trabajo en equipo y de la colaboración entre especialistas, que debe redundar en la eficacia del diagnóstico y el tratamiento, cooperación que, a veces, por egolatrías u otras razones (no olvidemos que los médicos compartimos virtudes y defectos con el resto de los humanos), se elude, se evita o, aún peor, se rechaza de plano.

Me gustaría señalar el sentimiento íntimo, unido a la pasión, casi obsesión, por esta profesión ejercida durante más de 30 años que captamos tras su lectura. La obra, parece ser el capricho que se ha querido dar una persona, ya mayor, que está recogiendo sus enseres y cerrando ventanas y puertas, y que también establece a lo largo de su recorrido profesional una actitud crítica ante, el SNS, en este caso, el servicio de salud inglés, sus carencias y los esfuerzos para mejorarlo con estrategias gerenciales que él considera vejatorias para los enfermos, para la eficiencia de su atención médica y para el liderazgo del médico que es finalmente el responsable de esa atención.

Es evidente que en los 25 o 30 últimos años la medicina ha vivido un gran avance, sobre todo en lo que va de siglo, gracias a la implementación y modernización de la tecnología. Pero también lo es que se mantienen intangibles algunos principios clásicos, básicos y éticos en su ejercicio, que tras la lectura de este admirable trabajo, se hace más necesario interpretar en la práctica diaria de hoy, aunque no sea fácil.

Esta modernización ha posibilitado que se puedan realizar casi todo tipo de intervenciones quirúrgicas con el menor grado de repercusión y molestia en el paciente; y posiblemente, reduciendo riesgos. Pero el aforismo hipocrático sigue vigente y "los daños" pueden ser de tan variada naturaleza que nos obligan a valorar no solamente los deficitarios morfológicos y fisiológicos producidos por el tipo de cirugía, sino también los daños no deseados (sociales, culturales, científico, genéticos) que pueden originar: simplemente las indicaciones quirúrgicas o farmacológicas, las pruebas de diagnóstico, los propios tratamientos, el sofisticado instrumental no suficientemente experimentado, la deficiente experiencia del que los va a practicar o la forma de comunicarse con los pacientes.

Plantea una curiosa cuestión. Ya que a los pacientes se les hace firmar un documento en el que se muestran conocedores de los riesgos de ciertos actos médicos, se pregunta y pregunta a sus colegas; ¿no debería pensarse la necesidad de que el neurocirujano firmase otro documento en el que declarase ser competente para llevar a cabo la intervención que se propone realizar? Aquí, el facultativo se coloca en el lugar del paciente, con sus incertidumbres y sus miedos; o la posible acusación de los errores en la investigación científica.

Los avances en neurocirugía necesitan de la unión del conocimiento de muchas disciplinas y especialidades. Un abordaje multidisciplinar de las intervenciones neuroquirúrgicas las hace mucho más efectivas y permite avanzar hacia tratamientos más personalizados para cada paciente. Frente a las operaciones clásicas, las nuevas tecnologías médicas permiten que las intervenciones neuroquirúrgicas sean cada vez más precisas. Es posible que disminuyan lo que hasta este momento hemos considerado "daño" y aparezcan otros tipos de "daños" que afectan a diferentes estructuras que vamos conociendo mejor y cuya lesión, alteración o modificación tecnológica puede resultar lesiva para nuestros pacientes neuroquirúrgicos a lo largo de su existencia.

Es el caso con el uso de sensores en los instrumentos quirúrgicos, por ejemplo, que en el microscopio relacionan las imágenes con puntos localizados en la cabeza del paciente. O de procedimientos de navegación tridimensional que localizan un punto o un volumen en el espacio, algunos de ellos desarrollados por la industria armamentística submarina, que pueden permitir llegar a zonas distantes del cerebro a través de vías de acceso mínimas, aparentemente sin riesgo alguno.

