

EL CRITERIO ONCOLOGICO EN CIRUGIA¹

I

CONCEPTO E IMPLICACIONES DEL CRITERIO ONCOLOGICO EN LA PRACTICA MEDICA

HORACIO ZALCE²

TOMANDO en cuenta opiniones múltiples vertidas durante trabajos y comentarios leídos durante los últimos años en esta Corporación, pareció a la mesa directiva que un tema de interés para discutir, esclarecer, y en su caso elaborar recomendaciones pertinentes, era el referente al criterio oncológico. A este respecto se nombró un grupo de trabajo o comité, que sería presidido por el doctor Luis Farill en su carácter de presidente de la Sección de Cirugía, y los académicos Luis Castelazo Ayala, Julieta C. de Laguna, Carlos Pacheco, Manuel Quijano Narezo y Horacio Zalce, quedando como coordinadora la doctora Laguna.

Desde las primeras reuniones se hizo evidente la necesidad de definir el criterio oncológico, lo cual se logró al través de un intento de definiciones di-

rectas y de ejemplos de lo que su falta parecía acarrear.

Se pensó que un buen parámetro para juzgar el grado de información profesional de cualquier actividad médica lo representa el porcentaje de enfermos que son bien manejados conforme a los criterios ortodoxos de las diversas especialidades a las que pertenecen. Y fue el sentir general de que, en lo que toca a la Oncología, visto en función de tal parámetro, este nivel dista mucho de ser, ya no digamos elevado, sino ni siquiera medianamente aceptable en nuestro país, tomado en su conjunto y juzgado al través de la experiencia, tanto institucional como privada.

En efecto, tanto desde el punto de vista cuantitativo como del cualitativo se encontraron errores manifiestos, y esto pareció al grupo de trabajo de particular interés, ya que en pocas especialidades como en la Oncología el manejo adecuado, que comienza desde el plan-

¹ Mesa redonda presentada en la sesión ordinaria del 29 de abril de 1970.

² Académico numerario, Instituto Nacional de Cancerología.

teamiento del problema clínico y culmina con el consejo o el acto terapéutico, revisten tanta importancia. Se ejemplificó: una hernia que se reproduce es corregible; un prolapso uterino que recidiva también lo es. Pero un error de juicio o de conducta en un enfermo portador de una neoplasia maligna, sella habitualmente de manera desfavorable, y para siempre, su porvenir. La proporción de enfermos mal manejados, al hacerse evidente, señala que el nivel médico general y el de información oncológica en particular son, en términos generales, desafortunadamente bajos en nuestro país, y el estudio de los factores que a ello contribuyen señala hacia la ausencia de un buen criterio general y, más específicamente, de criterio oncológico, como el elemento primordial para que, a partir del momento en que debiera sospecharse la existencia de un tumor maligno, los errores se produzcan, se repitan, y aun se perpetúen.

Tras de discusión *in extenso* el grupo de trabajo ha llegado a la conclusión de que el criterio oncológico representa la suma de varios factores, por otra parte bien sencillas y al alcance de cualquier buen médico, sea éste internista o cirujano, y que son: 1) conocimiento somero, pero firme, de la naturaleza general del fenómeno maligno, esto es, su historia natural, sus grandes grupos de clasificación, sus vías habituales de diseminación, su tendencia a la recurrencia, su curso fatal si no es tratado o si lo es en forma inapropiada; 2) concepto del grado de extensión clínica más importante aún que el mero diagnóstico microscópico direc-

to, con la consecuente e imprescindible necesidad de exámenes físicos completos y estudios de laboratorio y gabinete complementarios, intencionados y específicos para cada esfera orgánica; 3) familiarización y cumplimiento en su caso, con los lineamientos básicos e imprescindibles de la cirugía oncológica que en seguida se enumeran: *a)* margen tridimensional; *b)* escisiones en bloque y no fragmentarias o por morcelación; *c)* límites anatómicos fijos y predeterminados, particularmente cuando junto con un primario, se extirpa un área linfoportadora de primer relevo; *ch)* empleo de disección cortante y no roma; *d)* aborde y manejo temprano del hilio, en su caso, y *e)* técnica atraumática, particularmente en el manejo de la estructura u órgano por reseca, portadores del tejido neoplásico maligno. Durante las discusiones se ilustraron ampliamente los errores cometidos o cometibles al transgredirse uno o varios de estos lineamientos: ejemplos de falta de valoración de la extensión clínica lo dan los increíbles casos en que se ha llevado a la mesa de operaciones, para histerectomizarla, a una enferma sobre la base del mero interrogatorio, sin haber hecho siquiera el más elemental examen ginecopélvico: un tacto vaginal. O la ejecución de una mastectomía radical sin el obligado estudio radiológico que hubiera demostrado metástasis pulmonares que se evidenciaron apenas tres semanas después de la operación, cuando una tos pertinaz indicó la necesidad del estudio radiológico mencionado. Y los ejemplos se repitieron *ad infinitum*. No se siguen los lineamientos de la cirugía oncoló-

