

EL CAMINO DEL MASTÓLOGO

El médico joven, al ingresar a una residencia de cirugía o ginecología, tiene una inclinación por especialidades vinculadas a la actividad quirúrgica, pero rara vez tiene decidido el camino hacia la mastología. El residente inicia una vida con muchas etapas, que se pueden comparar literalmente con el recorrido de un largo camino en donde se va a encontrar con paisajes hasta ese momento desconocidos.

En esta primera, etapa las residencias funcionan como un GPS que, durante cuatro años, ayuda a no tomar caminos equivocados, dando la orientación necesaria para que la determinación, al finalizar, sea la acertada. Es una etapa trascendental en la formación profesional y en el desarrollo de habilidades y destrezas, en donde el médico se encuentra en las mejores condiciones físicas e intelectuales para el aprovechamiento de este aprendizaje que lo llevará a construir una actitud frente a la vida, no solo como profesional sino también como ser humano.

La residencia, en cualquiera de sus elecciones –cirugía obstétrica, ginecológica, del tracto digestivo, vascular, oncológica, etc.–, es un camino duro, de muchas horas de trabajo y de estudio, de guardias interminables, resignando otros proyectos personales. Es verdad que en este recorrido también aparecen áreas recreativas, donde surgen nuevas amistades, actividades relacionadas con el deporte y reuniones sociales que ayudan a la distensión.

El fin de esta primera etapa es el cirujano o ginecólogo pluripotencial, que como una *stem cell* está preparado para poder diferenciarse y transformarse en un especialista. Pero la complejidad de las ciencias quirúrgicas y del cuidado del paciente ha incrementado la necesidad de una nueva diferenciación. Por lo tanto, el ahora especialista y su circunstancia decidirán cual será la segunda etapa, en la cual la mastología no

parece ser la elección más frecuente: trabajos de Inglaterra y Australia señalan que solo el 11% y el 4% respectivamente eligen este camino; los encuestados consideraron que la cirugía mamaria era poco exigente y los alejaba de la cirugía abdomino-pelviana. Quizás en la Argentina exista una percepción similar que lleva a pensar, con tristeza, que la pluripotencialidad adquirida en cirugía se va atrofiando con dicha elección.

Si este argumento es real, cabe reflexionar acerca de cuál es la motivación en quienes eligen a la mastología como especialidad. Probablemente, aquellos residentes que tienen la oportunidad de rotar por servicios de mastología puedan descubrir su vocación con una mirada seria respecto de la capacitación que se necesita para especializarse en el cuidado de una mujer con cáncer de mama. Será para muchos el primer contacto con el mastólogo, un especialista que trabaja en un centro “dedicado”, en íntima relación con oncólogos y patólogos que, organizadamente, manejan protocolos multidisciplinarios. Podrán ver en él que, además del criterio quirúrgico, el mastólogo bien formado conoce la biología del cáncer de mama y el manejo de las terapias adyuvantes y comprende el beneficio que las mismas significan para las pacientes. Así lo revelan muchos autores. En tal sentido, uno de los primeros trabajos fue el de Kristin A. Skinner,¹ en el cual el autor concluye que, con los tratamientos basados en esa conjunción de criterios, se puede lograr una reducción del 33% del riesgo de muerte a cinco años, en comparación con los que prescinden de tales criterios.

La Sociedad Argentina de Mastología lleva a cabo una política institucional comprometida en brindar todas las herramientas para llegar a la acreditación del mastólogo finalizada esa etapa formativa. Para ello cuenta con las estructuras necesarias, como *fellows*, residencias posbásicas, cursos bienales, la Escuela de Mastología, congresos, etc. También asume la responsabilidad de regular la recertificación de la especialidad del mastólogo y de los centros dedicados que quieran organizarse con tal fin. Esta recertificación debe ser un proceso voluntario, donde el principal objetivo es calificar al profesional como mastólogo responsable y no

¹ Kristin A. Skinner, “Breast Cancer: Do Specialist Make a Difference?”, en *Ann Surg Oncol*, vol. 10, núm. 6, 2003.

decidir quién debe realizar las intervenciones. Está destinada a servir a la comunidad informando quienes son los mastólogos certificados.

