

Reflexiones desde la experiencia del grupo de hombro

Elogio de los recuerdos

El Prof. Bado en su última exposición en Río de Janeiro en 1977, en la Conferencia Inaugural del Congreso SLAOT dijo entre otras cosas: “llega un momento en la vida de un hombre en que se transforma insensiblemente en recuerdo” y me permito agregar, los recuerdos conscientes y los inconscientes, son los que construyen lo que somos, esto es nuestra identidad.

Los recuerdos, dicen las neurociencias están relacionados con la emoción. Lo que recordamos, es aquello que de alguna manera nos conmociona o conmueve. Pero además los recuerdos son brumosos (cuánto más lejanos más brumosos) porque ahí se mezclan los hechos con lo que sentimos en ese momento, es decir de qué color los pintamos inconscientemente y que en cada acto de recordación resignificamos.

El pasado es inmutable, pero lo que significa para nosotros, cambia a lo largo de la vida. En este sentido, nada parece más ilustrativo que la expresión de Mark Twain: “nunca es tarde, para tener una infancia feliz”.

Cuando me invitaron a estas Jornadas, pensé, tengo cuatro o cinco recuerdos para contar. A mis ochenta y tres años, con varias pérdidas inherentes a la edad, la memoria juega a las escondidas y vuelve lenta la evocación y sus palabras. No obstante, lo que no ha envejecido, al contrario, me rejuvenece, son las ganas de responder a este desafío con la dignidad de siempre y al nivel que Uds. merecen. Sentí que tenía algo para decir, de modo que trece años después de retirado y ante tan inesperada convocatoria, me dispuse a comparecer.

Aquí estoy pues, decidido a dar testimonio.

Lo que nos enseña la historia

De viejo me he vuelto aficionado a la historia, a la filosofía. Cuenta Barrán, maestro de historiadores si los hay, en *El poder de curar*, que la divulgación de los hallazgos microbiológicos de Pasteur provocó un dramático cambio cultural, que coincide con el cambio de siglo del XIX al XX, del 1800 al 1900.

En el 1800 el médico era profesionalmente menospreciado pues competía en igualdad de condiciones con variadas formas de curanderismo, barberos que hacían sangrías y

boticarios que fabricaban pócimas. En ese tiempo había cierto desprecio por el cuerpo. Estaba naturalizado morir en un duelo criollo o ejecutar prisioneros después de una batalla.

Todo empezó a cambiar con el conocimiento de las bacterias y las reglas de la antisepsia. Se instalan en la sociedad prácticas de higiene y profilaxis y nace un período donde se prioriza el cuidado por el cuerpo y la salud. Con ella se modifica sustancialmente el rol social del médico, ahora muy respetado y de golpe convertido en un semidios.

Se instala una relación médico-paciente vertical; el médico ahora, enfundado en su túnica blanca ordena y el paciente se somete o en su versión posterior, el médico aconseja y el paciente obedece. Era la segunda mitad del siglo XX.

También en el cambio de siglo del XX al XXI (la historia no se repite, pero se parece) se produce el advenimiento de la gran revolución científico-técnica en la que estamos inmersos y que estimamos su comienzo arbitrariamente en 1990, que es la fecha de popularización del uso de internet en los hogares.

En medicina hay un gran aluvión de información, nuevas técnicas diagnósticas y de tratamiento.

Es lógico admitir un cambio en la relación médico- paciente que se transforma en una relación de “proveedor” a “consumidor.”

Según Barrán entonces, la misma puede devenir en una suerte de transacción, es decir, en un vínculo más propio del mercado. El paciente pasa a ser un *consumidor* de servicios de salud, que *compra* diagnósticos, tratamientos, cirugías, segundas opiniones y el médico se vuelve *proveedor* de esos servicios, intermediado por el lugar que ocupa en la estructura de ofertas de esos servicios, ya sean medicina privada, seguros caros, el mutualismo, o Salud Pública.

Esto implica una despersonalización **del vínculo**, la atención puede centrarse más en los procedimientos que en la persona.

La presencia arrolladora de las nuevas tecnologías nos ha posibilitado por ejemplo ver con gran precisión, el manguito corto-rotador, como nunca; el espesor y calidad de cada uno de los cuatro tendones y sus músculos respectivos.

Llegaron los procedimientos mínimamente invasivos y las cirugías artroscópicas de varias articulaciones (hoy también en columna). Esta avalancha tecnológica imposible de detallar sucede en todas las ramas de la medicina.

Estamos casi en la ciencia ficción.

