

Título: Consideraciones sociales en la cirugía mínimamente invasiva.

Title: Social considerations in the surgery minimally invasive.

Autores: Dr. Abelardo Urgellés Orúe*(autor principal)

Dr. Pedro Abelardo Urgellés Martínez**

Yasmiany Fernández Cedeno***

*Especialista de Primer Grado en Cirugía General y Laparoscópica. Máster en Gerencia de Ciencia e Innovación Tecnológica. Profesor Asistente.

e-mail: aurgelles@infosol.gtm.sld.cu

**Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar y Consultante.

***Lic. en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Medicina Natural y Bioenergética.

Instructora.

RESUMEN

Se realiza un análisis de las particularidades sociales en torno a la Cirugía Mínima Invasiva o Videolaparoscópica. Se revisa el papel de la nueva relación médico paciente, los factores éticos, estéticos, la necesidad de la investigación en la Cirugía del siglo XXI, la importancia de los costos en este tipo de cirugía tecnológica dependiente y la diferencia del enfoque económico entre los diferentes sistemas sociales. El consentimiento informado para la implementación de cada proceder y el impacto social a partir de una mayor calidad postoperatoria son valorados desde una óptica universal aplicada al entorno.

SUMMARY

It was carried out an analysis of the social particularities around the minimum surgery invasive or video laparoscopy. The revision of the paper of the new relationship patient doctor, the ethical, aesthetic factors, the necessity of the investigation in the surgery of the XXI century, the importance of the costs in this type of surgery technological clerk and the difference of the economic focus among the social different systems .el informed consent for the implementation of each to proceed and the social impact

starting from a postoperative bigger quality is valued from an universal optics applied to our environment.

INTRODUCCIÓN

La Revolución Científico Técnica (RCT) ha tenido influencias positivas sobre la salud humana, pues en cierta medida puede afirmarse que las condiciones de trabajo constituyen la base de la salud del hombre.

En el plano de la medicina, en el siglo XX ha conducido en esta esfera una explosión de desarrollo sin precedente.

El empleo de nuevos equipos en la asistencia médica encierra otros, como su elevado costo, el consentimiento voluntario a someterse a una nueva tecnología , la relación médico paciente y el perfil médico del futuro .

El alto costo de estas tecnologías encarecen la atención médica sostenidamente en los últimos años y establece el dilema de quienes deben beneficiarse principalmente de ellos , los que pueden pagar , o los que tienen la sintomatología adecuada para su uso más eficaz .

OBJETIVO

El presente trabajo se propone realizar un análisis de los aspectos sociales en relación con la Cirugía Mínimainvasiva o Vídeolaparoscópica como técnica novedosa dentro del campo de la práctica medicoquirúrgica.

DESARROLLO

La creación de la Cirugía por video es tan revolucionaria en este siglo como el desarrollo de la anestesia y las técnicas de esterilización en el pasado siglo XIX.(1) Después de dos décadas de experiencia, ahora pueden explorarse casi todas las partes del cuerpo humano con videocámaras y monitores.

Con pequeñas incisiones de entrada en el área de interés se realizan grandes maniobras, lo que obviamente evita la contaminación de la pared abdominal ó torácica con un mínimo de posibilidad de sepsis.

Así los cálculos de la vesícula son extraídos de conjunto con la vesícula en el 90% de los casos que son portadores de esta afección (1) otros órganos también son tratados de forma similar aunque con mayor complejidad técnica, como son: estómago, riñón, colon, bazo, pulmón y órganos femeninos. Con el advenimiento de esta técnica, los pacientes usualmente son incorporados a sus actividades laborales y sociales rápidamente.

Tales instrumentos, mejoras en las cámaras y sistemas de monitoreo son considerados tecnología de punta y hacen más extensa la frontera de la cirugía endoscópica, con el desarrollo de la telecomunicación y de la robótica, al hacer posible la realización de una operación a distancia o entre diferentes continentes. (2) Lo expuesto, le proporciona a esta disciplina de la medicina el rango de La Cirugía del Nuevo Milenio.

Es fundamental para el cirujano el manejo de la relación médico-paciente y en especial para el cirujano endoscopista, ya que el enfermo a menudo no tiene conocimiento sobre estos modernos procederes por ser una nueva tecnología introducida en el campo de la cirugía. De una forma u otra esto acarrea tensiones psicológicas, especialmente dadas por el miedo al dolor, el temor a la enfermedad como tal , así como el miedo a los procesos malignos.(5)

Con el paciente se debe ahondar en las posibilidades de recuperación, secuelas estéticas y de reinserción en la vida social. No obstante, debe advertirse la posibilidad de la no realización de la intervención planeada, y sea necesaria la conversión a cirugía clásica dada la imposibilidad de abordaje del órgano afectado. (6)

La cirugía en sentido general no es un arte sencillo (7) ya que arte y ciencia han confluído en un punto común para lograr su aplicación.

