

ORACIÓN MAESTROS DE LA  
CIRUGÍA COLOMBIANA

Doctor EFRAIM OTERO RUIZ

1981

Presentador del orador

Doctor ALBERTO ESCALLÓN



# Oración 1981

**Doctor EFRAIM OTERO RUIZ**

Señoras, señores:

Constituye para mí motivo indeleble de orgullo y de especial satisfacción el que la Sociedad Colombiana de Cirugía me haya escogido para ser el orador sobre el tema "Maestros de la Cirugía Colombiana". Doble honor que recibo con la natural humildad, a sabiendas de que, teniendo la especialidad quirúrgica en nuestro país hombres de eminentes alcances intelectuales, que son escritores geniales y oradores brillantes, como quienes me han precedido en esta conferencia en años anteriores, se haya pensado hoy en una persona que escogió para su formación en su ejercicio una de las especialidades de la medicina interna; pienso que este puede ser más bien un homenaje a la endocrinología, como la ciencia de la regulación del medio interno, que hemos visto ser la piedra angular en todos los temas que tratan sobre el manejo del paciente traumatizado y en estado crítico. Creo, en todo caso, que mi único mérito para ocupar esta cátedra es la profunda admiración que siento por la cirugía y por los hombres que han hecho y hacen de ella una especialidad universal, profundamente ligada a las raíces de una medicina científica e investigativa, y cuyo ejercicio es más arduo mientras más separado se está de las corrientes modernas del vertiginoso flujo científico y tecnológico que cada día parecen alejar más las fronteras entre dos mundos diferentes, el desarrollado y el que apenas se halla en proceso de desarrollo.

Por eso quiero hacer ahora el elogio del cirujano actual en Colombia, del de hoy, del de siempre, del que cumple su quehacer cotidiano, llevando a cabo calladamente su obra en los quirófanos de todo el país diariamente, enfundado de verde o de blanco, mientras discurren por el reloj de su espíritu los minutos de vida de sus pacientes.

Lo hago convencido de que él es un actor indispensable en nuestra sociedad a quien no siempre se tributa el reconocimiento que se merece. Pues él no sólo reúne en sí todas las fatigas y dificultades de una formación médica, de un entrenamiento de su especialidad, de un vaivén extenuante entre el arte, que no deja siempre satisfecho al artista, y el estudio y el logro del nuevo arte. Que tiene que soportar diariamente, y en dramas no por repetidos y cotidianos menos pungentes, la ansiedad, la confianza, el temor, la esperanza o la deses-

peranza. Que debe siempre evaluar, en privado o en público, delante de sus colaboradores, frente al paciente y a sus familiares, las consecuencias de ese acto quirúrgico que no sólo exige una mayor habilidad de sus manos sino más criterio, mejor estudio, primordial atención al detalle mínimo pre, trans o posoperatorio. Todo dentro de un conjunto de conocimientos médicos que cada día parece crecer exponencialmente y que amenaza con dejarlo de lado si sus antenas de información no están todos los días sintonizadas en la onda de lo novedoso, de lo fundamental y de lo práctico.

Ese cirujano de hoy viene construyendo la cirugía de la misma manera como lo hicieron los precursores, algunas de cuyas memorias ya han sido veneradas aquí como maestros. Lo hace proporcionalmente a las circunstancias y recursos de su tiempo, que justamente hoy agrandan más la brecha tecnológica entre desarrollo y subdesarrollo. Porque si miramos, dentro de la debida perspectiva histórica, lo que fue la primera mitad de los 100 años que cumple nuestra cirugía, vemos que realmente en la era antiséptica —que entre nosotros llega hasta los albores del presente siglo— o en los comienzos de la era aséptica poco era lo más que podía lograrse en las capitales del mundo desarrollado (París, Londres, Berlín, Nueva York) que no pudiera hacerse en Colombia. Salvo quizá por las famosas casas productoras de instrumental —herencia artesanal de una cuchillería y una cubiertería tradicionales—, instrumental que por lo demás era accesible a los equipajes de nuestros primeros cirujanos allí formados y que podía venir en los grandes baúles de los paquebotes de ultramar. El resto era la habilidad manual, adquirida al lado de Velpeau, de Chassaignac, de Nelaton o de Albarrán; y el coraje en la mano y en el espíritu para atreverse a penetrar en tejidos o en cavidades que se infectaban tan ignominiosamente, en Bogotá como en París y en Manizales como en Berlín o Londres. De resto, la tecnología paramédica era incipiente, tanto que el ingenio regional venía a veces las dificultades para proveerse de los equipos necesarios. Léanse, si no, los “Datos para la historia de la cirugía en el departamento de Caldas” que presentan al Segundo Congreso Médico Nacional reunido en Medellín en 1913 los doctores Emilio Robledo y José Tomás Henao: allí se dice textualmente que “la primera mesa en que se podía operar con relativa comodidad, puesto que podría obtenerse en ella la posición de Trendelenburg, la hizo construir uno de nosotros en 1900”<sup>1</sup>. O la famosa descripción, tomada por Bonilla-Naar del Boletín de Medicina de Manizales de 1907<sup>2</sup>, en que el doctor Daniel Gutiérrez y Arango describe cómo hizo construir de su propio paciente (un señor Fournal, de origen francés y aparentemente artesano muy hábil) una guillotina hecha con tubos soldados y una cuerda de tiple que le sirvieron para extirpar el gran pólipo laríngeo que asfixiaba a su propio creador y artesano. Las viejas salas de cirugía de la era aséptica fueron diseñadas según el famoso modelo del Hospital de La Pitié, en

