

## Colegio Americano de Cirujanos

### 82° Congreso - Octubre 5- 12, 1986. San Francisco, California

Dr. Antonio Clemente Heimerdinger

Individuo de Número

#### INTRODUCCIÓN

La ciudad de San Francisco, es una de las más resaltantes de California, que hoy es el estado más importante de Estados Unidos. Está situada a 37° 47'23" N y 122° 25'41" O sobre una península, que tiene al oeste al Océano Pacífico y al este la bahía que lleva el mismo nombre. Tiene 65 km de largo y de 9 a 12 de ancho. Es uno de los puertos marítimos más activos y seguros del mundo, tiene 48 colinas, y cinco grandes puentes. Se comunica con el océano por un pequeño y profundo estrecho que se denomina Golden Gate, por él navegó por primera vez en 1775 Don Manuel Ayala en el buque San Carlos. Al año siguiente se establecieron los primeros pobladores en el Presidio y la Misión Dolores.

En 1777 el padre Junípero Serra fundó el pueblo de Yerba Buena. En 1848 llegaron 49 mineros y jugadores con la fiebre del oro. En la costa oeste de Estados Unidos hay una gran cantidad de inmigrantes del Asia, que han venido sucesivamente desde hace mucho tiempo. También hubo un asentamiento ruso cuando Alaska formaba parte de ese país. Esta ciudad tiene un atractivo especial por sus características.

Al congreso asistieron 15 152 personas (10% menos que en 1993) de las cuales 9 441 (6% menos que en 1993) eran médicos. El Presidente del Congreso fue Lasalle D Leffall, Profesor de Cirugía de la Universidad de Howard, Washington DC y el Presidente electo David G Murray, Siracuse, Nueva York. El programa fue dirigido por C James Carrico. Hubo siete grandes actividades:

1. Sesiones generales. Fueron presentados 161 conferencias y mesas redondas.
2. Trabajos multidisciplinarios. Fueron presentados 45 trabajos.
3. Especialidades quirúrgicas. Hubo catorce especialidades, en cinco de ellas los trabajos estaban en las sesiones generales, el total de trabajos de las otras fue de 133.
4. Cursos de posgrado. Este año hubo 26, dos de los cuales se desarrollaron en forma de talleres: el de codificación y costos y el de biopsia guiada por imágenes. Se presentó un total de 439 conferencias. Cada conferencia duraba entre quince y veinte minutos. Al final de cada sesión había una discusión. Se iniciaron cursos especiales en: biología molecular, docencia en cirugía, modelos de atención médica, envejecimiento y retiro, ultrasonido para cirujanos, ética médica, codificación e informática, imágenes y biopsia dirigida.
5. Audiovisuales. Las películas fueron clasificadas en 14 especialidades y además hubo simposios, películas premiadas, de temas especiales y de casos poco frecuentes con un total de 122 y 14 cine-clínicos.
6. Forum. Se presentaron 322 trabajos de los cirujanos investigadores, divididos en 16 grupos. De ellos el grupo más numeroso [48] correspondió a tórax (corazón, pulmones), el segundo fue el aparato digestivo [44] incluidas las secciones gastrointestinal, tracto alimenticio y nutrición, el tercero fue cirugía oncológica [36] y el cuarto, cirugía plástica [35].
7. Exhibiciones. Hubo 221 médicas y 5 711 de aparato, medicamentos y sistemas.

Presentado el 14 de noviembre de 1996.

Se presentaron también nueve conferencias especiales, muchas de ellas llevan los nombres de grandes cirujanos (Scudder, Gibbon, Ravdin, Martin); otras, según el tema: urología, neurocirugía, cáncer o aspectos especiales como relaciones internacionales o ética y filosofía. Se dictaron 26 cursos de posgrado, cuya duración varió entre 6 y 14 horas. Fueron escogidos cuatro miembros honorarios: David Carter (Inglaterra), Santiago Dexus (España), Yasuo Idezuki (Japón) y Gui-yi Tu de China.

