

BOLETÍN FELAC

Volumen 30 No. 3 Julio – Setiembre 2023

Dr. David Ortega Checa
Director



FELAC

CONTENIDO

- Editorial
- Maestro Cirujano Latinoamericano:
 - Dr. Fernando Rodríguez Montalvo
- Gigantes de la Cirugía:
 - Dr. Jan Mikulicz-Radecki
- El Nódulo de la Hermana María José
- Jim, el caballo que salvó a los niños de la difteria
- Artículo de revisión: Diez consejos para que los futuros cirujanos estudiantes de medicina de Latinoamérica alcancen la cirugía académica
- Eventos

EDITORIAL

PROFESIONALISMO, CIRUGÍA y REDES

El concepto de profesionalismo en el campo de la cirugía engloba diversas definiciones, todas las cuales coinciden en que se trata de la manera en que un profesional se comporta o actúa, junto con sus conocimientos, habilidades y competencias clínicas, para brindar una atención de calidad.

Los pacientes suelen percibir el profesionalismo de un cirujano en función de su comportamiento. Este debe basarse en habilidades para una comunicación efectiva, buenos modales, higiene personal, puntualidad y puntualidad, entre otros aspectos, que son visibles y objetivables y que se suman a sus diagnósticos y tratamientos acertados. Es de esta manera que evalúan subjetivamente el componente moral que acompaña al cirujano: honestidad, integridad, confiabilidad, entre otras. Indudablemente, el surgimiento y rápido desarrollo de las redes sociales y de la interacción con los profesionales de la salud en las últimas dos décadas ha traído consigo ventajas para la práctica médica, como el trabajo multidisciplinario, la educación, la comunicación y el seguimiento de pacientes. No obstante, también han surgido actitudes y manifestaciones que traspasan los límites de un comportamiento tradicional al que por lo menos podemos decir “poco profesional”. Se han iniciado estudios y discusiones sobre este tema debido a su implicancia en el marco ético y deontológico, y se ha acuñado un nuevo término: el e-profesionalismo.

En las redes sociales la imagen del médico puede distorsionarse si se mezclan públicamente aspectos personales con lo profesional. Además, la divulgación de detalles de actos médicos o imágenes diagnósticas sin respetar la confidencialidad de los participantes, especialmente cuando se hace con fines publicitarios en lugar de educativos, así como la difusión de información falsa o sesgada, y la promoción de fármacos o dispositivos quirúrgicos, pueden afectar negativamente la percepción del profesionalismo. Además, la exposición de fotos y videos en salas de operaciones que trivializan de manera irresponsable el acto quirúrgico choca con una conducta ética.

Por todas estas razones, consideramos de suma importancia que las instituciones científicas y académicas, como colegios, academias, sociedades, universidades e instituciones prestadoras de salud, que tienen a su cargo la formación y supervisión de los cirujanos, se mantengan alerta y promuevan la difusión de recomendaciones para preservar el profesionalismo y el comportamiento ético de los cirujanos, especialmente durante su etapa de formación

Dr. Iván M. Vojvodic-Hernández FACS
Ex Presidente Sociedad de Cirujanos Generales del Perú
Editorialista Invitado

MAESTRO CIRUJANO LATINOAMERICANO

Dr. Fernando Rodríguez Montalvo

El Dr. Fernando Rodríguez Montalvo desarrolló su fructífera y gratificante profesión quirúrgica siempre al servicio del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (sistema público), dejando a su paso, una inmensa cantidad de discípulos a los que formó en los más altos valores profesionales y éticos; además de una extensa obra docente y asistencial.

No hay ganancias materiales que recompensen las largas noches de angustia y sinsabores, solo la satisfacción del deber cumplido, el salvar vidas o mejorar otras, el ayudar a bien morir, sostener una mano cuando hace falta, colocar un hombro donde apoyarse, de enseñar, de compartir, o simplemente de hacer el bien; todo eso representa el maestro Fernando Rodríguez Montalvo, quien fuera un faro que ilumino al Hospital Dr. Domingo Luciani en Caracas desde su fundación el 10 de

abril de 1987, una luz en el camino de todos los que tuvieron la suerte y fortuna de conocerle y compartir con él. El doctor Fernando Rodríguez Montalvo, aunque nació en Madrid España, ha demostrado que la grandeza de ser venezolano y amar ese país, no tiene que ver con el lugar de natalicio. Un ser humano a carta cabal, luchador íntegro, honrado, representante de los ideales más nobles de la condición humana. Trabajador incansable, amigo entrañable, no hay quien haya solicitado de sus buenos consejos y no hayan sido dados de la forma más desinteresada.

