

LA CAVERNA DE PLATÓN Y LA CIRUGÍA ACTUAL

Alberto Gómez Alonso

Real Academia de Medicina de Salamanca

He de confesarles que he tardado bastante tiempo en comprender el sentido y la utilidad de la filosofía que, en síntesis, es un conjunto sistemático de razonamientos. Entusiasmado por la técnica de mi profesión de cirujano, tuve un tanto relegada lo que es la ciencia, es decir la incorporación y ordenación de los conocimientos, que es el fundamento de la acción. Por lo tanto en la actividad quirúrgica no solo es necesario “saber y “saber hacer”, sino que es imprescindible “saber por qué se hace”. Y ese deseo de conocer, ese “amor a la sabiduría” nos convierte en filósofos.

Puede parecer pretencioso arrogarme este título, pero les ruego descarten este pensamiento, pues solo quiero conocer para comprender y explicarles algunos aspectos de la Cirugía y justificar también el título de esta conferencia.

Como bien saben, la alegoría de la Caverna, es un conjunto de metáforas mediante las que Platón en el libro VII del Diálogo de la República, quiso explicar la teoría de la realidad y del conocimiento. Es un texto de iniciación al mundo de la filosofía que, según algún exégeta, es de tipo divulgativo y más fácil entenderlo hoy que en el siglo IV a.C, cuando fue escrito.

Por esta razón, en este breve ensayo, que abordo con el espíritu de Alexis Carrel, según el cual “ más vale un intento aunque sea fallido y en parte un fracaso que no intentarlo siquiera”, quiero valerme de la descripción de los avatares de los personajes de la caverna, para hacer un correlato de los principales hitos de la historia de la Cirugía hasta llegar al momento actual.

Recordemos la descripción de la Caverna:

Imaginemos una gruta muy profunda con una rampa de salida, dispuesta en dos tramos, muy escarpada y que representa el camino costoso del conocimiento desde las sombras hasta la luz. Este tránsito, de progresiva luminosidad, requiere un acostumbramiento de los ojos (el alma) a la realidad.

En el fondo hay unos prisioneros que desde niños están encadenados, mirando las sombras proyectadas por la luz de una hoguera situada a un nivel más elevado. Interpuesto, hay un muro detrás del cual, unos hombres portan unas figuras que, como si fuera un cine o sombras chinescas, se mueven a lo largo del muro y generan las sombras del fondo de la caverna. Cuando las imágenes emiten algún sonido, también lo perciben los prisioneros (p.e. La sombra de un perro, emite ladridos).

Los prisioneros no conocen otra cosa, viven en su mundo, hablan entre ellos y su existencia es triste y gris; pero ni siquiera saben que están encadenados, aunque sus cadenas son la representación de su ignorancia, pues por no saber ni siquiera saben que no son libres. La fogata es la única fuente de luz en el interior de la caverna y el conocimiento es el de los sentidos. El conocimiento sensible.

Ahora, en este ensayo de correlato de temporalidad, situemos a la Cirugía, “encadenada” como pura actividad manual y primer procedimiento terapéutico hace 3 ó 4 millones de años...!

Sin duda, todo son sombras y desconocimiento de la realidad, pero el empirismo iba configurando,(a veces con envolturas de lo mítico y lo mágico), unas normas de actuación que con el discurrir de los siglos se concretarían en códigos de práctica quirúrgica como el de Hammurabi en la cultura mesopotámica en el 2000 a.C, y en el papiro egipcio de Edwin Smith. Se prescriben suturas, cintas adhesivas, entablillados, apósitos, aplicación de calor y frío , hace unos 5000 años.

También por aquellos tiempos, los hindúes e indios americanos descubren desde su conocimiento “sensible”, la acción “medicinal” de plantas narcóticas como el peyote entre los aztecas.

Imaginemos que alguno de los prisioneros se libera y asciende hacia la luz que le deslumbra y en sus ojos aparecen chiribitas. Un tanto confuso, piensa que las sombras son la única realidad y con la tentación de volver a lo conocido, comprende que “no sabe nada” y que es necesario ascender costosamente por la rampa para perfeccionar el conocimiento. Se encuentra a nivel del muro, en la zona de la conjetura y de la opinión. Debe enfrentarse a dificultades e inconvenientes para avanzar en el conocimiento, es necesario abandonar la “cómoda rutina” y, espoleado por algún acontecimiento vital, ascender por el segundo tramo de la rampa desde el que ya se vislumbra otra luz.