El mastólogo debe estar entrenado para proporcionar muy buena comunicación, interpretar un diagnóstico, dar los cuidados quirúrgicos y acompañar con conocimiento otros tratamientos. Estas nuevas habilidades y destrezas comienzan a provocar un debate académico en torno a la definición de la óptima estructura para el entrenamiento quirúrgico en la especialidad. El tradicional modelo de las residencias básicas y la mastología van cambiando, y las barreras entre la mastología y la cirugía plástica van cayendo. El entrenamiento en ambas especialidades va construyendo nuevas herramientas quirúrgicas relacionadas con la resección, reconstrucción, simetrización y el manejo de sus complicaciones. El temor que significaba ir a la “atrofia” en algunas técnicas quirúrgicas aprendidas comienza a ser reemplazado por el entusiasmo en transformarse, igual que un niño espectador de películas de superhéroes, en una *breast-woman* o *breast-man*.

Esta etapa va de la mano de la madurez y depende mucho de los lugares que se transite; puede transformarse en una pasión, pero también llevar a desviarse del camino e ir hacia la esclavitud. Afortunadamente, se trata de un camino muy transitado por el que, a medida que van pasando los enfermos, van pasando también los colegas en formación; en esa interacción, se va recibiendo la experiencia y el conocimiento. Y es muy sano ir delegando en esos nuevos colegas que se van formando el proyecto propio para que sea mejorado. Este paso es lento pero muy enriquecedor para quien tenga conciencia de esta filosofía. Así como es muy gratificante cumplir “los 15” o las bodas de plata junto al seguimiento de las pacientes, también lo es ver a los jóvenes colegas desarrollarse siguiendo los ideales y valores transmitidos en esta etapa.

Mirando hacia atrás, el mastólogo puede ver el largo camino recorrido y, de acuerdo con su circunstancia, decidir cuándo retirarse para tomar otras rutas. No hay una edad estipulada para la decisión del retiro, aunque la fisiología del adulto va imponiendo restricciones: estudios ergonómicos demostraron que, con el paso del tiempo, se reduce la movilidad de la columna, aumenta la incidencia de artropatías, disminuye la fuerza muscular en los brazos y dedos y se acentúa la fatiga a nivel de los hombros (cualquier similitud que encuentre el lector es solo coincidencia). Por fortuna, el Colegio Americano de Cirujanos en 2006, en

relación con el retiro de la actividad, manifestó que las dificultades de memoria o de reconocimiento de nombres *no* están relacionados estadísticamente con un pobre funcionamiento cognitivo –situación que es tranquilizadora para muchos.

Lo importante en esta etapa es mantener el respeto hacia los pacientes y los colegas, un alto nivel de confianza y una cultura libre de reproches, donde se permita la diversidad de opiniones. Transitar el camino en el otoño de la profesión requiere de una preparación elaborada con anticipación cuyo objetivo sea tratar de ser útiles contribuyendo con la experiencia acumulada. Las distintas posturas frente al retiro dependerán de las vivencias personales; para algunos puede resultar algo de muy difícil aceptación, como lo expresó el Dr. Eduardo Wainstein:

Como cirujano activo, sin limitaciones, se me hace muy difícil aceptar la idea del retiro y pasar a formar parte del inventario pasivo de mi casa.

Y las palabras del Dr. Alberto E. Laurence al referirse a su retiro son una forma de sintetizar claramente el camino recorrido:

Considero haber hecho una vida variada, con interés dominante en la medicina y secundario en los placeres intelectuales y el deporte; he tenido siempre mucha curiosidad en saber qué hubiera sido de mí si hubiera seguido otras profesiones y actividades alternativas. Pareciera que no basta una sola vida.

Para terminar, cabe mencionar que en el año 2004 se entregó el Título de “Maestro Ilustre de la Mastología” a los doctores Emir Álvarez Gardiol, Edgardo Bernardello, René Del Castillo, Antonio Lorusso, Leonardo Mc Lean y Adolfo Mosto, ejemplos de un camino recorrido y aún vigente.

Dr. Luis A. Barbera