

# El cirujano general ideal\*

## *The ideal surgeon*

*Dr. César Gutiérrez Samperio,\*\* Dr. Jesús A Vega Malagón\*\*\**

Para comprender lo que podemos considerar como "Cirujano General Ideal" debemos reflexionar sobre la connotación de las palabras que componen esta frase, hacer referencia a algunos aspectos históricos de la práctica y la enseñanza de la cirugía, considerar el sitio donde trabaja y los recursos con los que cuenta, así como el momento en el que desarrolla sus actividades profesionales. En este espacio nos referiremos a nuestro medio y a la época actual, **Cirujano** es un médico integral, no es un simple operador que realiza con habilidad y casi siempre con éxito una intervención quirúrgica,<sup>1</sup> ya no procede la antigua diferencia de los médicos de bata larga que diagnosticaban la enfermedad, indicaban o simplemente aceptaban la cirugía, con los médicos de bata corta que eran los encargados de realizarla.<sup>2</sup> El cirujano actual debe tener amplios conocimientos de la enfermedad, capacidad clínica para diagnosticarla, para el uso de procedimientos auxiliares del diagnóstico, la destreza para realizarla y llevar a cabo un manejo postoperatorio adecuado, con un sentido humanista y ético en el que prevalezcan los intereses del enfermo.<sup>3</sup>

**General** tiene relación con la amplitud o extensión, pero también con la superficialidad, es lo contrario a lo concreto o especializado, lo anterior no quiere decir que el cirujano general, por la extensión de su campo de acción, vea los problemas de sus enfermos de una manera superficial, por lo contrario, siempre debe profundizar para llegar a comprender sus posibles causas, mecanismos de acción y manera de abordarlos, debe estudiar a los enfermos en una forma exhaustiva, en la que atienda tanto los aspectos generales como los particulares.<sup>1,3</sup>

**Ideal** no se refiere al mundo de las ideas, a lo imaginario o utópico, más bien tiene el sentido de lo adecuado, lo más apropiado para un lugar y tiempo determinado, es lo mejor que adquiere una dimensión de excelencia.<sup>1</sup>

En diferentes épocas hubo cirujanos que destacaron en distintos aspectos de su práctica profesional,

por lo que se han tomado como ejemplo, como paradigma "se han idealizado". Como ejemplo mencionaremos en el siglo XIX a Francisco Montes de Oca, quien desarrolló y perfeccionó técnicas quirúrgicas, a Pedro Escobedo, quien destacó por sus actividades directivas, administrativas y docentes.<sup>4</sup> En el siglo XX, Gustavo Baz desempeñó actividades asistenciales, docentes y de investigación, conocido por su técnica para realizar la apendicectomía a través de una pequeña incisión, su tesis recepcional en 1924 versó sobre el trasplante renal experimental, fue director de la Escuela de Medicina y Rector de la UNAM, pero sus contribuciones más importantes fueron la fundación de los Institutos de Salud, la implementación del servicio social y las residencias médicas. Clemente Robles, un cirujano general que fue pionero en nuestro país de la cirugía abdominal, cardiovascular y neurocirugía, en los respectivos institutos de salud; en épocas recientes, a riesgo de incurrir en omisiones importantes, mencionamos a Manuel Quijano Narezo, Jorge Bautista O'Farril y Rafael Muñoz Kapelman.<sup>4,5</sup>

Como una forma de identificar a los "cirujanos ideales" el Dr. Rodolfo Leonel Bracho-Riquelme, de la Facultad de Medicina de la Universidad Juárez de Durango, realizó un estudio historiográfico de los cirujanos del siglo XX en México, con base en sus actividades asistenciales, docentes, académicas y de investigación, la membresía a sociedades médicas y las publicaciones en libros y revistas. Selecciona a 33 cirujanos que, de acuerdo con los anteriores criterios, han tenido mayor impacto en el desarrollo de la cirugía mexicana en la generación a la que pertenecieron.<sup>6</sup>

Para llegar a ser un cirujano capacitado es indispensable una preparación sólida, cuyas características han evolucionado a través del tiempo, así, en la primera mitad del siglo XX, la formación del cirujano era individual, se aprendía a la sombra de un cirujano de reconocido prestigio, a quien ayudaba durante años, de quien aprendía aciertos y errores, conocimientos, destrezas y actitudes, el nuevo cirujano era la imagen y hechura

\* Presentado en el III Encuentro Nacional de Cirujanos, Querétaro, julio 28-30 de 2006.

