

Presente y futuro de la cirugía torácica en España

G. Ramos

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario. Valladolid.

La cirugía torácica es una especialidad bien delimitada en nuestro país, cuyo cometido se corresponde con el de la cirugía torácica general o cirugía torácica no cardíaca, según la terminología acuñada en otros lugares. El nombre, así, puede llevar a confusión, por cuanto que, a diferencia de lo que sugiere desde el punto de vista semántico, no representa una cirugía tendente al estudio y resolución de todos los problemas quirúrgicos que afectan al continente y el contenido torácicos, dejando al margen la patología específica del corazón y los grandes vasos.

Eclipsada en un tiempo por el brillo de la cirugía propiamente cardíaca, ha adquirido en las últimas décadas un nuevo relieve, gracias al trabajo de buen número de cirujanos que, conscientes de la situación, se han afanado en mostrar las posibilidades reales de la especialidad, lo que ha conducido a elevar el nivel de la misma y a su reconocimiento general¹. En esta línea, la individuación de la cirugía torácica y la cirugía cardíaca traduce las peculiaridades de ambas, a pesar de su origen y caminar paralelos durante una época. Si la cirugía torácica, de este modo considerada, ha alcanzado su pleno desarrollo más tarde que otras especialidades, ello sólo demuestra la mayor dificultad de su abordaje o, por así decir, su singularidad. La depurada técnica de nuestros días ha incorporado procedimientos sustantivos de otros campos –cirugía plástica, ORL, cirugía vascular, etc.–, lo cual ha contribuido al progreso, facilitando la investigación y el ensayo de nuevas ideas; avances técnicos que, aun siendo extraordinarios, son relativamente modestos si se comparan con los enormes pasos dados por la aportación a la cirugía de otras disciplinas no quirúrgicas.

La cirugía torácica es, con todo, una firme realidad clínica. Forjada en la cirugía del pulmón, ha extendido su hacer a la pared torácica, la pleura, el esófago, el diafragma, el árbol traqueobronquial y el mediastino, para tornando a aquélla llegar al cenit de la actividad quirúrgica reparadora con el trasplante. Vasto campo, pues, el

de actuación del cirujano, para estudiar y tratar anomalías congénitas, traumatismos, tumores, malfunciones y enfermedades diversas, en todos los grupos de edad².

Ante patología tan variada y en ámbito tan extenso, el cirujano, para mantener la competencia científica y técnica, debe dedicarse por entero a la especialidad; máxime cuando en el mundo de hoy los nuevos conocimientos y el progreso tecnológico se suceden a velocidad asombrosa³. En otras palabras, la competencia en cirugía torácica requiere un saber profundo, destreza técnica y experiencia amplia, para diagnosticar con exactitud, operar con seguridad y tratar eficientemente a los enfermos, competencia que puede lograrse en nuestro país a través del programa formativo correspondiente.

Mas, si la cirugía torácica es una realidad en España, y la formación en la especialidad es adecuada para alcanzar el nivel requerido en la profesión, ¿continuará siendo así en el futuro?⁴

La evolución del último cuarto de siglo muestra que los conocimientos seguirán aumentando. De esta suerte, asistiremos, en un *futuro* que parece próximo, a una mejor comprensión de los mecanismos de la enfermedad y de la respuesta biológica a la cirugía, que propiciará cambios profundos en el diagnóstico y la terapéutica.

El diagnóstico será, cada vez más, de certeza. Los métodos de imagen continuarán avanzando. La “biopsia óptica”, no quirúrgica, llegará un día a ser posible, ya que distintos marcadores tejido-específicos tendrán su traducción en imagen, que podrá ser registrada por espectrografía, RM u otra técnica. El diagnóstico endoscópico se verá facilitado por nuevos utillajes, derivados de las tecnologías de la imagen y la transmisión. Habrá avances notorios en el diagnóstico biológico y en el análisis genético, llegándose al diagnóstico prenatal de ciertos procesos e incluso al diagnóstico de condiciones de pre-enfermedad. En la práctica ordinaria, el diagnóstico se verá facilitado por los sistemas informáticos, que permitirán la comparación, en tiempo real, de los datos recogidos del paciente con los registrados en grandes bases de datos. La ayuda automática en la elección de los estudios complementarios y en la toma de decisiones terapéuticas, basada en la evidencia que ya se va almacenando, será algo habitual⁵.