En su juventud, un estudiante brillante, en su adultez cirujano inmejorable, en su madurez maestro forjador de las nuevas generaciones de médicos y cirujanos, formando las generaciones de relevo, para que lleven como él el amor a la cirugía y a sus pacientes.

Gran deportista y excelente nadador, logra ser campeón nacional estilo espalda durante 5 años, además de integrar la selección de wáter polo de la Universidad Central de Venezuela, donde ingresó como estudiante de la Escuela de Medicina en 1954, egresando como Médico Cirujano el 4 de agosto de 1960. Posteriormente obtuvo el título de Doctor en Ciencias Médicas en la Universidad de Carabobo, con su tesis "Pancreatitis Crónica". El doctor Rodríguez, ya médico, comienza a trabajar en el servicio de Cirugía IV del Hospital Universitario de Caracas con el doctor Ricardo Baquero González, maestro que le resultaba limitante en los casos quirúrgicos, por lo que su inquietud quirúrgica lo hace aventurarse en los hospitales periféricos de emergencia, donde existían más oportunidades quirúrgicas, las que desarrolló con grandeza. Su vida profesional estuvo marcada



por muchos maestros de la cirugía de la época, no solo a nivel nacional sino en Europa, específicamente en Francia con los profesores, Leger, Beaujon y Feketè, con los que realizó residencias quirúrgicas en diversos hospitales de Francia.

El Dr. Rodríguez llegó a ser jefe de servicio de unidades de emergencia y servicios de cirugía de varios hospitales de Caracas. Ocupó cargos de subdirector médico y director de posgrado de cirugía en el hospital Dr. Domingo Luciani. Hizo que el servicio de cirugía 3 fuera reconocido nacionalmente como uno de los mejores. A pesar de su gran formación en Oncología, uno de los aportes más importantes fue en el área de la cirugía de trauma. Fundó la primera unidad de trauma de Venezuela, luego de una visita que realizara al centro de Trauma Adams Cowley en Baltimore, EEUU en el año 1990 con el apoyo del Dr. Aurelio Rodríguez

quien fuera su amigo y considerado uno de los más ilustres cirujanos de trauma del mundo, fundador de la Sociedad Panamericana de Trauma (SPT). Este evento lo llevó a tener un reconocimiento internacional, lo que lo llevó a la organización de jornadas, encuentros, reuniones interhospitalarias y congresos internacionales en dicha área, siendo el más importante el de la Sociedad Panamericana de Trauma en la isla de Margarita en 1999. Sin embargo, como miembro activo de la Sociedad Venezolana de Cirugía, también organizó y presidió innumerables congresos y jornadas. Su aporte a la literatura médica fue con el reconocido libro "Manejo del Paciente Traumatizado" con sus tres ediciones. Libro de referencia en Latinoamérica y que logró un gran impacto educativo por la forma gráfica de la presentación de la información. Además del libro, manejo multidisciplinario de la patología hepato biliar, siendo esta área su otra gran pasión.

Siempre actualizado con la más reciente publicación el área de la cirugía, las reuniones de servicio las conducía de una manera muy estricta, sacándole al máximo de aprendizaje a cada caso discutido. En oportunidades convertidas en verdaderas masacres académicas, por lo que el estudio previo a las mismas era la condición sinecuanom para sobrevivir a ellas. Esto último formaba el carácter del

cirujano, el cual debe estar preparado y no vacilar en la toma de decisiones ya que esto puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

Recibió en vida muchísimos premios y reconocimientos, siendo el último, ser admitido como miembro honorario internacional del Colegio Americano de Cirujanos, un logro que pocos latinoamericanos tienen. Fue recibido de forma presencial en el mes de Octubre del 2022, su última participación pública internacional. Fallece el 25 de enero 2023 en la ciudad de Caracas, pero su legado queda vivo en cada uno de sus discípulos, los cuales tienen el deber de transmitir todos los conocimientos impartidos por él a lo largo de su vida.

Gracias por tanto maestro.