De cualquier manera, el neurocirujano debe tomar decisiones sumamente importantes. Son decisiones sobre valores humanos, sobre la personalidad del paciente, la calidad de vida que se puede lograr (o empeorar) con el tratamiento. Como en cualquier especialidad

quirúrgica, se debe ponderar el riesgo de someterse a una cirugía con el de desestimarla. No quiero ser, no he sido nunca pesimista, pero hay cosas que son peores que la muerte. No obstante, lo peor es no saber qué decisión tomar.

A lo largo de mi ejercicio profesional he vivido muchas circunstancias que me han desatado dudas, pero la más difícil, para un neurocirujano experimentado, se plantea cuando los pacientes y sus familias dicen: 'Bueno, usted es el experto. ¿Qué recomienda?'. Situaciones muy delicadas, que también expone, y de alguna manera resuelve, el Dr. Marsh.

El problema se plantea a menudo en forma de dudas lógicas sobre qué procede hacer, ya sea por la naturaleza del proceso, por su localización o por la técnica que debe emplearse para abordarlo. No siempre son dificultades desde un punto de vista técnico, sino desde la perspectiva de los efectos, incluso en un caso quirúrgicamente bien resuelto: a menudo no es totalmente clara la evidencia de si el tratamiento logrará una diferencia importante en la vida del paciente. Hay procesos a menudo fatales a largo plazo, pero no es claro si la cirugía prolongará la vida del enfermo o si se justifica el riesgo al que será sometido. La cirugía del cerebro no sólo trata de la posibilidad de salvar una vida; ha de tener en cuenta también que pueden ocurrir desastres terribles, seguidos de agobiantes arrepentimientos.

Lo más difícil, según Marsh y yo no estoy de acuerdo en tener que decirle al paciente: 'No hagas nada. Ve a tu casa, vete a morir lentamente'. Jamás. En mi opinión siempre debe hacerse algo, principalmente cuando se trata de pacientes jóvenes. Las preguntas son: ¿Qué? ¿Cómo? ¿Cuándo? Pero eso es materia de lo que hoy denominan "muerte digna" y no corresponde tratarlo aquí.

El control subsiguiente de resultados es el necesario *feedback* sin el cual no hay progreso ni posibilidades de mejora. El seguimiento de los pacientes es un deber del médico de cualquier especialidad y, por supuesto, un derecho del paciente.

Por otra parte, tenemos la obligación de visitarlo durante su hospitalización y responsabilizarnos en lo referente a los cuidados intensivos o tratamiento del paciente en el curso postoperatorio. Dice Horacio D'Agostino que las técnicas se aprenden rápidamente y las máquinas se compran con dólares o euros, pero que los conocimientos sobre sus bases científicas cuesta más asimilarlos. ¿Existe algún cirujano, independientemente de su presión asistencial, que no atienda o no realice seguimiento de sus intervenciones, de sus pacientes o de sus resultados?

Debe ser una permanente obligación, revisar cuidadosamente, una y otra vez, el diagnóstico y el tratamiento diseñado y, si fuera necesario, estar dispuesto a reconocer una posible equivocación y a replantear lo diseñado. Solo de esta forma puede estar seguro de que sus conclusiones en esa experiencia tienen valor. Aspectos que en contadas ocasiones forman un todo, y por el contrario se tienden a diluir, junto a las responsabilidades.

Este libro da una nueva vida, un nuevo tiempo, a la neurocirugía. Es recurrente en estos escritos el recuerdo, a modo de denuncia, de que para todos los médicos ejercientes, es básico el cuidado del paciente, así como que el tratamiento sea lo menos invasivo posible, circunstancias que no siempre están presentes en la labor asistencial.

Decía Francisco Umbral: "Escribir es la manera más profunda de leer la vida" (2). Creo que tenía razón. Con mayor o menor fortuna, mientras estás escribiendo observas y reflexionas la parte de la vida que más te interesa o te llama la atención. William Faulkner (3) indicaba: "Los que pueden actuar y los que no pueden, y sufren por ello, escriben". Muchos de los grandes avances y descubrimientos del conocimiento y de la tecnología estuvieron primero en los sueños de grandes escritores o, por mejor decir, de grandes soñadores que escribían. De su pluma, a veces con gran adelanto sobre su desarrollo y puesta en marcha, salieron los grandes descubrimientos que sus coetáneos, en muchos casos, consideraron como una extravagancia o una locura originada en una mente desbordante de fantasías.