Actividades y trabajos del Congreso

1. Sesiones generales	161
2. Multidisciplinas	45
3. Especialidades	133
4. Posgrado	439
5. Audiovisuales	136
6. Forum	322
7. Exhibiciones médicas comerciales	221 5 711
Total	1 457

**Temas principales:** 1. La aplicación de los conocimientos de bioquímica, 2. Nuevas tecnologías, 3. La gran preocupación por el cambio en la jerarquía de los valores, que ha provocado grandes modificaciones en las costumbres y por ende en la ética, 4. La influencia de los factores económicos y administrativos en la práctica de la cirugía, y 5. La asistencia médica gerenciada.

Frank Lucente, pronunció el discurso inicial; graduado de la Universidad de Yale, hizo su posgrado en San Louis, Missouri, es profesor y jefe del departamento de Otorrinolaringología (ORL) de la Universidad del Estado de Nueva York, Brooklyn. El tema tratado fue dedicado al centenario de la Academia Americana de Oftalmología y ORL (AAOO) la cual fue fundada en 1896, por Hal Foster en Kansas City, MO. En 1916 se creó el reconocimiento de la especialidad oftalmología y en 1921 la de ORL. Hoy son dos academias separadas.

**Biopsia mamaria por esteroataxia.** Hubo un curso con una gran audiencia. Hoy hacen la biopsia dirigida sobre el eco, y también se hacen resecciones mínimas

siguiendo el mismo procedimiento. Esto fue logrado con la colaboración de cirujanos, imagenólogos y patólogos.

**Forum.** Como señalábamos en la introducción, son los trabajos de investigación que han sido rigurosamente seleccionados. Es interesante observar que en la década del cincuenta y comienzos de la de sesenta la mayoría de los trabajos versaban sobre diversas técnicas quirúrgicas. Esto fue paulatinamente cambiando y, en la actualidad la gran mayoría de ellos versan sobre investigación molecular, bioquímica, enzimas, genética. Este año comenzaron varias secciones en el área de humanidades y economía.

Vamos a presentar un análisis de las secciones de investigación, e interrelacionarlas, tratando de deducir de ello los intereses predominantes en la comunidad quirúrgica en Estados Unidos de Norte América, compuesta por una élite intelectual en la cual están incluidas: las universidades, los hospitales y centros de atención ambulatoria, los grupos de ciencias básicas, el Instituto Nacional de Salud, y el Centro para el Control de Enfermedades; la evidencia de estos trabajos debe representar la patología prevalente en función a la morbilidad y la mortalidad. No necesariamente ello sea exactamente igual a la ocurrencia en nuestro medio, pero recordemos como ha señalado la Oficina Sanitaria Panamericana y el Banco Mundial, que estamos en Sur América y el Caribe en una etapa de transición epidemiológica. Si bien es cierto que un importante porcentaje de la población aún sufre de enfermedades infecto-contagiosas, no deja de ser cierto que las tres primeras causas de muerte aún son: el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes. Cada año el Forum es dedicado a un investigador notable, en 1996 correspondió a Judah Volkman, Harvard (1957) quien trabajó con Robert Zollinger y Robert Gross. Logró cultivar tumores en órganos perfundidos y de allí surgió la idea de su dependencia con la angiogénesis. En su laboratorio fue descubierta la molécula que inhibe la angiogénesis, el primer *cloning* y el cultivo de células del endotelio capilar.

**Tratamiento quirúrgico de las insuficiencias cardíacas.** Randas Videla Batista, de Camina Grande, Paraná, Brasil, ha empleado en casos avanzados la resección de una parte de la cara anterior del ventrículo izquierdo lo que mejora al

paciente. Esta operación se está practicando en Buffalo.

