

Nuevas técnicas quirúrgicas y responsabilidades del cirujano

Dr. Fermín Palma

La responsabilidad moral es la que fundamenta y afirma la calidad de la relación médico-paciente, apoyada en una confianza que va al encuentro de una conciencia.

No hay operación quirúrgica pequeña; todo quehacer o acto quirúrgico por pequeño que parezca comporta un riesgo, en tanto puede desencadenar una respuesta incontrolable somática o psíquica, que limite en el futuro una buena calidad de vida o ser causa de la irrupción de una serie de complicaciones, bien por un fallo técnico del práctico o por un accidente anatómico o fisiopatológico, aun sin déficit técnico o error de indicación e incluso de vigilancia sobre el paciente.

La prevención de complicaciones depende, en gran parte, de saber establecer una buena indicación operatoria, basada en un correcto diagnóstico, en la realización de una técnica minuciosa y tras un examen preoperatorio completo del paciente y calculando el riesgo a que puede exponerse. No queda todo aquí, sino que la pronta captación de una posible complicación exige una atención cuidadosa y una vigilancia extrema de todo el curso postoperatorio.

La cirugía de todos los tiempos, y también la del nuestro, está plagada de complicaciones iatrogénicas y de ocasiones en que las diversas técnicas de reanimación, prolongadas y difíciles, ocasionan, a su vez, una espiral de secuelas irreparables.

También la decisión de una reintervención quirúrgica, por la que todos hemos pasado, es una prueba y resolución, delicada, difícil y compleja en sus consecuencias.

Las publicaciones científicas en nuestro ambiente adolecen de una falta de mención del riesgo quirúrgico y de sus complicaciones, precisando su frecuencia, la etiología y semiología, en relación con las modalidades terapéuticas aplicadas, especialmente con las técnicas nuevas, en tanto será la mejor forma de evitarlas. Es imperativa la necesidad de asegurar una formación continuada del cirujano y de la puesta a punto de los nuevos procedimientos, pues éstos requieren un aprendizaje lento, progresivo y con una gran prudencia su implantación gradual en la práctica.

Hay un riesgo especial y agravado allí donde se asocian hechos debidos al cirujano y a la tecnología aplicada, y es que la cirugía necesita desenvolverse dentro de una ética, que a su vez requiere apoyarse en el rigor moral del profesional que sabe añadir una dimensión metafísica.

En un balance del ejercicio de 2.543 cirujanos franceses, aparecen 249 declaraciones de siniestros (10%), lo que supone una frecuencia del 9,8% de casos infaustos. A la cirugía general le corresponden 117; a la cirugía ortopédica, 95. En cirugía plástica y estética se contabilizaron 37. En cirugía digestiva, 21 declaraciones de siniestro, de las que 6 eran por colecistectomía, 10 consecuencia de una apendicectomía, 3 por cura radical de hernia y 2 por exéresis de un carcinoma colorrectal. (De estas 21 intervenciones, 12 habían sido practicadas por laparoscopia con 3 fallecimientos, y en Francia que es la cuna de la celiocirugía) (1).

En gastroenterología hay consignadas 75 declaraciones como siniestros y en el mismo año de 1993 aparecen 46 complicaciones en el curso de la colonoscopia con 41 perforaciones, y en el curso de la ERCP, 20 casos de complicaciones, de hemorragias, pancreatitis, perforaciones duodenales con 3 fallecimientos. Finalmente, 2 casos de complicaciones con biopsia hepática y 1 perforación esofágica al intentar dilatar una estenosis.

Hay una opinión popular, muy extendida en nuestra sociedad, de que la ciencia médica lo cura todo o casi todo y que además sus técnicas se aplican con una gran seguridad. El establecimiento de esta corriente de opinión y de convencimiento público tiene dos errores básicos: la minusvaloración del riesgo quirúrgico y el derecho a la curación desde una dimensión de «derecho inalienable y exigente» y cuando esto no ocurre se aplica el postulado de que no se logró la curación por una mala conducta en los cuidados per y postoperatorios.

De ahí el imperativo de la calidad del cirujano en todas sus actuaciones y en donde su competencia y capacidad le confiera una seguridad técnica y científica en todas sus actuaciones.

De otro lado, el cirujano debe de explicar los posibles riesgos que el paciente puede sufrir. La literatura actual está llena de problemas que surgieron con sus correspondientes reclamaciones judiciales, como una colecistectomía laparoscópica de la que sólo se explicó que no quedaría cicatriz, tendría una estancia corta de 2/3 días y se reincorporarla al trabajo 10 días después; sin embargo, se le produjo una herida de la aorta que supuso una amplia laparotomía, 12 días de estancia y una incorporación al trabajo 2 meses después. En otra ocasión fue la lesión de la vía biliar principal la que ocasionó una fístula biliar, con laparotomía y estancia prolongada. En un tercer caso, la práctica de una ligadura tubárica por laparoscopia, fue seguida de una embolia gaseosa mortal, cuando solamente se le había explicado y asegurado a la paciente de la total benignidad del procedimiento. No hay intervención pequeña, es la filosofía o pensamiento que nos debe de quedar, aun cuando sean casos considerados como excepciones, pues en estos últimos años las tecnologías y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se han multiplicado y han permitido un progreso incalculable, pero hay que reconocer que con un riesgo de complicaciones mal controlado (2, 3, 4).

