

Entrevista a la Dra. Ana Otero

La vida de una hematóloga que lleva la pasión en sus venas

Lic. Victoria Alfaro

La doctora Ana Otero, es una prestigiosa hematóloga especializada en hemostasis y trombosis. Su vocación por la medicina nació en los primeros años de la niñez. Su pasión la llevó a ser promotora de nuevas técnicas para nuestro país, pero también a recordar elementos básicos como el establecimiento de una buena relación con el paciente. Clave de una medicina que debido al vértigo de la vida cotidiana, corre el peligro de desaparecer.

¿Dónde nació y cuándo se despertó su vocación por la medicina?

Nací el 27 de febrero de 1943, en la calle Robinson y General Flores, mis padres pertenecían a una familia humilde y trabajadora. Mi madre no trabajaba y mi padre era oficial de la marina, pero no de carrera militar.

Mi padre falleció cuando yo tenía dos años, con lo cual mi madre comenzó a trabajar, éramos tres hijos, nunca pasamos miseria, pero todos tuvimos la oportunidad de estudiar y desarrollarnos en lo que queríamos.

¿Por qué elegí medicina? Ahora que estoy hablando de mi infancia me viene a la memoria que desde los ocho años se me ocurrió ser médica no sé por qué, en mi familia no había ningún médico.

Tampoco conocí a ninguno que me despertara admiración, ni nada parecido. Creo que la carrera fue vocacional, me gusta, siempre me gustó y me sigue gustando. Nunca me arrepentí de haberla elegido.

Fui a la escuela de las Dominicas, hice toda la escuela y el liceo allí. No tuve problemas de escolaridad.

En el año 1962 ingresé a la Facultad de Medicina, no había barreras para ingresar de ningún tipo, así que no tuve problemas.

En esa época no íbamos al hospital hasta tercer año de facultad. Esa fue una etapa muy fuerte en la carrera, fue nuestro primer contacto con los pacientes.

¿Cómo fue ese primer contacto?

El primer paciente que vi fue una joven con una hepatitis aguda fulminante. Para recién haber ingresado al hospital me resultó muy chocante. Después di el concurso de practicante interno, duraba tres años, pero justo en ese período vino la dictadura y se suspendieron todos los concursos.

Quedé seis años de practicante interno, pero igual nos permitieron dar el concurso de Grado Dos. Hice toda la



carrera docente en la Facultad de Medicina, más allá de que tuve que trabajar afuera, porque con lo que se ganaba como docente no se podía vivir.

Me recibí en el año 1971 y fui Grado Dos de Medicina Interna en 1972. Siendo grado dos en el piso 8 del Hospital de Clínicas nos dimos cuenta que nos gustaba una especialidad de medicina que no existía en el Uruguay, la Hematología. Eso fue alrededor de los años 1976-1977.

El doctor Guillermo Dighiero nos ayudó a conseguir una beca en Francia. A través de una comisión mixta en convenio con Facultad de Medicina.

Felizmente fuimos seleccionados dos porque éramos muy amigos, para hacer Hematología que no existía en Uruguay. El doctor Dighiero nos alentó mucho en ese momento, nos indicó a uno que estudiara Hemostasis y Trombosis (HT) y el otro Hemato-Oncología (HO).

En ese momento yo no pensaba hacer HT, me gustaba la HO, pero fue así para que pudiéramos estudiar los dos y cubrir toda la Hematología.

En ese momento fui a un hospital y referente de la HT en el mundo, el profesor Samama que estaba en el Hospital Hôtel Dieu. Ahí tuve la oportunidad de descubrir una vocación, que si bien no fue lo que había elegido inicialmente me gusto muchísimo. Me pareció una especialidad de gran utilidad.

Estuve un año trabajando con el profesor Samama, tanto en la parte clínica como en el estudio de la materia. Esa fue una experiencia que me marcó mucho desde el punto de vista profesional. Aprendí una metodología de trabajo con el profesor que luego me sirvió para toda la vida.

El espíritu científico, la seriedad, la ética en el ejercicio de la profesión, que si bien son cosas que vienen con la persona el tener un profesor que te transmite todo eso ayuda muchísimo.

Luego volví al Uruguay y siendo aun Grado Dos de medicina, el profesor Tomalino me apoyó para que pudiera desarrollar la especialidad en nuestro país.

En el año 1979, la sala 6 del piso 8 del Hospital de Clínicas fue destinada a pacientes hematológicos, principalmente pacientes inmunodeprimidos con leucemia, en quimioterapia, etc.

