

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Problemas éticos actuales en la Coloproctología cubana

Lic. Fidel Robinson Jay¹, Dra. Abrahana Cisneros Depestre², Dr. Jacinto Robinson Jay³, Lic. Niovis Medina Sánchez⁴, Dra. Virgen Duany Sánchez⁴

¹ Licenciado en Historia y Filosofía. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Cuba.

² Especialista de II Grado en Coloproctología. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

⁴ Licenciada en Historia y Filosofía. Máster Estudios Sociales. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Cuba.

⁵ Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Cuba.

RESUMEN

En este trabajo se hace una breve secuencia histórica de la Coloproctología desde su surgimiento hasta la actualidad y lo que en ella significa la introducción de la endoscopia, detallándose sus innegables avances en diferentes esferas. Se relacionan las principales concepciones en la que se sustenta la especialidad, planteándose un conjunto de reflexiones hechas desde el punto de vista de los autores que coinciden en que la problemática esencial está en los problemas éticos y bioéticos que se dan en el ejercicio de la profesión. Se ofrecen consideraciones actuales acerca de los dilemas éticos a que se enfrentan los coloproctólogos, cuestión que se ilustra con algunos de las más reiteradas manifestaciones del problema, a fin de reflexionar acerca de la necesidad de valorar, desde el amplio concepto del pensamiento bioético actual, las decisiones que se adoptan en el desempeño profesional, cuyas consecuencias son dudosas o dejan mucho que desear, independientemente de que hallan sido tomadas con las mejores intenciones.

Palabras clave: Coloproctología, ética, bioética, situación de conflicto

INTRODUCCIÓN

Con este trabajo se pretende valorar la importancia que tienen los aspectos éticos en el desarrollo de la Coloproctología dentro de las Ciencias Médicas; de manera que los alumnos, residentes y lectores en general puedan realizar las consideraciones suficientes y necesarias acerca de los aspectos psicológicos, socioeconómicos y éticos que inciden en los pacientes.

En este trabajo se realiza una secuencia histórica de la Coloproctología desde su surgimiento hasta la actualidad y la revolución que en ella significa la introducción de la endoscopia, detallándose sus innegables avances en lo económico, psicológico y social para el ser humano y para el país. Se relacionan las principales concepciones en la que se sustenta la especialidad, planteándose un conjunto de reflexiones hechas desde el punto de vista de los autores que coinciden en que la problemática esencial está en los problemas éticos y bioéticos que se dan en el ejercicio de la profesión.

Se ofrecen las más actuales consideraciones mundiales acerca de los dilemas éticos a que se enfrentan los coloproctólogos, cuestión esta que se ilustra con algunas de las más reiteradas manifestaciones del problema, a fin de llamar a la reflexión acerca de la necesidad de valorar, desde el amplio concepto del pensamiento bioético actual, las decisiones que se adoptan en el desempeño profesional, cuyas consecuencias son dudosas o dejan mucho que desear, independientemente de que hallan sido tomadas con las mejores intenciones.

Se espera con esta investigación ayudar en la lucha por garantizar una atención integral de los mismos, mejorar o curar sus dolencias con el mínimo de dolor, bajo costo y respeto absoluto a sus derechos e integridad.

DESARROLLO

Antecedentes históricos

Se ofrecen algunos datos históricos que ayudarán a entender el desarrollo de la cirugía endoscópica como modalidad de tratamiento. Abulkasin, médico árabe de los años 936 y 1013, visualizaba ya el cuello uterino en busca de lesiones del mismo. En 1868 Kussmaul realizó una gastroscopía con un tubo rígido iluminado próximamente mediante una lámpara de alcohol, en un tragador de sable.

