

III. La cirugía como especialidad

Jorge Escotto Velázquez
Hospital General de México, SSA

(Recibido, octubre 31, 1994; aceptado, noviembre 30, 1994)

Resumen

Se hace una breve reseña del nacimiento de la cirugía como especialidad en nuestro medio; se presenta, además, el estado de la enseñanza de la cirugía antes de la Segunda Guerra Mundial y su desarrollo posterior, tomando como eje a este conflicto bélico; se señala la importancia de la enseñanza tutorial y del conocimiento anatómico. Se recuerda el importante papel de la Facultad de Medicina de la UNAM para lograr la inclusión de la cirugía en la carrera de médico cirujano; se aborda su evolución en el posgrado, así como el papel de la Academia Mexicana de Cirugía y de las instituciones de salud y educativas en la definición del perfil profesional del cirujano general y en la modificación de los años de entrenamiento de la especialidad. Finalmente, se consideran aspectos importantes como iatrogenia, ética y costo-beneficio. Se concluye sobre la necesidad de conjugar la creatividad y la pasión en beneficio del ser humano.

Palabras clave: Cirugía - Especialidad - Teaching - Academia Mexicana de Cirugía

Summary

A review of the origins of surgery as a specialty is presented, as well as an overview on the teaching of surgery prior to World War II. The review stresses the importance of tutorial teaching and of anatomical knowledge. The important role played by the School of Medicine, UNAM, regarding inclusion of surgery as part of the medical curriculum and its evolution to the graduate level is described. The role played by the Mexican Academy of Surgery and other educational and health institutions in defining the professional profile of the general surgeon and in changing the length of specialized training is also analyzed. Finally, important aspects, such as iatrogenesis, ethics, cost-benefit, are discussed. The need of conjugating creativity and passion for the benefit of mankind is stressed.

Key words: Surgery - Specialty - Teaching - Mexican Academy of Surgery

Antes de la segunda guerra mundial, la cirugía se ejercía como una parte de las actividades del egresado de la entonces Escuela de Medicina con el título de Médico Cirujano. Los cirujanos eran auténticos colosos, que casi sin anestesia, sin venoclisis y sin antibióticos ejecutaban con increíble destreza y rapidez la mayor parte de las operaciones que se practican actualmente.

La enseñanza era tutelar, los maestros eran autodidactas, estudiosos de los textos de cirugía de autores franceses o alemanes, pues sólo unos cuantos habían tenido el privilegio de asistir a los hospitales europeos. La disciplina era estricta, se dominaba la anatomía y se practicaban constantemente en el cadáver las técnicas quirúrgicas para adquirir esa impresionante destreza. Durante el acto quirúrgico se llevaban cuidadosamente los tiempos y con

escrupuloso celo se cuidaban los momentos sépticos con el cambio de compresas, instrumental y guantes. Sólo así se podía explicar el feliz resultado de sus intervenciones.

Al terminar la guerra, el descubrimiento de los antibióticos, el uso del cuentagotas de Murphy que permitió el uso de venoclisis, los conocimientos en las alteraciones fisiopatológicas provocadas por el trauma quirúrgico y los adelantos en las técnicas de anestesia, permitieron incursionar con seguridad en terrenos antes vetados al cirujano. Sin embargo, en todo el mundo, estos nuevos conocimientos que parecían haber simplificado la cirugía, relajaron la disciplina y el rigor quirúrgico para que ingresaran a los quirófanos personas audaces, mal preparadas y con poco sentido de responsabilidad, que causaron todo tipo de complicaciones y la iatrogenia empezó a

popularizarse, al grado que en la década de los cincuenta, en nuestros hospitales, mes con mes los programas de cirugía incluían las reoperaciones para corregir los desafortunados resultados de las actividades de esta nueva clase de "cirujanos".

La extirpación de órganos sanos, las graves lesiones producidas durante el acto quirúrgico, las infecciones y el aumento de día-cama, motivó el establecimiento en las instituciones hospitalarias de comités de tejidos, comités de infección, comités de morbi-mortalidad y comités de ética.

El enorme y permanente avance en los procedimientos diagnósticos y en la tecnología aplicada a la cirugía ha hecho crecer en forma impresionante el costo de la cirugía y ha abierto un nuevo rubro en la problemática, el del costo-beneficio de las acciones del médico, que en algunas circunstancias llega a ser determinante en las decisiones del cirujano, presionado por las limitaciones de la economía del paciente, las normas de los hospitales, las políticas del estado y el temor cada vez más real de sufrir con razón o sin ella una reclamación legal. La cirugía no es en el presente un problema estrictamente médico, pues está inmersa en un universo técnico-científico, económico, socio-político y legal, además de que el desarrollo de las especialidades y subespecialidades quirúrgicas ha hecho crecer en forma imponderable su horizonte.