El aumento de los costes en estas experimentadas y laboriosas técnicas ha llevado al racionamiento de los recursos en las sociedades capitalistas; encareciendo por ende los servicios de salud.

En Cuba esta situación es bien diferente, el estado y el gobierno disponen de un presupuesto bien elevado a fin de garantizar e impulsar el sistema de salud; incorporándose todas las nuevas tecnologías en función del bienestar y la salud del pueblo. No obstante también se trabaja en la reducción de los costes hospitalarios, y es aquí donde este proceder juega un papel importante ya que la misma se realiza de forma ambulatoria y en ocasiones con una estancia mínima de horas en el post operatorio, mínimo uso de material gastable y uso más racional de recursos humanos.

Según Villazón y Cárdenas: (7) La palabra *Cirugía* viene del griego *Kheirourgia* y significa el arte de trabajar con las manos... La cirugía es una *actividad intelectual con un profundo compromiso moral*.

La combinación del conocimiento, el juicio racional y la actividad operatoria, hace de la cirugía tal vez la más integral de todas las especialidades médicas.

J. O. Ruiz Speare (8), de México, cita unas frases para definir al cirujano:

*"Aquel que trabaja con las manos es un artesano.
Aquel que trabaja con el corazón es un artista.
Aquel que trabaja con las manos, el corazón y la mente es un cirujano."*

El cirujano, el *buen cirujano*, es, a la vez, artista, artesano, tecnócrata y científico.

Floyd D. Loop (9), expresidente de la Asociación Americana de Cirugía Torácica, se ha referido a la estrategia que emplea la Clínica Cleveland para mantener su reconocido nivel de excelencia: invertir en sus médicos y en el liderazgo que puedan ejercer. Porque es en el capital intelectual donde reside el valor de la medicina, y el valor de la medicina es más importante que el dinero. Loop enumera cuatro atributos que caracterizan al buen cirujano: *erudición, liderazgo, coraje y fe*.

Marc R. de Leval (10) trae a cuento el debate sobre si se puede ser excelente a la vez como cirujano y como académico. Pero es evidente que para sobresalir como cirujano académico, el cirujano debe ser ante todo un excelente cirujano práctico; además, la cirugía académica no puede existir sin investigación.

Fue difícil, como lo anota Athié-Gutiérrez de México (11), combinar al cirujano práctico, al cirujano científico, al cirujano académico, al cirujano investigador, con cimientos en las ciencias básicas. Gutiérrez Samper (12), afirma que el cambio del cirujano técnico al cirujano científico corre paralelo con la investigación.

El título de un reciente editorial por el mexicano Aguirre-Gas (13), "La formación ética del humano y del cirujano, una historia compartida", plantea el otro aspecto trascendental de la cirugía: la ética como componente principal del humanismo. Porque la cirugía es un acto eminentemente humano, y como tal, es expresión suprema del humanismo y del humanitarismo.

La cirugía mínimamente invasora no es simplemente la misma cirugía ejecutada con instrumentos diferentes, que no es simplemente una nueva tecnología, sino que en realidad *representa una nueva teoría quirúrgica*.

La cirugía mínimamente invasora significa un hito en la *innovación de la cirugía*.

¿Cuándo la experimentación clínica se convierte en investigación?

Cuando la intervención se realiza en el marco de un protocolo preestablecido y orientado a crear conocimiento. Cruzar los límites entre la innovación clínica y la investigación impone al cirujano un comportamiento y unas obligaciones de carácter no sólo científico, sino también ético y moral.

El entorno en el que reside la persona creativa es extremadamente importante, por ejemplo la colecistectomía laparoscópica la practicó por primera vez Erich Mühe, el 12 de septiembre de 1985, un cirujano alemán que venía trabajando en laparoscopia, y un entorno europeo y luego norteamericano tecnológicamente muy avanzado y presionado por incentivos económicos.

Los medios masivos de difusión han provocado cambios en la comunidad y por ende en la sociedad ;(14) lo que ha hecho finalmente que los pacientes que conocen las bondades del procedimiento laparoscópico acepten la intervención quirúrgica con menor temor (15)(16)(17).

Con el advenimiento de la Cirugía de mínimo acceso, se cambia totalmente la percepción que se tenía desde el punto de vista estético, ya que estas pequeñas punturas raramente dejan trastornos de tipo cosmético y hacen que estos puntos pasen inadvertidos a medida que transcurren las semanas y no dejar marcas.