**Futuro de la educación médica.** Fue desarrollado por un panel compuesto por: Benson Wilcox, Chapell Hill, Lazar Greenfield, Ann Arbor, Rolan Folse, Springfield, Michael Whitcomb, Vicepresidente de la Asociación Americana de Escuela de Medicina, Frank Lewis, Detroit, y Robert Spencer, Chapell Hill. Se insistió mucho en los cambios que había ocurrido en la educación médica de posgrado derivados de los sistemas de gerencia de atención médica, en el aumento del compromiso de las universidades en las áreas de docencia, investigación, asistencia y administración. Se señaló la importancia de la atención primaria y de la disminución de las consultas a los especialistas, así como la disminución de los recursos provenientes de los proyectos de investigación, y del aumento del costo de la docencia y de las nuevas tecnologías incorporadas al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades. Se requiere una reforma de los sistemas de contabilidad y de presupuesto, y es imperiosa la necesidad de relacionar la atención médica con la comunidad. Por último, señalaron que en la mayoría de los países había sobreproducción de médicos, y que en EE.UU. pasará de 270/100 000 habitantes a 296 hacia el año 2 000. El financiamiento es subsidiario de una decisión política, pero el número de asignaturas en el pre y posgrado y el mantenimiento de la calidad de la docencia son dependientes de los profesores. Hay que insistir en:

1. Los objetivos de cada materia.
2. El diseño de los programas.
3. En la ubicación del sitio de docencia para el pre y posgrado, hospitales y ambulatorios.
4. Evaluación permanente de los residentes tanto en la calidad como en la cantidad de actos médicos efectuados (hoy en día la evaluación es externa y al final para otorgar los títulos de especialistas).

La duración de los cursos de cirugía o residencias tiene un promedio de cinco años, pero hay algunas más largas como neurocirugía y cirugía torácica o cardiovascular que están dentro de un margen de seis a ocho años. Los residentes no objetan la duración, pero se quejan de que no tienen tiempo suficiente para la familia y para estudiar. Se explica la duración por la necesidad de la maduración del conocimiento. Se hace una síntesis cronológica de

la evolución de la educación médica en EE.UU.:

1. Informe Flexner (1910),
2. Atención médica de los mayores de 65 años (Medicare-1965),
3. Gerencia de la atención médica (Managed care-1990),
4. Plan general de salud, no aprobado, por resistencia de la mayoría de las personas involucradas (1994), y
5. Balance entre ingresos y egresos en salud (1996).

Luego se observa que el número de estudiantes de medicina, y el de residentes luce excesivo (1979) y, para 1996, definitivamente se acepta que el número de especialistas y hospitales es excesivo. Para 1995, la relación entre especialistas y generalistas era de 1,85/1, debiendo ser 1/2,7. Dentro de las recomendaciones planteadas están: 1. Aumentar los médicos de atención primaria, incluyendo ginecología y obstetricia. 2. Bajar el número de residentes de 130 000 a 80 000. 3. Reemplazarlos por enfermeras, técnicos y adjuntos. Señalaron que en Bronx (NY) hicieron la experiencia y los costos ascendieron. Hay una gran preocupación por el financiamiento de la docencia de posgrado, que en los momentos actuales en una u otra forma procede del dinero asignado para la atención médica. Se propuso la creación de un fondo con los aportes de: 1: El monto asignado por el gobierno para la salud de la tercera edad. 2. Las entidades que hacen mantenimiento de la salud y 3. Las compañías de seguro médico.

**Optimismo en el cambio de la asistencia médica.**

Desarrollado por un panel compuesto por: Rollis Hanlon, ex-Presidente del Colegio, Bruce Spivay, Chicago, y Howard Spiro, New Haven. Se debe ver al médico como integrado en la comunidad, en las poblaciones y no sólo en los pacientes. El sistema de niveles de atención y redes no va a cambiar. Los médicos y especialmente los cirujanos deben ser los organizadores. Una de las debilidades de la gerencia de la atención médica es que se ignora, la docencia, la investigación y el costo social, que dañan la atención médica. La motivación principal del medio es no hacer daño, la del proveedor es hacer dinero.