La historia de la neurocirugía, desde sus orígenes, se ha desarrollado paralelamente y alrededor de gentes que han vivido la vida con pasión. Hubiera sido difícil sacar adelante nuestro trabajo de hoy sin el apetito o afición vehemente de los primeros neurocirujanos, porque, en definitiva, el fervor, el coraje, la dedicación, el cariño, la renuncia a cosas y personas que también importan mucho es lo que define la pasión por algo. Pocas especialidades podrían contar una historia tan emocionante y apasionada como la nuestra.

Atrás han quedado ya las críticas, científicamente insostenibles, por dificultades supuestamente insalvables y las acusaciones de intrusismo no cualificado procedentes de especialidades afines que, en vez de colaborar y trabajar con coraje, decidieron esperar el final de esta nuestra apasionante historia. El gran físico Niels Borh (4) anunciaba, no sin sorna: "Predecir lo que va a ocurrir es muy arriesgado, sobre todo si estamos hablando del futuro".

Quienes se dedican a la prognosis científica, dicen que los mejores y más importantes avances de la cirugía esperables para los próximos años están fuera de lo que hoy conocemos como quehacer quirúrgico, con una sola excepción: el trasplante de órganos. Conscientes de ello, los cirujanos, con pocas excepciones, sin abandonar la cirugía clásica, no han dejado de esforzarse y prepararse para estos cambios. Incluso los neurocirujanos con menos inquietudes científicas, más pragmáticos y con otra filosofía de la vida, ya usan esos avances que en otros tiempos criticaron y que otros desarrollaron para beneficio general.

Podemos comprobarlo después: la televisión, los computadores, las ópticas y las lentes, los trocares y la robótica se están incorporando como herramientas de trabajo en la mayoría de los quirófanos de todo el mundo.

¿Que algo ha cambiado en la práctica de lo que hoy conocemos como neurocirugía? ¿Por descontado que sí! A la denominación común se añaden múltiples apellidos: minimamente invasiva, endoscópica, intervencio-

nista, etc. La robótica ya se aplica en neurocirugía y dentro de poco también se hará a distancia. Todo este avance, teóricamente fácil de usar, está dando al parecer grandes éxitos en sus resultados quirúrgicos. La duda es si aún estamos en el prólogo de lo que debería ser el verdadero cambio. Por doquier hay ofertas para realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas que nunca estuvieron en los planes de estudio ni se exigen en la formación especializada.

Nada es imposible, todo se puede aprender. Personalmente, me pregunto si es justo que el paciente de cualquier sistema sanitario, público o privado, soporte un nuevo invento de la ocurrencia tecnológica y sufra los correspondientes efectos secundarios negativos de otra nueva curva de aprendizaje de nacientes especialistas en la puesta al día de estas técnicas.

Ya hace muchos años, que Albert Einstein (5) afirmó: “La suerte de la humanidad, en general, será la que merezca”. ¿La suerte de la neurocirugía está echada? No; será lo que nosotros hemos querido que sea o, mejor, lo que nosotros queramos que sea en los venideros años. ¿Quién, qué, cómo debemos cambiar para que lo que hoy constituye nuestro trabajo no se nos escape de las manos?

Robert White (6), refiriéndose a los cambios que se están produciendo en la medicina, hace un llamamiento para recuperar su sentido clínico y señala como fundamentales la atención al paciente y el conocimiento biológico de la enfermedad. Dos clásicos del oficio, a los que yo añado el sentido común.

Sañadores que han fantaseado sobre temas científicos han existido en todos los tiempos y en todos los lugares. Sin embargo, en la actualidad, el desarrollo científico alcanzado y la gran capacidad tecnológica unida a una inusitada audacia empresarial, permiten que cualquier idea, por extravagante que parezca, se patente y se fabrique casi de inmediato.