Correspondencia: Prof. Guillermo Ramos.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario.
Avda. Ramón y Cajal, 3. 47011 Valladolid.

Recibido: 4-12-00; aceptado para su publicación: 12-12-00.

(Arch Bronconeumol 2001; 37: 504-507)

El conocimiento más sólido de la enfermedad y el diagnóstico más exacto llevarán a una terapéutica más apropiada. Evolucionará la cirugía del cáncer de modo que, cuando se llegue a “controlar” médicamente la enfermedad, ocurrirán cambios similares a los sucedidos en su día en torno a la cirugía de la tuberculosis pulmonar. Proseguirá el desarrollo de los trasplantes al conseguir métodos de preservación más duradera y efectiva, controlar las reacciones de rechazo e incluso hacer posibles los xenotrasplantes. La terapia génica contribuirá a estos desarrollos y al auge de una medicina verdaderamente preventiva, cuyo impacto se dejará sentir también en la actividad quirúrgica. La cirugía en sí se hará menos agresiva (o mejor controlada), logrando la recuperación precoz del enfermo y la disminución de los efectos secundarios. La integración de los saberes de distintas ciencias (electrónica, informática, telecomunicación, biología molecular, etc.) será la base de tales avances⁵.

Empero, el progreso lleva siempre consigo nuevos problemas, algunos ya notorios y susceptibles, además, de acentuarse prontamente.

La rapidez en la adquisición de nuevos conocimientos y la difusión de los mismos lleva a veces a su aplicación inmediata antes de ser verdaderamente asimilados, con los peligros que dicha actitud puede encerrar en una disciplina quirúrgica. Así, el crecimiento incesante de la información obliga a establecer, en torno a la cirugía, una potente infraestructura, que permita aprovechar lo positivo de aquella y elimine sin pérdidas de tiempo todo lo superfluo: única forma de practicar una cirugía basada en la evidencia científica.

El incremento desmedido del gasto sanitario es también manifiesto, y la colaboración del médico en las tareas de gestión es algo actualmente obligado. Sin embargo, la contribución del cirujano a dicha gestión no debe apartarle de su actividad específica, esto es, de la práctica quirúrgica. Y, siendo la calidad asistencial en su mejor expresión respecto del enfermo lo que debe centrar la gestión clínica, sólo una buena infraestructura creada alrededor de la cirugía ayudará a mantener el equilibrio debido.

Nuevos problemas, por tanto. Problemas para mantener la competencia profesional, límites económicos y presupuestarios y, en consecuencia, cambios en la relación médico-enfermo, cuestiones éticas y repercusiones legales.

Cultivar el juicio clínico y la destreza técnica —necesarios en la cirugía torácica— exige tiempo; la formación continuada, imprescindible, también. No en vano, el cirujano, como diría Julián Marías, precisa “saber hacer para hacer, no para quedarse simplemente en saber cómo se harían las cosas”⁶. Pero, en el mundo cambiante en que nos movemos, el tiempo concreto para mantenerse al día en las técnicas que se van renovando ¿es hoy suficiente?, ¿lo será mañana? Si no logra encontrar el equilibrio en el tiempo dedicado a todas las tareas que le obligan, de acuerdo con su importancia respectiva, el cirujano futuro ¿será un profesional competente? ¿Qué exigirá la sociedad al cirujano para demostrar su capacitación? No olvidemos que si la cirugía tiene su

base en la ciencia, se expresa por naturaleza en la técnica, y la técnica, para cumplir sus fines, requiere una práctica diestra que sólo se mantiene con una actividad adecuada⁷.

Algunos hechos, a veces demasiado cercanos, obran en contra de esa actividad. Por ejemplo, el aumento indiscriminado del número de unidades de cirugía torácica, la creación de estructuras hospitalarias que restringen el campo de actuación de la cirugía, y el descuido en cualquier unidad de la actividad científicotécnica en favor de la atención a tareas alejadas del quehacer médicoquirúrgico específico.