En los tiempos de la cultura griega en la que impera la preocupación por la educación tanto corporal como espiritual, surge en el Siglo V a.C, la gran figura de Hipócrates cuya doctrina contempla a los cirujanos casi con carácter demiúrgico en cuanto “artífices ordenadores de elementos preexistentes”. Sin embargo, este punto luminoso que constituye la “patología externa” ,constatable y visible, se distancia cada vez más de la “patología interna” menos visible más especulativa, de tal forma que el “médico” considera indecoroso el uso de las manos por parte del “cirujano”

No obstante, hacia el año 100 d.C. aparece el primer manual de cirugía operatoria del que tenemos noticias (Filoxeno de Alejandría). Los cirujanos se agrupan como cuerpo independiente. Con Galeno en Pergamo (Siglo II d.C.) se practica cirugía restauradora y ortopédica, pero cuando va a Roma y se convierte en médico de la aristocracia, abandona la práctica quirúrgica, como “actividad inferior”.

El médico cordobés Abulcasis (Siglo IX) escribió el único tratado de cirugía en árabe , pero en el comienzo de su obra señaló que “la cirugía ha perdido toda estimación entre nosotros”.

Un hecho que retrasó el avance de la cirugía fue el Concilio de Tours que en 1163 declaró el “horror a la sangre”.

Los primeros tratados quirúrgicos que se escriben en la Edad Media datan del siglo XII (escuelas de Salerno y de Bolonia). Ya en el XIV destacan las figuras de Henrique de Mondeville y de Guy de Chauliac.

Hay que citar a Andres Vesalio como fundador de la moderna anatomía que quedó plasmada en su famoso libro “De humani corporis fabrica”.

También en el siglo XVI destaca la gran figura de Ambrosio Paré, quien revolucionó los planteamientos de la Cirugía (control de las hemorragias, tratamientos de las heridas al evitar la agresión tisular que ocasionaba la aplicación de aceite hirviendo,, etc). Por otra parte, lucha para que los cirujanos sean admitidos en las Universidades. Se logra solo para los de “ropa larga” quienes evolucionan en profesionales cada vez más teóricos.

Los de “ropa corta”(barberos-cirujanos), más ignorantes, pero son los que practican la cirugía en los pueblos y ciudades atendiendo a accidentados y realizando cauterizaciones, sangrías, etc.)

Hay una tercera categoría, “los operadores”, tipos curiosos que practican litotomías, herniotomías y son también batidores de cataratas, etc.

En tiempos de Luis XIV, se unifica el cuerpo de cirujanos , la profesión es elevada de categoría y el rey Sol (operado con éxito de una fístula anal, por el cirujano Felix), acoge a la corporación quirúrgica bajo el patrocinio de la universidad, con la limitación de que no podían acceder a los grados de bachiller, licenciado o doctor).

Estamos, en la aventura de la caverna, en el segundo tramo de la rampa, en donde como hemos señalado, no faltan dificultades y limitaciones. No obstante, el prisionero (el cirujano todavía lastrado por mucha ignorancia), percibe la luz natural y persiste en su ardua labor de aumentar sus conocimientos. Observa y se esfuerza en interpretar los síntomas y las causas de las enfermedades y, además, comienza a valorar los riesgos y consecuencias de las intervenciones. Esto representa un cambio radical, pues el cirujano se convierte ya en un patólogo porque empieza a correlacionar la lesión con la enfermedad (enfoque anatomoclínico). Su figura se iguala progresivamente con la del médico, y se separa definitivamente de la del barbero.

Estamos ya en el siglo XVIII y la figura del británico J. Hunter, representa a la nueva cirugía, que superando la ignorancia y el empirismo, entra en la esfera de lo científico, y por toda Europa se extiende la “mentalidad quirúrgica” con la que se pretende, mediante una educación completa y esmerada, comprobar, objetivar, medir, etc para descubrir la verdadera realidad.

