

Acta Médica
Grupo Ángeles

Volumen 2
Volume

Número 3
Number

Julio-Septiembre 2004
July-September

Artículo:

La desaparición del cirujano general.
Una especialidad que se extingue
después de 20 siglos

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



La desaparición del cirujano general. Una especialidad que se extingue después de 20 siglos

Vicente Guarner*

Cultivar el campo de la cirugía general durante medio siglo, la mayor parte dedicados a la docencia, y haber sido un fiel y riguroso observador de su sorprendente progreso tecnológico y, al mismo tiempo, de su ininterrumpida fragmentación, me permiten observar día tras día, sin disimular una gran inquietud, la desaparición del cirujano general.

Cuando mi persona decidió dedicarse a esta especialidad, todavía mis maestros operaban prácticamente todo. Algunos hasta descompresiones intracraneales, hematomas subdurales, lo mismo que comisurotomías mitrales o conductos arteriovenosos.

Al terminar la residencia de cirugía, en el curso que hemos impartido desde hace más de quince años en el Hospital Ángeles del Pedregal, cerca de un cuarenta por ciento de los residentes optan por escoger una sub-especialidad. Está a la vista de cualquiera —y sobre todo en nuestro país— que cada vez hay menos cirujanos generales y más especialistas en sus diferentes ramas.

Y, por añadidura, me sorprende al observar cómo muchos cirujanos que hicieron su residencia conmigo (no sólo en este último hospital, sino en La Raza o en el Centro Médico Nacional) han dejado de operar cuello, mama, mediastino y hasta cirugía de tumores.

Veo, actualmente, con indudable quebranto, el porvenir de esos cirujanos generales que formamos después de cuatro años de adiestramiento y me cuestiono acerca de sus campos de acción y de qué tan limitada va a ser su práctica en el terreno sembrado.

El problema no es sólo nuestro, aunque quizá lo vivamos más. El American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos) que constituye, en nuestros días, la agrupación quirúrgica más representativa de la cirugía (al menos en el mundo occidental) con 46,468 miembros activos, fue fundada a principios de siglo por tres brillantes cirujanos generales Franklin Martin, de Massachusetts, John Murphy de Chicago y JM Finney del Johns Hopkins y contaba, en sus comienzos, con menos de 10% de especialistas. En la actualidad sólo el 40% de sus miembros se dedican a la cirugía general y la mayoría (60%) 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; bien que la iglesia tuvo, asimismo, gran parte de responsabilidad en ello, cuando en el Concilio de Tours declaró el edicto “Ecclesia Adhorret Sanguine” y delegó dicha profesión en un oficio en manos de barberos. Y la verdad sea dicha que 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, entre el cirujano y un paciente aturdido, más no inconsciente, bajo los supuestos efectos anestésicos del opio, la mandrágora 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, etc. no disimula su inclinación a distanciarse de la cirugía.^{2,3}

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: “Al-tasrif (El método)”, la obra de su más destacado cirujano escritor, Abulcasis, se convirtió en la inspiración de la Cirugía Magna⁴ del gran Guy de Chauliac cirujano de los Papas de Avignon.

* Hospital Ángeles del Pedregal.

Correspondencia:

Vicente Guarner

Hospital Ángeles del Pedregal.

Camino a Santa Teresa No. 1055

Col. Héroes de Padierna

C.P. 10700, México, D.F.

Correo electrónico: guarner@cablevision.net.mx

Aceptado: 16-07-2004.

El torrencial desarrollo de la cirugía general 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 Ambas aportaciones 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 extirpación de tumores del ovario se pasó a extraer los cálculos de la vesícula biliar, cuando Bobs, de Filadelfia, confundió —aunque ello parezca hoy inverosímil— un quiste del ovario con una vesícula dilatada y llena de pus y practicó la primera colecistostomía. La confusión de una masa quística abdominal, que se supuso era una vesícula inflamada, y resultó un quiste renal llevó a realizar la primera 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 clases de enfermedades: las de los órganos internos, que se trataban mediante medicamentos y los males externos que cubrían 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 releando muchos de sus capítulos que han conservado en sus conceptos el frescor 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 extirpación de un tumor de ovario —después de un breve viaje a Londres con Spencer Wells—, que describía una nueva técnica para la cirugía plástica de los párpados y José María Vértiz, en México, entre amputaciones, operaba cataratas. Todavía en los cuarenta, el cirujano general hacía lo mismo cesáreas y operaciones de cráneo que 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 diecinueve 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 en el control de las hemorragias con Kocher,¹⁰ que redujo la mortalidad de las operaciones de la glándula tiroides del 10%, alcanzado por Koberlé, al 1%, elevaron al cirujano a una posición excepcional, no sólo dentro del mundo médico, sino, además, en el nivel 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 ansiaban ser cirujanos, y cirujanos generales.