Dr. Pablo Ottolino

25º CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA – FELAC 2023
19º CONGRESO MUNDIAL DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
49º SEMANA NACIONAL DE CIRUGÍA
CARTAGENA - COLOMBIA



19th World Congress of Endoscopic Surgery

49th National Surgical Week Congress

25th Latin American Congress of Surgery "FELAC"

INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIETIES OF ENDOSCOPIC SURGERY

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

FELAC
Federación Latinoamericana de Cirugía

SAVE THE DATE

Cartagena
Colombia 2023
Cartagena de Indias
Convention Center

October 31
Courses pre-congress

November 1, 2, 3
Congress

GIGANTES DE LA CIRUGÍA

JAN MIKULICZ-RADECKI (1850 – 1905)

Se considera que entre 1848 y 1914 la cirugía se convirtió en técnica científica. Los cirujanos hicieron suyos los avances de la investigación médica y la que se llamaba “medicina operatoria” se constituyó en aplicación terapéutica de la “patología quirúrgica”. El cirujano se arriesgó, además, a penetrar en territorios del cuerpo que hasta entonces habían estado vetados. Durante esta etapa también se superaron las tres barreras responsables de que la mortalidad postoperatoria siguiera siendo muy alta: el dolor, la hemorragia y la infección. Los conocimientos y las prácticas corrieron de un país a otro, de un lugar a otro convirtiéndose la cirugía en universal. En este escenario se puede situar la vida y obra de Jan Mikulicz Radecki (1850-1905).

Mikulicz tuvo un maestro excepcional, Theodor Billroth. Destacó, sobre todo, por sus contribuciones a la cirugía gastrointestinal y torácica, así como por haber asimilado desde el principio la antisepsia y la asepsia. En Breslau fundó una escuela a la que acudieron personas de todo el mundo para formarse o intercambiar conocimientos y prácticas.

Mikulicz nació el 16 de mayo de 1850 en Czerniowce, Bukowina, entonces perteneciente al imperio austrohúngaro y hoy en la zona suroeste de Ucrania. Su padre, Andreas Mikulicz procedía de una familia de la nobleza polaca. Su madre, Emilia von Damnitz, era bizneta del general prusiano von Tauentzien. Realizó los estudios elementales en Praga. Asistió a un *gymnasium* de Praga y después en Viena y Klagenfurt donde se trasladó con su familia para que su hermana Karoline pudiera desarrollar su talento como cantante de ópera, pero murió de fiebre tifoidea y todos regresaron a Czerniowce en 1866. Jan se graduó en 1869 y pasó su examen de madurez de forma brillante.



Su padre quería que estudiara derecho; otros han dicho que prefería que se dedicara a la diplomacia, pero. Estudió medicina gracias a una beca de la Fundación Silberstein, lo que le permitió dedicarse por entero a sus estudios.

Viena se estaba convirtiendo en uno de los centros de la medicina más importantes. La cirugía alcanzó allí carácter científico en dos etapas diferenciadas. La primera, entre 1835 y 1865, bajo la influencia de la escuela de Rokitansky y de Skoda. En la segunda (1867-1894) destacó la figura de Billroth que la situó en las cotas más altas. Introdujo los métodos bacteriológicos, histológicos experimentales y estadísticos.

Mikulicz finalizó sus estudios de medicina el 23 de marzo de 1875 con un doctorado. Trabajó después en Viena con Billroth como asistente voluntario.

En 1880 contrajo matrimonio con Henriette Mikulicz Pacher (1853-1937). Tuvieron siete hijos. Su mujer colaboraba con él revisando los manuscritos para publicar.

La obra de Mikulicz puede dividirse en cuatro periodos caracterizados por las aportaciones que hizo en cada uno de los cuatro lugares donde trabajó: Viena, Cracovia, Königsberg y Breslau. En todos estos sitios introdujo novedades, innovaciones y mejoras.

En Viena, los estudios microscópicos que realizaba Mikulicz le llevaron a descubrir que el rinoescleroma se trataba de una inflamación crónica con un solo tipo de células, frente a lo que se pensaba en la época de que era un tumor. Se conocen como “Células de Mikulicz” las células de esta lesión. Billroth pronto se dio cuenta de lo valioso que era Mikulicz. A ambos les unía la afición por la música y por la cirugía.

En 1877 se le contrató como asistente con sueldo y se encargó de una sala del Hospital general de Viena. Fue en esta época en la que se interesó por *genu valgum* y las deformidades de la rodilla. Dos años más tarde, en 1879 Billroth le envió con una beca de cinco meses a Inglaterra para que aprendiera las técnicas antisépticas de Lister. A su regreso a Viena fue nombrado *veniam legendi* de cirugía. Pronto modificó la antisepsia de Lister introduciendo una solución de iodoformo para desinfectar las heridas.