Pero esto no es gratuito, tiene una contracara o efectos colaterales. En mis cavilaciones (que nacen tal vez después de haber vivido un episodio desafortunado como

paciente) me pregunto qué repercusiones tiene en nosotros el empleo casi rutinario de estas técnicas tan sofisticadas. ¿Es inocuo?

¿Será posible que nos sintamos de nuevo semidioses como sucedió a comienzos del siglo XX después de Pasteur?

¿Y con los pacientes que pasa?

Las consultoras, hoy tan de moda nos dicen que

- hay tiempos de espera prolongados
- las consultas son breves e insuficientes.
- ausencia de contacto físico directo.
- el médico mira más la pantalla que a las personas
- las explicaciones a los pacientes son frías y sin empatía.

Hace poco más de un año tuve un trastorno del tránsito digestivo severo y me asolaron todos los fantasmas. Fui a ver el gastroenterólogo en un servicio caro y sin examinarme me pidió la colonoscopia. Finalizado el referido procedimiento el médico que lo realizó, me reprochó estar mal preparado y se fue. Dejó el informe de una línea y media y se fue. Cumplió con el procedimiento y se desentendió.

¿Recuerdan lo premonitorio de Barrán cuando afirmaba... *la atención puede centrarse más en los procedimientos que en la persona?* Precisamente eso fue lo que me sucedió. No tuvo empatía. No se puede generalizar, pero desgraciadamente esto sucede.

Así que voy a defender la vieja relación médico - paciente en el intento de priorizar ese vínculo ya que creo que el buen vínculo también ayuda a curar y las nuevas tecnologías no están diseñadas para aliviar el miedo, o las fantasías que los enfermos hacemos alrededor de un diagnóstico.

Para eso se precisa un ser humano comprometido en sostener emocionalmente al paciente, porque de eso también se trata nuestra profesión.

Barrán también nos recuerda que el siglo XX ha sufrido una aceleración de la historia. Y que todos somos hijos de nuestro tiempo.

Yo ingresé a la facultad en el inicio de los 60. En tiempos de una generación que se proponía cambiar el mundo, hacerlo más justo, más solidario, sin tantas inequidades y en lo cultural, se priorizaba lo colectivo y lo público por sobre lo privado y lo individual.

La mayoría de Uds. crecieron en otro tiempo, el tiempo de la gigantesca revolución científico-técnica, casi de ciencia ficción.

Una verdadera nueva época, donde los cambios no solo son vertiginosos sino también aluvionales, abarcan todos los aspectos de nuestra vida.

Entre las innovaciones más representativas en la cultura médica de esta etapa destacaría:

- la desaparición del Sujeto-investigador aislado,
- la apertura a lo interdisciplinario,

- el surgimiento y multiplicación de equipos de trabajo y por tanto la explosión de subespecialidades y el aumento exponencial de equipos.
- Nace y se impone el concepto de *medicina basada en la evidencia (MBE)* que exige estudios clínicos muy rigurosos en lo metodológico, revisiones sistemáticas, y metaanálisis como estándar de validación
- la MBE reprueba y denuncia, eventuales *sesgos industriales* (intereses comerciales que afectan la información médica desde su producción hasta todas las etapas de difusión).
- La genómica y la biotecnología hacen posible la personalización de los tratamientos según el perfil genético de cada paciente.

Pero se agrava o incrementa la segmentación en el acceso a los bienes asistenciales, donde el escalón más bajo es la Salud Pública.

Recuerdo el gran acontecimiento que fue la aparición de las prótesis de cadera. El desvelo del profesor Guglielmone fue lograr la universalización del acceso a la técnica, que finalmente se obtiene a través del Fondo Nacional de Recursos.

En este nuevo tiempo ¿hay espacio para preguntarse por lo público y lo colectivo, o solo hay espacio para la defensa de intereses corporativos?

El Prof. Bado la ciencia y la humildad

El profesor J L Bado, fundador del Instituto de Ortopedia y Traumatología, padre de la especialidad, en su ya referida magistral conferencia de 1977 en Río de Janeiro, hizo una encendida defensa, una verdadera apología de la ciencia y del método científico. Lo traigo hoy por su vigencia, porque estamos viviendo tiempos difíciles, casi paradójales, ya que junto a los beneficios de la gran revolución científico-técnica, hay un cuestionamiento de la ciencia, que vemos en la negación del cambio climático, cuando hay evidencias que está sucediendo, en la aparición de movimientos sociales antivacunas (promovidas desde el poder en algunos países) y en el predominio de las necesidades del mercado por sobre el cuidado del medio ambiente.

Actualmente se agrega la difusión de noticias falsas sobre hallazgos científicos. En las redes sociales circuló y se hizo viral que las vacunas modificaban el ADN de los vacunados y ahora sabemos que científicamente es falso.