En los setenta, el cirujano general no percibía, aún, que un virus llamado especialización se estaba infiltrando en su campo de acción:

Por más que el virus había nacido desde muchos años antes, desde el siglo XVIII. Entre los primeros productos de la fragmentación o especialidades, surgió la obstetricia que curiosamente había estado, durante siglos, en manos de las comadronas y despertó 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 de las 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, y por tanto caminar.

De antiguo origen, por más que en un principio se uniera a las enfermedades del oído, 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 o especialidades 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, es benéfica para el paciente, por más que requiere de una sociedad que lo sustente, toda vez que 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 traumatismo 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 enfermos que acuden a la consulta, el grupo de cirujanos que laboran en la misma institución, sus especialidades, y los recursos socioeconómicos de los pacientes.

Cabe afirmar que incluso en Estados Unidos el cirujano general sólo abarca un espectro muy reducido de los campos señalados por el American Board.¹³

Hoy, en México, en un hospital privado y en la mayor parte de hospitales de especialidades institucionales, e igual sucede en Estados Unidos o en Europa, la cirugía vascular es llevada a efecto por un cirujano con dicha especialidad. Entre nosotros, 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 para enfermos privados, llaman en primer lugar al ortopedista, para el tratamiento del individuo accidentado.¹⁵ La cirugía de tiroides y paratiroides ha caído, en nuestro medio, con cierta frecuencia, en manos de otorrinolaringólogos. El individuo que tiene una bola, cualquiera que sea su tamaño y lugar en su organismo, acude al cirujano oncólogo, ¿Qué acaso el cirujano general no está adiestrado para 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, como cirujano supernumerario, en la unidad de oncología del Hospital General de la SSA,

lo mismo hacíamos gastrectomías por estenosis pilóricas por úlceras duodenales que por cánceres antrales y tumores de grasa que cáncer de piel. Así de artificial resulta esta división. 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 partidarios 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 persona, no digamos en la primera mitad de siglo, sino hasta los años sesenta, no queda casi nada. Hoy no es visto como un especialista en una rama de la medicina, sino como un médico general.

La cirugía de aparato digestivo tiende, asimismo, a individualizarse, y hasta a 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, curiosamente 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, que no tiene nada de microscópica, como la llaman algunos en un afán comercializado, por adornarse. No me explico, ni jamás me explicaré, cómo 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 duda cabe, una gran aportación de la cirugía de fines de nuestro siglo, gracias a ella cortamos y unimos estructuras sin tocarlas.

No vamos a tardar en ver, por más que ello está en sus comienzos, al cirujano como un experto en computación, sentado, confortablemente, ante instrumentos multifuncionales, colocados previamente en el cuerpo del paciente, manipulados a distancia, y ni siquiera por él, sino por una computadora que a su vez guíe un robot¹⁹ que realice la operación del enfermo.

Yo, como los cirujanos de mi tiempo, disfruto operar y esta cirugía del mañana que va a perder la sensualidad que despertó mi vocación, no es para mi persona, ni tampoco me gustaría enseñarla a otros. Siempre repito en el quirófano, a mis alumnos, 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 Mañana ya no será así.

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.

Mi persona es sólo un cirujano general y no conoce, suficientemente, de los grandes adelantos de las ciencias básicas: genética, inmunología, fisicoquímica y menos aún de los movimientos socioeconómicos que contempla y contemplará, el mundo del futuro, bien que, 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.

Las 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 en 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 Amer Coll Surg* 1988; 73: 14-19.
2. Ackerknecht EH. *A Short History of Medicine*. Baltimore: 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 Patologie Externe* Gaston Doin Paris. 1903.
9. Bergmann EV. Über antiseptische wundbe handlung. *Deutsche Med. Wochenschr* 1882; 8: 559.
10. Kocher The. Über die kropfextirpation und ihre Folge. *Achiv für klein Chirur* 1883; 10: 254.
11. Herendeen BJ. 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 post-doctoral education. *Bull Am Coll Surg* 1981; 66: 7-8.
19. Soper N. Laparoscopic general surgery-past, present and future. *Surg* 1993; 113: 1-3.
20. Linder F. Development of modern surgery. *Surg Gynec Obst* 1975; 140: 268-270.

