

## LA INTERDISCIPLINA. PENSAR Y HACER JUNTOS (Panel de las V Jornadas Multidisciplinarias del Hospital Garrahan)

**Coordinadora: Virginia Schejter**

**Participantes: Dres. A. Halac, A. M. Fernández Ruiz, M. Grenoville, M. Barrenechea**

### **Virginia Schejter**

#### **Consultora en Psicología Institucional**

La propuesta de esta mesa es reflexionar sobre cómo se fue procesando en esta institución el trabajo interdisciplinario. El título define lo que la interdisciplina es: pensar y hacer juntos.

Muchas veces se entiende por interdisciplina el hecho que profesionales con distinta formación trabajen juntos. Es importante diferenciar la idea de interdisciplina de la de multidisciplinaria o pluridisciplinaria que es la yuxtaposición de disciplinas o de especialidades. Interdisciplina es algo más que la participación de varios profesionales entorno a un mismo paciente. Es un intercambio de las categorías, las reglas, los procedimientos, las formas de indagación, los métodos de razonamiento y las estrategias de acción, que lleva a pensar en conjunto nuevas maneras de formular los problemas y por lo tanto modifica las prácticas asistenciales.

También se suele llamar interdisciplina al trabajo entre médicos de distinta especialidad, aunque si fuéramos estrictos deberíamos llamarlo "interespecialidad", porque los médicos tienen una formación troncal común aunque tengan una especialización posterior.

Ubicaré la propuesta interdisciplinaria del Hospital Garrahan en el contexto histórico cultural.

Durante la segunda mitad del siglo pasado se ha dado un inmenso desarrollo del conocimiento científico en general y en la medicina en particular. El conocimiento desarrollado se ha vuelto inabarcable para una sola persona y surge el fenómeno de la especialización.

La especialización plantea una nueva problemática: cómo volver a integrar el objeto estudiado que se ve fragmentado, dividido o parcializado en las distintas miradas especializadas. Para esta pregunta ha habido dos tipos de respuestas, una de ellas, es formar profesionales con una formación gene-

ral, profesionales con una mirada global sobre la totalidad, la otra es formar equipos interdisciplinarios. Estas dos estrategias suelen aparecer combinadas.

El proyecto del Hospital Garrahan emerge en el seno de la discusión de proyectos alternativos: el traslado de uno o de los dos hospitales pediátricos preexistentes en la ciudad de Buenos Aires, el Hospital Elizalde y el Hospital Ricardo Gutiérrez, al nuevo edificio, u organizar un nuevo hospital con otro modelo y profesionales provenientes de diferentes instituciones.

Esta tensión entre la instalación de un nuevo modelo de hospital que favoreciera la interdisciplina y la reproducción de los modelos existentes siguió vigente más allá de su inauguración.

Es interesante diferenciar el proyecto teórico con que se imaginó el hospital y el modo en que tomó forma, encarnado en profesionales que en su mayor parte habían desarrollado su carrera profesional en otro tipo de organización hospitalaria.

El signo diferencial más marcado del modelo de organización implementado ha sido la internación por cuidados progresivos en salas polivalentes, lo que implicaba un equipo interdisciplinario que se hiciera cargo de los pacientes con distintas patologías. En el ámbito ambulatorio no se sostuvo con tanta claridad el proyecto de trabajo interdisciplinario.

Los desafíos fundamentales del proyecto fueron la construcción de equipos interdisciplinarios y la formación de médicos clínicos con un enfoque integrador, a cargo de salas polivalentes de alta complejidad.

En el contexto de la tensión entre el modelo asistencial tradicional y los desafíos descriptos, se dió en los hechos un modo de organización de la internación que definió el desarrollo de lo que es actualmente el hospital: las salas de internación no fueron las "salas de los especialistas", pero no se

constituyeron en salas interespecializadas o interdisciplinarias, sino que se transformaron en “salas de clínicos” en las que los especialistas funcionaron como visitantes. Las salas cambiaron de mano, lo que tuvo muchas implicaciones en la asistencia del paciente.

Encarnar este nuevo modelo fue para la mayor parte de los profesionales una propuesta difícil de precisar, por lo que de alguna manera, se reprodujo el modelo de interconsulta instalado en la tradición médica: los especialistas son interconsultados, no son parte de un equipo donde se piensa juntos. El desafío de tender hacia la interdisciplina sigue vigente.

Desde la perspectiva de la Psicología Institucional las dificultades mencionadas eran esperables, ya que los modelos de pensamiento y acción instituidos son constitutivos de la identidad profesional de los miembros del hospital.

El nuevo modelo generó una crisis en la identidad profesional de los clínicos. Estando a cargo de las salas polivalentes no podían seguir siendo los clínicos pediatras que eran hasta ese momento, sino que tenían que redefinir las fronteras de su conocimiento: ¿qué se esperaba que supieran? Para contestar este interrogante no había figuras de identificación y además, el intento de encontrar respuestas se daba en el seno de una lucha entre dos posiciones, una que proponía volver al modelo tradicional, encarnada sobre todo por los especialistas (que habían perdido muchas de las condiciones que conocían y manejaban) y también por grupos de clínicos, que sentían que era difícil adaptarse a este nuevo modelo y otra posición que se proponía mejorar y desarrollar la propuesta interdisciplinaria.

El impacto no repercutió sólo en los clínicos, también implicó un fuerte cambio tanto para las especialidades quirúrgicas como para las clínicas. En estos años se nota cómo en las especialidades quirúrgicas se desarrolla el interés y se valoran la mirada clínica y los aspectos clínicos de sus pacientes y cómo paulatinamente empiezan a constituirse de maneras muy diversas, tanto en internación como en ambulatorio, equipos de trabajo con cierta estabilidad.

Es este un proceso paulatino, donde una variable muy importante es el tiempo. El tiempo en dos sentidos: uno es el tiempo de conocerse a partir de la continuidad en el trabajo conjunto. Lo que posibilita armar un equipo es compartir mucho tiempo, conocer como trabaja el otro y confiar, valorar el pensamiento del otro y reconocerlo como interlocutor válido. Gran parte del trabajo de estos años ha sido un esfuerzo por construir un reconocimiento mutuo: “la palabra del otro también tiene valor, yo no sé todo, mi conoci-

miento es limitado y algo nuevo puede aparecer si nos juntamos a pensar y a hacer”.