La luminosidad se incrementa y nuestro cirujano descubre que las enfermedades pueden carecer de base lesional (solo alteraciones funcionales), y al considerar la alteración de la fisiología, surge un gran capítulo, el de la fisiopatología, no solo importante en el desarrollo de la enfermedades, sino también en las consecuencias de la intervención quirúrgica. Solo mediante la consideración del enfermo como un todo, y con la incorporación de la patología experimental, nuestra disciplina

pasa de ser pura técnica a la honrosa categoría de Patología y Clínica Quirúrgica. En la historia de la medicina se recoge un fenómeno interesante, el de la “quirúrgización de la Medicina Interna”, tal es así, que en expresión de Wunderlich “la nueva orientación de la medicina francesa procede de la cirugía”.

Nuestro prisionero-cirujano está a punto de salir de la caverna y la luz cegadora le distorsiona la realidad pues, como señala Platón, el mundo del interior de la caverna era el mundo imitador de la realidad. Necesita más esfuerzo para, con la ayuda de la razón, “aprehender” los objetos de la naturaleza. Pero la mente está distorsionada por los reflejos del río y de las cosas de la naturaleza, de tal manera que, en palabras de Marjolin (1836) “la cirugía ha llegado al punto de no tener prácticamente nada que adquirir”.

Diez años después, un acontecimiento trascendente (el descubrimiento de la anestesia) echa por tierra esta afirmación .

Y, efectivamente, el 16 de octubre de 1846, se practica por primera vez una operación bajo los efectos del éter. Se interviene, así, sin el fantasma del dolor, lo que constituye un hito en nuestra historia que significó un cambio radical en la profesión del cirujano.

A partir de esta fecha, desaparece el fantasma del dolor y el sufrimiento en el ambiente dramático de las salas de operaciones. El cirujano que, hasta entonces actuaba con rapidez para mitigar el dolor y la pérdida de sangre, opera en un ambiente sin gritos, con calma y precaución, reconoce con minuciosidad las estructuras, lo que abre la visión de una nueva anatomía y se plantea nuevas y ambiciosas metas. Pero, una vez más en nuestra historia, surgen opiniones sorprendentes, como la de Gensoul (1797-1858) cuando afirmaba que “la anestesia va a matar a la cirugía, está dando al traste con el temperamento quirúrgico”. La incomprensible frase terminaba con un comentario todavía más llamativo al decir “que se sentía inhibido ante la presencia de un hombre inerte e inconsciente”

No obstante, la mortalidad operatoria alcanza cifras muy altas (entre el 30 y el 40 %)

Se llama la atención sobre la importancia de la limpieza, Pasteur descubre el gran capítulo de la microbiología, y Lister, con la antisepsia, intenta combatir el peligro de la infección, pulverizando y lavando con diversos líquidos (ácido fénico, hipoclorito).

La inteligente observación de Holmes (1847) en Boston, y la más conocida de Semmelweiss en Budapest, son muy importantes. Las infecciones puerperales están relacionadas, en gran parte, por los gérmenes que desde los cadáveres de las salas de anatomía, son transportados por los obstetras que directamente exploran las vaginas de las parturientas. Un obligado lavado de las manos con un antiséptico, antes de entrar en la sala de partos, hace descender la mortalidad de forma espectacular.

Otra de las grandes sombras de la cirugía, la infección, ha empezado a combatirse.

Después, se aplican las reglas de la asepsia para evitar la entrada de los gérmenes en los campos operatorios con la esterilización de los instrumentos y de las ropas del cirujano. Es curioso que este gran paso, de la asepsia, en la profilaxis de la infección, más fácil de aplicar y de menor costo, se aplicara después de la antisepsia. En este hecho, también trascendente, hay que citar con toda justicia a Von Bergmann.

Con el progreso en el control de la hemorragia, el descubrimiento de las inyecciones, de las primeras transfusiones de sangre, la reglamentación de las técnicas operatorias (en donde la intuición personal dio paso a la disciplina de la experiencia), se llega a la “nueva Cirugía”. En ella se recogen las contribuciones técnicas y científicas de muchos profesionales cuya curiosidad y espíritu de indagación lucharon contra la “sombra” de la credulidad reverencial de otros.

Se evaluaron los resultados, se comprobaron hipótesis, se diseñaron modelos experimentales y los nuevos datos y conocimientos, se sometieron al análisis obligatorio de la ciencia. En nuestra alegoría, esta etapa de la salida de la caverna podríamos identificarla con el saber “demostrativo”, más cercano al lugar de la sabiduría máxima (y por tanto inalcanzable) representada por la verdad y la suprema idea del Bien platónico.