**Cirugía e inmunosupresión.** Christopher Gitzelman y col. cirujanos pediatras de Johns Hopkins señalan que las operaciones producen una inmunosupresión que dura 7 días en la cual participan las células y los

humores. Pero el mecanismo no está bien establecido. En ratones C3H/He inmunizados al carcinoma mamario, rechazan un segundo tumor por medio de linfocitos T. En ellos compararon la laparotomía con la laparoscopia dando la primera, por el estrés, una mayor supresión que la segunda. John D Allendorf y col., cirujanos generales del hospital Presbiteriano de Columbia, demostraron que los tumores son más fácilmente trasplantados y crecen más en los ratones C3H/He inoculados con carcinoma mamario con laparotomía que con laparoscopia. El fenómeno no es absolutamente dependiente de los linfocitos T, sino también de los factores de crecimiento aislados del plasma.

**Registro Nacional de Trauma.** David Hoyt, de la comisión de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, en colaboración con el Departamento de Tráfico de Carreteras y el Centro de Control de Enfermedades, Atlanta, lo crearon con el fin de establecer la causalidad de cada accidente y estimular así su prevención.

**Genes e inmunología en el cáncer metastásico de la mama.** Un grupo seleccionado de pacientes son tratados con vacunas (elaboradas mediante combinación de conocimientos en genética e inmunología) para estimular la respuesta de su propio sistema inmunitario por actuación sobre las células neoplásicas y generación de linfocitos T. El aumento de ellos se adquiere por medio de la administración de altas dosis de citoquinas externas, las cuales pueden causar toxicidad en la sangre, pulmones y riñones. Las vacunas pueden ser producidas por cultivo de las células tumorales manipuladas genéticamente o por cultivo de linfocitos T de la sangre periférica. Este modelo ha sido complementado con quimioterapia y cirugía. Eamonn Coveney y col., de la Universidad de Duke del Programa de Cirugía Experimental y Terapéutica Molecular, con el empleo de linfocitos asesinos activados e inespecíficos, combinados con interleukina II (II-2) y linfocitos infiltrantes de tumores (LIT), han producido una respuesta inmunitaria favorable. Pero la toxicidad de II-2 y el bajo número de LIT han obligado a recurrir al uso de antígenos específicos como los linfocitos T citotóxicos que se emplean en la producción de la vacuna de células tumorales modificadas por citoquinas.

**Computadoras en el consultorio.** Se progresa mucho en la identificación de la voz por lectores acústicos (George Orwel- 1984) con el empleo del vocabulario, la dependencia del orador y la continuidad del lenguaje. El registro de información y la interacción con otros, pueden producir modelos diagnósticos y terapéuticos: la gerencia de atención médica, las redes de referencias de pacientes, los estudios de costos, las afiliaciones a los HCM o HMO, la red de cáncer del NIH (*National Institute of Health*), los computadores como instrumentos de docencia, etc.

**Curso de posgrado sobre alternativas para los jubilados.** Presentado por George Zuidema y Richard Kraft, ambos de Ann Arbor. El promedio de edades de retiro de los cirujanos es de 63 años, pero muchos hospitales siguen la norma de que entre 65 y 70 años deben retirarse. Algunas sociedades científicas están interesadas en los problemas de los jubilados y en atenderlos.

**Oración Scuder de trauma.** Debido a la importancia que siempre ha tenido se la considera la comisión más importante del Colegio, Anna Ledgerwood, de Detroit, se refirió in extenso a las demandas judiciales y describió muy bien la atención médica de emergencia, y señaló como puntos muy importantes:

1. Que el paciente no podía escoger al médico,
2. Las dificultades de comunicación entre el paciente y el médico,
3. El paciente generalmente está psíquicamente perturbado,
4. Hay dificultad de relación con los familiares.

Aconsejó:

- a. No criticar a los miembros del equipo de trabajo,
- b. Prepararse para un posible juicio,
- c. No opinar sobre asunto que desconozca y
- d. Controlar el ego.

**Acceso electrónico al conocimiento y la técnica quirúrgica.** Se ha hecho un disco compacto CD-Rom para Windows y Macintosh que tiene una obra de 1 900 páginas y 1 200 dibujos, emanada de Cirugía Científica Americana, un grupo de cirujanos del Colegio. Este material puede ser consultado fácilmente y ser impreso.