La otra variable temporal es el cambio generacional; se va notando en estos años como las generaciones más jóvenes que “nacieron” con este modelo, y se fueron formando en él, tienen mucho más presente la necesidad de la interlocución con profesionales de otras disciplinas, no dando por sentado que van a poder arreglárselas solos con estos pacientes. Hace 15 años del comienzo de este desafío y se empieza a notar un grupo nuevo de profesionales que ya empezaron a acuñar sus modalidades de pensamiento en esta nueva “tradición”.

La altísima complejidad de los pacientes y el gran desarrollo científico de estos últimos años han sido variables fundamentales para la introducción de la interdisciplina. La necesidad de los pacientes del aporte de distintas especialidades contribuye a que cada uno de los miembros del hospital perciba que los otros profesionales son importantes para salir de las incertidumbres que plantean los pacientes.

En síntesis, las dificultades surgidas están relacionadas no sólo con diferencias en las modalidades de asistencia, sino que se ponen en juego modelos de formación y tradiciones en los modelos de pensar y de conocer. Tradiciones que van cambiando durante el proceso de construir equipos interdisciplinarios. Considero que otra cultura institucional esta en marcha. En este cambio hay hitos y tal vez, los 15 años de vida marquen un momento oportuno para revisar la organización del hospital y volver a plantearse cómo hacer para construir equipos realmente interdisciplinarios. Para imaginar en todas las partes del hospital: internación, consultorios externos, hospital de día, emergencia, equipos estables, unidos en torno al proyecto asistencial de un tipo de pacientes o de patologías, que puedan ser enfocados de nuevas maneras, para acercarse de ese modo a los ideales fundacionales.

### **Alicia Halac**

#### ***Jefa de Clínica del CIM 73***

Al iniciar a desempeñarnos profesionalmente en el Hospital Garrahan, los pediatras nos enfrentamos con el desafío que implicaba trabajar en un modelo de organización sanitaria matricial. La mayoría de los clínicos provenía de hospitales con modelos institucionales tradicionales. Ello significaba que nuestro ejercicio de la medicina y más aún, nuestras etapas de aprendizaje y formación, habían transcurrido en hospitales donde lo habitual era la unicidad en la toma de decisiones. Es decir, cada médico tenía autonomía para diseñar el plan diagnóstico y la estrategia terapéutica a seguir con un paciente. Este modelo estaba presente en todos los

ámbitos de trabajo: consultorio externo y salas de internación. Era siempre el pediatra con su estetoscopio y su hábil interrogatorio, a lo sumo luego de una discusión del caso entre pares (pase de sala o ateneo de servicio), el que resolvía el plan a seguir.

Desde luego que esta forma de atención tan “aprehendida” por nosotros contrastaba fuertemente con la metodología que se nos proponía con el modelo matricial. Este diseño organizacional tiene como particularidad una estrecha imbricación transversal en las relaciones laborales. Se elaboró entonces un organigrama con una doble dependencia del personal: del jefe de servicio y de los coordinadores de las distintas áreas de trabajo (Internación, Ambulatorio, Centro Quirúrgico). En el mismo está implícita la realización de un intercambio amplio entre los distintos actores involucrados en la asistencia de los pacientes. Este entramado no resulta sencillo de llevar a la práctica y es lo que muchas veces ocasionó grandes conflictos. A continuación se muestran dos esquemas de organigramas de organización matricial.



A partir de esta confrontación entre lo conocido y lo propuesto institucionalmente, iniciamos un proceso de aprendizaje hacia la interdisciplina. Al principio las dificultades comunicacionales entre especialidades y principalmente la falta de una percepción clara de los beneficios de la complementariedad, además

de lo que era sentido por algunos profesionales como la pérdida de espacios propios, provocaron cierta confusión en los roles y también conflictos. Con el tiempo advertimos que este proceso de aprendizaje del trabajo interdisciplinario es constante y tiene innumerables avances y retrocesos, y seguimos intentando resolver las cuestiones cotidianas con predisposición favorable en forma cada vez más creativa. La interdisciplina no constituye, en modo alguno, una meta alcanzada, sino que simplemente se va haciendo camino en ese sentido.

Uno de los primeros problemas que surgió fue el de la administración del tiempo. Se evaluaba como inabarcable el conjunto de las funciones a desarrollar por cada grupo intentándose en algunos casos priorizar un área: ambulatorio o internación. Desde luego detrás de estas percepciones estaba la elaboración de duelos por espacios perdidos o manejos del poder otorgado por el conocimiento y/o por habilidades específicas. Esto trajo aparejado el conflicto por la carga de trabajo que especialmente los clínicos sentían que debían sobrellevar, dado que estaban a cargo de una sala de internación polivalente, sin tener los conocimientos que consideraban necesarios para hacerlo en forma adecuada, ni contar con el consenso de muchos de los especialistas.

Sin duda, este modelo que se nos presentaba como “promisorio”, ocasionó momentos de gran tensión y crisis, que como su anagrama significa fue la oportunidad que tuvimos para iniciar un camino de reflexión en el que pudimos distinguir en qué modelo queríamos mayoritariamente seguir ejerciendo la pediatría.

Es así como se empezaron a delinear tendencias que fueron marcando tres caminos diferentes: Un primer grupo de pediatras que se había formado y desarrollado la mayor parte de su trabajo dentro del modelo tradicional, al que le costaba mucho incorporarse a este modelo matricial que implicaba imbricar las ideas y complementar las opiniones de distintas fuentes, para sintetizar con decisiones de consenso.

Luego una generación intermedia que si bien se había iniciado en el modelo tradicional e inclusive había ejercido algunos pocos años en él, trató de incorporarse a esta nueva forma de pensamiento con mayor o menor dificultad, pero como tendencia general adscribió al modelo.

Finalmente, el grupo más joven que ingresó al hospital, se adaptó pronto al modelo matricial. Los médicos clínicos de estos dos últimos grupos recurren naturalmente a los especialistas para resolver distintas situaciones cotidianas.

Por su parte, también los especialistas han reconocido la utilidad del seguimiento longitudinal de sus pacientes por parte de los clínicos, fundamentalmente los más complejos, donde reconocen la

transversalidad de su propia intervención y manifiestan beneficiarse si existe "otro" que se ocupa de pensar globalmente al paciente. Es en este grupo de pacientes donde el clínico desarrolla más claramente su rol de integración del conocimiento y la coordinación de la atención al tener en cuenta todos los aspectos biológicos y psicosociales de los niños.