No obstante, todavía hay que luchar con opiniones y creencias ancestrales como la que estimaba “que el cirujano que se atreviera tocar el corazón merecería el desprecio de sus compañeros” (Billroth). Y poco después (1896), se suturaron con éxito, en Roma, por G. Farina, y en Frankfurt, por L. Rehn, las primeras heridas cardíacas).

El cirujano ya no era el personaje mítico, un tanto enigmático que impresionaba por el temor melodramático del anfiteatro, sino el médico investido de la capacidad del técnico (“saber hacer”) y de la autoridad del científico (“saber por qué se hace).

En la práctica quirúrgica habitual se han incorporado ya multitud de conocimientos y avances tecnológicos, los antibióticos, la genética, las suturas mecánicas, etc.

Tal es así, que Paul Valery (1940), de manera un tanto poética, dice que “ser cirujano requiere un repertorio tan rico de facultades que la coincidencia de tantos recursos en un individuo hacen del cirujano un caso singularísimo y casi imposible (...) Habéis llevado al extremo de la precisión y de la audacia aquel impulso de obrar directamente contra el mal y aportar salud”.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, nuestro personaje de la caverna, sale a la luz que es tan intensa que es imposible “asimilarla”. Como metáfora, comprende que es imposible saber todo y para avanzar en el conocimiento, debe ser ayudado por otras ramas del saber

Su figura se desdibuja, pues se impone la especialización y, a partir de la década de los 60, se incorpora la mujer a nuestra profesión con un ímpetu y una efectividad extraordinarios.

A partir de estas fechas, irrumpe en la cirugía un cúmulo de circunstancias, avances tecnológicos (la cirugía endoscópica y la robótica, quirófanos híbridos, entre otros), doctrinales y científicos en el seno de una sociedad, cada vez más exigente, lo que obliga a un replanteamiento en todos los órdenes. Se habla incluso, de “transfiguración de la Cirugía” al pretender no solo las habituales funciones curativa, reparadora, preventiva, exéctica, restauradora, funcional, etc, sino también perfeccionadora de la naturaleza humana, promoviendo la belleza y la salud en su más amplio sentido.

En los modernos hospitales se incorpora la tecnología más avanzada que posibilita un diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad y con técnicas más precisas y menos cruentas, menos agresivas con mínima repercusión sobre el paciente quien, de esta forma, se puede reintegrar muy pronto a la actividad habitual.

La especialización progresa de forma imparable y se abordan órganos, tejidos y estructuras que se trasplantan por equipos integrados por multitud de expertos profesionales. La sociedad se entusiasma con los éxitos de la cirugía y le exige nuevas conquistas y seguridades. El hombre, inmerso en la cultura del bienestar, huye del dolor y acepta mal el fracaso de nuestra actividad.

Y es curioso que, cuando los avances de nuestra disciplina han alcanzado metas hasta hace poco impensables, al cirujano le persigan las “sombras” de la exigencia, de la crítica, de las responsabilidades, de la gestión y economía sanitarias, y de las no infrecuente judicialización de su actuación.

En este nuevo modo de ejercer la cirugía, en donde los conceptos de enfermo, enfermedad y usuario de la sanidad, tienen también una nueva proyección social, no faltan las exigencias de la “competencia profesional” por la que se debe, entre otros requisitos, atender bien, en el menor tiempo, con el menor gasto y con la máxima satisfacción del paciente para lograr una buena “calidad de vida”.

El cirujano, así, se convierte también en un “administrador de recursos” de los que debe responder ante la sociedad con una auténtica “cuenta de resultados”.

La relación con el paciente tiene nuevos planteamientos, pues la relación vertical de carácter paternalista y decisoria de hace unos años, se ha pasado a una horizontalización del cirujano y paciente; éste, ejerciendo plenamente su autonomía, tiene el derecho de ser informado (y también a no recibir información) sobre su proceso e incluso sobre la experiencia del centro y del propio cirujano y a intervenir en las decisiones médicas. Entramos así en el capítulo de la “Ética y profesionalismo” que abarca multitud de compromisos y responsabilidades y de las amenazas y errores sobre los comportamientos.