Estos inventos o sueños científicos no serán más el argumento de trepidantes aventuras plasmadas en fantásticas novelas del género de la ciencia-ficción. Triunfarán o se perderán en los enormes catálogos de las diversas oficinas de patentes distribuidas por todo el mundo.

Pero en nuestro medio tienen una trascendencia y una urgencia especial. Con la excusa de que muchos pacientes y muchas patologías no pueden esperar demasiado tiempo, adulterados elementos biotecnológicos pasan rápidamente de ser una idea en el cerebro del pensador científico a ser un negocio del fabricante, que lo ofrece al mercado.

Hemos sido testigos de cómo se recomendaba que todos los actos médicos practicados sobre humanos estén basados en la evidencia. Suena bien y parece lógico. Pero, si este principio hubiera sido imprescindible para el trabajo médico quirúrgico en todo tiempo, no estoy muy seguro de dónde se encontraría ahora el conocimiento de esta ciencia. Es un tema que se mueve con dificultad y a saltos en el filo de la ética y de la moralidad, pero hemos de admitirlo. Durante mucho tiempo se han ensayado hipótesis científicas en pacientes.

Nadie dudaba de que la intencionalidad era la curación y el bien para el paciente, pero lo cierto es que quede muchas técnicas y procedimientos, cuando las iniciamos, no conocíamos en profundidad, de forma exhaustiva, cuáles eran los mecanismos precisos por los que podían funcionar, cuáles eran sus efectos colaterales o sus posibles problemas a largo plazo. En definitiva, se han venido utilizando técnicas, dispositivos y gestos médicos sin tener una evidencia profunda y definitivamente clara de qué era beneficioso para el paciente en ese momento y de por vida.

La serie de televisión protagonizada por el supuesto Dr. House ha hecho mucho daño, al subrayar la imagen del médico displicente con todo el mundo, pacientes incluidos. Es un médico más pendiente de su propio brillo que de confortar al prójimo desconsolado. En mi opinión, el perfil médico que debe reivindicarse es el del médico científico y competente, pero a la vez comunicativo, amable y empático con el paciente, ya que la amabilidad, el respeto y el cariño del médico forman parte sustancial de su eficacia sanadora. No se olvide.

Afortunadamente la judicialización de nuestras vidas va declinando. Durante un tiempo llegué a pensar que el temor a los jueces condicionaría nuestros actos, al menos en España. La gran mayoría de los médicos estamos de acuerdo con que la *lex artis* debe ser la guía de nuestra actuación. Los problemas empiezan cuando nos intentamos poner de acuerdo en cuáles son las reglas de actuación frente a cualquier problema.

De eso trata la ley del arte, pues se refiere a la apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta, o se ajusta o no a lo que debe hacerse a la luz de los conocimientos de cada momento.

Los conocimientos en Medicina están en constante evolución; no obstante, para cada parcela de la ciencia médica existen unas reglas de oro, que nos marcan los más sabios, que son, con frecuencia, quienes más prestigio alcanzan en esa materia.

La *lex artis* no brota por generación espontánea. El arte médico hay que aprenderlo y eso exige sin duda ninguna, ni sucedáneo posible, estudiarlo y practicarlo. ¿Qué se podría pensar de un médico general que, recién estrenado su título de licenciado en Medicina y Cirugía, realizase un abordaje de fosa posterior?

Cuando menos, aunque el resultado hubiera sido un éxito, podría censurarse su osadía, al poner en peligro la integridad del paciente. No siempre el éxito es hijo de una buena praxis. El concepto de la mala praxis se contrapone a la *lex artis*, pues implica el incumplimiento de las reglas o preceptos destinados a ese fin.

De esto, de reglas, de arte médico, el paciente no sabe. ¿De qué forma se puede asesorar al paciente de que se beneficia con el cumplimiento en su caso de las leyes del arte? Ya existe un documento que el paciente firma, en el que acepta y conoce, de forma teóricamente clara y meridiana, los riesgos de la intervención que se le va a practicar explicados por quien va a llevarla a cabo. Pero, ¿no sería también de ley que los médicos firmásemos un documento jurado en el declarásemos que conocemos a la perfección la intervención que vamos

a practicar y que se posee el entrenamiento adecuado para ello, según las reglas o estándares establecidos para cada caso? O incluso declarásemos nuestra particular morbi-mortalidad en la patología que nos proponemos tratar.