Los descubrimientos científicos, tienen además consecuencias económicas. Y estos expresan sobre todo un conflicto de intereses comerciales.

El conocimiento médico, siempre es provisorio e incompleto, porque está en continua revisión y sujeto a nuevas evidencias.

Por esto, la Medicina, es o debería ser una profesión de humildes como decía el profesor Larghero. Es necesario subrayar la importancia de la humildad en la vida médica.

Insisto en mi preocupación humanista. Hay que descender del pedestal marquetinero en que nos ponen las nuevas tecnologías.

Bajar al llano y hacernos cargo de lo que pasa allí, donde la centralidad la sigue teniendo el paciente. Eso es empatía.

Otra de las innovaciones del profesor Bado fue la creación del primer equipo de trabajo, el cual originó nada menos que el Instituto de Ortopedia y Traumatología en el país, y en cuyo seno nació la cirugía plástica. Después se crearon múltiples subespecialidades.

Breve trayectoria del Grupo de Hombro

Muchos años después, nace (entre otros) el Grupo de Hombro, que supongo ha sido bien valorado porque sigue funcionando, bajo la dirección del Dr Beltramelli y a un nivel de excelencia, que hace excepcional derivar pacientes a operar en el exterior. Han desarrollado gran experiencia en cirugías artroscópicas y reemplazos protésicos en todas sus variedades.

Comenzamos en 1989 con una policlínica semanal en el IOT y lo más sofisticado que hacíamos eran artografías de hombro, afortunadamente en desuso.

Quienes primero me acompañaron fueron el Dr Beltramelli, el Dr Luis López y el Dr. Julio Tarabini, y después se sumaría la Dra. Marina Batista.

Empezamos a operar juntos y arrancamos a protocolizar diagnósticos y tratamientos y a documentar, dejar registro sobre todo de los actos quirúrgicos. También empezamos a viajar a cuanto curso cursillo jornada o simples invitaciones de colegas en la región. Especial mención y agradecimiento público hago acá a los colegas brasileños, que nos apoyaron con mucha generosidad.

La primera policlínica mutual dedicada exclusivamente a la patología del hombro fue en el CASMU y ahí comenzamos con lo interdisciplinario; incorporamos en un mismo espacio, traumatólogos, fisiatras y fisioterapeutas, que nos aportaban mucha información de cada paciente en rehabilitación.

Fue muy exitosa, allí citábamos pacientes de otras mutualistas y hasta particulares para verlos con el grupo.

En el 2000 hicimos en Montevideo en el hotel Radisson, el 1er Congreso Sudamericano de Cirugía de Hombro y Codo.

Fue un gran éxito, siempre a sala llena.

El Dr Checchia trajo un video con animación sobre la técnica de la acromioplastia artroscópica, que después en el siguiente congreso mundial de Cirugía de Hombro en Sidney, obtuvo el primer premio al mejor video didáctico.

Era la cirugía estrella, y ya verán cómo sigue esta historia.

En el 2014 bajo la presidencia del Dr Beltramelli se hizo el 2do congreso Sudamericano de cirugía del hombro, ya se habían incorporado nuevos integrantes de gran valor: la Dra Viviana Teske, Dr E. Kucharski, Dr Mauricio Oheler, no voy a extenderme en los atributos humanos y profesionales de ellos.

El Dr. Charles Neer y el largo y contradictorio viaje del conocimiento.

Este es un recuerdo memorable por varias razones.

Fue el padre de la cirugía de hombro moderna. jefe del servicio de cirugía ortopédica del Columbian Presbyterian Medical Center (CPMC) en NY, fundó la primera Unidad de

Hombro conocida en el mundo, donde se formaron las primeras generaciones de discípulos considerados eminencias aún hoy, como el Dr L Bigliani, E Flatow, R Cofield (clínica Mayo) R Hawkins, F Matsen etc

El Dr. Neer trabajó y publicó sobre todos los capítulos de las patologías del hombro, inestabilidades, fracturas, artropatías, artroplastias, rehabilitación etc. Todo recopilado en su inolvidable libro Shoulder Reconstruction.

Me referiré exclusivamente a su concepto de síndrome de impacto o pinzamiento subacromial.

Dicho conflicto ocurre cuando el impacto mecánico crónico debido a un acromion curvo o en gancho, produce la fricción y el roce repetido del supraespinoso con la superficie del sector anterior-inferior del acromion, que genera primero bursitis, después tendinopatía degenerativa y finalmente, la ruptura del manguito rotador en esta secuencia.