Esa fue la primera sala de ese tipo que hubo en Uruguay.

Una sala modelo, contábamos con un personal de enfermería especializado para hacer las quimioterapias. En el año 1980 el profesor De Bellis, consiguió crear un posgrado de hematología que no tenía un lugar físico de funcionamiento.

En ese año el profesor De Bellis le pide al profesor Tomalino, la sala 6 del piso 8 para que se hiciera la Cátedra de Hematología. Esa sala dio mucho trabajo para armarla, pero obviamente era el lugar ideal.

El profesor Tomalino, con toda delicadeza me consultó si yo aceptaba, porque era la que había trabajado en la construcción de la sala, le dije que sí y la cátedra se instaló en dicha sala y otros saloncitos. Ahí nació la Cátedra de Hematología en 1980.

¿Qué sucedió a partir de ese momento?

Estuvimos muchos años porque éramos muy jóvenes. En ese momento tenía 38 años y era Grado Cuatro, tenía mucho tiempo por delante para formar algo nuevo. Pasaron muchas generaciones, la sala funcionaba llena de pacientes, teníamos además otros internados en otras salas del hospital.

Se formó un grupo de docentes muy buenos por concurso y funcionó como cualquier cátedra. Al principio pensábamos a dónde irían a trabajar todos los hematólogos.

Pero actualmente hay más de 100 hematólogos en la Sociedad de Hematología y están todos trabajando.

¿Ese número es suficiente para cubrir las necesidades del país?

Creo que sí, por ahora son suficientes, sin embargo se siguen formando, aunque ya hay retirados, estamos creciendo y algunos se fueron al exterior. Por ahora creo que son suficientes.

Pasaron muchas cosas en este tiempo, el profesor De Bellis tuvo la visión de que los grados cuatro fueran uno especializado en HT y el otro en HO. Más allá de que en el trabajo hacíamos de todo, estábamos en plena dictadura.

¿Tuvieron muchas limitaciones en esa etapa para trabajar?

No, pero teníamos la tristeza de saber que había colegas que no estaban en el país. Pero problemas para trabajar no tuvimos.

Luego de la dictadura todos los cargos de la Facultad aunque fueran por concurso debíamos renunciar y ponerlos a disposición del Consejo.

Si había alguien que había quedado afuera por la dictadura, el cargo iba a concurso. El doctor De Bellis tuvo que concursar por el grado 5 y yo por el grado 4. Después de algunos problemas, ambos quedamos titulares y seguimos los que estábamos al principio.

Siempre que pasan estas cosas, las relaciones quedan complicadas, después vino la etapa del trasplante de médula. Es ahí cuando la cátedra comenzó a ir más hacia la HO.

De un solo lugar para el trasplante aparecieron cuatro centros más, es una especialidad muy absorbente, atractiva y sin lugar a dudas hay trabajo.

Además la cátedra se inclinó mucho hacia ese sector de la Hematología. La HT no ofrecía muchos cargos laborales por entonces.

De hecho en la actualidad sigue orientada hacia la HO. Lo cual es realmente lamentable, porque la mayoría de los pacientes de la Hematología tienen problemas de HT. Y es una minoría la que tiene necesidad de la HO.

No todos los pacientes tienen cáncer

Exactamente, por eso desde hace algunos años que insisto públicamente que la HT debe separarse de la HO, deben ser especialidades separadas.

Creo que en el futuro como sucede en otros países estas especialidades van a estar separadas. Han sido ciertas circunstancias locales que han llevado las cosas por ese lado.

¿Hay muchos médicos en la actualidad dedicados a la HT?

No, en este momento cualquier médico que tenga el título de hematólogo puede atender HT. Pero yo lo sé y todos lo sabemos que los que hacen esa área no están especializados en HO, porque es imposible.

Todo el tiempo estamos estudiando trabajos nuevos. Entonces qué pasa, cuando se toma un hematólogo en una institución hace de todo, y tiene que hacerlo porque la mutualista se lo exige.

Pero si algún día se divide la especialidad, tendríamos más cargos de trabajo, cada uno haría lo suyo y lo haríamos mejor.

En mi caso hace muchos años que solo hago HT, deje la HO porque no podía estar al día con lo mío, estaba descuidando aspectos de mi especialidad. No puedo de ninguna manera estar al tanto de las dos cosas.

Por la orientación que tiene la medicina a nivel mundial, cada vez los profesionales tienen que ser más especializados en su área.

Exactamente, en el mundo hay congresos de HT solamente. Y de Hematología de lo cual el 90% es HO.