Con este panorama de exigencias profesionales, no es extraño que el cirujano se encuentre desbordado en sus capacidades de actualización de novedades. La adquisición de conocimientos, la capacidad de saber y de aprender, el replanteamiento de los problemas, etc., no es difícil que “deslumbren” a nuestro prisionero que puede desorientarse y perder el verdadero destino de nuestra profesión: el ser humano, la mayor parte de las veces enfermo. Pero no siempre, como es el caso de las cirugías profilácticas ante lesiones todavía inexistentes o tratamientos estéticos o de remodelación corporal de gran importancia en la sociedad actual.

La Cirugía exige en nuestro tiempo, efectivamente, nuevos sacrificios y replanteamientos personales y profesionales; pero lo interesante es que el prisionero que sale de la caverna, mediante la contemplación directa de la realidad, avance hacia la verdad, convencido de la evidencia de las cosas. Es el saber intuitivo e inteligible de Platón.

Así, entramos en la última fase de la alegoría en la que nuestro protagonista vuelve al interior de la caverna en un deseo de retornar al mundo habitual, a la vida, a la copia imperfecta de la verdadera realidad. Pero también su retorno es el resultado de una obligación de informar a sus antiguos compañeros de cautiverio (que viven en la ignorancia o alejados de la verdad y que sólo reciben la información de las sombras...) de lo que ha “aprehendido” en su salida. Pero a pesar de sus generosas intenciones, en el relato de la alegoría, los encadenados se reirán de él, y si pudieran lo agredirían y, finalmente, lo matarían. Interpretarían su deseo de transmisión de conocimientos como una actitud de presunción y de superioridad que motivaría la pulsión de aniquilamiento (es la evocación de la muerte de Sócrates).

La historia alegórica es el reflejo de la condición humana, que, después de esfuerzos, superaciones y dolorosas aventuras, llega a vislumbrar la perfección y la verdad (el Bien platónico). Después, sentimientos poco nobles, sombras tergiversadas de la realidad (falsas noticias de los medios de comunicación), etc. hacen pronunciar a algún encadenado, con palabras homéricas, que “prefiero estar vivo y ser el esclavo de un campesino que pertenecer al entorno de un rey”...

Siguiendo la línea del ensayo, en el comportamiento de los prisioneros, podríamos incluir las amenazas de la cirugía actual entre las que están: innovaciones tecnológicas (hasta dónde y a qué precio), los egos exagerados, las actuaciones ante hallazgos incidentales, la presión de la industria, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos no exentos de riesgos...

En este “proyecto pedagógico” de nuestro prisionero y dentro de este ensayo, me permito incluir el amplio capítulo de la Formación del cirujano. Desde la implantación del MIR, hace cuarenta años, la adquisición de conocimientos y habilidades para ejercer la profesión de forma competente se ha complicado notablemente. Como hemos señalado, las nuevas tecnologías, la especialización en áreas y subáreas, las exigencias en nuevos campos (gestión sanitaria p.e.), requieren tiempo y mayor dedicación. Por otra parte, la generación de los “milenials” que ha

sucedido a la de los “baby boomers”, reclama sus derechos laborales y se plantea su estilo de vida con menos dedicación hospitalaria.

La especialidad de Cirugía general y del aparato digestivo, está bien considerada socialmente, es muy exigente y muy completa, pero para las actuales generaciones de Residentes es más difícilmente conciliable con su proyecto vital. Esto se evidencia en que la convocatoria MIR 2020 : sobre 9000 Residentes que eligieron especialidad los números medios que prefirieron cirugía estaban en torno al 3000.

Por todo lo anterior, el nuevo plan de formación de Residentes para esta especialidad se ha ampliado a seis años y el programa está basado en distintos niveles o tipos de competencias (genéricas/ transversales, generales de las especialidades quirúrgicas y específicas de la especialidad). Este nuevo plan que ha evolucionado de la enseñanza al aprendizaje, exige un seguimiento y evaluación tanto del contenido científico como de las habilidades y destrezas técnicas y manuales.

Entre los medios y herramientas de formación, no solo estaría la práctica hospitalaria tradicional, sino también la asistencia al laboratorio de simulación con modelos animales, mecánicos, electrónicos, etc. También los cursos de capacitación, masters, “fellowship”, para las áreas de capacitación específica.