gica señalados cuando se escinde un tumor maligno sin margen lateral, o se hace un despegamiento romo por fuera de la presunta "cápsula" de un tumor maligno de partes blandas. O cuando, lo que constituye uno de los mejores ejemplos de transgresión a lo señalado en el inciso *d*) cuando se extirpa un riñón canceroso por vía lumbar, la que no permite ni la exploración del peritoneo, ni la búsqueda de metástasis hepáticas, ni el abordaje, valoración y manejo de la vena renal y que, lo que es peor, propicia la diseminación hematógena del tumor merced a las manipulaciones a que obliga dicha vía, ya que en ella es el órgano portador de la neoplasia, el riñón, lo que primero se presenta al cirujano; 4) concepto claro de curación y paliación, que son imprescindibles para la delineación y la actitud o índole de tratamiento; 5) el convencimiento absoluto, traducido en conducta, de que el problema del enfermo neoplásico operado no termina en el momento en que la herida cicatriza, sino que esto apenas inicia una larga e imprescindible época de observación periódica e intencionada, que en ningún caso será menor de cinco años.

Después de analizar y admitir la sencillez, pero al mismo tiempo el carácter *sine qua non* de todos estos factores, y de aceptar que existe un elevado número de casos mal manejados, conforme a los criterios estipulados y a la fatal marcha clínica consecuente, se llegó a la conclusión de que la causa de ello radica en que falta en el graduado —naturalmente en términos generales— información adecuada y oportuna.

Se discutió lo que se ha hecho, o se hace, en un esfuerzo para tratar de corregir esta deficiencia al nivel ya del graduado: simposios de sociedades médicas especializadas, mesas redondas, cursos monográficos, cursos de especialización, tal como el que imparte la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM, libros de Cancerología y folletos de propaganda laica. La persistencia en los altos porcentajes de enfermos mal manejados, muestra que tales esfuerzos son, a ese nivel, punto menos que ineficaces. A esto se añade la conclusión de que, si bien hay especialistas dentro de las diferentes ramas de la Medicina que saben y pueden manejar los problemas oncológicos respectivos a ellas, representan una minoría, una élite, y habitualmente están centralizados en algunas de las grandes instituciones médicas de la capital, y que, por ende, no representan ni el nivel habitual de los especialistas, ni para todo el país. Se analizaron *in extenso* los casos de algunas especialidades en las que con mayor frecuencia —responsabilizando, por supuesto, al especialista y no a la especialidad— se cometen y luego aparecen los grandes errores de manejo. Y son en las instituciones oncológicas las que en fin de cuentas van a recibir este lastimoso material clínico.

Se concluyó, por tanto, en que si los hechos demuestran un nivel bajo en el graduado, el punto de interés crítico de enfoque de los esfuerzos debiera efectuarse a nivel del pregraduado, cuando estén en proceso de formación los criterios generales médicos, y puedan estos ser conformados según los li-

neamientos oncológicos básicos enuncian-
dos.

Al investigar la ausencia o presencia actual de la Oncología en los currículos de diversas escuelas de medicina, a fin de valorar su grado de desarrollo o importancia curricular —y al mismo tiempo sugerir lo conducente frente al cuadro antes descrito, de ineficacia global frente al problema—, se encontraron algunos datos que parecieron de interés para comunicar a la Corporación.

a) En la Escuela Superior de Medicina del IPN existe la materia, con carácter obligatorio y un programa a la vez intensivo y extensivo, casi equivalente a un curso de especialización;

b) En la Facultad de Medicina de la UNAM existen, pero dentro de las 151 materias *optativas*, ocho relacionadas con temas oncológicos: tres se denominan Oncología o Introducción a la Oncología y cinco cubren temas relacionados con ella: sarcomas y tumores pseudosarcomatosos, citología exfoliativa, virus oncogénicos, tumores óseos y terapéutica oncológica.

