

El futuro incierto de la cirugía general. Una especialidad en proceso de extinción

Vicente Guarner*

*Curar no es una ciencia sino el intuitivo
arte de cortejar la naturaleza
WH. Auden.*

Recepción versión modificada: 25 de septiembre de 2000

aceptación: 5 de octubre de 2000

Resumen

La cirugía general ha sido la primera especialidad de la medicina. En nuestros días se ha fragmentado en un número cada vez mayor de especialidades y de superespecialidades a tal punto que ha ido perdiendo uno por uno sus campos de acción. ¿Cuál será el futuro de la cirugía general? ¿Cómo repercutirá ello en la enseñanza? Vista por los profesores de cirugía nuestra especialidad, como lo que era todavía a mediados de siglo, va desapareciendo y limitándose a campos muy reducidos. Desde el punto de vista de la docencia es probable que esta disciplina pronto se convierta en sólo un par de años de enseñanza básica, para dar fundamento y solidez al residente antes de que tome la especialidad de su elección.

Palabras clave: *Cirugía general, evolución histórica, nacimiento de las primeras especialidades, fragmentación de la cirugía futuro.*

La cirugía es —y lo ha sido durante todo este siglo XX— una rama de la medicina en incesante y acelerada evolución. Cultivar el campo de la cirugía general durante más de cuarenta años, casi todos ellos dedicados a la docencia, y haber sido un fiel y riguroso observador de su sorprendente progreso tecnológico y, al mismo tiempo, de su ininterrumpida parcelación, me impulsan todos los días, a plantearme la interrogante de cuál será el futuro de la cirugía general.

*Académico titular.

Summary

General surgery was the first specialty of medicine. Nowadays, it is fragmented a progressive number of specialties, and has lost many of its fields. What will be the future of general surgery? What will be its repercussion on teaching surgery? From the point of view of a professor of surgery, our specialty today has nothing like what it was in the middle of the past century. Every day, its field of action becomes more and more reduced. Probably in the future, training in surgery will be limited to 2 years of basic knowledge, before the resident goes into the specialty of his/her choice.

Key words: *General surgery, historic evolution birth of the first specialties, fragmentation in future surgery.*

Veo, actualmente con inquietud el porvenir de esos cirujanos generales que formamos después de cuatro años de adiestramiento y me cuestiono acerca de sus campos de acción, de qué tan limitada va a ser su práctica en el terreno sembrado. Simultáneamente, y derivado de lo mismo, observo, no sin cierta decepción, lo confieso, que hoy, mucho más que ayer, un grueso porcentaje de los que finalizan la residencia, se encamina hacia otras especialidades dentro de la disciplina de la

cirugía. Está a la vista de cualquiera, que cada vez hay menos médicos que ejerzan la cirugía general y más especialistas en sus diferentes ramas. .

El *American College of Surgeons*, que constituye la agrupación quirúrgica más representativa de la cirugía en nuestros días (al menos en el mundo occidental) con 46 468 miembros activos, fue fundado a principios de siglo por tres brillantes cirujanos generales Franklin Martin, de Massachusetts, John Murphy de Chicago y J.M Finney del Johns Hopkins, y contaba en sus comienzos con menos de 10% especialistas. En la actualidad sólo 40% de sus miembros se dedican a la cirugía general; la mayoría a ramas derivadas de la misma.¹

La cirugía ha representado, a través de la historia, la primera subdivisión de la medicina. Si bien nació al mismo tiempo que esta última se separó de ella, indudablemente, por razones diversas; la que se esgrime con más frecuencia es la desigual habilidad manual entre los hombres; por más que en sus comienzos, lo fue, sobretodo, porque su carácter cruento hacía de ella un espectáculo aterrador. ¿Quiénes de los que somos cirujanos en este siglo, lo hubiésemos sido cuando las operaciones se llevaban a efecto en pleno forcejeo, como un acto de lucha libre, con un paciente aturdido, más no inconsciente, bajo los supuestos efectos anestésicos del opio y la ingestión forzada de grandes dosis de alcohol?