Esta relación lleva al ejercicio de la plena autonomía, a través del proceder del consentimiento informado que es con el que concede el enfermo de forma libre, voluntaria y consciente su conformidad para que se realice un proceso, realizándose así concretamente el respeto a las decisiones del enfermo. (18).

CONCLUSIONES

Surge un nuevo paradigma, el de la cirugía tecnología-dependiente y mínimamente invasora.

La atención gerenciada de la salud (*managed care*) demanda la presencia de disciplinas pertinentes en los programas de formación del cirujano el siglo XXI.

La cirugía mínimamente invasora utiliza la tecnología vídeo electrónica para crear la interfaz digital cirujano-paciente. Causa mínimo trauma y minimiza las respuestas sistémicas de carácter metabólico e inflamatorio, implica muy breve hospitalización (o es francamente ambulatoria).

Representa *una nueva clase de cirugía*, que modifica significativamente los patrones tanto de la práctica como de la educación y el adiestramiento quirúrgicos.

Esta demanda, la *definición de una nueva teoría quirúrgica* que, al igual que la teoría quirúrgica halstediana, comprenda los aspectos epistemológicos, pedagógicos, de ejercicio profesional y de investigación.

La estadía breve del paciente en el hospital y el retorno rápido a las labores habituales del paciente operado, abarata en parte el presupuesto de salud.

La relación médico paciente es insustituible por cualquier máquina o equipamiento, por lo que la actitud del cirujano frente al paciente no es reemplazable

Esta relación, conjuntamente con el consentimiento informado, se vincula muy íntimamente a la práctica de la cirugía y muy especial en la cirugía video asistida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina, Marelyn MD: Patient Information: about Laparoscopy and Endoscopy. SLC Public Relation Committee. Mission Hospital (Edimburg, Texas). Copyright (c) 2000 Society of Laparo endoscopic. Surgeon, Inc.
2. de la Llera, G: Editorial, Revista SILAC. 7: 3, 1999.
3. Ruiz Torres, J: et al: Cirugía Endoscópica. Fundamentos y Aplicaciones, 1ra Edición. Habana, Editorial Científico-Técnica, 2000, pp 19.
4. Selman- Heusein, Abdo, E: Cirugía Videolaparoscópica- Editorial, Revista SILAC, 2: 6, 1994.
5. Douglas W. Wilmore, MD: Homeostasis Bodily in trauma and Surgery. In: Textbook of Surgery: the biological basis of modern Surgical practice. 15 th.ed./Edited by) David C. Sabiston, Jr.; editor for basic surgical science, H. Kim Lyerly, Chapter 4, 1998.
6. Hiram C. Polk, Jr: MD., and William G. Cheadle, MD: Principles of Preoperative Preparationof the Surgical Patient. In: Textbook of Surgery: the biologicalbasis of modern Surgical practice,- 15 thed./ (Edited by) David C. Sabiston, Jr.; editor for basic surgical sciences H. Kim Lyerly. Chapter 7. 1998.
7. García Narvárez, J: La Realidad de la Práctica Quirúrgica. FELAC- Boletín Informativo, 7:3,2002.
8. Ruiz Speare JO. El humanismo en la cirugía general. Ciruj General 1993; 15:149-151
9. Loop FD. The first living and the last dying. J Thor Cardiovasc Surg 1998; 116:683-88.

10. Leval de, MR. From art to science: a fairy tale? The future of academic surgery. *Ann Thor Surg* 2001; 72:9-12.
11. Athié-Gutiérrez C. El futuro de la cirugía. Editorial. *Cir Ciruj (México)* 2001; 69:51-2.
12. Gutiérrez Samper C. El modelo experimental en cirugía. Perspectiva histórica. *Ciruj General (México)* 2000; 22:272-78.
13. Aguirre-Gas HG. La formación ética del humano y del cirujano, una historia compartida. Editorial. *Cir Ciruj (México)* 2002; 70:75-6.
14. Frutos Ortiz, E: La Ética en la Medicina del Siglo XXI. 100 Años de la Universidad Nacional de la Plata; 1: 17, 1997.
15. Oropesa Martínez, R. Et al, Colectomía Laparoscópica y Colectomía abierta. Revisión de 600 casos. *Revista SILAC*, 2: 10: 1994.
16. Gadacy, TR.; Talami, MA: Tradicional versus Laparoscopy cholecystectomy. *Am. J. Surg*; 161: 336, 1991.
17. Jigot, JP: Las Fronteras de la Cirugía Laparoscópica. Chile. *Cirugía Laparoscópica de Avanzada*. 2; 956, 2002.
18. Aguilera, L.P: The dying patient. Ethical Consideration. *Rev. Medica de Chile*. 120: 685, 1992.