No es hasta 1910 en que Hans Cristian Jacobeus, profesor de Medicina Interna de Estocolmo, descubrió un método de exploración al que denominó laparoscopia; así las cosas en 1920, Orndoff en Estados Unidos publicó una serie de exploraciones abdominales, utilizando por primera vez el oxígeno para lograr el neumoperitoneo dándole el nombre de peritoneos copia. Kalk en Alemania, mejoró el sistema óptico y los equipos de iluminación creando un verdadero laparoscopia en 1929, lo cual conllevó a una mejora en la obtención de la imagen endoscópica; abriéndose de esta forma las posibilidades a nuevas pruebas diagnósticas. Así, en 1934, el suizo Zollinger empleó por primera vez el CO₂ como gas para la realización del neumoperitoneo, introdujo más tarde la aguja que Veress había ideado como mecanismo de seguridad para la realización del neumoperitoneo.

Las primeras acciones quirúrgicas fueron llevadas a cabo por el francés Raoul Palmer, quien, en 1941, publicó la esterilización quirúrgica de una mujer mediante fulguración bajo visión endoscópica.

Ker Semm destacó la importancia de monitorear la presión intrabdominal, creó equipos de insuflación y monitoreo, diseñó nuevos instrumentos, y en 1974 describió las técnicas de salpingectomía, anexectomía y miomectomía laparoscópica y años más tarde realizó la primera apendicetomía por esta técnica, considerándose como el máximo impulsor de la cirugía laparoscópica ginecológica.

El gran paso de avance se pone en evidencia en la década de los 80, al incorporarse la técnica del video a la endoscopia. Aunque ya desde 1970, Gilbert Hyatt había descubierto los microprocesadores o chips, no es hasta esta década que se introducen las microcámaras acopladas a los endoscopios. Es así que surge la posibilidad de explorar la cavidad abdominal con un laparoscopia acoplado a una cámara de video, ya en 1987, Philippe Mouret, realiza en Francia la primera colecistectomía video laparoscópica. En 1988, Dubois también en ese país, y Perissat, en Burdeos, llevaron a cabo dicha técnica, en el hombre, aunque Kheimam en Argentina 2 años antes la había realizado en ovejas. Posteriormente se incorporan nuevas técnicas quirúrgicas, como la valvuloplastia de Nissen para la hernia hiatal (Cuschieri), la vagotomía según la técnica de Taylor (Katkoudes y Mouriél), la vagotomía de Hill-Barker (Zucker) y otras que se suman a la lista de operaciones que no parece tener límites.

En Cuba en 1990, los Drs. Alfredo Felipe Rodríguez y Jorge García Tamarí realizaron la primera colecistectomía laparoscópica sin la ayuda de la video-cámara.

El segundo milenio trae una nueva era en la cirugía moderna. 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. Con solo dos décadas aproximadas de experiencias entre los cirujanos, pueden ahora explorarse casi todas las partes del cuerpo humano con cámaras y video monitores.

Con solo pequeñas incisiones y punciones, y con la utilización del gas CO₂ como medio de separación y expansión, se puede introducir telescopios de diferentes tamaños y pinzas a fin de remover órganos enfermos, y realizar técnicas disímiles ejecutadas antes en cirugía clásica o tradicional. Todo ello con un mínimo de trauma y con una secuela dolorosa postoperatoria prácticamente despreciable.

Sin hacer grandes incisiones en la piel, músculo y fascia, se realizan pequeñas entradas en el área de interés realizando grandes maniobras hechas como si se estuviese en presencia de una gran apertura, 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, otros órganos también son tratados de forma similar aunque con mayor complejidad técnica, como son: estómago, riñón, colon, bazo, pulmón y órganos femeninos. Resultan interminables las enfermedades que pueden ser tratadas por este novedoso método. Con el advenimiento de esta técnica, se supera la recuperación postoperatoria, así en lugar de semanas de reposo y limitación de actividades físicas lo cual venía aparejado con el viejo método, 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, haciendo posible la realización de una operación a distancia, incluso entre 2 continentes (América-Europa) sin necesidad de desplazamiento del médico y del paciente con resultados satisfactorios. Todo lo anteriormente expuesto, le proporciona a esta disciplina de la medicina el rango de cirugía del nuevo milenio.