El propio Hipócrates en sus tratados quirúrgicos —muchos de ellos excelentes— como el de las heridas de la cabeza, las fracturas etcétera, no disimula su carácter conservador.^{2,3}

Cabe recordar que, por ello, la cirugía era una profesión muy mal vista en la antigüedad, nadie quería practicarla, por lo que fue a dar primero a los monasterios, y después, y durante siglos, a manos de los barberos, algunos por cierto, sumamente distinguidos. Los mismos árabes, cuya medicina representa la de más trascendencia durante el medioevo, con figuras tan destacadas como Razes y el gran sabio escolástico Avicena, veían la cirugía con cierto desdén, pese a que: *El Método*, la obra de su único cirujano escritor Abulcasis, se convirtió en la inspiración de la *Chirurgia Magna*⁴ del gran Guy de Chauliac cirujano de los Papas de Avignon.

El torrencial desarrollo de la cirugía surge en la segunda mitad del siglo XIX como consecuencia de dos grandes descubrimientos: La anestesia en

1846 en Boston y la antisepsia en 1867 en Glasgow.⁵ Ambos descubrimientos impulsaron el desarrollo de las operaciones en las principales cavidades del cuerpo. En orden de frecuencia: el abdomen, el cráneo y el tórax. Poco a poco el cirujano fue ganando terreno, desarrollando operaciones en un órgano tras otro, y en el transcurrir de menos de 100 años⁶ quedaría cimentada la cirugía moderna. En el abdomen fue la palpación de masas tumorales la que favoreció su evolución. De la ooforectomía por quistes y tumores del ovario, se pasó a la colecistectomía, cuando Bobs de Filadelfia confundió —aunque ello parezca hoy inverosímil— un quiste del ovario con un piocolecisto y practicó la primera colecistostomía. La confusión de una masa quística abdominal, que se supuso era una vesícula dilatada, llevó a realizar la primer nefrectomía. Fue, por lo tanto, el error en el diagnóstico lo que, curiosamente, determinó gran parte de la evolución de las operaciones del abdomen.⁷

Desde fines del pasado siglo, los europeos, sobre todo los franceses, establecieron una distinción entre dos patologías: la patología interna que abarcaba aquellas enfermedades tratadas mediante medicamentos y la patología externa que cubría lo que propiamente resultaba del dominio quirúrgico. De ahí nace, precisamente, el término internista que es aquel que se ocupa de la patología interna, en tanto que la externa entró bajo la responsabilidad del cirujano. Un ejemplo de ello reside en el *Tratado de Patología Externa* del profesor Emilio Forgue, publicado por el editor Gaston Doin en dos tomos en 1901, obra que resultó premiada por la Academia Francesa de Medicina en 1903.⁸ En los años cincuenta era todavía libro de texto en nuestra Facultad de Medicina de la UNAM y aún hoy me deleito relejendo muchos de sus capítulos que han conservado, en sus conceptos fisiopatológicos, la frescura y la transparencia de su prosa, y la calidad docente de sus descripciones que resultan, muchas veces, absolutamente vigentes a pesar de los avasalladores adelantos de la medicina de esta segunda mitad de siglo.

El cirujano de principios de siglo operaba todo lo entonces operable. En Francia Nelaton lo mismo que introdujo la ooforectomía —después de un breve viaje a Londres con Spencer Wells—, describía una nueva técnica de blefaroplastía, y José María Vertiz, en México, entre amputaciones, ope-

raba cataratas. Todavía en los cuarenta, el cirujano general hacia, frecuentemente, cesáreas, descompresiones craneales y trataba fracturas y luxaciones.

A pesar de que una cierta inclinación por la especialización ya se venía observando desde el siglo XVI, los que ejercían la medicina a fines del siglo XIX y en los primeros treinta años del XX, se dividían en médicos generales, internistas y cirujanos.

La introducción de la asepsia en 1882 por von Bergman y su escuela⁹ y el perfeccionamiento de la hemostasis con Kocher,¹⁰ que redujo la mortalidad de la tiroidectomía de 10% alcanzado por Koberié a 1%, elevaron al cirujano a una posición excepcional, no sólo dentro del mundo médico, sino, dentro del social. Se operaba con pulcritud, con elegancia y hasta con estilo. El paciente no sólo era intervenido sin dolor, sino con extrema limpieza. En ese entonces nació la expresión *Teatro operatorio* pues las intervenciones eran observadas en los anfiteatros por un gran número de personas, no todos médicos, muchos de ellos simples curiosos de los adelantos de la nueva cirugía. El cirujano cobró una importancia en sociedad de la que nunca había gozado. No sólo era una persona respetada, sino admirada. Ello llevó, durante ese tiempo, a que muchos de ellos cayeran en el vedetismo, como fue patente en Pean, Mikulicz, Sauerbuch, Murphy y Thorek, entre otros.