Con el objeto de crear un ámbito que facilitara el encuentro se organizaron en el área ambulatoria, dentro de lo que antes eran exclusivamente consultorios por especialidad, algunos consultorios de atención interdisciplinaria, agrupados por patología. En ellos se intenta complementar en la misma consulta las miradas de cada uno de los miembros del equipo, mejorando el resultado final al dar una respuesta consensuada y optimizar el tiempo, disminuyendo el número de veces que el paciente debe concurrir al hospital.

En el área de internación se diseñó posteriormente a partir de la sala polivalente, la sala de internación preferencial. Esto implica que se intentan agrupar en una o más salas pacientes con determinado tipo de patologías. Esto permitió construir una habitualidad en el contacto con cada grupo de pacientes y adquirir habilidades específicas en el manejo de afecciones determinadas, no sólo médicas sino de todo el equipo de profesionales que participan activamente en su atención diaria (enfermeros, kinesiólogos, farmacéuticos, servicios de apoyo). Es, precisamente la enfermería la que suele tener el alerta no sólo de los aspectos físicos sino psicosociales tanto de los pacientes como de sus familias, complementados por los trabajadores sociales y maestros. A partir de esta cotidianeidad en el intercambio entre los integrantes de estos nuevos equipos interdisciplinarios se va adquiriendo entrenamiento y confianza.

La mayoría de las salas de internación preferencial están relacionadas con algún tipo de intervención quirúrgica. Un hecho importante es que para la realización de las cirugías se haya cambiado la concepción de cuando deben ser analizadas. Actualmente se entiende que son parte de un proceso asistencial con un antes, un transcurso y un después, que conviene analizar con anticipación.

Se ponen sobre la mesa acuerdos y disensos sobre si es pertinente o no una determinada indicación quirúrgica, cuál es su mejor oportunidad, qué tipo de evaluación prequirúrgica requiere, cuál sería la mejor vía de abordaje, cuál la técnica anestésica y todos los cuidados intra y postquirúrgicos que ese paciente debería recibir, incluido por supuesto el ámbito donde transcurrirá cada etapa.

Esta planificación conlleva una disminución en la cantidad de eventos adversos, que de producirse, ya han sido previstas las estrategias para su rápida detección y solución.

El Hospital Garrahan no es la primera institución sanitaria en la que se plasmó el modelo matricial. Pero sí es la primera en el país con un tamaño y un volumen de recambio tan alto. Este no es un dato menor e implica un gran esfuerzo por parte de los integrantes del proyecto porque deben interactuar con un número muy elevado y cambiante de profesionales de la salud que componen el plantel estable y el personal en formación. El cambio permanente obstaculiza la formación de vínculos interpersonales. Es probable que con el tiempo se sistematice la organización de los intercambios, se afirmen los grupos de trabajo interdisciplinario diseñados y se propicie la creación de otros nuevos.

Sin duda el modelo matricial lentamente se va consolidando al entender la interdisciplina como la intersección del pensamiento de los grupos de clínicos, especialistas clínicos y especialistas quirúrgicos, que se benefician al ejercer la pediatría en forma integrada y complementaria. Se aprecia también allí la mejora del resultado final y la meta de la filosofía institucional.

Finalmente, cabe agregar que la interdisciplina en el Hospital, es un proceso de aprendizaje aún en construcción al que le falta mucho para quedar concluido, pero que tiene como cimientos sólidos el respeto y la valoración profesional, así como la confianza mutua, condiciones sine qua non para seguir el largo camino por recorrer.

### **Marcelo Barrenechea**

#### ***Médico Asistente del Servicio de Cirugía General***

En nuestro Hospital es más complicado dar el enfoque de la interdisciplina desde el punto de vista quirúrgico porque en los hospitales tradicionales la cirugía es manejada con sala propia y de manera muy independiente, más aún si la comparación es con el resto de las especialidades, fundamentalmente la clínica.

Se mencionó la historia de los hospitales antes de la inauguración de nuestro hospital, comentando el manejo que cada equipo tenía vinculado a los demás servicios; voy a agregar un poco de historia aún más vieja. La historia de la medicina, tiene siglos de evolución, pero la historia de la cirugía no es tan larga como la de la medicina. Creo que es conocido por todos que hasta el siglo antepasado los cirujanos no eran médicos, los médicos tradicionales de la época ni consideraban a los que ejercían lo que en ese momento se definía como cirugía, procedimientos quirúrgicos menores y sangrías efectuados por técnicos, barberos o peluqueros, por lo tanto entonces nada estaba más alejando de un intercambio entre la clínica y la cirugía, ya que simplemente el cirujano no era médico.

La cirugía tiene una historia bastante corta. Pocos siglos atrás estaba proscripta la disección de

cadáveres y mucho más la práctica de cirugía convencional sobre un paciente.

Por lo tanto podemos remitirnos a una centuria atrás, donde afecciones corrientes como una apendicitis aguda es recién descrita, podemos pensar que por ejemplo alguno de nuestros abuelos pudo haber fallecido de una apendicitis sin haberse conocido el diagnóstico. Así podemos inferir que se desconocía gran parte de la patología quirúrgica.

Para hablar de cirugía en los últimos cien años en Argentina creo útil comentar sobre dos hechos que marcaron todo el siglo pasado o por lo menos los primeros 70 años; uno es la aparición de las primeras escuelas quirúrgicas y el consecuente desarrollo de las salas de cirugía. Había entonces muy pocos elementos quirúrgicos para operar adecuadamente, los cirujanos tenían que ser muy rápidos, por lo que se tenía muy en cuenta la habilidad quirúrgica. Por otra parte, al ser una especialidad nueva nadie tenía establecida ninguna técnica. Por eso surgieron las escuelas quirúrgicas que normataron las técnicas donde se hacía todo de una manera muy estructurada, lo que permitió enseñar lo que un cirujano debía hacer en una operación, pero también su rigidez ocasionó el retraso en el desarrollo de nuevas ideas y la evolución de la cirugía: su enfoque privilegiaba las técnicas.