Aspectos económicos

La cirugía en sentido general no es un arte sencillo como las artes plásticas, ya que arte y ciencia confluyen en un punto común para lograr su aplicación. Esta rama de la medicina también en la antigüedad estaba vinculada a la economía, al estar por ende toda la

sociedad sometida a los intereses de las clases dominantes, como actualmente sucede en los países en que la medicina no es socializada y depende de una práctica privada y donde el fenómeno de la globalización neoliberal hace que la misma se comporte como mercado.

La bioética plantea el problema correspondiente a la valoración económica y costes hospitalarios referente a la asistencia médica. La expansión rápida de conocimiento médico y la introducción de nuevas tecnologías, también introduce un rango de aumento de los costos. Este aumento de los costos en estas experimentadas y laboriosas técnicas lleva al racionamiento de los recursos en las sociedades capitalistas; encareciendo por ende los servicios de salud. La cirugía de mínimo acceso con toda su gama de tratamiento y diagnóstico no escapa de esta condición que establece los precios de los distintos equipos y aditamentos en el mercado internacional.

En Cuba esta situación es bien diferente, ya que a pesar de la situación económica que enfrenta el país, el estado y 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 costos 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.

Muchas veces al intervenir quirúrgicamente a un enfermo, ya sea de urgencia o de forma planificada, sobreviene la pregunta de los familiares y los amigos: ¿Cuán grande es la herida? ¿Cuántos puntos le dieron? Lo que induce a pensar que la valoración tanto del enfermo como de los familiares es de que mientras más grande sea la incisión, más grande y serio será el problema o enfermedad de la cual es portador el enfermo; lo que ha hecho plantear como un adagio de que "grandes incisiones, grandes cirujanos" y porqué no, grandes operaciones.

Actualmente se plantea un nuevo pronunciamiento, más relacionado con la cirugía mini-invasiva, y es el que señala: "pequeñas incisiones, operaciones complejas". Todo ello se debe a la introducción de la cirugía mini-invasiva electrónicamente asistida, en la cual pequeños orificios permiten operaciones con gran confort, pronta recuperación de los pacientes e integración a la vida social y laboral.

Los medios masivos de difusión provocan cambios en la comunidad y por ende en la sociedad, ya que estos conocimientos son del manejo de gran parte de la gente; lo que ha hecho finalmente que los

pacientes que conocen las bondades del procedimiento laparoscópico acepten la intervención quirúrgica con menor temor.

Aspectos psicológicos y estéticos en la relación médico-paciente

Es fundamental para el cirujano coloproctólogo el manejo de la relación médico-paciente y en especial para el endoscopista, ya que el enfermo a menudo no tiene conocimiento sobre estos modernos procedimientos 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 y el temor a la enfermedad como tal. Existen otros factores que ocasionalmente son olvidados por el cirujano y el equipo quirúrgico, como por ejemplo: el miedo a los procesos malignos. Se calcula que el 30 % de los pacientes sometidos a exploraciones operatorias suponen que se ha descubierto un proceso neoplásico, todo esto a menos que se explique lo contrario.

No escapa a estos procedimientos de avanzada, la posibilidad de la presencia de un proceso maligno previamente identificado por las técnicas de recepción de colon por lesiones malignas del mismo, la cirugía combinada del esófago por estas mismas afecciones, se están realizando con éxito y no dejan de crear las mismas tensiones psicológicas al enfermo como en la cirugía clásica o tradicional, con similares secuelas y mutilaciones pero con una ventaja, mínimo dolor y mejor estética.

Resulta de gran utilidad para el paciente que se va a someter a una intervención establecer una comunicación donde se realice un comentario franco, amistoso sobre el método intervencionista a realizar, ahondando 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, es decir la videolaparoscópica, y sea necesaria la conversión a cirugía clásica dada la imposibilidad de abordaje del órgano afectado.