Cuando entré a estudiar el primer año de medicina en el palacio de Santo Domingo casi todos mis compañeros deseaban ser cirujanos y cirujanos generales.

En los setenta, el cirujano general no percibía, aún, que un virus llamado fragmentación de la cirugía se estaba infiltrando en su campo de acción.

Por más que el virus había nacido desde mucho años antes, desde el siglo XVIII. Entre las primeras especialidades surgió la obstetricia que, curiosamente, había estado, durante siglos, en manos de las comadronas y que llamó la atención de los cirujanos, al observar que cuando una labor de parto se alargaba más de 24 horas surgían complicaciones, hecho que favoreció el desarrollo de cesáreas. Otra de las más antiguas especialidades fue la ortopedia que lleva su nombre de orthos = de pie, y que, precisamente, brotó de la preocupación por resolver aquellos problemas congénitos que

impiden al niño alcanzar la posición ortostática. Más adelante, Marius Smith Petersen robustecería la especialidad al introducir los clavos destinados a la unión de los extremos de una fractura.

De antiguo origen, por más que en un principio se uniera a la otología, fue la oftalmología, que durante siglos había sido patrimonio del cirujano general. Y de ese modo, podríamos detallar los orígenes de cada una de las múltiples fracciones nacidas de la cirugía general, bien que ello no está en el propósito de estas reflexiones.

El nacer de cada especialidad dio pie a la formación de las correspondientes sociedades, cuya existencia es fiel reflejo del fenómeno.¹¹ La subdivisión de la cirugía en diferentes ramas supone progreso y es benéfica para el paciente, pero requiere de una sociedad que la sustente pues implica mayores recursos económicos.

En 1952, cuando hice mi internado en el Hospital General de la SSA, muchos de mis maestros operaban prácticamente todo, excepto campos muy restringidos como ojos, oídos y nariz. Hoy día, ello no acontece más que en escasas poblaciones de provincia o en pequeños sanatorios en las grandes ciudades del país. La medicina es menos onerosa en un hospital cuando tiene un cirujano que cubre diferentes campos de acción, que cuando requiere de numerosos especialistas.

Ahora es obligatorio preguntarnos: ¿cómo se define, en nuestros días, lo que es la cirugía general? El American Board de Cirugía (ACS) interpreta el término cirugía general como una especialidad que incluye nueve capítulos anatómicos: abdomen y su contenido; glándula mamaria; piel y tejidos blandos; cabeza y cuello; sistema vascular, órganos endocrinos, oncología quirúrgica; manejo comprehensivo del trauma y el cuidado total del paciente en estado crítico.¹² No obstante, las áreas corporales que abarca el cirujano general están en función del hospital donde trabaja, los internistas, el tipo de patologías que acuden a la consulta, el grupo de cirujanos que laboran en la misma institución, sus especialidades, y los recursos socioeconómicos de los pacientes.

¿Lleva a efecto el cirujano general norteamericano todos los campos que señala el American Board? El tipo de operaciones promedio que realiza, en su práctica, un cirujano general en los Estados Unidos de Norte América es: 70% de

intervenciones abdominales; alrededor de 1.5% de operaciones en cuello; 4.5% de casos de trauma; 14.9% de mama y 3.5% de cirugía anorectal.¹³ Cabe afirmar que incluso en Estados Unidos el cirujano general sólo cubre un espectro muy reducido de los campos señalados por el American Board.