Del estudio de los temarios, calendarios, horarios y créditos se tuvo la convicción de que existe una falta absoluta de coordinación y orientación entre ellos, de información al profesorado y

a los oncólogos no involucrados en esos cursos y se señalaron dos hechos fundamentales evidentes: primero que, siendo optativas, por definición se imparten sólo a un grupo muy reducido y no a todo el alumnado, y segundo que, en vista de las consideraciones de párrafos previos, los cursos han sido, por lo menos, ineficaces para los fines objeto del trabajo de este comité.

Por otra parte quedó de manifiesto que la enseñanza de la Oncología ha quedado incluida dentro del temario de las diferentes especialidades, y que, aun aceptando que en muchos casos, dichos temas son abordados en forma comprensiva y adecuada, el resultado global dentro de la gran masa de graduados puede considerarse como prácticamente nulo.

Es, pues, evidente que si se quiere —como se debe— corregir el estado de cosas consecutivas a la flagrante carencia de criterio oncológico en tan elevado porcentaje de graduados, nivel al cual la información llega a pocos, o a muchos demasiado tarde, habrá de hacerse un esfuerzo firme, y sostenido, para que se incorporen estos conocimientos, pero no con carácter potestativo u optativo, a lo largo de un extensivo más que intensivo programa en el currículo del pregraduado.

II

LA CIRUGIA ONCOLOGICA EN LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES

CARLOS R. PACHECO¹

LA ENSEÑANZA de la oncología debe formar parte importante durante toda la vida profesional del médico especialista, no dedicado particularmente a la Cancerología. Este adiestramiento en Oncología y de manera fundamental en Cancerología, debe de iniciarlo desde su primer año de residencia en el hospital. Ya en la actualidad, no es concebible el calificativo de especialista, si no se ha obtenido este título mediante un adiestramiento durante un mínimo número de años en un hospital de enseñanza y preferentemente con reconocimiento universitario, que garantiza lo adecuado del material y de las instalaciones, así como la aptitud del profesorado.

Desde el primer año de residencia, el médico debe entrar en contacto con los aspectos de diagnóstico y tratamiento del proceso neoplásico; ya sea que haya escogido una especialidad puramente médica y de manera muy particular si su elección se hizo hacia una especialidad medicoquirúrgica. Tratándose de una actividad médica su obligación es elaborar el diagnóstico oportuno

y formular la indicación terapéutica adecuada. En cambio, si su especialidad es medicoquirúrgica además del diagnóstico y de la indicación terapéutica llevará a cabo la intervención quirúrgica, pues la gran mayoría de los casos de neoplasias malignas son tributarios de la cirugía para su curación.

El futuro especialista durante su época de residente deberá familiarizarse en la clínica con el paciente portador de un proceso neoplásico, aprendiendo las distintas modalidades sintomáticas que se presentan, o la variación que el proceso maligno imprime a síntomas ya existentes. Aprenderá cuáles son los procedimientos de diagnóstico, tales como los exámenes citológicos de exudados o de lavados hechos a territorios donde se supone la existencia de la tumoración; los estudios radiológicos que proporcionan imágenes que pueden hacer sospechar fuertemente el padecimiento de que se trata; las tomografías y las radiografías con medios de contraste, que permiten avanzar más en el diagnóstico y que ayudan en gran manera a planear la terapéutica; la práctica de endoscopias, ya sea que el médico las vaya a llevar a cabo o que esté capacitado para indicarlás cuando

¹ Académico numerario. Centro Médico "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social.

se haga necesario y que darán datos muy importantes respecto a la existencia, localización y extensión del tumor así como a sus posibilidades terapéuticas; la toma de biopsia en sus distintas variedades, por escisión de tejido o por punción extrayendo un fragmento de la neoplasia, así como realizar la interpretación que envíe el patólogo al hacer la descripción celular.

Su estancia en el departamento de anatomía patológica es de particular importancia, pues ahí tendrá oportunidad de practicar autopsias de cadáveres con neoplasias, en donde podrá conocer con detalle los aspectos macroscópicos y microscópicos de la lesión, así como sus capacidades de invasión y de enviar metástasis. También debe cumplir parte de su entrenamiento en los departamentos de radiología y de endoscopia en donde podrá conocer procedimientos especializados orientados al diagnóstico del cáncer.