El desarrollo pleno de la especialidad sólo es posible con una actividad importante y varia, con la incorporación continuada de métodos y tecnologías, con el estudio crítico de los problemas que surgen a diario. Un cálculo riguroso de la incidencia y la prevalencia de las diferentes enfermedades y de sus requerimientos terapéuticos permitiría definir las “necesidades teóricas” de camas de hospitalización, quirófanos y cirujanos, tras considerar el número de operaciones que debe hacer cada especialista para mantener el nivel de “excelencia” en su trabajo y superar futuras “recertificaciones”. En todo caso, habremos de tener en cuenta también que si, como acabamos de señalar, la cirugía tiene su expresión en la técnica, trasciende de ésta al ser una disciplina con sólidas bases científicas⁸: de ahí que cualquier cambio estructural que amenace reducirla a mera instrumentación tampoco tenga porvenir alguno.

En cuanto al intrusismo en la práctica de la especialidad mencionado a veces, tanto en España como en otros países, declinará paso a paso en nuestro entorno. Las transformaciones que se están produciendo en campos lindantes de la cirugía acabarán ciñendo el ámbito de su actividad a la atención, inevitable y aun necesaria en un sistema sanitario global, de algunos problemas comunes. La exigencia cada vez mayor del enfermo y de la sociedad, y la imprescindible colaboración de los distintos profesionales en el marco de un Sistema Nacional de Salud, marcarán con nitidez el camino. Aunque el intrusismo real, como cualquier otro obstáculo, sólo desaparecerá cuando la cirugía torácica sea estimada por todos (incluidos los propios cirujanos torácicos) como la gran especialidad que es y no como una tarea que puede desempeñarse en cualquier hospital, con medios escasos y mínima infraestructura.

Lo referido aparte, el verdadero reto para el futuro de la cirugía torácica está en la educación que demos a los residentes⁹. Enfrentados con cambios rápidos y profundos en el mundo médico, que incidirán en nuestra profesión y nuestra práctica, es necesario asegurar a la sociedad que los cirujanos son formados convenientemente, para ejercer la especialidad de manera crítica, y son provistos del oportuno bagaje académico, para continuar creciendo en capacidad y conocimiento con la evolución de la misma¹. El progresivo aumento del saber, la llamativa expansión tecnológica, las reivindicaciones de los pacientes, la multiplicación de especialistas y la posibilidad de libre circulación de profesionales a lo largo y ancho de Europa hacen precisa la educación óptima en una cirugía sujeta a continuos cambios. Ar-

monizar la formación de inicio con la educación continuada, el control de la actividad y la práctica diaria resulta fundamental.

Es de señalar que algunas decisiones políticas de ámbito europeo exigen la adecuación de títulos y diplomas (Directiva 93/16/CEE del Consejo y Recomendaciones posteriores), así como la armonización de los contenidos que correspondan.

En relación con esto, y habida cuenta los problemas que se plantean con la libre circulación de especialistas cuando no coinciden los títulos o no significan lo mismo, la Administración española, siguiendo aquellas Directivas, instó el pasado año al estudio de un posible programa de formación mixta en cirugía torácica y cardíaca, a semejanza de lo que ocurre en otros países (tabla I)^{10, 11}.

En ese camino hipotético, la formación habría de ser adecuada en ambas áreas de la "nueva" especialidad. Tratándose de una formación dual, el tiempo estimado

para la misma habría de ser largo (¿6, 7 años?, no previsto en la actual legislación española), ya que si es posible discutir un acortamiento del período quirúrgico general en el caso de la cirugía cardíaca, compensable con un alargamiento del tiempo de educación en la propia disciplina, es difícil concebir un cirujano torácico general excelente sin un rico bagaje en cirugía digestiva, vascular, cervical, plástica, etc.¹.

En el sistema objeto de estudio podría incluso estimarse la flexibilidad en la educación y atender los cambios de orientación del futuro especialista. El período formativo habría de permitir también la evaluación continuada de sus actitudes y aptitudes (carácter ético, juicio clínico, destreza técnica, capacidad de hacer frente a los distintos problemas, etc.), como paso previo al examen definitivo y, en caso favorable, la titulación, según correspondiera legalmente.