Hoy en México en un hospital privado y en la mayor parte de hospitales de especialidades institucionales, al igual que en Estados Unidos o en Europa, la cirugía vascular es llevada a efecto por un cirujano con dicha especialidad. Los ginecólogos, las más de las veces sin el adiestramiento apropiado, operan las glándulas mamarias de sus pacientes;¹⁴ los servicios de urgencias de los hospitales privados para enfermos, llaman en primer lugar al ortopedista, para el tratamiento del individuo accidentado. La cirugía de tiroides y paratiroides ha caído en nuestro medio, con cierta frecuencia, en manos de otorrinolaringólogos. El individuo que tiene una masa palpable, cualquiera que sea su tamaño y lugar en su organismo, acude al cirujano oncólogo. ¿Qué acaso el cirujano general no está adiestrado en operar tumores malignos? ¿Si existen cirujanos oncólogos, deberían haber, asimismo, cirujanos benignólogos? ¿Qué acaso el cirujano oncólogo no opera problemas benignos? Los años que tuve oportunidad de trabajar en la unidad de oncología del Hospital General de la SSA, lo mismo operábamos pancreatitis crónicas que cánceres de páncreas y fibrolipomas que rabdomiosarcomas. Así de artificial resulta esta división. Ciertamente es que la llamada cirugía de cabeza y cuello, al no ser frecuente en un hospital general, requiere de un adiestramiento extra para el cirujano, interesado en dicho campo de acción. El sentir general piensa que la era de la "cirugía radical del cáncer" está alcanzando rápidamente el final, y su desaparición es hoy día esperada y aclamada por todos, excepto por los más antidiluvianos estudiosos de la cirugía del cáncer.

En realidad es menester aceptar que la subdivisión de la cirugía ha seguido, las más de las veces, una línea caprichosa y absolutamente anárquica, sin disponer de control alguno y ello ha repercutido en la distribución de los enfermos, en la organización de los hospitales, en los costos y no sólo en el ejercicio del cirujano general, sino en su misma posición social. De lo que representaba su perso-

na, no digamos en la primera mitad de siglo, sino hasta los años sesenta, no queda casi nada. Hoy el cirujano general no es visto como un especialista en una rama de la medicina, sino como un médico general.

En 1970 nació de la cirugía general otra especialidad: la medicina de las unidades de cuidados intensivos. Para la medicina moderna el intensivista cubre una especialidad absolutamente justificada y necesaria que ha reducido considerablemente, nadie lo puede negar, la mortalidad del paciente en estado crítico; pero el enfermo operado que se encuentra en la unidad de cuidados intensivos debe continuar bajo la responsabilidad del cirujano. Ni el paciente debe dejar de depender de él, ni el cirujano puede renunciar a su compromiso y a su deber.¹⁵

Si el cirujano general deja de operar glándulas endócrinas, piel, vascular periférico, oncología quirúrgica y se le hace a un lado en trauma, ¿qué le queda? Únicamente las operaciones gastroenterológicas. Y eso que la cirugía de aparato digestivo tiende, asimismo, a individualizarse, y hasta fragmentarse. Existen cirujanos de vías digestivas bajas (colon y recto) y de vías digestivas altas. Como dice Copeland:¹⁶ la fragmentación de la cirugía es cara. Cada especialista pasa un recibo separado; cada uno requiere de una oficina y exige su propia área de trabajo en el hospital con la más novedosa y diversificada tecnología. Existe, por otra parte, una correlación entre el número de solicitantes hacia una determinada especialidad y el promedio de ingresos que la misma represente.¹⁷

En los últimos años ha surgido otra fracción de la cirugía nacida de un procedimiento técnico: la cirugía laparoscópica. No me explico, ni jamás me explicaré, como un cirujano se dice laparoscopista y no practica la cirugía general, simplemente por no poseer suficiente preparación en la misma.¹⁸ Este es un fenómeno que comienza apenas a nacer en este momento, pero que crecerá el día de mañana y que si no se le pone remedio se va a convertir en un grave problema. La cirugía laparoscópica constituye, que ni duda cabe, una gran aportación de la cirugía de fines de nuestro siglo, gracias a ella cortamos y unimos estructuras sin tocarlas.