\*\* Facultad de Medicina, UAQ.

\*\*\* Presidente AMCG y CPCG.

Recibido para Publicación: 30 julio 2006

Aceptado para publicación: 1 agosto 2006

Correspondencia: Dr. A. Jesús Vega Malagón.

Calz. General Anaya 330, Col. Del Carmen Coyoacán C.P. 04100, México, D.F.

de su tutor, quien desempeñaba el papel de jefe, maestro y modelo a seguir. Debido a la Segunda Guerra Mundial, en los años cuarenta, los médicos recién egresados emigran a los Estados Unidos, son aceptados para prepararse en las residencias médicas de dicho país. Es hasta los años cincuenta cuando se inician en México las residencias médicas estructuradas, en el Hospital General de México de la SSA, en el Hospital Militar y en el Hospital de "La Raza" del IMSS.<sup>7,8</sup>

El currículo de los cursos de especialización ha variado de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos, las necesidades de la sociedad y los recursos disponibles, inicialmente los cursos comprendían tres años, a los médicos en formación se les denominaba: médicos internos, subresidentes y residentes. Posteriormente se introdujo el internado rotatorio de postgrado y a los residentes de los siguientes años se les llamó: R-I, R-II y R-III.<sup>9</sup>

En el internado rotatorio se incluían medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía, era útil para orientar a los médicos en la elección de la especialidad, más tarde se suprime y se amplían los cursos de especialización a tres o cuatro años, con los progresos científicos y el advenimiento de nuevas tecnologías surgen nuevas especialidades quirúrgicas, así como cursos para prepararse en ellas, los que después de un año en cirugía general se imparten durante tres a cinco años. Estas especialidades y cursos de angiología, cirugía cardiovascular, cirugía plástica, gineco-obstetricia, neurocirugía, ortopedia, otorrinolaringología (OTR), traumatología y urología disminuyen el campo de acción del cirujano general.<sup>10,11</sup>

En reuniones de los profesores de los cursos de cirugía general, avalados por la UNAM, por diferentes instituciones de salud o de enseñanza superior, se discute si su duración debe ser de tres o cuatro años, al igual que el contenido temático del programa en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes.<sup>10</sup> Las sedes de los cursos habitualmente se encuentran en unidades especializadas de tercer nivel, pero se incluyen rotaciones en unidades de segundo nivel, para que los residentes adquieran destrezas en los procedimientos más frecuentes, así como rotaciones en unidades rurales, para que conozcan y se familiaricen con la patología, circunstancias y recursos disponibles en ese medio, al terminar la residencia muchos cirujanos regresaron como directores a dichas unidades.<sup>10,11</sup>

También se tuvo que luchar contra disposiciones de las autoridades gubernamentales y educativas, para descartar su proyecto de formar cirujanos en 20 meses, capaces de dominar 20 procedimientos, afortunadamente este proyecto de "cirujanos descalzos", que trataron de implementar médicos de escritorio, que nunca habían tocado a un enfermo, no llegó a ponerse en práctica.<sup>11</sup>

Un avance en la enseñanza de la cirugía fue la implementación del Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM), con el mismo currículo para todas las sedes, el que obviamente adquiere características propias de acuerdo con el número de camas, recursos materiales y humanos en cada una de ellas. La inclu-

sión de créditos para cumplir con los requisitos en las diferentes áreas: conocimientos, destrezas, docencia e investigación, facilita la evaluación, revalidación de estudios y movilidad académica, así como la rotación por servicios en otras sedes para cubrir deficiencias, lo que permite alcanzar las metas y cumplir con los objetivos educativos. El programa comprende las asignaturas: trabajo de atención médica (I, II, III, IV), seminario de atención médica (I, II, III, IV), seminario de investigación (I, II, III, IV) y docencia. En los últimos años la tendencia es planear el currículo de la licenciatura, de los estudios de postgrado y de la educación médica continua, basados en competencias, que comprende, conocimientos, habilidades, destreza y actitudes.<sup>12,13</sup>