Está claro que en esa idea habrían de hacerse esfuerzos para adaptar los programas de formación y adecuar las unidades docentes, lo que, al día de hoy, no parece

TABLA I
Cirugía torácica (Unión Europea)

País	Título	Campo de actuación	Fuente de información
Alemania	Cirugía torácica	CTG	Ludwig Lampl (comunicación personal, 4-1-2000)
	Cirugía cardiotorácica	CTG + CC Proyecto de formación troncal común en todas las especialidades quirúrgicas	
Austria	Cirugía torácica	CTG	Walter Klepetko (comunicación verbal, 3-11-2000)
Bélgica		Sin programa específico de formación, CT incluida en CG	Phillipe Noirhomme (comunicación personal, 16-2-2000)
Dinamarca	¿?		
España	Cirugía torácica	CTG	Guía de formación de especialistas ¹⁰
Finlandia	Cirugía cardiotorácica	CTG + CC	Matti Tarkka (comunicación personal, 29-3-2000)
Francia	Cirugía torácica y cardiovascular	CTG + CCV, cualificación posterior por el Colegio Francés de CT y CV, opción torácica y/o cardíaca	Pierre Fuentes (comunicación personal, 22-2-2000)
Grecia	Cirugía torácica	CTG + CC, proyecto de cambiar el nombre a cirugía cardiotorácica	Kalliopi Athanassiadi (comunicación personal, 4-2-2000)
Holanda	Cirugía cardiopulmonar	CTG sin CE + CC, proyecto de cambiar el nombre a cirugía cardiotorácica	Marc Schepens (comunicación personal, 10-1-2000)
Inglaterra	Cirugía cardiotorácica	CTG + CC	Alan James Mearns (comunicación personal, 12-1-2000)
Irlanda	Cirugía cardiotorácica	CTG + CC	Lesley Costello (comunicación personal, 13-1-2000)
Italia	Cirugía torácica	CTG	Giuseppe Gotti (comunicación personal, 18-1-2000)
Luxemburgo	Cirugía torácica	CTG + CC, titulación reconocida, no programa propio de formación	Costigliola ¹¹
Portugal	Cirugía cardiotorácica	CTG + CC, proyecto de separar CT y CC, con formación troncal común	María Teresa Magalhães (comunicación personal, 17-2-2000)
Suecia	Cirugía torácica	CTG + CC	Ramón Lillo (comunicación personal, 10-1-2000)

CT: cirugía torácica; CTG: cirugía torácica general; CC: cirugía cardíaca; CCV: cirugía cardiovascular; CE: cirugía esofágica; CG: cirugía general.

posible en nuestro medio. El informe mayoritariamente negativo de la Comisión Nacional de Cirugía Torácica, y el informe también desfavorable de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, así lo indican.

Aunque son muchos quienes piensan que es preferible tener la cirugía torácica y la cirugía cardíaca como una sola especialidad (ya que supondría una mayor "fuerza" profesional en la sociedad, el hospital y la universidad, y una base sólida para afrontar con mayor garantía los cambios que acontecieran con los años¹), esto no siempre es posible, o aconsejable, dadas las diferencias existentes tanto entre las dos disciplinas –en la práctica diaria, el contenido técnico y los presupuestos educacionales– como en los ámbitos sanitarios en que han de desarrollarse.

Ahora bien, lo mencionado anteriormente en modo alguno debe descartar la modificación de nuestros programas formativos, que han de aproximarse a los vigentes en "Europa", para que los futuros cirujanos torácicos españoles puedan "medirse" en igualdad de condiciones con sus colegas de otros países.

El problema no es sencillo; de ahí que deba profundizarse en su estudio. Es conveniente, sin embargo, actuar con mesura y prudencia en ese acercamiento al resto de la Unión Europea (donde algunos Estados, al igual que hizo Canadá hace años¹², están replanteando su manera de proceder), distinguiendo, eso sí, sin apasionamiento desmedido ni prejuicios, qué significa el período educativo y cómo debe considerarse la práctica profesional.