Los problemas requieren soluciones y con objeto de abordarlos globalmente se han diseñado programas para mejorar en forma integral la calidad de las acciones relacionadas con los actos quirúrgicos, incluyendo mecanismos para abatir los costos. Estos programas se han copiado de los que, con este fin, utilizan las grandes industrias norteamericanas. Deben aplicarse en forma impersonal pues no son para dictar sanciones o castigos, sino, por el contrario, para identificar los problemas y proponer soluciones y utilizarlas sobre la marcha. Esto ha mejorado la calidad y disminuido los costos de la cirugía en Estados Unidos de Norteamérica^{1,2}.

Los visionarios responsables de la medicina en nuestro país, desde hace mucho tiempo, establecieron en los hospitales las residencias quirúrgicas y los Departamentos de Enseñanza e Investigación y en la Escuela de Medicina de la UNAM se creó la División de Estudios de Postgrado que le concedió el rango de Facultad, ejemplo que siguieron otras universidades del país. La apertura de los hospitales norteamericanos a los cirujanos mexicanos contribuyó de manera

significativa a la preparación de los nuevos maestros de la cirugía, quienes, en comunión con sus maestros mexicanos, iniciaron con criterio actualizado los cursos de posgrado.

Por otra parte, en la enseñanza de pregrado, en los albores de los cincuenta y a principios de los sesenta, se le dio especial énfasis al estudio de las especialidades y se decía, entonces, que cada maestro pretendía hacer de sus alumnos especialistas en la materia que impartía, ojalá y así hubiera sido, pues la suma de conocimientos especializados formaría, como fue en algunos casos, a magníficos profesionales.

La enseñanza de la cirugía en el pregrado también se mejoró con la inclusión de la técnica quirúrgica en perros y la materia de terapéutica quirúrgica tenía gran relevancia. En esos tiempos, era común que los alumnos participaran como ayudantes o cuando menos observadores de las operaciones que realizaban sus maestros.

Poco a poco se le dio más importancia a la preparación de médicos generales, preparados para ser médicos familiares capaces de resolver los problemas de salud más frecuentes en la comunidad, diseñar y aplicar normas de prevención y rehabilitación y fue común que los programas de estudio fueran dobles, pues uno de ellos tenía el carácter de experimental.

El actual programa de la Facultad de Medicina de la UNAM es único y la temática de la cirugía se desarrolla en el segundo y en el cuarto año de la carrera para que los alumnos tengan una información muy panorámica de lo que es la cirugía y adquieran algunas destrezas que de ninguna manera están orientadas para que en estos niveles se formen los cirujanos generales. Hasta ahora no se han diseñado en las escuelas de medicina las pruebas que permitan identificar las tendencias, actitudes y aptitudes del estudiante para orientar y desarrollar en forma más eficaz y adecuada sus capacidades. En otros países se han hecho intentos para definir las características de la personalidad del cirujano y se ha tomado, como modelo, un programa de selección de la Real Fuerza Aérea³ que identifica algunos rasgos del temperamento y personalidad. Estas pruebas son orientadas y no limitativas, pero pueden ayudar a precisar en forma más objetiva la vocación de los que aspiran a ser profesionales en el área de la medicina y si esto funcionara quizá se podrían diseñar programas que, en su momento, separen dos vertientes de la enseñanza, una para los que aspiran a desarrollar

actividades quirúrgicas y otras para los que desean cultivar actividades estrictamente médicas administrativas o de medicina social.

En el presente, no se discute ya el que la cirugía sea o no una especialidad, por el contrario se acepta que cada día son más los padecimientos que requieren para su tratamiento de intervenciones quirúrgicas, ejecutadas por cirujanos con una sólida y metódica preparación. Lo que ha sido motivo de inquietudes y reflexiones es definir las características que debe tener el perfil del cirujano mexicano, para poder practicar la cirugía general con eficacia y sin perder de vista cuáles son los padecimientos quirúrgicos más frecuentes en nuestro país, las características socioeconómicas de la población y la posibilidad de que las autoridades del sector salud apoyen estos programas de posgrado para preparar cirujanos generales.

En agosto de 1977, se creó un programa universitario de 3 años para el curso de especialización en cirugía general. En varias ocasiones, grupos de trabajo aislados trataron de revisarlo y actualizarlo para proponer uno que lo sustituyera con ventajas, pero no lograron resultados concretos.

El cuerpo directivo de la Academia Mexicana de Cirugía, que tuvo el honor de presidir durante el trienio 1990-1991, conocedor de estos problemas, programó un taller que durante cuatro días trabajó tiempo completo, con la intención de definir el perfil profesional de cirujano general, capaz de atender la demanda de nuestra población para la solución de padecimientos quirúrgicos de segundo y tercer nivel.

