

Teamwork en medicina: una necesidad *Teamwork in medicine: a present necessity*

Frank Lizaraso Caparó ^{1,a}, Enrique Ruiz Mori ^{2,b}

Cuando un miembro de la familia enfermaba se llamaba al médico, quien luego de un interrogatorio dirigido y de un examen físico minucioso, se encargaba de prescribir una fórmula magistral que curaba o aliviaba al enfermo, constituyendo el tradicional acto médico. Sin embargo en el mundo actual, globalizado e interconectado; donde se cuenta con múltiples avances tecnológicos y terapéuticos, el quehacer médico ha experimentado profundas modificaciones.

Los preceptos de la escuela griega difundidos por Hipócrates, en donde el médico era un hombre bueno, perito en el arte de la ciencia, que buscaba ante todo la máxima de “no causar daño” en sus pacientes (*primum non nocere*), permitió a lo largo de los años formar a un clásico médico humanístico, en donde se escrutaba establecer una relación Médico-Paciente, propiciando lazos afectivos y de empatía; siendo dedicado al cuidado del enfermo, y que gracias a su conocimiento del cuerpo humano buscaba curarlo. El enfoque ético, diagnóstico y terapéutico de la medicina, conducía a que el profesional de la salud estuviera capacitado en los diferentes campos de la medicina poco desarrollados en esa época, constituyendo un Médico todista ⁽¹⁾.

Hasta hace poco, el corto avance de la medicina, permitía contar con el médico de cabecera, que abarcaba todos los campos con un conocimiento para esa época amplio y seguro, satisfaciendo las curiosidades del enfermo, de su familia y sobre todo de los mismos médicos. Sin embargo el avance vertiginoso de la ciencia en las últimas décadas, ha hecho que el conocimiento sea cada vez más profundo y amplio, siendo el médico desbordado en su afán de ciencia y obligándolo a especializarse y hasta en sub-especializarse.

El médico de hoy generalmente es un especialista, que conoce sólo un aspecto de la medicina y que debe constantemente mantenerse en la vanguardia de los avances tecnológicos. El médico puede llegar a conocer habitualmente en forma minuciosa y pormenorizada una parte de un todo, conduciéndolo a una visión muchas veces tubular y circunscrita. ¿Quién debe tratar a un paciente con insuficiencia cardíaca aguda?, el cardiólogo, el médico internista, el médico de familia; o en el caso de un paciente con un síndrome coronario agudo, ¿será el emergencista, el cardiólogo clínico, o el cardiólogo intervencionista, o quizás el intensivista? A la par en múltiples ocasiones es necesario la participación conjunta y complementaria de diversos especialistas, como en una cirugía de abdomen donde participa además del cirujano, un vascular o un cirujano plástico; o en aquellas situaciones en que el neumólogo, el infectólogo así como un intensivista se interrelacionan para abordar un caso complejo. El trabajo médico en equipo es el común denominador en sociedades científicas avanzadas, en donde un colega no es un adversario sino por el contrario es el apoyo para una mejor decisión.

En la última década, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se han convertido en la principal causa de muerte. En el año 2008 las ECNT causaron a nivel mundial más del 60% de muertes (36 millones de fallecidos) y de ellos más del 80% ocurrían en países de ingresos medios y bajos. En este grupo de enfermedades en primer lugar se ubican las enfermedades cardiovasculares (48%) seguido por el cáncer con un 21% y algo alejado las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) con un 12% ⁽²⁾.

1. Editor de Horizonte Médico, Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

2. Director de Horizonte Médico, Responsable de las asignaturas de Fisiología y Fisiopatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

a. Doctor en Medicina, Médico Cirujano Plástico.

b. Doctor en Gestión de Salud.

Es importante destacar que el cáncer cada día se va transformando en una enfermedad crónica, el informe del NIH de USA muestra que los índices de mortalidad durante el período de 2010 a 2014 disminuyeron en 11 de los 16 tipos de cáncer más comunes en los hombres y en 13 de los 18 tipos más comunes de cáncer en las mujeres⁽³⁾; y el paciente logra vencer al cáncer, sin embargo algunos de ellos terminan falleciendo de complicaciones cardiovasculares como producto de la cardiotoxicidad del tratamiento oncológico. Las cirugías cada vez menos cruentas y mutilantes, los nuevos equipos de radioterapia a través de aceleradores lineales, o los nuevos fármacos quimioterápicos, facilitan no sólo un mejor tratamiento sino que logran curar con mayor frecuencia el cáncer. En el 2012, la segunda causa de muerte a nivel mundial fue el cáncer (8,2 millones de fallecidos por año), registrándose 14,1 millones de casos nuevos con esta enfermedad, pero es de resaltar que en ese período de tiempo 32,6 millones de personas vivían con cáncer⁽⁴⁾. En el 2014, 14,5 millones de sujetos habían sobrevivido al cáncer en USA, y se espera que en diez años que cifra supere los 19 millones. En el Perú aproximadamente se producen 26 mil muertes por esta enfermedad (13 mil en mujeres) y se registran 42 mil nuevos casos al año; permaneciendo unas 150 mil personas en tratamiento y/o control médico⁽⁵⁾.

Frente a esta realidad y considerando cada vez la mayor frecuencia de cardiotoxicidad, que pone en riesgo la vida de los pacientes oncológicos, obliga a una mayor participación de los cardiólogos en la evaluación de pacientes que reciben tratamiento para el cáncer, siendo necesario crear unidades de cardio-oncología, en donde se evalúe en forma conjunta, entre el oncólogo, el cardiólogo, el hematólogo, la enfermera y especialistas afines, a fin de definir la mejor conducta terapéutica y se establezca el riesgo cardiovascular, a fin de disminuir la tasas de complicaciones cardiovasculares de las terapias oncológicas; siendo estas unidades un ejemplo de la necesidad de los trabajos en equipo en el campo médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Subiría R. ¿A dónde va la medicina? 1° Ed. Gráfica Educativa. Lima 2007.
2. Ruiz-Mori, E. Prevención y Riesgo Cardiovascular. 1 Ed. Unigraph. Lima, 2014.
3. National Institute of Health: National Cancer Institute. Annual Report to the Nation: Cancer death rates continue to decline. March, 2017.
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon. Geneva. 2013.
5. INEN. Plan nacional de investigación en oncología para el control del Cáncer en el Perú. 2015 - 2019. Surquillo. Lima, 2015.