Si ha escogido una especialidad médicoquirúrgica deberá participar desde su primer año de residencia en el tratamiento quirúrgico de los enfermos con neoplasias malignas, al principio como ayudante y en su último año de adiestramiento como cirujano; naturalmente esta intervención en el tratamiento quirúrgico implica la preparación preoperatoria del enfermo y el cuidado postoperatorio.

Además, durante toda la época de su residencia en que se está formando especialista, debe participar activamente y de acuerdo con un programa previamente establecido, en las labores académicas del hospital, como sesiones o revisiones bibliográficas, sesiones anato-

moclínicas, fisiopatológicas y conferencias en donde con frecuencia se traten diversos aspectos del cáncer.

Naturalmente la residencia lo inicia en la especialidad y son la práctica y el estudio que realiza con posterioridad los que aumentan su experiencia. Será mejor especialista aquel que ejerza en un medio hospitalario, participe en la enseñanza y haga investigación. Es la institución hospitalaria la que va a formar a la vuelta de los años al mejor especialista, pues ahí tiene ocasión de estudiar una gran cantidad de enfermos y de discutir los casos e intercambiar impresiones con sus compañeros médicos, así como de comprobar la validez de sus diagnósticos con los estudios de necropsia. Su participación en sociedades y en eventos científicos de su especialidad será obligada, pues ahí podrá presentar sus experiencias y confrontarlas con las de colegas de otras instituciones de asistencia y de enseñanza médicas. Naturalmente, tal medio médico, le permite estar al día en los avances de la ciencia en su especialidad y como consecuencia respecto al cáncer que constituye un capítulo fundamental en el ejercicio de la Medicina.

El especialista tiene oportunidad de ver al enfermo portador de una neoplasia, la mayoría de las ocasiones enviado por el médico general con la etiqueta de un padecimiento de su especialidad, tanto en la Medicina de clínicas como en la de hospital y es él quien debe establecer el diagnóstico a la mayor brevedad posible, pues el transcurso del tiempo disminuye las posibilidades de curación en la terapéutica de los tumo-

res malignos. En seguida establecerá la indicación del tratamiento que puede ser radioterápico o quirúrgico; si se trata de la primera eventualidad enviará al enfermo al oncólogo radioterapeuta y si de la segunda, llevará a cabo la operación que el caso requiera.

Para practicar la intervención quirúrgica, debe tener en mente, que en algunas ocasiones, a pesar de haberse planeado determinada operación, al exponer el campo operatorio no puede realizarse una cura radical y se tendrá que conformar con llevar a cabo una operación paliativa o con no practicar ninguna. Si la exploración durante el acto operatorio le permite concluir, que sí está en posibilidad de practicar una intervención curativa, debe observar al llevarla a cabo, estrictamente los principios de la cirugía oncológica, es decir, tener el concepto claro: de toma o no de biopsia transoperatoria; de diseminación hematógena; de extensión del tumor y de sitio donde debe hacer la sección; de no practicar disecciones romas sino por corte y de explorar correctamente los territorios linfáticos correspondientes así como extirparlos adecuadamente.

Además, el especialista debe tener el concepto de lo que en cáncer significa operación paliativa o sea llevar a cabo una intervención quirúrgica como único recurso terapéutico para quitar una severa molestia al enfermo. El campo de aplicación de estas operaciones es reducido y quizá encuentren indicación para suprimir la hemorragia, la infección o el dolor que no se han podido yugular por otros procedimientos. Sin embargo, la operación paliativa es obli-

gada cuando se trata de restituir funciones indispensables para la vida.

El médico especialista debe también conocer, que cuando ya no hay indicación quirúrgica, ni curativa ni paliativa, o cuando se llevó a cabo una resección que probable o seguramente dejó tejido tumoral, está en la obligación de hacer intervenir en el tratamiento del enfermo al oncólogo general para que proceda a la aplicación de radio o quimioterapia según convenga. Sabrá también, que algunas veces debe enviar al enfermo al radioterapeuta para que reduzca el volumen del tumor y después esté en posibilidad de ejecutar la intervención quirúrgica que había planeado.