Aceptaron la invitación para asistir y participaron grupos multidisciplinarios de especialistas, representantes de las siguientes instituciones:

Educativas:

- Facultad de Medicina de la UNAM
- Facultad de Medicina de la UANL
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Asistenciales Públicas:

- Secretaría de Salud
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Departamento de Distrito Federal
- Petróleos Mexicanos

- Hospital Central Militar

Asistenciales Privadas:

- Hospital American Brithish Cowdray
- Hospital Angeles del Pedregal

Academias:

- Academia Nacional de Medicina

Asociaciones y Consejos:

- Asociación Mexicana de Cirugía General
- Consejo Mexicano de Cirugía General

También participaron cirujanos generales egresados de residencias y cursos universitarios que aportaron su valiosa experiencia personal.

El taller fue coordinado por el entonces Secretario de la Academia Mexicana de Cirugía, César Athié Gutiérrez.

El citado taller se dividió en tres partes; en la primera los representantes de las instituciones asistenciales, sedes de curso de posgrado, dieron a conocer el estado actual del perfil profesional del egresado de la especialización en cirugía general y los exalumnos opinaron acerca de la utilidad de la enseñanza recibida en su práctica médico quirúrgica. El Consejo Mexicano de Cirugía General informó la experiencia obtenida en las evaluaciones que efectúan estos especialistas, la Asociación Mexicana de Cirugía General presentó el resultado de una encuesta realizada entre sus miembros. En la segunda parte, las instituciones asistenciales presentaron sus estadísticas de morbilidad y letalidad, por patología quirúrgica, de la población que atendieron en los últimos cinco años. Además, se incluyeron conferencias de apoyo y guías de nociones de planeación educativa y diseño curricular. En la tercera parte, el grupo se dividió en cuatro micro-talleres, cada uno de ellos con un conductor, un moderador, un secretario relator, bibliografía de apoyo y una guía de discusión para intercambiar opiniones. Cada uno de los grupos presentó en reunión general las conclusiones y en esa forma se dio lugar a la propuesta final.

En las conclusiones y proposiciones, que resultaron de los trabajos de ese taller, se aceptó como definición de especialista en cirugía general, la expresada por la Academia Mexicana de Cirugía: "Aquel que ha cursado y aprobado todos los créditos de un programa de posgrado en cirugía general que le ha proporcionado los conocimientos y destrezas que le

permiten diagnosticar y tratar, en un medio hospitalario de cualquier nivel que cuente con los recursos necesarios, a los enfermos con padecimientos de todo el organismo más frecuentes en nuestro medio y cuyo tratamiento es quirúrgico, con excepción de las enfermedades que requieran de alta especialización para su diagnóstico y terapéutica. Deberá ser capaz de seleccionar los pacientes y los procedimientos adecuados para efectuar cirugía electiva o de urgencia, en personas de cualquier edad y sexo, así como estar familiarizado con los hallazgos operatorios y las dificultades técnicas y específicas. Actuará con criterio oncológico frente a los problemas que plantean las neoplasias y será capaz de integrarse a los sistemas de salud al servicio de la comunidad".

De todas las conclusiones sólo se mencionarán dos:

- Que la residencia de la especialidad de cirugía general, para cumplir con los objetivos del programa, debe ser de un mínimo de 4 años.
- Que el curso de cirugía general es básico para el desarrollo de otras especialidades quirúrgicas.

El resto de las conclusiones, así como la temática específica de la enseñanza, está consignado en el

Referencias

1. Dufek S y col. The total quality process applied to the operating rooms and other clinical processes. *Surgery* 1993;113:255-9.
2. Ballinger WF, Hepner JO. Total quality management and continuous quality improvement: An introduction for surgeons. *Surgery* 1993;113:25-4.

documento memoria de este taller que se pone a la disposición de quienes deseen consultarlo.

La seriedad del trabajo desarrollado durante el taller, la sensatez de las conclusiones y lo completo de la temática del programa de enseñanza, convencieron a las autoridades del sector salud de ampliar el período de la residencia a cuatro años.

La Facultad de Medicina de la UNAM aceptó el programa del taller en términos generales y sólo hizo algunas pequeñas modificaciones. Es deseable que estos programas se revisen periódicamente para mejorarlos de acuerdo con los avances que se presenten en el área de la cirugía.

Para terminar, quiero recordar que la actividad del cirujano puede elevarse a niveles de excelencia con dos cualidades fundamentales: la creatividad y la pasión. Creatividad con imaginación para diseñar nuevos procedimientos diagnósticos, nuevas técnicas quirúrgicas o nuevo instrumental; pasión para poner con humildad, desinterés y devoción mística su sabiduría, su experiencia y su destreza al servicio del ser humano que, indefenso, está sujeto a la mesa de operaciones.

3. Schwartz RW y col. Defining the surgical personality: A preliminary study. *Surgery*, 1994;115:62-8.