A la problemática anterior hay que añadir la práctica cotidiana de actuaciones endoscópicas y de radiología intervencionista fuente actual de numerosos litigios tanto en Europa como en EE.UU. Además, la situación no es fácil desde el momento que se pueden captar algunas responsabilidades en promotores médico-comerciales y firmas industriales con su enorme presión comercial.

No deberíamos omitir el fracaso que puede existir, en algunas áreas sanitarias, respecto a la responsabilidad de la administración, factor importantísimo y que de hecho viene influyendo en la marcha de todo hospital y que una falta de colaboración o una visión unilateral sea causa de una desorganización y con ella de una disfunción del servicio quirúrgico. Cuántas veces una presión administrativa, a fin de obtener cifras y estadísticas que adornen su gestión, va en detrimento de una calidad asistencial.

Desde el año 1991, que la cirugía laparoscópica se ha hecho más universal, la curva de complicaciones en las numerosas publicaciones científicas donde se ha reflejado, ha sido ascendente. También en las diversas reuniones de expertos se está llamando la atención del peligro, a veces mortal, y que conduce a la noción de riesgo especial, donde una complicación en un paciente con afección banal no debe correr un riesgo mayor y grave que el que sufriría con una tecnología clásica, con reputación de elegante, simple y benigna.

WAYRE y colaboradores (5, 6, 7), tienen estudiados 100 casos («dossiers») de «siniestros» con 26 fallecimientos, con una edad media de 38 años. Las lesiones por trocar o agujas de diversos tipos representan el 50% de complicaciones y son responsables de la mitad de los fallecimientos por herida del eje vascular aorto-ilíaco o ilio-cavo o por peritonitis secundaria a una herida visceral. La mayor parte de los accidentes conocidos pueden y deben ser evitados (8).

El problema es poder definir dónde finaliza el riesgo y dónde comienza el fallo técnico. Una buena ética empieza dejando al paciente la libre elección de cirujano o del servicio quirúrgico hospitalario que más confianza le brinda y dotado de una libertad de espíritu para aceptar y emprender el tratamiento adaptado a su caso.

Debe de quedar muy claro, y lo queremos subrayar, que no se trata de penalizar al cirujano, pues la mayoría de las veces es injusta e ineficaz, sino simplemente de una llamada a su propia responsabilidad.

Recientemente hemos asistido en Bourdeaux al «Troisième Symposium International de Chirurgie Endoscopie» que de forma monográfica se ha ocupado de la cirugía laparoscópica colorrectal y que de manera muy concreta ha mostrado los gestos quirúrgicos exactos que se requieren y «comment faire», o sea, cómo hacerlos. Finalmente, permitir a los expertos internacionales establecer los consensos a fin de obtener uniformidad de criterios en las técnicas.

Efectivamente, la patología colorrectal benigna e inflamatoria parece adaptarse muy bien a la cirugía laparoscópica a pesar de la importancia y de la complejidad de los procedimientos. Respecto a la

cirugía cancerológica colorrectal, se requiere un análisis más meticuloso a la hora de aplicar un método de exéresis y es donde la responsabilidad del cirujano, junto a su experiencia, actuará como factor decisivo.

Pese a todo, la práctica de la cirugía laparoscópica colorrectal es imparable en todo el mundo. Es desde luego considerable la formación y la habilidad que se requiere, por lo que la curva de aprendizaje es un verdadero desafío. Hay, especialmente, que valorar que la curación y supervivencia no se sacrifique en aras de una estancia más corta y de un curso postoperatorio con menos dolor. Hay ventajas impresionantes, como por ejemplo, la visualización de la parte baja de la pelvis que se consigue con el laparoscopio, muy superior a la convencional. Pero también se conoce la posibilidad de recidiva tumoral a nivel de las puertas de entrada al ser contaminada al extraerse la pieza pese al intento de aislarla dentro de una bolsa (9, 10).

Por todas estas razones, la cirugía laparoscópica colorrectal va a ser perfeccionada en su evolución técnica, y la responsabilidad del especialista, con su gran formación, le hará meditar lo que en el momento actual va a resultar más beneficioso para el paciente, objetivo prioritario de toda actuación del médico y cirujano.

Referencias bibliográficas

1. WAYRE, P.: «Risque chirurgical et responsabilité du chirurgien». *Encycl. Méd. Chir. (Paris) T. Chirug. A Digest.*, 40-005. 1995.
2. HUREAU, J.: «Le risque Chirurgical: Un concept évolutif». *Chirurgie*, 1991. 117:624-633.
3. MARGEAT, H.: «Le risque thérapeutique en chirurgie». *Chirurgie*, 1989. 115:615-619.
4. PENNEAU, J.: «La responsabilité du Médecin». *Dalloz*, Paris, 1992.
5. WAYRE, P.: «Conclusions de L'Académie de Chirurgie sur le risque chirurgical et son indemnisation». *Chirurgie*, 1989. 115:620.
6. WAYRE, P.: «Heurs et malheur de la chirurgie ambulatoire». *J. Chirurgie*, 1994. 131:519-520.
8. VARA THORBECK, R., y SEGOVIA, E.: «Alegato en favor de la laparoscopia abierta». *Cirugía lapar. y endoscóp.*, 1995. 3:131-133.
9. III^e SYMPOSIUM INTERNACIONAL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE (Bordeaux), 19, 20, 21 Octobre, 1995.
10. O'ROURKE, N. A., y HEALD, R. J.: «Cirugía laparoscópica del cáncer colorrectal». *Fr. J. Surg.* (ed. Esp.), 1994. 11:5-6.