Cuando haya realizado una extirpación curativa del tumor, es decir, con informe anatomopatológico de que sus cortes se han verificado en tejido sano, debe continuar la vigilancia de su enfermo, no sólo desde el punto de vista de su especialidad donde puede encontrarse una recidiva del tumor, sino de la economía general del paciente, conociendo la historia biológica de la tumoración, para que a la menor sospecha de metástasis solicite la intervención del especialista correspondiente.

Más aún, debe conocer de aquellos tumores que dan metástasis en el aparato o sistema motivo de su especialidad y por lo tanto, saber los mecanismos de diseminación linfática o hematógena de neoplasias distantes, conociendo cómo establecer su diagnóstico y las medidas terapéuticas que deben emplearse.

Finalmente, el especialista no oncó-

logo que ejerce tanto los aspectos médicos como quirúrgicos es quien se encuentra en la mejor situación para elaborar el diagnóstico e instituir la terapéutica del cáncer en el territorio que él cultiva; pues dispone de los conocimientos y de los procedimientos necesarios para hacer el diagnóstico diferencial con las otras enfermedades que se presentan en el aparato o sistema motivo de su especialización, puede elabo-

rar la indicación terapéutica con precisión y ejecutar el tratamiento quirúrgico si se hace necesario, apegado a los principios generales de la cirugía oncológica y más aún, está en posibilidad de vigilar al enfermo cuando lo ha tratado de una neoplasia maligna, convirtiéndose en director del tratamiento, o bien, de referirlo a otros especialistas a la menor sospecha de metástasis en otro aparato o sistema.

III

LA FORMACION DEL CIRUJANO ONCOLOGO

HORACIO ZALCE¹

EL TÍTULO de esta contribución debería cambiarse a "La formación del oncólogo cirujano". Y no es un mero juego de palabras. En la misma forma en que el radioterapeuta "puro" no tiene cabida en la práctica oncológica, pero que en forma más fácil gravita hacia los problemas clínicos que plantean las neoplasias malignas, el cirujano oncólogo debe ser formado e informado como oncólogo primero, y luego tomar la rama quirúrgica de esta amplia especialidad.

Desde el punto de vista práctico lo ideal es que un buen cirujano general se adentre en los principios básicos de la oncología, esto es, se familiarice con

lo fundamental de la radiología y la física de la radiación, la historia natural de los tumores, su respuesta y grado de curabilidad ante los diversos agentes terapéuticos, y que maneje con soltura la fase clínica del estudio de los enfermos, o ejecute cierto tipo de endoscopias, esto es que adquiera el "criterio oncológico" para que pueda y, sobre todo, sepa, aplicar los ya señalados desiderata, característicos y *sine qua non* de la cirugía oncológica.

En nuestro medio asistencial y de especialización universitaria, y como está concebido el curso de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, esto lleva dos años. A partir de entonces se inicia la

¹ Académico numerario. Instituto Nacional de Cancerología.

parte quirúrgica activa en la que se muestran, en la práctica y en los enfermos en que la indicación operatoria está perfectamente establecida, todos los principios rectores de la cirugía oncológica: el margen tridimensional adecuado, particularmente evidente en el manejo de los tumores malignos de partes blandas, en los que se enseña al educando de este nivel a huir de las "cápsulas", y de los "planos de despegamiento"; o en las mastectomías radicales, en las que el tallado de colgajos delgados hasta límites anatómicos bien definidos permite la inclusión dentro de la pieza operatoria de una gran cantidad de grasa perimamaria ambiente, que constituirá el tejido que proporcione la necesaria tridimensionalidad al margen. Y la disección cortante. Y la precisión de límites anatómicos como en la disección radical de cuello. Y la importancia y practicabilidad de las escisiones en bloque y en continuidad de un primario activo con el área linfoportadora de primer relevo, etcétera.

Al principio el educando fungirá como segundo ayudante, para pasar en plazo variable, pero siempre breve, a ser un primer ayudante activo, entendiendo por esto que será fundamentalmente el encargado de la hemostasis, de la exposición adecuada y de colaborar en la disección de las estructuras importantes, así como de orientar y dirigir la actividad del segundo ayudante.

Será el encargado de la vigilancia, prescripción y ejecución de las curaciones en el curso postoperatorio del enfermo, con la orientación y bajo la supervisión del cirujano. Esto es, se mantendrá vigente el punto de vista

de que el que sólo aprende a operar termina por ser un mero operador y no un cirujano.