Más adelante, en 1881, comenzó a construir un dispositivo para la endoscopia del esófago y del estómago. Ese año abandonó el servicio de Billroth al haberse casado y se fue de jefe de la policlínica quirúrgica de Viena. Terminó la construcción del endoscopio con la ayuda del fabricante de instrumentos Joseph Leiter (1830-1892). Se trataba de un tubo de metal de 65 cm de largo, 14 mm de diámetro que se inclinaba 150° entre sus paredes central e inferior (12). Disponía de cable y bombilla eléctrica y tubos para llenar el estómago con aire y agua. Poco tiempo después fue el primero en diagnosticar un cáncer de la zona baja del esófago por visión directa mediante endoscopia. Estas observaciones se publicaron en 1883 en la revista *Przegląd Lekarski*.

Gracias a la intervención de Billroth, Mikulicz fue nombrado director del departamento de cirugía de la Universidad Jaguelónica de Cracovia en septiembre de 1882.

En lo que se refiere a técnicas quirúrgicas, desarrolló la piloroplastia (conocida como técnica de Heinecke-Mikulicz). Se secciona en forma longitudinal duodeno y estómago en una extensión de 4 o 6 cm tomando como centro el píloro. El esfínter pilórico es fácilmente reconocible a la palpación empleando el dedo índice y el pulgar. Cuando él la describió no conocía los trabajos de Heinecke llevados a cabo poco antes en Erlangen. En 1885 realizó posiblemente la primera operación para curar una úlcera de estómago perforada. En un congreso de cirujanos que tuvo lugar en Berlín, presentó una comunicación que recogía información sobre las 103 resecciones de estómago que había realizado en casos de cáncer y de úlceras pépticas. La experiencia acabó por modificar el método de resección gástrica por el segundo método de Billroth (modificación de Krönlein-Mikulicz). De 189 pacientes operados en la clínica de Cracovia entre 1882 y 1884 ni uno solo falleció por complicaciones sépticas de las heridas en el postoperatorio.

Cuando vio que no se cumplía la promesa de las autoridades austriacas de construir una nueva clínica, decidió dejar Cracovia. En 1887 aceptó hacerse cargo de la clínica de la Albertus-Universität de Königsberg. Siguió utilizando su solución de iodoformo, pero ahora, más cerca de la asepsia, introdujo un aparato para esterilizar el instrumental quirúrgico. De esta forma mejoraron las intervenciones en la cavidad abdominal y también determinadas técnicas. En esta nueva etapa de la vida de Mikulicz describió un síndrome caracterizado por un edema bilateral y agrandamiento de las glándulas salivares y lagrimales. Hoy se conoce a este síndrome como síndrome de Mikulicz que aparece en el curso de varias enfermedades de los linfáticos, enfermedades reumáticas, la tuberculosis y la sífilis.

En pleno apogeo de su carrera Mikulicz se trasladó a Breslau en 1890 como jefe del departamento de cirugía de su universidad. En ese momento se estaba construyendo una nueva clínica quirúrgica. Allí montó el quirófano aséptico más moderno de Europa en 1897.

Junto con Gustav Neuber (1850-1932) y Ernst Bergmann (1836-1907), Mikulicz fue uno de los tres grandes cirujanos que utilizaron la asepsia. Recuérdese que en Königsberg ya había aplicado alguno de estos principios con el esterilizador de vapor. En Breslau también empleó un par de guantes de seda o algodón estériles y, un poco más tarde, introdujo los de goma, mascarillas, y un estricto método de lavado de manos con alcohol. Con todos estos esfuerzos se logró en la clínica Breslau que el 99 por cien de las heridas sin complicaciones sanaran, lo que para la época era sorprendente.

Como Halsted en los Estados Unidos de América, Mikulicz se consideró como uno de los padres de la seguridad durante las intervenciones.

Mikulicz también trabajó en el estudio del cáncer de colon. En 1902 propuso una exteriorización en dos etapas del colon como una forma de tratar esta enfermedad. Poco antes de su muerte modificó la operación de Bloch para la resección de tumores del recto.

Aparte de la cirugía del abdomen, Mikulicz también hizo contribuciones en otros campos. Por ejemplo, la resección en cuña del tiroides que más tarde se desarrolló en la Clínica Mayo. También ideó una resección del pie en enfermos por heridas de bala o por tuberculosis ósea. En el campo de la urología practicó una prostatectomía con acceso perineal, entre otras intervenciones.