Creo que en Uruguay van a tener que haber líderes con mucha fuerza para lograr que la Facultad de Medicina reconozca a la HT como una especialidad en sí misma.

¿Quizás en esta situación influye el hecho de que sea una especialidad muy nueva para el país?

Sí, su creación es muy reciente.

Antes de cumplir los 65 años, me quedaban 3 años para retirarme de la Facultad, pero tuve algunos problemas y no estaba para complicarme la vida, así que me fui.

Pero seguí trabajando, formamos una sociedad sin fines de lucro que se llama Investigación y Ciencia en Hemostasis y Trombosis. Allí están todos los hematólogos de esta especialidad y otros que vienen a actualizarse.

Hemos trabajado muchísimo todo el año haciendo cursos. Me encantaría que la HT siguiera adelante por el bien del país, porque la mayoría de la gente se muere por accidentes vasculares, cerebrales o por infartos. Es la primera causa de muerte.

Es una especialidad que necesita existir como tal para que se mantenga, habría que imponerla en el ámbito académico.

¿Qué fue lo que le dio más satisfacciones en esta especialidad?

El tratamiento a las embarazadas con trombofilia. Por los años 1986-1987, con el doctor Ricardo Pou ginecólogo y el doctor Enrique Pons, empezamos a estudiar a las mujeres que tenían pérdidas recurrentes de embarazo, que no eran de causa ginecológica.

En ese entonces en el mundo se empezaba a hablar de unos anticuerpos que producían la pérdida del embarazo y formamos un equipo de trabajo y empezamos a estudiar este tema.

Me acuerdo de la primera paciente que tratamos, una señora que había tenido siete abortos, decidimos tratarla y esa mujer resultó con un embarazo normal.

De ahí en más empezamos a tratarlas y ahora es un tema muy conocido. Formamos un grupo muy lindo entre los ginecólogos y los hematólogos.

A esta altura debemos haber tratado más de mil pacientes con pérdidas recurrentes de embarazo y con una evolución del 95% de éxito, con recién nacidos sanos, sin complicaciones.

Esa fue la satisfacción más grande porque obviamente lograr que una mujer que tiene ese tipo de pérdidas continuas es muy traumatizante no solo para ella sino para el marido, donde cada uno piensa quien tiene la culpa. Lleva a una distorsión familiar, con mucha angustia por parte de la paciente.

Por supuesto que ahora no esperamos a que pierdan varios embarazos, en el primero ya la estudiamos.

Sobre esto pasó algo muy curioso, cuando llevábamos este tema a los congresos internacionales y decíamos que hacíamos eso y que veníamos de Uruguay, nos miraban con cara de que estábamos inventando.

No nos daban mucha bolilla, después cuando decíamos que no esperábamos a tener pérdidas recurrentes, decían que no podía ser así.

¿Cómo le íbamos a decir a una paciente que sabemos que ha perdido un embarazo, pierda otro y venga a vernos? Eso está fuera de la lógica.

En estos momentos en el mundo, para nuestra satisfacción, hay un consenso para que se trate de entrada. Eso para nosotros ha sido un orgullo extraordinario, más allá de que no nos reconozcan que fuimos los primeros, pero nosotros lo sabemos.

Con este tema ganamos el Gran Premio Nacional de Medicina en el año 1996, que entrega el Ministerio de Educación y Cultura, al mejor trabajo, ese también fue un gran orgullo.

Tengo la enorme satisfacción de haber tenido muchísimos alumnos a los cuales tengo en mi mente y en mi corazón, que han progresado mucho en la medicina, se han transformado en profesores algunos de ellos. Siempre que nos encontramos tenemos una relación muy buena.

No puedo decir que me arrepienta de la medicina, es una carrera muy sacrificada en Uruguay, durante los primeros años hay que trabajar mucho, ahora creo que es peor.

Hay que hacer muchas guardias, estar sin dormir y seguir trabajando, ganando poco. Pero para mí fue realmente un placer.

Cuando gané mi primer sueldo no entendía por qué me pagaban por hacer algo que me gustaba tanto.

La vocación entonces tiene que ser real

Exactamente, es muy importante y siempre he tratado de transmitirlo a mis alumnos: no solo hay que enseñar medicina, sino también incentivar la relación con nuestros pacientes.

Es importantísimo, hay que hablar con la gente, respetarlos, no desde un pedestal, sino tratarlos como personas, llamarlos por su nombre, darles la mano cuando entran, acordarse de las cosas que nos cuentan.