Después, y bajo la dirección y, preferentemente ayudado —con carácter de primer ayudante— por uno de los encargados de servicio clínico, habitualmente profesor instructor o conferenciante dentro del curso, efectuará intervenciones como cirujano, pero sin que abandone u olvide su responsabilidad en el postoperatorio del enfermo. Estas operaciones serán de dificultad creciente, llegando hasta histerectomías radicales, disecciones de cuello, etc.

En cuanto a los residentes del Hospital General —aun cuando en la actualidad se señala el requisito de que deben tomar el curso que ofrece la UNAM— algunos de ellos son adscritos por una temporalidad que no dura los tres años, pero durante su estancia están recibiendo enseñanza, no solamente en cuanto a la cirugía, sino que, manejándose en el servicio solamente enfermos con neoplasias, tanto benignas como malignas, aprenden bastante de los principios oncológicos generales, y están expuestos a la experiencia insustituible, de trabajar en una institución que es característica de lo que se puede llamar un verdadero buen ambiente oncológico, que se vive día a día y que, como tal, puede en gran medida suplantarse a la mera teoría.

Por otra parte, y como muy importante suplemento de esta, los residentes y de hecho todos los médicos que no están en la nómina del hospital, son considerados miembros *pro tempore* de la Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos, con todas las obligaciones

y derechos (excepto el pago de cuotas y la posibilidad de ser electos para integrar la mesa directiva) de los miembros activos.

Las oportunidades de que los residentes lleguen a ser los cirujanos operadores, varían de institución a institución, tanto en función del elemento humano como en función de plan organizacional y de adiestramiento postgraduación de cada una de ellas. Y esto se pone en evidencia al comparar las unidades de Oncología del Hospital General de la S.S.A., y del Centro Médico del I.M.S.S., con lo que ocurre, v.gr., en el Instituto Nacional de Cancerología, institución semidescentralizada de la S.S.A. y en donde los residentes han encontrado un excelente lugar de trabajo.

Es razonable esperar que, si llega a efectuarse y a concederse la suficiente e impostergable atención a la incorporación de los elementos que convencionalmente hemos acordado designar como "criterio oncológico" en la fase pregraduación de las Escuelas de Medicina *todas* del país, la abismal diferencia que separa al médico general, al especialista de otras ramas que maneja los problemas neoplásicos de su disciplina y aun a los residentes de los Hospitales Generales —y sobre todo los de provincia— del actual oncólogo especializado, se habrá reducido en forma importante, lo que redundará en obvio beneficio de tantos miles de enfermos que, en la actualidad, son manejados de una manera que —por lo menos— puede calificarse de insatisfactoria.

IV

EL CRITERIO ONCOLOGICO EN LA EDUCACION PERMANENTE DEL MEDICO

LUIS CASTELAZO-AYALA¹

B IEN ASENTADA la necesidad de que los principios que han de orientar la terapéutica anticancerosa vayan infiltrándose en el estudiante de Medicina al tiempo que se le va mostrando la

naturaleza misma de la enfermedad, primero en su concepción general y después en sus diversas localizaciones; concebida la delineación de los objetivos que el médico ha de satisfacer en todos los casos en que enfrente problemas oncológicos y enseñados en forma de puntos concretos en los progra-

¹ Académico numerario, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1. Instituto Mexicano del Seguro Social.

mas de asignaturas obligatorias y optativas dentro de los ciclos clínicos de estudios para licenciatura en medicina; mostrada la importancia de que los programas de especialización en las diferentes ramas médicas que se estudian en forma de residencias o cursos específicos contengan la conveniente proporción —en extensión, profundidad y tiempo— de estudios oncológicos y de que en ellos se destaquen los puntos claves de lo que aquí se ha definido como “criterio oncológico” en el abordaje de los problemas de este ramo; analizado el papel trascendente que en todo caso representa la Oncología como especialidad rectora que polariza los casos de manejo difícil para otras disciplinas al tiempo que orienta a todas las demás especialidades sobre nuevos conceptos, recursos, técnicas, etc., quedaría por señalar la forma en que todo este conocimiento se mantenga vivo y actualizado, de manera constante, a lo largo de la vida del médico para que éste traslade siempre a su práctica diaria los principios mencionados, aún cuando ello le represente —en aras de la ética y de la dignidad profesionales— prescindir de intervenciones en aparente detrimento de su prestigio ante colegas y clientela y renunciar a los emolumentos correspondientes.