También realizó cirugías plásticas de la nariz y piel. Mientras estuvo en Cracovia, ideó una técnica para arreglar las deformaciones nasales postraumáticas. Fue pionero en la cirugía torácica en cámara de presión ideada por uno de sus ayudantes: Ernest Ferdinand Sauerbruch (1875-1951). A pesar de los fracasos iniciales en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con cáncer de esófago en el tórax, la cámara de presión diferencial fue empleada con éxito en los tumores de mediastino. En 1914 fue el primero en realizar con éxito la intervención de un tumor de mediastino.

Testigos presenciales confirmaron el extraordinario talento de Mikulicz para la cirugía. Era muy preciso, invertía el tiempo que fuera necesario y en sus intervenciones se perdía poca sangre. Fue maestro de muchos estudiantes a los que recomendaba que hicieran un buen diagnóstico preoperatorio. La fama de la Escuela Quirúrgica de Mikulicz en Breslau superó las fronteras de Europa. Allí llegaron cirujanos de todo el mundo incluyendo algunos estadounidenses como William y Charles Mayo de Rochester, Minnesota, John Murphy de Chicago, y Harvey Cushing de Boston.

Mikulicz viajó a los Estados Unidos en 1903 por invitación de los cirujanos de aquel país. Fue recibido con entusiasmo e impartió conferencias y realizó intervenciones en 20 clínicas. Recibió el doctorado honoris causa del Jefferson Medical College en Filadelfia. Un año más tarde, se le concedió otro en la Universidad de Glasgow, durante su último viaje científico a Inglaterra.

A finales de 1904, Mikulicz notó que tenía un tumor en el abdomen. Poco después, a finales de diciembre, consultó con Bernhard Naunyn y fue sometido a una laparotomía exploratoria. Su amigo Eiselsberg de Viena, realizó la cirugía en la clínica quirúrgica privada de Mikulicz en Breslau el 7 de enero de 1905. La intervención reveló la existencia de un gran tumor de estómago con metástasis en el hígado y cavidad abdominal que no era operable. Consciente del inminente fin de su vida, se mantuvo activo hasta sus últimos días en la clínica, la enseñanza y la investigación. En la primera clase que impartió después de su operación dijo a sus alumnos que la tarea más noble que puede hacer un médico es ayudar cuando es demasiado tarde para la cirugía.

Mikulicz realizó su última operación, una amputación del muslo, el 23 de marzo de 1905.

En una carta escrita al profesor Eiselsberg, le decía que estaba muriéndose sin remordimientos, satisfecho con su vida. Había trabajado según sus capacidades y encontró la felicidad y el reconocimiento en el mundo. Murió el 14 de junio 1905, a la edad de 55 años, en su casa de Breslau.

<https://www.historiadelamedicina.org/mikulicz.html>

EL NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ

En 1883 un tornado arrasó la ciudad de Rochester. Tras la catástrofe las hermanas de Saint Francis exhortaron al cirujano importante de la zona, William Worrall Mayo (1815-1911), a que fundara un hospital. Ellas aportaron la suma de dinero necesaria, que fue, en esa época, de 2000 dólares. Se inauguró el 1 de octubre de 1889 con cinco enfermeras y trece pacientes. Sus primeros directores fueron los hermanos Mayo, Charles Horace y William James.

Allí trabajo y dedico su vida la Hermana María Jose (Foto 1) , cuyo nombre era Julia Dempsey; que nació en 1856 en Salamanca, (Nueva York) , según unos, y en las afueras de Rochester (Minnesota), según otros. Era hija de Patrick Dempsey y Mary Sullivan, inmigrantes procedentes de Irlanda. Tres de sus hijas fueron monjas de la orden de Saint Francis. Julia ingresó en la congregación en 1878 y fue ordenada como hermana María José a la edad de 22 años. Sus aptitudes para la organización y



Sor María José
(1856 - 1939)

la gestión la destacaron y tempranamente ascendió en la jerarquía de la orden. A la edad de 24 años – en 1880- ya era directora de la Congregation's missionary School de Ashland (Kentucky) . En 1889 fue trasladada al recién inaugurado Hospital Saint Mary en Rochester, a petición de la madre Alfred Moes, fundadora de la orden.

Como Florence Nightingale, la Hermana María José fue consciente que las enfermeras debían recibir una formación reglada. A su impulso en noviembre de 1906 se abrió la Escuela de enfermeras del Hospital Saint Mary, que en 1915 recibió la acreditación del Comité Médico del Estado de Minnesota. La hermana María José también estimuló la formación universitaria entre los miembros de su orden que tuvieran que trabajar en hospitales. Así, algunas se formaron en nutrición, en administración

hospitalaria y otras en enfermería. En el Hospital St. Marys, la hermana, trabajaba como jefa de enfermeras quirúrgicas del Dr. William J. Mayo, y fue ella quien notó la asociación entre la presencia de un nódulo umbilical y un tumor maligno intrabdominal.