Esta normatización extrema que tuvo la cirugía en base a escuelas quirúrgicas, útil en su momento aunque no evolucionó con la velocidad necesaria, coexistió con la aparición de la sala de cirugía.

Estas salas, también útiles en su momento, permitieron el seguimiento de pacientes de baja complejidad. Los resultados en el paciente quirúrgico dependían fundamentalmente del manejo técnico postoperatorio y del éxito de la operación, ya que sesenta o setenta años atrás no había tubos endotraqueales, antibióticos, ni sueros endovenosos.

Recuerdo que, en ésta misma aula, hace tres o cuatro años atrás, se presentó el primer documento filmado de Argentina: se trataba de una película de actos quirúrgicos donde se veía efectuar nefrectomías en dos o tres minutos o amputaciones de un miembro en los mismos tiempos. Era la cirugía que se podía hacer en aquellas épocas, que realmente no son tan lejanas.

Con el tiempo comenzaron a surgir cambios y aparecieron conceptos nuevos como el de trabajo en equipo y el de interdisciplina. El concepto de equipo quirúrgico surgió previamente al de interdisciplina entre cirujanos y clínicos, especialistas, kinesiólogos, etc.

El desarrollo de la anestesia como especialidad es mucho más reciente. Hasta hace pocos años el anestesta no era considerado parte del equipo quirúrgico. Podemos decir que la relación del cirujano respecto al anestesta era la misma que la del clínico respecto al cirujano.

Todo esto fue evolucionando rápidamente ahora y el concepto del equipo quirúrgico, en el ámbito del quirófano, involucraba además del cirujano, al ayudante como parte importante de la cirugía, a la instrumentadora, a la enfermera y al anestesta. La implementación y ampliación de este equipo quirúrgico en realidad estuvo basada en el concepto de interdisciplina ya que, no es solamente la labor del cirujano lo que dará un resultado final positivo o negativo para el paciente; hay que evaluar también el preoperatorio, la intervención en sí y el seguimiento postoperatorio. Un resultado no debe medirse solo por la cirugía sino desde el momento en que el paciente fue diagnosticado hasta que fue resuelto su problema.

Todos los que vinimos a este hospital trabajamos antes en otras instituciones pero casi ninguno teníamos un concepto de manejo interdisciplinario, por lo menos desde la cirugía.

Para los cirujanos, especialmente, fue una experiencia nueva renunciar a la sala de cirugía, acostumbrados a que en los otros hospitales en nuestras salas controlábamos nuestros pacientes, excepto algunos pocos niños que no podíamos resolver y consultábamos a clínicos. Esto traía excelentes resultados para el seguimiento en algunos aspectos, como por ejemplo, el control de las heridas, de las curaciones, y el contacto con la familia, pero tenía también muchos elementos negativos como la habitual falta de manejo clínico y psicológico del paciente, que no era bien provisto por los cirujanos.

Modificar los vicios y tradiciones cuesta mucho: cuando uno se acostumbra a una rutina por mucho tiempo resulta difícil cambiarla, porque uno cree que la hizo reiteradamente porque le dio buenos resultados. Todo cambio cuesta. Si bien hay gente que tiene predisposición a los cambios, a otros una costumbre seguida durante mucho tiempo, puede serle difícil cambiarla. A un cirujano que viene utilizando una técnica quirúrgica que le dio resultados aceptables durante treinta años, cuando surja una nueva propuesta le va a costar cambiarla. Por el contrario no le va a costar tanto a un cirujano joven que solo hace tres años que aprendió esa misma técnica y que no la ha tomado como el único procedimiento que tenía que efectuar.

La interdisciplina se puede desarrollar en cualquier ámbito, principalmente en una sala de internación, donde clínicos y especialistas debaten las decisiones que se tomarán con el paciente. Pero además es bueno que haya consultorios interdisciplinarios con cierta complejidad para el mejor manejo clínico del caso y para brindar una información única, evitando comentarios parciales, que aunque sean en el mismo sentido, dichos de maneras distintas pueden confundir al paciente.

En el quirófano el concepto de equipo es parte

de la interdisciplina. Más aún, siendo otro campo de interdisciplina, sería útil que los clínicos o los especialistas acompañen a sus pacientes a los actos quirúrgicos, para comprender mejor y si es necesario debatir, el manejo postoperatorio, o aún compartir decisiones. Muchas veces durante una operación surge la necesidad de otra consulta.

Las ventajas de la interdisciplina son para todos.

Es innegable que el paciente es el principal beneficiado, también los profesionales, ya que obviamente uno no puede conocer todo en profundidad, y para la institución porque permite controlar mejor los recursos y optimizar los resultados.

Cuando en un consultorio hay cuatro o cinco especialistas, la familia necesita un interlocutor único o un referente que le explique lo que se va a hacer, pero a veces le cuesta saber quien es el responsable del paciente porque nadie toma ese rol que tenía el médico de cabecera. En un acto quirúrgico es frecuente que la familia interprete que el médico de cabecera es el cirujano y en muchas oportunidades no es así porque la participación del cirujano es secundaria. Por lo tanto hay que definir quién es el referente fundamentalmente para canalizar las decisiones.

En pacientes que requieren decisiones complejas y hay muchos participantes las conductas deben ser muy discutidas. Uno puede ceder en sus posiciones previas, puede surgir, por ejemplo, que un clínico o un cirujano sostengan conductas completamente distintas, a veces un especialista clínico puede indicar un procedimiento quirúrgico con el cual el cirujano no esté de acuerdo o viceversa.

Esto sucede cada vez menos a medida que vamos aprendiendo trabajando, pero sin embargo, a veces surgen dificultades para tomar decisiones interdisciplinarias en pacientes muy complejos.

Con el tema del seguimiento, si el paciente es controlado en un consultorio interdisciplinario no hay inconveniente, pero si es internado en una sala después del alta todos los especialistas lo van citando a consultorios distintos, quizás habría que tratar de citar al paciente la menor cantidad de veces posible.

Algunas veces cometemos lo que llamo un "exceso de medicina", la palabra quizás no sea la correcta, pero lo que quiero graficar es que solicitamos distintos estudios según lo que cada uno considera necesario desde su punto de vista, pero habría que consensuar que es lo útil para el paciente evitando pedirle estudios que quizás se superpongan.