Me gustaría finalizar con una anécdota real. Tras iniciar una cirugía adecuadamente indicada y controlada, el paciente presenta un sangrado inesperado. El neurocirujano lanza una perla de sabiduría al residente: "Es fácil tomar decisiones perfectas con perfecta información". Y continúa: "Pero no siempre es así. Muchas veces hay que tomar decisiones perfectas con información imperfecta".

La profusión de datos puede ocultar un problema más profundo e importante: la necesidad de reconciliación entre conocimiento (cierto, fijo, perfecto, concreto) y sabiduría clínica (incierto, fluida, imperfecta, abstracta). Dicen que el primer paso no te lleva a donde quieres ir, pero te saca de donde estás. El conformismo mata. A veces, una pequeña decisión bien tomada es el principio de experiencias nuevas que nos van descubriendo facetas inéditas de nuestra vida. No lo olvidemos.

CONCLUSIONES

A pesar de los avances tecnológicos que se han producido en todas las ramas de la medicina, especialmente en las especialidades quirúrgicas, y concretamente en Neurocirugía, en el relato que el Dr. Henry Marsh, hace en su libro, que comentamos, en este trabajo, pone de manifiesto, que el Aforismo, atribuido a Hipócrates " Primum non nocere " es hoy tan actual como cuando se emitió, si bien los daños pueden ser de muy diversa naturaleza.

La formación médica, humana y humanística, el contacto con el enfermo, la discusión clínica con los colaboradores son fundamentales, no solo en la indicación del tratamiento quirúrgico, sino en la técnica a emplear. Todo ello debe ser informado correctamente al paciente, por el encargado en realizar el proceso.

Planteamos que todos los avances tecnológicos y las prácticas de las nuevas técnicas deben incluirse en los planes de estudios de la formación especializada, de tal manera que igualmente que se exige un consentimiento informado al paciente, se exija un consentimiento de la capacidad técnica y científica, del neurocirujano que va a practicar la cirugía.

CONCLUSIONS

In spite of the technological advances that have taken place in all the branches of medicine, especially in surgical specialties, and specifically in Neurosurgery, in the story that Dr. Henry Marsh makes in his book, which we commented in this work, shows that Aphorism, attributed to Hippocrates " Primum non nocere " is today as current as when it was issued, although the damages can be of a very diverse nature.

The medical, human and humanistic formation, the contact with the patient, the clinical discussion with the collaborators are fundamental, not only in the indication of the surgical treatment, but in the technique to employ. All this must be correctly informed to the patient, by the person in charge of carrying out the process.

We propose that all the technological advances and the practices of the new techniques should be included in the curricula of the specialized formation, in such a way that equally that an informed consent is demanded of the patient, a consent of the technical and scientific capacity of the neurosurgeon who is going to practice the surgery is demanded.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marsh H. Ante todo no hagas daño. 12ª ed. Barcelona: Salamandra; 2018.
2. "Escribir es la manera más profunda de leer la vida". Francisco Umbral <https://wanderlau.com/2016/09/18/escribir-es-la-manera-mas-profunda-de-leer-la-vida-francisco-umbral/>
3. Sandeen E. William Faulkner: his legend and his fable. Rev Polit 1956; 18 (1): 47-68.
4. Niels B. Prediction is very difficult, especially about the future. Crit Care Med 2011; 39(8): 1913-1921.
5. Einstein A. Discurso dirigido a estudiantes. Estados Unidos, Mayo 1954.
6. White Robert J: Head transplants. Sci Am. 1999. p. 24-26

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en la presente revisión.

Si desea citar nuestro artículo:

Calatayud-Maldonado V.

Sobretudo, no hagas daño

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2019 · número 136 (01) · páginas 11–16

DOI: 10.32440/ar.2019.136.01.rev04