Es el único signo clínico que lleva el nombre de una enfermera y a la vez monja. Tiene dos particularidades, que le otorgan singular importancia: su característica de nódulo umbilical pétreo, es un signo inequívoco de carcinomatosis peritoneal y junto con los orificios inguinales es una de las “tres ventanas” anatómicas donde el peritoneo queda expuesto a nivel subcutáneo y es pasible de expresar clínicamente la existencia de patologías intrabdominales con afectación peritoneal.



Nodulo Umbilical de la
Hna. María José
vista desde el peritoneo

Es un signo infrecuente (Foto 2), su incidencia es del 1 al 3% de todas las lesiones malignas abdomino-pélvicas. Es expresión del 52 % de tumores gastrointestinales, más comúnmente gástrico, colónico y pancreático, y 28 % de los cánceres ginecológicos, útero y ovario; mientras que entre el 15 y 29% de todos los casos tienen origen desconocido. El mecanismo de diseminación del tumor al ombligo explicado por implante directo desde el peritoneo es debatido. Más bien parece ser de origen linfático, vascular o a través de remanentes embriológicos en la pared abdominal.

Aunque Baluff en 1854 y Nelaton en 1860 ya habían descrito metástasis umbilicales, en 1928 William James Mayo (1861-1939) publica el término "ombligo de botón de pantalón" "pants button umbilicus" y en 1929 ante la Sociedad de Cirugía

de Cincinatti, ya lo expresa como “Mary Joseph Sister’s lump”; pero es el cirujano inglés Hamilton Bailey, en su famoso libro de texto "Physical Signs in Clinical Surgery" en 1949, quien acuñó definitivamente el término para describir una metástasis umbilical. Desde entonces, esta expresión se ha vuelto ampliamente aceptada e integra la enseñanza de la semiología básica en todo el mundo.

Sor María Jose, hija de inmigrantes irlandeses, perteneciente a la 3ª orden de Saint Francis, se distinguió por sus dotes, inteligencia y entrega a la enfermería que era también su vocación; así como por su trabajo - durante décadas Clínica Mayo – donde fue docente de varias generaciones de jóvenes enfermeras. Falleció de bronconeumonía a la edad de 82 años, el 29 de marzo de 1939. Descansa en el cementerio de Saint Joseph, en Rochester (Minnesota)

En los últimos años, el edificio quirúrgico original del Saint Mary's Hospital de Rochester se ha denominado "Edificio Joseph" en su memoria.

Dr. Luis Ruso Martínez FACS
Ex Presidente FELAC

JIM, EL CABALLO QUE SALVÓ A LOS NIÑOS DE LA DIFTERIA

La difteria es una enfermedad infecciosa aguda causada por la bacteria denominada *Corynebacterium Diphtheriae* y se transmite, principalmente, por vía respiratoria (gotas microscópicas que se emiten al hablar, toser o estornudar). Durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX, se desataron varias epidemias de difteria que afectaron fundamentalmente a niños pequeños y produjeron una elevada mortandad.



En 1890 el médico alemán Emil von Behring, Premio Nobel en 1901, descubrió la antitoxina diftérica que no mataba la bacteria de la difteria, pero neutralizaba las toxinas que liberaba. Durante el verano de 1894, Hermann Biggs, el jefe del Departamento de Salud de Nueva York, realizó una gira científica por Europa, donde pudo conocer de primera mano los trabajos de su colega. Behring utilizaba caballos para obtener la antitoxina con excelentes resultados, especialmente si se administra dentro de las 24 horas de la infección. Biggs no podía

esperar y comunicó, vía telégrafo, la noticia a sus colegas americanos para que consiguiesen algunos caballos y acondicionasen las instalaciones para comenzar a trabajar. Lamentablemente, el presupuesto de su Departamento no disponía de suficiente presupuesto y deberían esperar el año siguiente. Biggs no podía esperar y, de su bolsillo, compró un caballo llamado Jim que se dedicaba a tirar de un carro repartiendo leche. En octubre se le inyectó a Jim la toxina de la difteria; semanas después se le extrajo sangre y después de los tratamientos adecuados... el mes de diciembre ya disponían del suero de la antitoxina. Las primeras dosis se suministraron el 1 de enero de 1895 reduciendo en más del 50% la mortalidad infantil en menos de cinco años. Debido al éxito del suero, el Departamento de Salud de Nueva York construyó unas instalaciones en Otisville con una granja de caballos y un sanatorio para dicho tratamiento.