Para trabajar en interdisciplina hay que tener predisposición a hacerla, depende fundamentalmente de cada uno, la predisposición al cambio, a ceder espacios y a tomar otros.

Los distintos equipos aprenden en la interdisciplina. Uno al escuchar clínicos, neumónó-

logos o infectólogos por ejemplo, se nutre de lo que los demás conocen y seguramente que los demás aprenderán de lo que un cirujano comenta sobre la cirugía. Es imposible pretender manejar todo el conocimiento.

La interdisciplina de la que hablamos, que lleva en nuestro hospital unos 15 años, tiene una curva de aprendizaje, como tiene todo proceso nuevo.

Hay cosas que se han cambiado, otras se han mejorado, deberíamos cambiar y mejorar más todavía, pero no es tan fácil, ni son tan rápidos los acuerdos para hacer funcionar un consultorio interdisciplinario. Obviamente, uno va creciendo a medida que se va desarrollando el aprendizaje y el proceso de trabajo en la interdisciplina.

Como comentario final quiero decir que con el desarrollo de la interdisciplina se aprende mucho a nivel personal e institucional, pero el verdadero beneficio debe dirigirse al paciente y su familia.

### **Ana M. Fernández Ruiz**

#### ***Jefa de Clínica del Consultorio Prequirúrgico***

Me voy a referir a la interdisciplina en el Consultorio Prequirúrgico.

Este consultorio existe en el hospital desde sus comienzos, allí se realizan la evaluación y la preparación del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente en forma programada. Siempre que es posible se efectúa con anticipación para detectar todo lo que pueda tener incidencia en la cirugía o en la anestesia aumentando el riesgo del paciente y así tomar las medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad perioperatoria. Medidas que van a tener incidencia en el acto quirúrgico y/o en el postquirúrgico.

Cuando el paciente llega al consultorio lo recibe la enfermera que controla si se completaron los pasos previos en relación al electrocardiograma y al laboratorio, luego realiza los controles de peso, talla y tensión arterial y les entrega un Instructivo para padres, les explica su contenido y cómo realizar los baños prequirúrgicos en el hogar.

La enfermera, a veces capta situaciones o aspectos del paciente o de la familia y, otras veces, el paciente o la familia le cuentan algo porque sienten con ella mayor proximidad. Ella trasmite a los médicos la información que resulte significativa y así el trabajo interdisciplinario con Enfermería, redundando en beneficio para el paciente.

La evaluación prequirúrgica es realizada por el pediatra y el anestesiólogo siguiendo los tres pasos fundamentales: interrogatorio, examen físico y exámenes complementarios, en función de los objetivos propuestos.

El mismo día el paciente es visto por la psicóloga del Equipo de Prevención en Cirugía, quien muestra a los niños y a sus padres un video didáctico "Me voy a operar" y crea a continuación

un espacio donde se pueden hacer preguntas, expresar temores. En los casos en que es necesario lo cita a la Sala de Juegos para un trabajo más intenso de psicoprofilaxis quirúrgica. Cuando nosotros o la psicóloga detectamos datos importantes en el aspecto emocional del niño o la familia, intercambiamos ideas al respecto. Así es como se da otro trabajo interdisciplinario, en este caso con Salud Mental.

El anesthesiólogo ve al paciente después que el Pediatra lo valoró. Los padres suelen tener mucho miedo a la anestesia y esta consulta es una oportunidad para informarlos y aclarar las dudas que tengan.

Los consultorios de clínica y anestesia están próximos lo que permite conversar acerca de cada paciente. Aquí es evidente la importancia del intercambio interdisciplinario entre el Pediatra y el Anesthesiólogo.

El resultado final de la evaluación prequirúrgica define si el paciente está "Apto" o "No apto" para ser operado en la fecha asignada. Cuando no está apto se le avisa al cirujano. Un grupo de pacientes queda en situación "Condicional", es decir que tienen que realizar algún estudio o interconsulta más, para resolver si está apto, o tiene una intercurencia que hay que tratar y evaluar su evolución para poder operarlo. Cuando una interconsulta es indispensable para el acto quirúrgicoanestésico (por Ej. cardiología, hematología, endoscopia), la interdisciplina con las diferentes especialidades forma parte de la evaluación y preparación prequirúrgica.

En todo momento en la evaluación prequirúrgica tenemos la idea de "sopesar", que me gusta expresarla con la figura de una balanza, ponemos todos los factores en la balanza y vemos los "pro" y los "contra". A veces, el resultado final no es tan fácil de prever y es necesario el intercambio interdisciplinario para resolver: ya sea dar el "Apto", decidir si requiere cuidados especiales en el postquirúrgico o incluso replantear la indicación u oportunidad quirúrgica. El cirujano siempre tiene presente si el paciente necesita cuidados intensivos de acuerdo a la magnitud de cirugía que va a realizar, pero a veces es el estado del paciente el que determina esa necesidad, aunque el procedimiento quirúrgico sea menor. Para replantear la indicación quirúrgica por el estado general del paciente la intervención del cirujano es fundamental.

Otro ejemplo de trabajo interdisciplinario en la evaluación y preparación prequirúrgica es el "Equipo de Psicoprofilaxis Quirúrgica". Se formó hace cinco años con la finalidad de dar bienestar al paciente y a su familia en los pasos que transita hasta la cirugía, durante y después. Se empezó a trabajar con los diferentes profesionales que participaban desde que se determina que un niño se va

a operar hasta que se va a la casa operado: el cirujano, la enfermera de consultorio, el clínico (tanto el pediatra de ambulatorio como el de internación), el anesthesiólogo, la enfermera de internación, psiquiatras, psicólogos y también los maestros de la Escuela Hospitalaria. Los maestros trabajan tanto en un taller durante la internación desde el momento que ingresan, el día previo a la intervención, como en la sala de inducción anestésica y luego en el postquirúrgico.

Este equipo de prevención en cirugía ha elaborado un folleto y un video, ambos se llaman "Me voy a operar". Están pensados para ayudar a preparar al paciente y a su familia en la elaboración de lo que significa la cirugía, los pasos previos y los temores. En el video se muestra cómo es la sala de internación, la sala de inducción, las formas de anestésicos, el quirófano, la sala de recuperación anestésica y el egreso.