La disposición del médico para estudiar durante toda su vida —quien no la tenga, posee un concepto erróneo o anacrónico de la profesión que ha adoptado— debe encontrar en el ambiente las fuentes que le permitan allegarse los conocimientos prácticos de aplicación concreta que le hagan mejorar su ejercicio, pero también orientaciones y cri-

terios que por la vía conceptual lo conduzcan a rectificaciones de conducta en áreas filosóficas, éticas, normativas o pragmáticas, pero de mayor amplitud.

El problema mayor para el tema que nos ocupa lo representa a todas luces el médico que ejerce la Medicina General y la Cirugía General. Son ciertamente los que atienden a la abrumadora mayoría de los enfermos del país y razonablemente deben atender de todos modos una proporción crecida aun cuando —como ha venido ocurriendo en los últimos años— el número de especialistas vaya aumentando. Ha de tenerse presente que del 80 al 90 por ciento de las consultas para atención médica pueden ser satisfactoriamente resueltas por médicos cirujanos generales y que los países de modestos recursos deben concentrar sus unidades de especialización en forma de que sean accesibles para los enfermos que las requieran pero a base de organización sanitaria y sin dispendios onerosos ni burocracia médica. Los médicos y cirujanos generales —por ser quienes tienen el primer contacto con el enfermo oncológico, quienes establecen el diagnóstico parcial o total y quienes lo refieren o le aplican bien o mal el tratamiento— deben recibir la máxima atención en hacerles llegar frecuentemente y por procedimientos que atraigan su atención, los principios y técnicas diagnóstico-terapéuticas para que utilicen el “criterio oncológico” en sentido estricto y con la ética profesional más severa. Folletos, cursillos, ciclos de conferencias, simposios, seminarios, cintas grabadas, discos y películas cinematográficas, deben volcarse sobre este núcleo de profesionistas al través de las

instituciones oficiales o descentralizadas del ramo. Muchas más vidas se salvarían en ello que gastando lo mismo en costosos equipos que son utilizados insuficientemente.

Seguiría en orden de importancia el especialista que no es oncólogo pero que aborda la oncología de su ramo. En la gran mayoría de los casos hay buena información para resolver adecuadamente los problemas neoplásicos malignos. Basta tan sólo que el especialista mantenga en su vida profesional las fuentes de información que conoce y que ha aprendido a utilizar: bibliografía al corriente (libros, revistas), congresos, cursos de actualización o monográficos, revisiones periódicas de casos, etc. Deseo destacar en este grupo un hecho de fundamental importancia. Existen especialidades en las que el entrenamiento necesario para alcanzarlas no cubre los requerimientos suficientes para resolver satisfactoriamente la cirugía oncológica que les corresponde. Tal es el caso, por ejemplo de la Ginecología y Obstetricia, en la que programas severos de tres años como los que actualmente imparte la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina (U. N. A. M.) que en algunos aspectos son más exigentes que los de países más desarrollados, no deparan suficiente entrenamiento al educando para que termine sabiendo realizar bien las operaciones para cáncer cervicouterino o cáncer de vulva. Se requiere un prolongado entrenamiento subespecializado para dominar esa cirugía. Aún dentro de la planta de gineco-obstetras de uno de nuestros hospitales especializados, sólo dos o tres la realizan satis-

factoriamente y sólo ellos tienen opción a ejecutarla. La importancia de este ejemplo aumenta si se tiene en cuenta el que al delegar la resolución de uno de estos casos a un colega de la misma especialidad, el médico puede sentir quebrantada su posición jerárquica profesional y requiere de sólidos principios éticos para superar el sentimiento de vanidad herida que ello le significa, sobre todo si se trata de casos de clientela privada.