Pero el final de Jim no iba a ser cuento con final feliz. El 2 de octubre de 1901, hubo que sacrificarlo porque había contraído el tétanos. El problema es que el suero obtenido de sus extracciones de sangre del mes de septiembre también estaba infectado. Varios niños que habían superado la difteria con el suero de Jim fallecieron por el tétanos. A raíz de este episodio, en 1902, se aprobó la Ley de Control de Productos Biológicos que establecía un Centro de Evaluación e Investigación Biológica para supervisar la seguridad de las vacunas. A pesar de este amargo final, se calcula que Jim llegó a producir más de 30 litros de suero.

<http://historiasdelahistoria.com/2012/01/30/jim-el-caballo-que-salvo-a-los-ninos-de-la-difteria>

Artículo de revisión

DIEZ CONSEJOS PARA QUE LOS FUTUROS CIRUJANOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LATINOAMÉRICA ALCANCEN LA CIRUGÍA ACADÉMICA

Drs Luis Felipe Cabrera Vargas, Iván Lozada, Nicolás Forero

La medicina es una disciplina en constante evolución, y la cirugía no es una excepción. La cirugía académica se compone de educación, investigación, innovación, mentoría, promoción y actividad clínico quirúrgica. Para los estudiantes de medicina en Latinoamérica que aspiran a convertirse en cirujanos, perseguir el camino de la cirugía académica puede ofrecer innumerables beneficios. Por lo tanto, es vital explorar por qué es importante para estos estudiantes buscar mentores quirúrgicos que los impulsen hacia la investigación quirúrgica y la innovación en cirugía. De tal forma, estos diez consejos serán vitales para que los estudiantes de medicina de Latinoamérica que deseen convertirse en cirujanos académicos puedan competir con sus contrapartes de Estados Unidos o Europa, fomentando el trabajo en equipo y el liderazgo.

1. Ampliación de horizontes:

Buscar la cirugía académica permite a los estudiantes latinoamericanos expandir sus horizontes y estar al tanto de los avances más recientes en el campo quirúrgico a nivel global.

2. Innovación y mejora continua:

La cirugía académica fomenta la participación en investigaciones y proyectos que buscan mejorar las técnicas quirúrgicas existentes, lo cual contribuye a la innovación y al avance de la cirugía en Latinoamérica.

3. Acceso a recursos y tecnología avanzada:

Al seguir el camino de la cirugía académica, los estudiantes tienen la oportunidad de trabajar en entornos con recursos y tecnología de vanguardia, lo que les brinda una experiencia más completa y les permite adquirir habilidades técnicas avanzadas.

4. Desarrollo de habilidades de investigación:

La cirugía académica promueve la participación en proyectos de investigación, lo que ayuda a los estudiantes a desarrollar habilidades de investigación y a comprender la importancia de la evidencia científica en la toma de decisiones clínicas.

5. Mentoría y guía:

Buscar mentores quirúrgicos en el campo académico proporciona a los estudiantes latinoamericanos una guía invaluable para su desarrollo profesional. Los mentores pueden transmitir conocimientos, compartir experiencias y brindar apoyo en el camino hacia la excelencia quirúrgica.

6. Redes de colaboración:

La cirugía académica ofrece la oportunidad de establecer contactos y colaborar con profesionales destacados en el campo de la cirugía, tanto a nivel nacional como internacional. Estas redes de colaboración pueden abrir puertas a futuras oportunidades de formación y empleo. Ejemplo vivo de estas redes es la reciente creación del capítulo de futuros cirujanos FELAC, el permitirá a los estudiantes de medicina latinoamericanos interesados en cirugía conocer mentores, investigar y obtener herramientas para alcanzar la innovación en cirugía.

7. Formación integral:

La cirugía académica no se limita solo a la práctica quirúrgica, sino que también se enfoca en el desarrollo de habilidades de liderazgo, gestión y comunicación, lo cual es fundamental para destacar en el campo de la medicina.

8. Acceso a publicaciones y congresos:

Participar en el ámbito académico de la cirugía brinda a los estudiantes latinoamericanos la posibilidad de publicar sus investigaciones y presentar sus hallazgos en congresos médicos, lo cual fortalece su perfil académico y les brinda reconocimiento en la comunidad médica.

9. Experiencia internacional:

La cirugía académica permite que los estudiantes se expongan en entornos académicos a nivel global, como congresos y simposios, mostrando sus productos de investigación, sustentándolos y defendiéndolos ante paneles de expertos, mejorando su oratoria y desarrollando habilidades de comunicación y expresión superiores, vitales para el futuro cirujano académico.