Como se ve, en el proceso prequirúrgico existe un trabajo interdisciplinario sistematizado cotidiano, entre la enfermera, el clínico, el anesthesiólogo y la psicóloga. Pero otros intercambios no están sistematizados y dependen de cada paciente y de cada situación.

Es así que puede ser necesaria la intervención de una especialidad para diagnosticar y tratar una intercurencia, mientras se evalúa con el cirujano si se puede postergar la operación y durante cuánto tiempo, para completar ese tratamiento.

En otros casos, la participación de una disciplina específica es la que permite mejorar la condición del niño, por ej. el caso de niños con alteraciones emocionales que requieren una preparación especial de psicoprofilaxis quirúrgica. En otras situaciones la especialidad define el diagnóstico y el tratamiento, por ej. hematología cuando hay trastornos de la coagulación y hay que definir quéhemoderivado es necesario transfundir en el pre o en el intraquirúrgico.

En todos estos casos la articulación entre las diferentes disciplinas es fundamental para preparar adecuadamente al paciente y operarlo con menor riesgo y por ende, con mayor margen de seguridad.

En casos más complejos es necesario organizar un ateneo interdisciplinario (hasta de 7 u 8 disciplinas) para conversar de un determinado paciente en relación a una cirugía programada y, entre todos, llegar a tomar las decisiones.

Esta actividad no sistematizada, que se crea con esfuerzo y convicción, a partir de casos concretos, permite ver otros aspectos del paciente y redundar en beneficio para todos.

Como conclusión final quiero expresar que la interdisciplina solo es posible cuando existe: reconocimiento de la propia limitación, valoración del otro, mutuo respeto y capacidad de cambiar.

## **Mario Grenoville**

### **Jefe del Servicio de Neumonología**

Me corresponde dar la visión del ejercicio de la interdisciplina desde el rol de pediatra especialista clínico.

La incorporación institucional de un médico de cabecera supone la posibilidad de que este médico pueda generar aportes sobre la problemática del paciente desde una perspectiva diferente, si se dan las condiciones de espacio institucional, personal y grupal. Su inclusión posibilitará implementar acciones vinculadas, no solamente a las indicaciones que este paciente requiere en función de su enfermedad, sino que valoren y ponderen otros factores como: las condiciones y la calidad de vida del niño, su medio social, el entorno familiar y los factores de riesgo. Esto permitirá generar conductas de prevención que beneficiarán globalmente al niño, independientemente de la patología por la que consulta.

Una de las dificultades en la aplicación de la interdisciplina es que todos nosotros tenemos un espacio que consideramos propio, y que cuando hay que confrontarlo con otro, aparecen competencias, luchas por el poder y por quién tiene el dominio de la acción sobre el paciente. Solamente el trabajo continuado, basado en el respeto profesional y la posibilidad de reconocer la necesidad que uno tiene del aporte del otro, permite gestar la posibilidad del trabajo en un equipo, en el que las diferentes opiniones pueden volcarse para un beneficio concreto en el paciente.

En el modelo tradicional el modo de elegir los interconsultores, aún en instituciones grandes, está relacionada con vínculos casi de amistad. ¿Por qué los consultamos?, porque los conocemos, no sólo por su capacidad científica sino también porque compartimos con ellos lazos de afecto.

En el modelo implementado en el Hospital, la institución actúa como un paraguas protector que permite que el especialista y el clínico, independientemente del área de trabajo, tengan el reconocimiento institucional de sus capacidades. Este reconocimiento del otro evita las discusiones centradas en ver quién convence a quien. El aporte de cada uno, si bien pueden converger en algún punto, será probablemente, sobre aspectos distintos del problema del paciente.

Cuando ponemos el equipo en marcha aparecen otras dificultades, hay que definir bien los roles y los objetivos. Es muy importante hacer programas específicos de asistencia interdisciplinaria sobre diferentes problemas de salud, en donde se definan muy bien los objetivos del programa, los roles de cada uno de los integrantes y el mecanismo de la toma de decisiones. Considero que en estos aspectos nos queda todavía un espacio para mejorar. La actividad interdisciplinaria debe estar planificada, responder a un programa de trabajo,

escrito, que se someterá a evaluaciones periódicas. Esas evaluaciones periódicas permitirán la exposición del programa al afuera, mostrando a los colegas los productos del trabajo. Esa exposición hacia el fuera, con el intercambio y las críticas aportadas, es lo que permitirá finalmente la consolidación del grupo.

Uno de los productos más importantes de este modelo de trabajo interdisciplinario es que este se ha incorporado como actividad habitual y cotidiana en los médicos jóvenes. Cuando hablamos de productos no hablamos de productos redondos y acabados, estos son productos imperfectos que están en plena etapa de producción y crecimiento, por lo cual nada de esto es impecable ni puede resistir miradas críticas. El hospital ha ofrecido desde su creación hasta ahora un número importante de actividad interdisciplinaria, en muchas de ellas se trabaja con programas y basta ver los resúmenes mensuales de las actividades que el hospital realiza para valorar esta presencia. La elaboración de los criterios de atención del hospital es otra evidencia de esto, que también se encuentra reflejada en la producción científica. Durante los años 2000 y 2001 se ha constatado un incremento de los trabajos científicos basados en la actividad interdisciplinaria. El aporte interdisciplinario no se limita a las diferentes acciones médicas, ya que están también presentes las actividades de enfermería, kinesioterapia, fonoaudiología, servicio social, psicología, etc.

Finalmente, deseo mostrar los obstáculos para estimular la discusión. Como ya señalamos la ausencia de un programa de trabajo escrito, con objetivos explicitados y con roles bien definidos es uno de los obstáculos más grandes para que estos programas puedan permitir el crecimiento institucional de los diferentes grupos. La interdisciplina no se da en todo el hospital en conjunto, ni con todos los pacientes, sino en grupos que trabajan sobre diferentes situaciones de los pacientes, en distintas áreas del hospital y que diseñan estrategias particulares.

El tema del tiempo es un tema muy complejo y quizás desearía dejarlo para la discusión pero es claro que hay que dedicarle un tiempo a la actividad interdisciplinaria. El tiempo implica un espacio mental, de estar dispuesto a "perder" el tiempo de uno para escuchar la opinión del otro, este es un proceso de concientización que requiere de una construcción diaria y permanente en todos los niveles de trabajo del hospital.