A veces cuando uno tiene muchos pacientes es bravo, pero hay que anotar en la historia clínica determinadas cosas de la vida del paciente, para poder hablar luego con la persona.

¿A veces el apoyo humano es más importante que la receta médica?

Es importantísimo, los pacientes te enseñan cosas de la vida que te dejan emocionado o asombrado.

Una anécdota: uno de los últimos pacientes que traté con una leucemia aguda, era un chico joven, un día no pude ir a verlo (fue un suplente en mi lugar) porque mi hijo estaba con una gripe muy fuerte.

El joven estaba muy grave en una etapa terminal, y cuando llegue a atenderlo me dice, ¿Cómo está su hijo doctora? Para mi eso fue impactante, te enseña lo que es la calidad de algunos seres humanos. Me preguntaba por una gripe banal de mi hijo cuando él se está muriendo con 20 años.

Eso te enseña mucho, cuando la gente está entre la vida y la muerte y se dan cuenta, porque se dan cuenta, recuerdan muchas cosas, te cuentan muchas cosas y tienen actos de generosidad que te dejan helados. Pero a esa situación se llega cuando tuviste una buena relación médico-paciente.

La buena relación le hace bien al paciente y a nosotros. Es una lástima que se pierda.

¿Se ha perdido esa estrecha relación entre ambas partes?

Creo que el sistema de trabajo en nuestro país donde los médicos de las mutualistas tienen que ver en 10 minutos a un paciente, lleva a no tener tiempo para hablar nada con el paciente. Lo agota y cansa.

No hay tiempo para sentarte y escuchar lo que te está contando, qué es lo que lo tiene preocupado aparte de su enfermedad. Es una parte del todo del ser humano que uno está atendiendo. Eso ha cambiado y creo que es el sistema lo que lleva a los médicos a atender de esa forma.

Se está perdiendo una de las cosas más lindas que tiene la medicina: la relación médico-paciente.

Cada paciente es un individuo diferente con sus problemas, la persona habla con el médico como lo hace con el sacerdote, te cuenta todo si te pones a escucharlo.

Cuando estaba en la Facultad era distinto, teníamos tiempo para atender al paciente, claro yo trabajaba en los hospitales donde no te están apurando, si te vas dos horas más tarde es cosa tuya. No te van a pagar más, pero tampoco te van a echar.

Nunca me tocó atender siete pacientes en una hora, creo que nunca lo hubiera aceptado, pero hay gente que lo necesita para vivir.

¿Qué proyectos tienen ahora como institución?

Varios, uno arranca en marzo, vamos a hacer un simposio sobre la enfermedad trombo-embólica venosa, que son las trombosis venosas que se pueden complicar con las embolias pulmonares. Es una patología que tiene riesgo de vida.

Sucedó que en el año 1975 un cirujano, demostró que la cirugía se complica con trombosis en el proceso terapéutico.

El 30% de los pacientes hacen trombosis venosa si no se toman medidas para prevenir. Se hizo un estudio multicéntrico donde intervinieron 16 países de Europa con 4000 pacientes que iban a cirugía mayor y que tenían algún factor de riesgo para trombosis venosa.

A la mitad le dieron un fármaco y a la otra no y observaron que a los que le habían dado el medicamento hicieron menos trombosis.

Demostraron que se podía hacer prevención de la trombosis venosa. Esto es algo conocido, aceptado y demostrado por la medicina en todo el mundo.

Tanto en Estados Unidos, como en Europa y en Uruguay el 30% de los pacientes que están internados que deberían estar recibiendo prevención no la reciben. Porque es así, porque el médico se olvidó, porque no cree en eso, no sabemos el porqué.

Entonces lo que se está haciendo en todos los continentes, es formar grupos de trabajo que hagan vigilancia en los hospitales con distintas metodologías, para que todos los pacientes que necesiten prevención la reciban.

El 19 de marzo vamos a hacer una reunión donde van a participar también las autoridades sanitarias. Así como los directores de todos los hospitales e instituciones privadas de salud, para hablar de este tema y ver cómo podemos instrumentar un método adaptado a nuestro país para realizar prevención.

¿Está hablando de instaurar un protocolo al respecto?

Sí, pero además ver cómo vigilamos que se cumpla, con auditorías, inspecciones y cosas que puedan concientizar a los médicos sobre el problema.

Esa es una meta que tenemos para el 2010 en la cual vamos a trabajar todo el año. Queremos que las autoridades de salud pública nos ayuden desde el Fonasa y participen del tema.