10. Trabajo en equipo:

Esta habilidad técnica no quirúrgica es vital para el futuro cirujano y en Latinoamérica es clave que para poder alcanzar la cirugía académica debemos desde estudiantes de medicina aprender a trabajar en equipo, ya que unidos siempre podremos vencer barreras como la falta de recursos, las dificultades geográficas, los diferentes idiomas y poder convertirnos en generadores de conocimiento quirúrgico y no en consumidores como lo somos al día de hoy.

En resumen, la cirugía académica desempeña un papel crucial en el desarrollo de los estudiantes de medicina latinoamericanos que aspiran a convertirse en cirujanos destacados. Al buscar mentores quirúrgicos y perseguir la investigación y la innovación en cirugía, estos estudiantes pueden abrirse a un mundo de oportunidades y crecimiento profesional en donde el capítulo de futuros cirujanos FELAC será crucial. A través de la cirugía académica, podrán ampliar sus conocimientos, mejorar sus habilidades técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas (liderazgo, trabajo en equipo, conciencia situacional, toma de decisiones, y comunicación asertiva), participar en proyectos de investigación y establecer redes de colaboración con profesionales destacados en el campo de la cirugía.

Es importante recordar que perseguir la cirugía académica no solo se trata de competir con estudiantes de Estados Unidos o Europa, sino de superar los límites y alcanzar la excelencia en la práctica quirúrgica. La pasión y el compromiso son elementos esenciales para alcanzar el éxito en este camino. Desde Latinoamérica es completamente posible cambiar el mundo de la cirugía si empezamos a trabajar desde tempranas edades académicas.

A todos los estudiantes de medicina latinoamericanos que sueñan con convertirse en cirujanos académicos, los animo a seguir adelante y luchar por su sueño. No permitan que las barreras geográficas o los desafíos obstaculicen su camino. Busquen mentores quirúrgicos que los inspiren, trabajen en equipo con liderazgo y compartan conocimientos. No se desalienten por la envidia, sino que utilicen esa energía para mejorar y crecer.

Recuerden que cada paso que den hacia la cirugía académica los acerca más a la realización de su pasión y a contribuir al avance de la medicina en Latinoamérica. El camino no será fácil, pero con dedicación, perseverancia y un espíritu inquebrantable, pueden lograrlo y el capítulo de futuros cirujanos FELAC estará aquí para apoyarlos.

EVENTOS

35º Congreso Brasileiro de Cirugía - 35º Congreso Panamericano de Trauma

Colegio Brasileiro de Cirugía

27 al 30 de Julio del 2023

Florianópolis – Brasil

<https://cbc.org.br/>

LXVII Congreso Nacional de Cirugía

Asociación de Cirujanos de Guatemala

26 al 30 de Julio del 2023

www.asocirgua.com

XVIII Congreso Internacional de Cirugía General – XVIII Congreso del Capítulo Peruano del Colegio Americano de Cirugía

Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

1 al 4 de Agosto del 2023

www.scgp.org

XXXI Congreso Boliviano de Cirugía

Sociedad Boliviana de Cirugía

5 al 8 de Setiembre del 2023 - Sucre - Bolivia

Congreso Internacional de Cirugía General 2023

Asociación Mexicana de Cirugía General

08 al 13 de Octubre del 2023

León – México

<https://amcg.org.mx/>

109rd Annual Clinical Congress

American College of Surgeons

22 al 26 de Octubre del 2023

Boston – USA

www.facs.org

25º Congreso Latinoamericano de Cirugía – 19º Congreso Mundial de Cirugía Endoscópica – 49º Semana Nacional de Cirugía

Asociación Colombiana de Cirugía

31 de Octubre al 03 de Noviembre del 2023

Cartagena – Colombia

www.ascolcirugia.org

93º Congreso Argentino de Cirugía

Asociación Argentina de Cirugía

13 al 16 de Noviembre del 2023

Buenos Aires—Argentina

www.aac.org.ar

95º Congreso Chileno e Internacional de Cirugía

Sociedad de Cirujanos de Chile

21 al 24 de Noviembre del 2023

Viña del Mar – Chile

www.socich.cl

73º Congreso Uruguayo de Cirugía

Sociedad de Cirugía del Uruguay

29, 30 de Noviembre y 01 de Diciembre del 2023

Punta del Este – Uruguay

www.scu.org.uy



FELAC