El ejercicio de la interdisciplina también requiere de un adecuado espacio físico, es muy difícil hacer interdisciplina en los pasillos, con otros miembros del equipo de salud que están hablando y planteando otras dificultades y con los padres y los pacientes ahí presentes.



Creo que la definición del espacio físico, las horas de encuentro y los tiempos de encuentro son requerimientos esenciales para desarrollar la interdisciplina y deben ser resueltos a nivel institucional, como muestra de decisión política para apoyar y proteger la modalidad y el equipo de trabajo.

En relación al problema de las relaciones interpersonales, creo que la profesionalización del trabajo implica que como profesionales no necesitamos ser amigos para trabajar juntos, lo que debemos tener son objetivos comunes que en este caso son obvios, el bien común del paciente, su salud y la mejor manera de cuidarla y de preservarla. Si los roles están definidos evitamos la competencia frustrante. El enfoque global supone que alguien va a estar analizando en profundidad el problema de salud del niño, mientras otro va a estar enfocando la situación del niño en su entorno familiar y emocional y otro integrante del equipo estará contemplando las posibilidades de seguimiento al egreso del hospital y la forma de conseguir los recursos necesarios para su tratamiento.

¿Es un lujo la interdisciplina? ¿O es una modalidad de trabajo que ahorra gastos en salud? Me imagino en cualquiera de ustedes, dueños de una clínica importante, pensando como sostendrían el trabajo interdisciplinario de diferentes médicos pagándoles los sueldos a todos ellos. ¿Esto se puede hacer o no? Creo que es aquí donde se pone en juego la concepción filosófica de la medicina que queremos hacer. Estoy seguro de que esto se puede hacer y creo que implica elecciones en cuanto a dónde ponemos el dinero para desarrollar esta línea de trabajo o alguna otra.

**V. Schejter:** Abrimos el debate a todos, antes de hacer una síntesis final de la mesa.

**Un médico:** ¿Cómo se trabaja para que en un grupo interdisciplinario no se desdibuje la imagen del médico de cabecera?

**A. Halac:** Yo pienso que la figura del médico de cabecera no es únicamente privativo de los médicos clínicos, seguramente este rol corresponde al que más conoce o más maneja la patología del paciente y es el que el paciente reconoce como su médico de cabecera. Esto no implica de ninguna manera que si éste es un especialista y no un clínico, que el paciente no reciba también el aporte de una mirada global e integradora como la que puede dar el clínico. En mi opinión al menos, no son siempre sinónimos médico de cabecera y médico clínico; no se si el resto de la mesa comparte la opinión o quieren dar la suya.

**A. M. Fernández Ruiz:** Yo comparto la opinión.

Hay casos en que el médico de cabecera ha sido el nefrólogo o el neurólogo porque fue el que siguió y conoce al paciente, mientras que no hubo un solo clínico, sino varios.

**M. Grenville:** Estamos en un hospital y en el

hospital habitualmente tenemos que resolver muchas situaciones específicas, pero como pediatra, no me cierra que un paciente tenga como médico de cabecera a un neurólogo o a un neumonólogo.

Si los pacientes viven afuera del hospital, los médicos de cabecera se construyen fuera del hospital, habitualmente no se construyen dentro del hospital. Si uno pensara que a cada niño con un problema específico el hospital le tendría que proveer un médico de cabecera, ese médico de cabecera tendría que asumir las posibilidades de ejercer un rol que trasciende el trabajo hospitalario.

Habitualmente tenemos pacientes que no tienen médicos de cabecera afuera. Cuando se quedan en una especialidad por su cardiopatía, su problema endocrinológico, neurológico o genético, habitualmente estos niños no tienen un médico de cabecera. Es distinto con un paciente internado, o en tratamiento un programa donde el hospital puede proveer un tratamiento particular, pero para la gran mayoría de los pacientes la presencia del rol del médico de cabecera es externa al hospital.

**A. Halac:** Una situación paradigmática que se da en el hospital, tanto en el área ambulatoria como en el área de internación, es el paciente oncológico. Ese paciente siempre atraviesa distintas etapas algunas de las cuales son con frecuencia graves y comprometedoras de su futuro de vida y de las secuelas que quedan. Es indudable que la participación de los médicos clínicos, infectólogos, etc.

es fundamental cuando el paciente esta atravesando estos momentos, todos están permanentemente presentes y cada uno aporta distintas miradas, pero al que el paciente reclama, aunque sea para saber si esta de acuerdo o no con lo que se está haciendo, es al oncólogo. Los pacientes tienen en la cabeza que es su médico, aunque seamos muchos los que participamos en cada evento que pone en riesgo su vida.

**Un médico:** Después de 15 años, que podamos hacer un balance de nuestro trabajo profesional y de la relación, es algo que nos tiene que poner contentos a todos. Es un esfuerzo grande ver hacia dentro y poder ver las cosas que se ha hecho bien, muchas seguramente, y las cosas que debemos corregir o hacer de otra manera.

Yo he realizado toda mi actividad pediátrica en un área de cuidados críticos. Es un área donde la interdisciplina siempre ha sido una necesidad, ya que en general los conflictos necesitan ser resueltos de manera conjunta con otros profesionales.

La interdisciplina no es lo central, lo central tiene que ser el paciente. Por último, una cosa "mala" de la interdisciplina es que discutamos en voz alta frente al paciente, diciendo cosas que muchas veces no son entendidas adecuadamente por él.

**Un médico:** Quería saber si en el trabajo en equipo ustedes consideran liderazgos secuenciales

en función de distintos eventos en los distintos bloques de atención.

**A. Halac:** Creo que los liderazgos secuenciales son inevitables a través de la evolución del paciente, hay momentos predominantemente clínicos, o quirúrgico o de una especialidad.

**Un médico:** ¿Cómo se concilian esta circunstancia con lo que decían que al médico de cabecera lo elige el paciente o su grupo familiar?

**A. Halac:** En general creo que la manera más sencilla y fácil es a través del respeto: su médico de cabecera es fulano, pero en este momento tenemos que resolver esta dificultad, entonces nos vamos a mover en esta dirección, dejando claro que el médico de cabecera no es excluido sino que participa del grupo, da su opinión, pero a su vez es influido por todo lo que los demás vamos pensando. Me parece que básicamente es el reconocimiento de que está presente y que es una persona respetada en el grupo.