En la hipótesis de Neer, entonces, el acromion era el victimario y el tendón, la víctima. Describió su tratamiento; la acromioplastia anterior. En el año 1972 publicó en el JBJS los estudios anatómicos que identificaban el sitio preciso de la fricción, esto es en el sector anterior-inferior del acromion con exostosis y erosiones a ese nivel y publicó la técnica de la acromioplastia anterior.

Antes de Neer, se hacían acromionectomías, verdaderas amputaciones hoy felizmente abandonadas.

El Dr. Neer con el Prof. Bado comparten la cualidad de ser referentes que dividen la historia en un antes y un después de ellos

Hice una pasantía el CPMC en 1992, el Dr Neer estaba retirado y el Dr Bigliani, su discípulo, dirigía la histórica Unidad de Hombro de ese hospital.

Y allí llegó un japonés cirujano ortopédico dedicado a hombro que había solicitado reunirse con él y tuvo la deferencia de invitarme a esa conversación. El japonés le dijo que no estaba de acuerdo con la idea del síndrome de impacto mecánico en el proceso de rotura del manguito rotador. Para él, era al revés; todo empezaba con la debilidad del tendón, que secundariamente producía la deformidad por exóstosis acromial, debida a tracciones sobre el ligamento córaco-acromial. Argumentaba que había visto muchas roturas con acromion plano y que en roturas parciales de tendón siempre eran en su cara profunda y no en la zona de fricción.

No creía en el síndrome de impacto mecánico de origen acromial, lo cual para el mundo occidental significaba casi una herejía.

Visto hoy, treinta años después, tenemos evidencias que el japonés tenía gran parte de razón.

Neer asoció hombro doloroso y alteraciones óseas por acromion curvo o en gancho, y donde había correlación estadística creyó encontrar causalidad. Pero, correlación estadística no siempre es causalidad.

Y en acromion curvo o en gancho, recomendó acromioplastia anterior a cielo abierto o artroscópica y así lo hicimos, no solo nosotros, sino todos en el mundo.

La evidencia reciente, ha mostrado que, en el síndrome de impacto puro, la acromioplastia anterior, *no tiene mejores resultados que el tratamiento conservador*. En consecuencia, no estaría indicada.

La acromioplastia en reparación de roturas de manguito corto rotador, en revisión según Cochrane (2023), no encontró diferencias clínicas en el resultado entre la reparación del manguito corto rotador, con o sin acromioplastia.

Si el resultado es el mismo, no hay que hacerla, porque hay un viejo aforismo en cirugía que establece que todo gesto quirúrgico adicional innecesario, debe evitarse.

Fin del largo viaje. Lo que hace veinticinco años era “cirugía estrella” en patologías del hombro, hoy no tendría indicaciones

Otra razón más que obliga a la humildad: las *opiniones prominentes* también pueden estar o volverse equivocadas.

El paciente y la ética de la alteridad

Históricamente fuimos menospreciados en el 1800, después en el primer tercio del siglo XX (gracias al genio de Pasteur) dueños de prestigiosa autoridad y convertidos más tarde en sabios consejeros. Finalmente, en la actualidad, en tiempos de la gran revolución científico -técnica se nos asigna el papel de proveedores.

Por eso creo que a nosotros nos compete intentar recrear el viejo vínculo médico-paciente.

Asistir personas, no casos clínicos.

Darle dimensión humana. Para eso, hay que poner el cuerpo (como se dice ahora), es decir, poner los oídos para la escucha atenta, los ojos para ver y empezar a comprender y las manos para palpar, mover o quizás, para terminar el abrazo que inició el hombro. Esto es lo humano, no señalar en la pantalla “no soy un robot” y luego elegir fotos que tengan semáforos o bicicletas.

Como refiere un profesor de bioética, en medio de tantas pantallas que todo lo ven, lo que más anhela el paciente es, que lo miren.

Por eso traigo a Emmanuel Levinas, un filósofo contemporáneo que vivió cinco años en un campo de concentración y después hizo toda su obra que lo convirtió en el filósofo de la alteridad (del vocablo alter: el otro).

Definió como incondicional la suprema prioridad del otro. Que para nosotros es el paciente.

El fundamento de la ética es el sufrimiento del otro.

Dice Levinas “la ética es una responsabilidad anterior a toda norma, no es la razón ni la libertad lo que funda la ética sino la epifanía, la revelación, del encuentro con la mirada del otro.

Quizá ésta sea la mirada esperada para no convertirnos en simples proveedores y no convertir a los pacientes en meros consumidores.

Como decía el profesor Bado,

que así sea
Así será.

.