---

<sup>1</sup> Bonilla-Naar, A. Precursores de la cirugía en Colombia. Antares, Bogotá, 1954.

<sup>2</sup> Bonilla-Naar, A., *op. cit.*

París, una vez que el vapor a presión (traído por primera vez a Medellín en 1889) hubo desplazado los vaporizadores e irrigadores de ácido fénico de la era listeriana.

Vemos, sin embargo, cómo en las últimas décadas, y a medida que la cirugía se hace más científica, menos artesanal, se rodea de tecnologías complementarias que la hacen más complicada y más costosa: díganlo si no lo que fueron los primeros aparatos de anestesia de circuito cerrado frente a las antiguas mascarillas de anejo o de Ombredanne; o el termocauterío, introducido en 1911 pero sólo popularizado por Cushing a partir de 1928<sup>3</sup>; o las dotaciones para visualización radiológica trasquirúrgica. O, ya en años más recientes, los equipos para supervisión visualizada continua de parámetros fisiológicos —aquellos que con un anglicismo indispensable se denominan “monitores”— o los múltiples accesorios de visualización o de micromanipulación de otras subespecialidades quirúrgicas. Hasta aquí, y gracias al esfuerzo de grupos médicos privados (que surgen, dentro de esa evolución histórica que venimos anotando, como clínicas o casas de salud destinadas a ofrecer el conjunto de equipos y accesorios que permitieran una cirugía más adecuada) o de los servicios de salud del Estado, se ha podido contar, mal que bien, con dotaciones quirúrgicas comparables a las de los centros más adelantados.

El problema se complica cuando la cirugía, siguiendo su curso natural como ciencia, se hace cada vez más investigativa y debe aunarse con procedimientos médicos de diagnóstico o terapéutica que aseguren una mejor localización lesional, o un mejor procedimiento operatorio o un manejo satisfactorio de las complicaciones para asegurar más aún la supervivencia del paciente. Ya que todos estos, y gracias a los desarrollos tecnológicos de la era del estado sólido, se vienen multiplicando, como la información, también casi exponencialmente, surge entonces la necesidad de tenerlos a mano, multiplicándose los costos también de manera exponencial. Y se forma al tiempo una especie de círculo vicioso, que afecta tanto a cirujanos como a pacientes por igual, ya que nadie querrá operar —o ser operado— si no se dispone a la contigüidad inmediata de una sala completa de cuidado intensivo postoperación, o de unidades de hemodiálisis, de terapia respiratoria, de medicina nuclear o de áreas asépticas de aislamiento con dispositivos de flujo de aire laminar. Si a eso se unen los costos de los exámenes requeridos pre y postoperatoriamente —y que van desde un simple examen de orina hasta una tomografía axial computarizada—, vemos que los gastos de la intervención quirúrgica adquieren una magnitud socioeconómica que los hacen inaccesibles a nuestros recursos y los margina de la mayoría de nuestras gentes: es entonces cuando la medicina pasa de merecedora a meretriz, como lo decía con su ingenio inigualable el doctor Franz Ingelfinger<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Ream, A. K. Advances in medical instrumentation. Science 200: 959, 1978.

<sup>4</sup> Ingelfinger, F. Medicine: meritorious or meretricious. Science 200: 942, 1978.

Pero de aquí en adelante nuestro cirujano actual no está afectado únicamente por el problema de los costos, que en algunos casos pueden ser excesivos e inalcanzables en conjunto para las mismas entidades públicas o privadas. Lo está, y a mi modo de ver en forma mucho más grave, por lo que hemos denominado antes la brecha tecnológica. Porque ya no se puede decir, como hace 50 u 80 años, que lo tenemos hoy aquí es, mal que bien, lo que tienen los centros más desarrollados. El problema es que tenemos lo que éstos tenían hace tres o cinco o más años. En efecto, encontramos que nuestros pobres países, después de hacer esfuerzos ingentes por adquirir determinados elementos para sus dotaciones hospitalarias, se hacen y equipos que, casi desde el momento de su instalación, ya son obsoletos; y debemos resignarnos a usar equipos de primera o de segunda generación mientras que en los países desarrollados, y en virtud de su economía y de su mismo vertiginoso desarrollo —ya van por los mismos equipos pero de quinta, séptima y octava generación. Con la ventaja de que, dados los esquemas de costo-beneficio de tales países, muchos de esos equipos ya no se compran sino se arriendan, de suerte que cada uno o dos años se garantiza allí la adquisición de lo evidentemente más evolucionado.