**M. Barrenechea:** Es cierto que es distinto en patología aguda que en patología crónica y es distinto en una situación que se prolonga y se complica que en un paciente con un cuadro agudo. En un cuadro complejo como los que habitualmente tenemos, un niño puede estar dos meses internado, he visto situaciones curiosas, por más que tenemos un rol de médico de cabecera asumido o asignado institucionalmente, muchos pacientes establecen con un profesional de la institución, que puede no ser médico, sino enfermera o kinesióloga, una relación de confianza y de dependencia intensa y esto hace que no siempre podamos definir con absoluta precisión quien sería "el médico de cabecera". En el paciente crónico la situación es distinta y si existe un programa ocurren casi naturalmente cambios secuenciales en el desempeño de la función de médico de cabecera, según la etapa de evolución de su patología.

**Un médico:** ¿Cómo uno le cambia al paciente esta versión de que el médico de cabecera es el neurocirujano por más que haya participado casi marginalmente en el manejo en equipo del paciente?

**A. Halac:** Quería comentar a raíz de esto una situación que se da muy frecuentemente en las salas de internación, en que el especialista que es el médico de cabecera, paulatinamente y a través de un trabajo interdisciplinario persistente y casi cotidiano, va modificando sus enfoques. El ejemplo son los pacientes neurológicos crónicos, severamente dañados que llegan con una intercurriencia respiratoria. Tradicionalmente se iban realizando acciones de acuerdo con la fisiopatología del paciente, se miraban los gases y decidía cuando este paciente tenía que ser invadido o si no había que hacerlo. Hemos ido aprendiendo que en muchos de los casos que tienen secuelas irreversibles existe

el encarnizamiento terapéutico. Esto es difícilmente encarado cuando los especialistas son los médicos de cabecera que manejan habitualmente a los pacientes; esto obviamente tiene múltiples razones: una pueden ser falta de entrenamiento, otra lo difícil que es tratar este tema cuando el paciente está en situación de inestabilidad. Pero frente a esta situación de riesgo de vida hay una cotidianidad ya establecida entre médicos clínicos, intensivistas, el área de cuidados paliativos, donde realmente se empiezan a objetivar situaciones: qué magnitud de daño tiene el paciente, qué magnitud de irreversibilidad tiene, qué piensa la familia de todo esto, si tenía o no conciencia de la situación, si lo habían charlado antes entre los distintos integrantes de la familia o con su médico de cabecera. Incorporando al médico de cabecera al trabajo diario, se puede llegar a tomar resoluciones que impliquen mucho menor sufrimiento para estos pacientes y sus familias.

**V. Schejter:** Querría que Ana Fernández Ruiz comentara cómo se fueron construyendo interdisciplinariamente los Criterios de Atención.

**A. Fernández Ruiz:** En el hospital se construyeron interdisciplinariamente los Criterios de Atención, ya tenemos el volumen I y II y el volumen I de Cuidados Intensivos.

Tomamos la modalidad de incorporar autores y revisores, incluyendo las distintas miradas. El resultado es producto de un consenso, donde cada uno de los intervinientes tuvo que discutir y defender su argumento. Por ejemplo neumonía está escrito por un clínico, e intervienen el neumonólogo y el infectólogo. No fue tarea fácil, porque a veces los acuerdos no son tan sencillos, o hay que cambiar la postura o defender con bibliografía su argumento.

**Virginia Schejter:** Para hacer una síntesis de la reunión hay que decir que para hacer un enfoque global del paciente hace falta un encuentro. Se habló de encontrarse, de discutir, de programar esos encuentros. La asistencia interdisciplinaria necesita un trabajo de programación: quienes van a ser los actores, el rol de cada uno y los momentos de la intervención.

Existen diferentes modos de trabajar en los que intervienen varias personas: una es derivar, otra es interconsultar que implica contactos puntuales para hablar de un paciente, y otra es trabajar en equipo. Las reuniones especiales, los ateneos interdisciplinarios, las discusiones sistemáticas y cotidianas sobre un paciente, no son lo mismo que derivar. Fuimos hablando de estas distintas modalidades de intercambiar ideas de manera mezclada y hemos nombrado como interdisciplina a diferentes tipos de encuentros.

Algo que ha pasado en estos años en el hospital, es que muchos médicos han dejado de ser

“derivadores” para formar parte de equipos, en construcción o ya construidos.

¿Que cosas favorecen la interdisciplina? Una, la continuidad en el trabajo, que permite generar una relación de confianza: el otro es un interlocutor confiable, que puede ser respetado y al que se le reconoce su saber. El otro no es un enemigo, que va a demostrar que yo no sé, sino que va a aceptar que yo sé algo, que él sabe algo, pero que los dos sabemos de manera limitada. Surge la posibilidad de creer en el otro.

Otra condición fundamental para el trabajo interdisciplinario, es la construcción de proyectos gestados en conjunto. No es lo mismo un proyecto que genera un grupo e invita a otros a participar, que la constitución desde el inicio de un equipo con todos los que tienen que intervenir. Si cada uno puede decir cómo lo imagina, cuál es su rol, qué necesita, se compromete con el proyecto de una manera distinta.

¿Cuáles son las funciones de la institución en la constitución de equipos? La función principal de la institución es instalar la interdisciplina como un mandato generalizado, mostrar la meta y no dejar

de tener presente que se camina hacia allí, más allá de los avatares de cada momento histórico.

Otra de las funciones de la institución es regular los intereses discrepantes: funcionar como un tercero que acota las diferencias y las confrontaciones y ayuda a cohesionar. ¿Cuál es el rol de la Consultoría en Psicología Institucional en la gestión de proyectos interdisciplinarios? Cuando las distintas especialidades o disciplinas tienen modelos de pensamiento diferentes que confrontan entre sí, el rol de la consultoría es abrir espacios para intercambiar con otros y entender la lógica con la que están pensando. Con ese objetivo ayuda a generar condiciones en las que se pueda poner en cuestión el propio pensamiento sin que se perturbe la tarea.

La interdisciplina es parte de una lucha de puntos de vista y el trabajo de los consultores institucionales es ayudar a que cada uno se interese por saber que es lo que el otro está pensando y no crea ya saberlo. Que no parta de la idea de que lo que supone es, sino que pueda interrogarse junto con el otro acerca de lo que fundamenta su pensamiento.