Por más que ello está en sus comienzos, no vamos a tardar en ver al cirujano como un experto en computación, sentado confortablemente ante instrumentos multifuncionales colocados previa-

mente en el cuerpo del paciente, manipulados a distancia y ni siquiera por él, sino por una computadora que a su vez guíe un robot¹⁹ y ambos realicen la operación del enfermo. Yo como los cirujanos de mi tiempo, disfruto operar y esta cirugía que ha perdido la sensualidad que despertó mi vocación, no es para mi persona, ni tampoco me gustaría enseñarsela a otros. Siempre repito en el quirófano el viejo dictum del gran cirujano alemán Kirschner: *No olviden que es el cirujano y no la operación lo que va a salvar la vida al paciente.*²⁰

Si bien nunca he gustado de alardear en predecir el futuro, siento que en escasos años no existirá el cirujano general o al menos con la figura con la que todavía lo representamos hoy. En cuanto a la docencia, es probable que ésta se reduzca a dos años de cirugía básica para instruir a los futuros cirujanos en los fundamentos esenciales, y de ahí se pase a las residencias en las diferentes especialidades.

Mi persona es sólo un cirujano general y no conoce, suficientemente, de los grandes adelantos de las ciencias básicas: genética, inmunología, fisicoquímica y menos aun de los movimientos socioeconómicos que contempla y contemplará el mundo del futuro; al mismo tiempo, guardo celosamente en mí, la vocación hacia la historia y sé que la medicina ha tomado siempre el inequívoco camino del progreso, con cambios que si en el siglo pasado gozaron la virtud de un pronto despertar, hoy llevan una velocidad vertiginosa, con pensamientos paradigmáticos de los que somos testigos los que hemos vivido este final de siglo. Estas transformaciones siempre han causado revuelo en la humanidad. Sucedió cuando se introdujo el razonamiento inductivo en el siglo diecisiete; al aparecer los principios de anatomía patológica en el dieciocho; con la teoría de los gérmenes en el diecinueve y en el florecer del gran desarrollo de la farmacología en el siglo veinte. Estamos entrando a una nueva era de la medicina, no sólo de la cirugía sino de toda la medicina, y es menester aceptarla sin

evocar con demasiada nostalgia nuestros años pasados, y tomar las mayores ventajas de todas sus posibilidades en lo que nos toque de su devenir.

Referencias

1. **Warren D.** American College of Surgeons, history, principles, and guidelines. Bull Am Coll Surg 1988;73:14-19.
2. **Ackerknecht EH.** A short history of medicine. Baltimore MD, USA; The Johns Hopkins University Press. 1982.
3. **Cohen MR, Drabkin IE.** A source book in greek science. New York; 1948.
4. **Gordon BL.** Medieval and renaissance medicine. New York; 1959.
5. **Lister J.** On the antiseptic principle in the practice of surgery. Br Med J 1867;11:246
6. **Guarner V.** Cien años de cirugía abdominal. La evolución de su proceso creativo. Naturaleza 1977;8:169.
7. **Morris H.** On a case of intermittent hydronephrosis. Med Chir Trans 1876;59:227.
8. **Forgue. E.** Précis de pathologie externe gaston Doin Paris. 1903.
9. **Bergmann E,** v. über antiseptische wundbe handlung. Deutsche Med. Wochenschr 1882;8:559.
10. **Kocher THE.** Über die kropfextirpatio und ihre foige. Archiv für klein Chirur 1883;10:254.
11. **Herendeen Brown J.** The growth of surgical specialties. Bull Am Coll Surg.1985;70:9-20.
12. **Wheeler BH.** Myth and Reality in General Surgery. Bull Am Coll Surg 1993;78:21-27.
13. **Graves EJ.** Detailed diagnosis and procedures, National Hospital Discharge Survey. 1987 National Health Statistics. Vital Health Stat 1989;13-100.
14. **Block G.** Who speaks for general surgery? Bull Am Coll Surg 1992;77:26-29
15. **Spencer F.** The impact of fragmentation on surgical practices patterns 1986;71:14-15.
16. **Copeland E.** The effect of fragmentation on competitive health-care delivery. Bull Am Coll Surg 1986;71:11-15.
17. **Colwill JM.** Where have all the primary applicants gone? N Engl J Med 1992;326:387-393.
18. **Allen T.** Assessing the quality of postdoctoraleducation. Bull Am Coll Surg 1981;66:7-8.
19. **Soper N.** Laparoscopic general surgery- past, present and future. Surgery 1 993. p. 113:1-3.
20. **Linder F.** Development of modern surgery. Surg Gynec Obst 1975:140:268-270.