Finalmente, la formación en la denominada “global surgery” mediante la cual se ayudaría a los países en desarrollo a mejorar el nivel de calidad de la cirugía

En síntesis, se pretende que con la adquisición de competencias se consiga una combinación dinámica de conocimientos, habilidades (intelectuales, manuales, sociales, etc.), actitudes y valores que capaciten al profesional para afrontar con garantías la resolución de problemas o la intervención en asuntos en el contexto académico , profesional y social.

Por lo expuesto, es evidente que el número de vocaciones quirúrgicas ha descendido en los últimos años a pesar de los incentivos que representa ser cirujano. Es de esperar, que con las nuevas orientaciones en los programas de formación, la tendencia cambie y la profesión, con sus funciones imprescindibles para la sanidad, despierte nuevas vocaciones.

A lo largo de esta conferencia, he pretendido sintetizar la historia de nuestra profesión con sus luces y sus sombras, las que también existen en cada cirujano.

Desde mi atalaya de octogenario y entreverados con los datos y anécdotas, posiblemente han percibido mis sentimientos de orgullo por esta profesión apasionante que únicamente se puede ejercer con una vocación decidida.

En los momentos actuales tengo la impresión que se está “viviendo el futuro” pues los cambios y las innovaciones, como hemos visto, son sorprendentes y llenos de incertidumbres. Precisamente el gestionarlas bien constituye una muestra de sabiduría, por volver a nuestra alegoría, del Bien platónico.

Pero hay que reconocer que la tecnología, los medios diagnóstico y terapéuticos, los nuevos planteamientos profesionales, están alejando físicamente al cirujano del paciente (telecirugía, cirugía endoscópica y CMI, robótica, cirugía endovascular, etc).

Esta amenaza real se ve potenciada por la avalancha de datos e información a través de la digitalización y del sorprendente mundo de la inteligencia artificial con la capacidad, entre otras cosas, de la toma de decisiones. Es para meditar el artículo de hace unos meses con el título. “Artificial intelligence—cogito ergo sum”...

Sin duda se ha evolucionado hacia una mayor precisión diagnóstica, menor agresividad, mayor adecuación de los procedimientos y de la gestión a la situación del paciente, etc.

No obstante, los nuevos modos también tienen sus peligros y amenazas como es el caso de los “hiperdiagnósticos” y las cirugías innecesarias...

Por eso es necesario volver a las raíces de nuestra especialidad y entenderla como una “ciencia antropobiológica que en continua ósmosis con el ambiente socioeconómico y cultural de nuestro tiempo, intente comprender al ser humano en su existencia y realidad total, procurando su curación mediante la técnica manual o instrumental, la mayor parte de las veces cruenta”

Bienvenidas todas las ciencias y todas las técnicas si no se pierden los permanentes objetivos de nuestra disciplina. En ellos se incluyen los intangibles de conexión afectiva, aproximación espiritual, identificación con el paciente, etc. sin los cuales la Cirugía perdería su sentido profundo y trascendente.

Comencé esta conferencia con una confesión y aludiendo a la alegoría de la caverna. Quiero concluir también así.

Reconozco que soy un afortunado, pues he ejercido una profesión apasionante y he recibido valiosas enseñanzas de mis predecesores entre los que destaco a mis maestros los profesores D. JM Beltrán de Heredia y D. Manuel González González, ambos salmantinos, y a los que dedico un respetuoso y agradecido recuerdo. He de mencionar también a los que me han sucedido (compañeros, colaboradores, residentes y alumnos) algunos de los cuales ocupan puestos de responsabilidad. Su labor, como han percibido en los datos que he expuesto, mantiene a la Cirugía de nuestro Hospital Universitario (CAUSA) en un destacado nivel porque en su periplo a lo largo de la caverna, se esfuerzan en el costoso camino hacia la verdad. En él no han faltado, ni faltarán, las luces y las sombras de nuestra profesión, momentos estelares y eclipses totales, éxitos rutilantes y dolorosos fracasos; pero, como escribió Stefan Zweig: “ Toda sombra es, al fin y al cabo, hija de la luz, y solo quien ha conocido la claridad y las tinieblas (...) el ascenso y la caída, sólo éste ha vivido de verdad”.