El programa de los cursos de especialización en cirugía general se ha modificado de acuerdo con el avance científico y tecnológico, que lleva al surgimiento de nuevas especialidades quirúrgicas. En los años cincuenta, el programa era muy amplio, incluía rotaciones por: angiología, cirugía cardiovascular, cirugía de cabeza y cuello, cirugía del aparato digestivo, cirugía plástica, gineco-obstetricia, neurocirugía, ortopedia, OTR, traumatología y urología. En los años setenta se integran gran parte de las especialidades quirúrgicas independientes, el grueso del curso de cirugía general lo forma la cirugía del aparato digestivo, cirugía de pared, de cabeza y cuello, cirugía de urgencia y trauma, se agregan las rotaciones por cuidados intensivos y oncología, que antes se incluía en las diferentes disciplinas. En los años noventa, la innovación es la incorporación de la cirugía endoscópica, a la que recientemente se agrega la cirugía robótica por telepresencia.<sup>14,15</sup>

Sin embargo, en la preparación y el perfil del cirujano general deben persistir algunos contenidos de las especialidades que se independizaron, con rotaciones compartidas en varias de ellas por un tiempo más corto, lo que le permitirá al cirujano general dominar y realizar algunos procedimientos indispensables en lugares donde no se cuenta con especialistas, al mismo tiempo conocer el campo de acción de otras especialidades, para la interconsulta y oportuna referencia con el especialista de los pacientes que así lo requieren, la transferencia y contra-transferencia de pacientes.<sup>15</sup>

De tal manera que el cirujano general debe ser un médico con formación científica, técnica y humanista, que tiene las competencias para actuar en hospitales especializados de tercer nivel, en hospitales de segundo nivel y en hospitales rurales. Debe ser líder de la atención médica y del equipo quirúrgico, estar capacitado para atender los padecimientos más frecuentes de cabeza y cuello, aparato digestivo, pared abdominal, oncología, ortopedia y traumatología, dominar la cirugía de problemas específicos de otras especialidades, como son: obstrucción y lesiones arteriales, traqueostomía, colocación de sonda intrapleural, pericardiocentesis craneotomía, laminectomía, nefrostomía y cistostomía, entre otras. Debe conocer los límites de su capacidad, para solicitar ayuda o trabajar conjuntamente con otros especialistas.<sup>11,13,14</sup>

La competencia profesional debe ser certificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General, como garantía de su capacidad profesional para los enfermos, las instituciones de salud y para él mismo. Los cambios continuos en la medicina y la cirugía obligan al cirujano a mantenerse actualizado, por medio de cursos, talleres, estancia en hospitales escuela, asistencia a reuniones médicas y congresos. La educación médica continua, con la obtención de los créditos correspondientes, le permiten obtener la recertificación por el Consejo. Aunque en la actualidad tanto la certificación como la recertificación sólo tienen valor moral, cada vez más son tomadas en cuenta por las instituciones de salud, de enseñanza superior, compañías de seguros o prestadoras de servicios médicos, al igual que por las autoridades judiciales ante demandas médicas, justificadas o no. Será la atención del enfermo de acuerdo a los índices de calidad y una adecuada relación médico-paciente lo que evite el progreso de la medicina defensiva, con elevado costo económico, social, moral y ético.<sup>11-13</sup>

El uso indiscriminado de la nueva tecnología aleja al médico del paciente, tiende a parcelar las acciones del cirujano y le impiden una visión y manejo holístico, por otra parte, es necesario reconocer algunas circunstancias que influyen en su práctica profesional, como son la disminución de la matrícula para la especialidad de cirugía general, la feminización de la medicina y de la especialidad, el envejecimiento de la población y, en forma paralela, el de los cirujanos, quienes tienden a concentrarse en las grandes ciudades.<sup>16</sup>

El cirujano general debe tener los conocimientos necesarios para saber qué hacer, cómo hacerlo y cuándo hacerlo, de igual manera debe saber lo que no debe hacer. El cirujano general debe tener una formación integral, ser un científico que conozca las posibles causas de las enfermedades, como modifican la anatomía y la fisiología del enfermo, debe conocer la respuesta metabólica y hormonal al trauma, cómo se altera en el preoperatorio, transoperatorio, postoperatorio y durante la convalecencia, para que, con base en la clínica y conocimientos de fisiopatología, pueda formular el diagnóstico, indicar y realizar la cirugía sobre bases racionales. Debe estar capacitado para detectar y manejar en forma oportuna y adecuada las complicaciones que aparezcan. Debe conocer y utilizar con prudencia los avances científicos y tecnológicos, valorar su costo-beneficio, su eficacia, eficiencia y efectividad, para que no sea el primero en adoptar lo novedoso, ni el último en abandonar lo obsoleto.<sup>9,11,17</sup>