**Suero salino hipertónico.** David Hoyt, San Diego lo ha empleado (llamado entre nosotros suero Hermógenes Rivero, debido a que él lo popularizó en el tratamiento del Choque, ha determinado que mejora el proceso inflamatorio que se presenta en el 10% de los casos de trauma y que ha producido mejores resultados que el Ringer lactato.

**Recurrencia del cáncer hepático.** Howard Karpoff y col. del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (NY) han logrado mejorías con interferón gamma y una citoquina genéticamente modificada. Logran estimulación de las células de Kupffer, por medio de vacunas. En los casos de tumor, la resección hepática parcial acelera el crecimiento de los fragmentos dejados. La vacuna consiste en IFN-2 y una colonia de granulocitos macrófagos con factor estimulante y el emplea el virus del herpes simple como vector. Se ha empleado en modelos animales experimentales. David Schindel y col., Indianapolis, han empleado octeotide con el propósito de disminuir el crecimiento y han logrado resultados en modelos experimentales en ratas.

**Parchos de colágeno placentario para ocluir defectos de la pared intestinal.** Donald Kim y col., Washington, lo han empleado en ratones con intestino corto y fístulas intestinales cutáneas, con resultados mejores que con otras terapéuticas.

**Ética médica en el tercer milenio. La crisis de integridad.** Edmund D Pellegrino, Profesor de ética médica de la Universidad Georgetown, Washington. Se refirió a la erosión del ideal hipocrático, cuyo juramento incluye importantes nociones del deber, la virtud y los valores religiosos. El incluye dos principios fundamentales: hacer beneficencia, el bien a los demás y no hacer maleficencia, no hacer el mal a los demás. La influencia de la economía, definida por Aristóteles como un buen manejo del hogar, ha tenido una influencia enorme en la desviación de la ética. El etos del mercado no es medicina, pues su objetivo es la ganancia, y el de la medicina mejorar, curar o consolar. Cuando se

piensa sólo en el mercado se plantea una lealtad dividida. La absolutización de la autonomía del paciente, que hoy le permite rehusar el tratamiento, a participar, a seleccionar y hasta demandarlo, es problemática, y se ha definido la ética como lo exitoso o un contrato individual. El paciente será siempre vulnerable, dependiente y ansioso, y en la relación médico-paciente hay inequidad de poder e interactividad de la verdad, el paciente debe confiar en la ayuda que le promete el médico, debemos ser benevolentes, sin autointerés, compasivos con honestidad intelectual, prudencia y competencia.

**Eficiencia y costos.** Edward Verrier, Seattle, señaló siete puntos: 1. Voluntad de cambio de los médicos y las enfermeras, 2. Análisis continuo de costos, 3. Vigilancia en la calidad de la atención médica, 4. Seguridad en el análisis de costos, 5. Un buen registro de base, 6. Evaluación continua del personal, médico y no médico, 7. Formar un equipo de trabajo. Robb Rutledge, Fort Worth: determinar el uso óptimo de los recursos y los tratamientos en los hospitales. William Likosky, Santa Clara, trabaja en una organización privada prepagada que es la Kaiser Permanente y señala: 1. Mejorar la medicina preventiva, 2. Mejorar las técnicas de diagnóstico y tratamiento, 3. Emplear métodos comprobables de medida, 4. Vigilar los resultados: mortalidad, errores de diagnóstico, y la calidad de la atención médica medida por la satisfacción del paciente. La medición de los costos mejora la calidad de atención.

**Nutrientes, factores de crecimiento y recuperación.** Douglas Wilmore, Boston. Se debe proteger el anabolismo local y contrarrestar el catabolismo general. Para lograr estos se han administrado anabólicos como la glutamina, que favorece el transporte de nitrógeno, de ella hay 20 mmol en el parénquima de las células de músculo estriado, y en el suero 0,2 mmol. De ellos, 1/3 corresponde a glutamina, 1/3 alanina, y 1/3 a otros. En el hígado se sintetiza el glutatión. Con cualquier estrés, el nivel intracelular desciende 50%. Por este motivo cuando se administra nutrición parenteral total (NPT) el sistema inmunológico mejora.