

La cirugía en la medicina de hoy

La cirugía tiene una historia muy antigua.

Se practicaba ya hace muchos años en las civilizaciones del Oriente y en nuestro medio hay testimonios, uno de ellos es el Tumi, que también se practicaba en el imperio incaico.

La definición de cirugía la dio en el siglo XVI el cirujano francés Ambrosio Paré, quién la definió así: eliminar lo superfluo, restaurar lo que se ha dislocado, separar lo que se ha unido, reunir lo que se ha dividido y reparar los defectos de la naturaleza, que como puede observarse es prácticamente lo que se hace actualmente.

La cirugía ha ido progresando conforme se han materializado avances en diferentes campos como la anestesia con el descubrimiento por un dentista, W.G. Morton del uso del éter como anestésico.

Como en el mundo antiguo, previo a la conquista, en el Perú la cirugía existió como una rama auxiliar de la medicina, siendo su campo de aplicación las intervenciones principalmente sobre tejidos blandos. Hizo excepción a esto la práctica de las trepanaciones que también, entre nosotros, se practicaron con reconocida habilidad durante el Incanato.

El avance en el conocimiento de la anatomía y fisiología humana y de los diversos procedimientos que hicieron posible la intervención en estructuras y órganos internos, como queda dicho, permitió el avance progresivo de la cirugía hasta constituir la en

parte consustancial de la actividad médica. Correspondió a Hipólito Unanue al crear el "Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando", en 1808, unificar ambas ramas de la actividad médica, lo que finalmente quedó reconocido en el contenido del "Cuadro Sinóptico", plan de estudios que, 4 décadas después, sirviera a Cayetano Heredia para normar los estudios de la Facultad de Medicina creada en 1856.

Otros procesos concurrentes fueron la antisepsia, y la posibilidad de transfundir sangre al conocerse los grupos sanguíneos.

Todo esto ha llevado a que el acto quirúrgico se transforme en un proceso complejo antes, durante y después del acto operatorio, como lo señalaron muy bien Haynes y colaboradores en un artículo publicado en el New England Journal of Medicine en el 2009⁽¹⁾.

No quisiera dejar de mencionar la antibioterapia en un reciente pronunciamiento de la Organización Mundial de la Salud sobre el fenómeno de la resistencia a los antibióticos.

Dice así:

Sin la urgente y coordinada acción de los interesados, el mundo va hacia una era post antibióticos, en la cual las infecciones comunes y las injurias menores que han sido tratables por décadas, puedan matar nuevamente. Lo dice el Dr. Keiko Kokuda, asistente del Director General de la OMS para la seguridad en Salud. Los antibióticos efectivos fueron uno de los pilares que nos han permitido vivir más saludables y beneficiarnos de la medicina moderna. A menos que tomemos acciones

significativas para prevenir infecciones y también cambiar la forma de cómo producimos, prescribimos y usamos los antibióticos, el mundo perderá más y más de estos beneficios de la salud pública y las implicaciones serán devastadoras.

El reporte hace notar que la resistencia está ocurriendo en muchos agentes infecciosos, pero focaliza en la resistencia de las diferentes responsables de enfermedades comunes, pero serias, como las infecciones del torrente sanguíneo (sepsis), diarrea, neumonía, infecciones del tracto urinario y la gonorrea. Los resultados son causa de gran preocupación en todas las regiones del mundo.

En lo que se refiere a salud pública hay una exclusión de la cirugía y no se menciona su importancia, sin embargo, esto está cambiando. En enero del 2014, Jim Kin Presidente del Banco Mundial, dijo lo siguiente: "La cirugía es una parte indivisible e indispensable, parte del cuidado de la salud y debe ser incluida en la cobertura universal de salud"⁽²⁾. Esta observación está basada en el hecho de que actualmente dos mil millones de personas en el mundo no tienen acceso al cuidado quirúrgico de la salud⁽³⁾.

Sin embargo, definir un rol para la cirugía en salud pública es difícil y costoso. No es lo mismo distribuir vacunas a tratar el SIDA o la malaria a atender un parto.

La cirugía requiere un equipo especializado: cirujano, anestesista, enfermeras, especialistas, recursos materiales, quirófanos, instrumental, oxígeno, gases, anestésicos etc. Pero esto no impide que se diseñe un sistema escalonado de atención quirúrgica que culmina en las capitales de región con asistencia quirúrgica completa, apoyado por un sistema de ambulancias para el traslado de los enfermos. Es costoso, lo sabemos, pero es injusto privar a la población de estos servicios.

Aceptado este punto, la responsabilidad se traslada a las Facultades de Medicina que debieran ser obligadas a proveer personal calificado para estas funciones.

Ahora bien, ¿Cómo incluir la cirugía a un sistema de salud?. En forma escalonada, desde las cirugías sencillas que pueden realizarse en atención primaria hasta cirugías complejas en hospitales tipo 1.

La cirugía ha progresado, indudablemente. Aparte de estar presente en campos como la cardiología, ha progresado en técnicas como la laparoscópica, que es tema del simposio que presentamos en este número de DIAGNÓSTICO.

Agradecemos a los participantes y los instamos a cumplir con el antiguo dictado de la cirugía, "*hacer lo que se debe, en el momento que se debe y por quien está capacitado para hacerlo*".

Rolando Calderón Velasco

Miembro Comité Editorial Revista DIAGNOSTICO

1. Haynes AB, Weiser TG, Barry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in global population. N Eng J Med 2009;360:491-499.
2. Kim J. Lancet Commission on global surgery. Boston, MA, USA

Jan 17, 2014.

3. Funk. Weiser T, Berry W, et al. Global operating theatre distribution. Lancet 2010;376:1055-1061.