El cirujano general ideal desempeña las actividades asistenciales con sentido humano y ético, apegado a la

“Lex Artis”, cumple con los indicadores de calidad, realiza actividades de enseñanza con sus enfermos y consigo mismo, de investigación clínica o epidemiológica, en el consultorio, un pequeño hospital o en la comunidad, es líder, ejerce funciones de dirección y gestión. Establece una buena comunicación con sus enfermos, los trata con respeto a su dignidad y autonomía, para que se establezca una relación médico-paciente en la que prevalezca la honestidad y el respeto mutuo.<sup>18,19</sup>

## Referencias

1. Moliner M. *Diccionario del uso del Español*. 2ª Ed Greda, Madrid, 1998.
2. Margota R. *Historia de la medicina*. Ed. Navarro, México, 1972.
3. Uribe ER. Perspectivas de la cirugía general en México, hacia el año 2000. *Cir Gen* 1996; 18: 17-22.
4. Chávez I. *México en la cultura médica*. Ed. SEP, México, 1946: 677.
5. Gutiérrez-Samperio C. Dr. Gustavo Baz Prada. Su obra educativa. *Rev Med Universitaria* 1994; 3: 15.
6. Riquelme-Bracho RL. La ronda de las generaciones quirúrgicas en México. *Cir Gen* 2004; 26: 110-121.
7. Arrubarrena AVM. De la enseñanza de la medicina y de la cirugía. Lo que va de ayer a hoy. *Cir Gen* 1994; 16: 198.
8. Gutiérrez-Samperio C. ¿Por qué los estudios de postgrado? *Gac Med Qro.* 2002; 11: 27.
9. Ramírez-Barba EJ, Gutiérrez-Samperio C, Roesh DF, Barrientos T. Adelantos de la enseñanza de la cirugía en el último milenio. *Bol Acad Mex Cir* 2000; 4: 20.
10. Tapia-Jurado J. Residencia de cirugía general en cuatro años ¿para que? *Cir Gen* 1994; 16: 21-22.
11. Gutiérrez-Samperio C. La práctica y la enseñanza integral de la medicina. *Boletín AMCG* 2002; 7: 17-24.
12. Vega-Malagón J, Zaldívar Lelo G, Vega-Malagón G, Romero-Martínez JL, Vega-Pérez O, Ávila-Morales J. El cirujano científico y la enseñanza de la cirugía en México. Segunda parte: La enseñanza de la cirugía en postgrado y educación médica continua del cirujano. *Cir Gen* 2004; 26: 330-336.
13. Coté EL. Nivel de competencia del cirujano general. *Boletín AMCG* 2002; 7:12.
14. Quijano-Narezo M. Perspectiva de la cirugía en México a final del siglo XX. *Cir Gen* 2000; 22: 279-282.
15. Guarnier V. El futuro incierto de la cirugía general. Una especialidad en proceso de extinción. *Gac Med Mex* 2001; 137: 163-168.
16. Valenzuela AJR, Soto CFJ. Factores socioeconómicos y culturales que influyen en la docencia médica de postgrado. *Rev Med IMSS* 1994; 32: 119.
17. Vega-Malagón J, Coté Estrada L, Athie AAJ, Pérez-Castro VJA. Cirugía general, transición o transformación “Calidad de la atención quirúrgica en México”. *Cir Gen* 2006; 28: 127-129.
18. Gutiérrez-Samperio C. Aspectos bioéticos de la cirugía endoscópica. *Rev Mex Cir Endosc* 2000; 1: 18.
19. Gutiérrez-Samperio C. Ética y cirugía. En: Gutiérrez-Samperio C, Arrubarrena AVM, Campos CSF. *Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo*. 3ª Ed. México D.F. El Manual Moderno, 2006: 747-762.