Dadas las peculiaridades de la cirugía torácica y la cirugía cardíaca en nuestro país y el espléndido desarrollo conseguido hasta el momento, con independencia de los cambios que en el período de formación puedan introducirse, hoy por hoy, es necesario mantener la identidad de ambas disciplinas. De otro modo, será imposible acercarse a los estándares de actividad que se están elaborando en Europa, a fin de garantizar la adecuación y eficiencia de los procedimientos quirúrgicos, máxime en la estructura sanitaria en que nos movemos. La adaptación a las Directivas europeas, por tanto, no debe empañar los logros de la cirugía torácica ni comprometer su futuro, que es el futuro también de quienes decidan consagrar su vida a ella. Si bien, para llegar a buen puerto y preservar la posición de la cirugía torácica (cirugía torácica general) en un escenario bifronte y en el concierto internacional, es obligado seguir trabajando –la mente abierta– con afán, rigor y generosidad.

Adenda

Algún tiempo después de redactado este artículo, surgió un hecho que pudo haber alterado el rumbo inmediato de la cirugía torácica española: la aparición repentina de un nuevo borrador de Proyecto de Real Decreto por el cual la cirugía torácica quedaba suprimida, como

especialidad independiente, para transformarse en parte de una especialidad más amplia denominada cirugía torácica y cardiovascular, con sólo 5 años de "residencia". Dicho borrador fue retirado a las pocas semanas, al demostrarse la necesidad de profundizar en el estudio sobre la pertinencia o no del proyecto y su repercusión en la práctica asistencial del futuro.

Independientemente de los aspectos técnicos y legales del problema planteado (cambio sustancial en los programas formativos, cuya posibilidad de desarrollo en nuestro sistema sanitario habría que determinar), la disparidad existente al respecto en el seno de la Unión Europea (donde algunos planteamientos previos se están poniendo en tela de juicio) y la futura incorporación a la misma de países donde la cirugía torácica general es considerada como "mono especialidad" (v. Polonia, Chequia, Eslovenia o Turquía), invitan a la prudencia y la reflexión antes de emprender un camino que pudiera resultar equívoco.

Ahora bien, por encima de los obstáculos e incertidumbres que puedan elevarse ante nosotros con motivo de la armonización europea, la cirugía torácica seguirá brillando si somos capaces de mantener el rigor y la objetividad en nuestras actuaciones, y de trabajar con tesón –en el entorno de cada uno– por la educación de los medios a las necesidades asistenciales docentes y de investigación que la sociedad requiere.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grillo HC. The education and qualification of thoracic surgeons in the USA. *Int Surg* 1996; 81: 218-223.
2. Vogt-Moykopf I. The role of the thoracic surgeon. *European Society of Thoracic Surgeons (ESTS), Newsletter* 1995; 1/2: 2-3.
3. Lerut T. Skiing on the avalanche. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997; 11: 803-809.
4. Vara Cuadrado F. La cirugía torácica en España: oteando el año 2000. *Arch Bronconeumol* 1992; 28: 148-152.
5. Ramos Seisdedos G. La cirugía torácica al borde del siglo XXI. Datos para la reflexión. Discurso Sesión Inaugural Curso Académico 1999. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Valladolid: Editorial Sever-Cuesta, 1999; 21-103.
6. Marías J. La técnica: ¿humanización o deshumanización? En: Marías J. La justicia social y otras justicias. Madrid: Espasa Calpe S.A. Colección Austral, 1979; 201-217.
7. Berguer R. Cirujano: ¿técnico o investigador? *Arch Cir Vasc* 1995; 4: 1-4.
8. Sánchez Lloret i Tortosa J. La crisis institucional de la cirugía. *Cir Esp* 1998; 63: 1-2.
9. Kron IL. Challenges for training thoracic surgeons in the future. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 309-311.
10. Cirugía Torácica. Guía de formación de especialistas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones, 1996; 159-164.
11. Costigliola V. Postgraduate education. En: Koning J, Linders N, Smolders F, Willemstein S, editores. *Medical education in Europe*. Nijmegen: Med Net, TRIO Print, 1999; 189-190.
12. Mulder DS, McKneally MF. The education of thoracic and cardiac surgeons: a canadian initiative. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 236-238.