Es de esperar que en el futuro este aspecto, en nuestros países en vía de desarrollo, se siga complicando a medida que la cirugía requiera más de la investigación para poder realizarse con pleno éxito. Yo no pecaría de exagerado si dijera que, como técnica operatoria propiamente dicha, la cirugía ya ha sobrepasado más del 95% de lo que técnicamente puede realizarse o es factible. Este siglo ha contemplado cambios tan épicos que van desde las grandes resecciones hasta los trasplantes de órganos, desde las prótesis más complicadas hasta las microcirugías más sutiles. Pero aquí puede pasar, como en la frase de Wildavsky también citada por Ingelfinger<sup>5</sup>, que “aunque estamos haciendo mucho mejor nos estamos sintiendo cada vez peor”. La razón, como lo ha señalado repetidamente José Félix Patiño entre nosotros, es la limitante médica del conocimiento quirúrgico. De ahí que sea el mismo cirujano de hoy el que deba preocuparse por el estado nutricional de su paciente, por su equilibrio ácido-básico, por sus gases arterio-venenosos pero también, y con más frecuencia en el futuro, por su respuesta inmune y su histo-compatibilidad HLA, por sus determinantes genéticos a la infección, a la cicatrización y aun a la misma transformación maligna. Por eso la importancia de una información medicoquirúrgica constante y actualizada en la que, así como en todos los aspectos anteriores, se ha hecho énfasis primordial en este simposio.

Para el problema socioeconómico de los gastos crecientes se vislumbra una solución que parece obvia pero no es tan sencilla, como es el mejoramiento progresivo y sobre todo la racionalización de nuestros sistemas globales de salud. Teniendo en cuenta la limitación de nuestros recursos, tanto en el campo

---

<sup>5</sup> Ingelfinger, F., *op. cit.*

médico como en el quirúrgico, debemos aprender a distribuir mejor nuestra pobreza. No sólo mediante la escogencia adecuada y el mantenimiento continuo y asegurado de los equipos, sino mediante su concentración en centros de excelencia, especializados en determinado tipo de intervenciones y planeados de acuerdo a su accesibilidad a ciertos grupos de población. En cuanto a las intervenciones practicadas, sobre todo aquellas que representan las últimas "modas" de la cirugía, quizá valdría la pena plantear la posibilidad de su evaluación prospectiva, a la manera como lo han planteado Bunker, Hinkley y McDermott para los Estados Unidos<sup>6</sup>, en lo que en inglés se denomina "randomized clinical trials" y que en español podría traducirse por ensayos o experiencias clinicoquirúrgicas en grupo de pacientes escogidos al azar: esta metodología propone que se ensayen los procedimientos en la forma como se ha hecho con ciertos fármacos o métodos terapéuticos, con verdaderos estudios "doble-ciego" cuya valoración estadística, al cabo de unos años, puede proporcionar información sobre la bondad de este o aquel procedimiento principalmente en cuanto a los aspectos de alivio sintomático o de prolongación de una vida útil se refiere.

Todo ello requiere una actitud, una disposición de ánimo de parte del cirujano, que en ninguna parte he visto más bellamente resumida que en una de las páginas que nos dejó el inolvidable doctor Anzola Cubides escrita sobre el arte en la cirugía. Decía el maestro Anzola: "Existe una filosofía de la cirugía, como también una filosofía de la historia. El auténtico cirujano no puede dejar de ser un filósofo de la ciencia que cultiva. Practicarla es sorprender, explicar, iluminar y ensanchar el territorio de su dominio; es descender de la superficie a las profundidades de las causas y a la lógica de los fenómenos y sus correlaciones. Hay que pensar siempre en ello y razonar para poseer un juicio sobre todos estos fenómenos pero sin aferrarse a él como algo definitivo e inapelable; nada hay más perjudicial para el hombre que la convicción de su propia suficiencia. Quien se cree en posesión de la verdad definitiva descansa tranquilo y seguro en el error; quien es prudente, busca nuevos elementos de juicio para rectificar un error y completar y perfeccionar su conocimiento. Es necesario equivocarse para aprender, como lo es sufrir para experimentar la alegría de no padecer"<sup>7</sup>.

Que este paradigma y este propósito, enunciado por quien fuera maestro de maestros de la cirugía colombiana, ilumine la trayectoria de este cirujano actual, por cuyo coraje, dedicación, abnegación y patriotismo he querido elevar hoy este homenaje de admiración y de respeto.

---

<sup>6</sup> Bunker, J. P.; Hinkley, D. and McDermott, W. V. Surgical innovation and its evaluation. Science 200: 937, 1978.

<sup>7</sup> Anzola Cubides, H. La cirugía es un arte. Tribuna Médica, 1972. Citado por Muñoz, L. Notas para la historia de la medicina en Colombia (inédito).