Quedaría por último el caso del especialista en Oncología cuyos deberes en el tema van mucho más allá de la simple obligación que tiene todo especialista en cualquier rama de vivir informado toda su vida de cuanto ocurra en el mundo científico en aspectos básicos y clínicos de su disciplina. Su tarea —que elevaríamos al rango de ineludible responsabilidad— es promover en el medio la divulgación del “criterio oncológico”, impulsar vigorosamente todo lo que conduzca a su aplicación, enseñar a especialistas y médicos generales las cifras dramáticas de casos que se reciben con el antecedente de un manejo médico deplorable, idear mensajes a médicos y sugerir sistemas a instituciones, acudir a quienes controlan organizaciones sanitario-asistenciales, docentes y de investigación señalando problemas y sugiriendo soluciones de actuación permanente. Eso y más justificaría el propósito trazado en esta promoción de la Academia. El cáncer posee en sí mismo suficiente agresividad —siendo uno de los primeros factores de mortalidad humana— para que el propio médico, quien en todo caso está específicamente encargado de combatir-

lo, venga a incrementarla por ignorar conocimientos que debiese tener o aplicar mal lo que ya se sabe cómo aplicar bien.

Un último aspecto debe referirse a los vectores que han de servir a los médicos de los diferentes grupos señalados para aprender, ejecutar y en su caso enseñar todo lo que encierra el "criterio oncológico". Son los que razonablemente deben actuar en toda promoción científica-médica. Libros y revistas en primer término que extiendan el ámbito de su distribución y sean fácilmente abordables y atractivos para el médico. Si bien es cierto que los médicos debiesen recibir desde sus estudios de licenciatura, instrucción sobre la forma de consultar libros y revistas médicas, ya que cierta proporción de ellos lo ignora, también lo es que el medio no los estimula ni facilita su afición a la lectura por falta de promociones específicas.

Las instituciones desempeñan una función verdaderamente primordial. Aun cuando se trata de actividades docentes, todas las fuerzas que intervengan en el ejercicio médico deben conjugarse en la educación permanente de nuestros profesionistas. No se concibe de otro modo el adelanto en la preparación continua del médico, que es un urgente imperativo. De las 23 Facultades de Medicina del país sólo tres tienen alguna organización en estudios para graduados y sólo una (U.N.A.M.) tiene cursos regulares y estables en especialidades y grados académicos. Libera ésta entre 150 y 200 especialistas al año, desde hace dos años, para una población de 50 millones de habitantes,

con cerca de 27,000 médicos y 2,000 que se reciben cada año. La densidad de médicos en los centros urbanos importantes es extraordinaria y el fenómeno inverso ocurre en poblaciones pequeñas y comunidades rurales.

Las universidades han de incrementar considerablemente sus departamentos para graduados y actuar a través de hospitales y centros de salud para impartir cursos o cursillos de diferentes niveles. Son justamente los hospitales los elementos de mayor trascendencia en la educación médica; las necesidades de México en este renglón son de tal magnitud que no es excusable que existan hospitales con fines exclusivamente asistenciales. La organización de los servicios, la atención del enfermo, la documentación clínica, el archivo, las sesiones regulares y extraordinarias, las revisiones de casos, la actuación de los servicios auxiliares (patología, laboratorio, etc.) establecen una estructura esencialmente docente en que el espíritu de superación científica puede ser fácilmente estimulado. Por supuesto el hospital requiere al menos una bibliohemeroteca ajustada a las necesidades del medio. En todo ello y en la aplicación rígida de normas de trabajo que respeten por encima de todo los principios del "criterio oncológico", radica la trascendencia del hospital.

Las academias y sociedades científicas, cada una en su área de actividad, constituyen muy valiosos elementos de divulgación. De hecho, estas entidades han tenido a su cargo en nuestro país la más importante actividad de difusión a través de sus eventos científicos periódicos (congresos, reuniones naciona-

les, simposios, seminarios, etc.) y en gran manera a través de ciclos de conferencias que han llevado a numerosos rincones del país los adelantos de científicos distinguidos, nacionales y extranjeros. A través de esta vía y mediante una coordinación organizada de grupos de sociedades, podrían la Academia Nacional de Medicina o la Sociedad de Estudios Oncológicos establecer eventos periódicos permanentes tendientes a la divulgación del tema actual.

Hemos dejado para el final la bene-

ficiosa actuación que podría esperarse de instituciones organizadas exclusivamente para combatir el cáncer a nivel nacional. Sean oficiales, descentralizadas o privadas, deben constituir razonablemente los centros de los que partan iniciativas, programas y promociones. Son ellas las que ven los desastres, las que saben como prevenirlos, las que cuentan con recursos para enseñar y divulgar, las que concentran los mejores científicos, equipo y material docente. Ello les confiere en el problema aquí tratado la más alta responsabilidad.