De todo lo antes analizado se desprende la importancia de la relación médico-paciente, que expresa una actitud y una técnica.

La actitud está determinada por un dispositivo de conducta, gestos, palabras y expresiones que en su conjunto califican y dan significado a la presencia médica frente al enfermo, de ella depende que el enfermo evalúe como atentos o desinteresados a la persona que lo atenderá, cordiales o fríos, solidarios o indiferentes, alegres o mal humorados.

Por técnica en la relación médico-paciente se entienden la regulación y sistematización consciente de los tratamientos a realizar con el paciente, entre los que se incluye la psicoterapia, similar a una conversación clara, sedante y pasiva, realizada en término de sentido común.

Para todo esto es importante la influencia que sobre el paciente quirúrgico ejerce el equipo y para ello se implementa como en otras disciplinas medicas, el equipo multidisciplinario; que desde la misma consulta evalúa al paciente de forma integral. Equipo que está integrado por cirujanos, anestesista, enfermera y técnico.

Existen múltiples factores, tanto generales como locales, que pueden retardar el proceso de la cicatrización y como resultado final conlleva a una cicatriz viciosa, retráctil y por demás fea, lo que ocasiona malestar en los enfermos ya en su etapa de recuperación. Estos aspectos siempre fueron tomados en consideración, no así el resultado final. No es hasta la década de los años 80 del recién finalizado siglo, que con el desarrollo de la video laparoscopia, el boom de la moda, la época de las supermodelos, el enfermo además de preocuparse por la enfermedad, comienza a interesarse por los factores estéticos y por las secuelas de la cirugía.

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 dejan marcas. Además, al ser pequeñas incisiones, otras complicaciones como la oclusión por bridas, resultan infrecuentes, por lo que hace que en este proceder las reintervenciones por esta entidad sean escasas, siendo innegable que la video-laparoscopia conlleva a una gran ventaja estética especialmente en las mujeres, y en especial en las jóvenes, para quienes este aspecto constituye una constante preocupación.

Dilemas éticos más recurrentes

La ética: es la ciencia y parte de la Filosofía que tiene como objeto de estudio los códigos, normas y principios de la moral y su correspondencia con la realidad social. Tiene carácter universal, versa sobre el hombre, la sociedad. Es un reflejo mediato, lógico y sistematizado. A partir del siglo pasado, la medicina sufre las transformaciones más grandes e importantes desde la remota época hipocrática. En estas últimas cinco décadas, con los nuevos conocimientos de la ciencia y la técnica, el advenimiento de la informática y su gigante desarrollo, la medicina progresa más que en los años anteriores. Todos estos cambios traen aparejados transformaciones socioculturales y en la relación médico-paciente.

Aunque el término "bioética" es reciente, introducido en 1970-1971 por Potter, oncólogo norteamericano en su libro "Bioética, puente hacia el futuro", fue definida como la disciplina que enlazaría los hechos y teorías científicas con las humanidades, en una ciencia de la sobrevivencia, refiriéndose así en el sentido más amplio a una ética de la vida.

Otra acepción más estrecha expresa que la bioética es "el conjunto de conceptos, argumentos y normas que valoran y legitiman éticamente los actos humanos que eventualmente tendrán efectos irreversibles sobre fenómenos vitales". Los aportes más prominentes son los de Beauchamp y Childress en su libro "Principles of Biomedical Ethics", en el cual se define qué es un dilema ético- moral, describen sus contenidos y manifestaciones frecuentes argumentando los principios de beneficencia y no maleficencia, de autonomía y justicia.

Un dilema es un problema que puede resolverse mediante dos soluciones, ninguna de las cuales es completamente aceptable.

¿Qué son los dilemas morales?

Un dilema moral es una narración breve, a modo de historia, en la que se plantea una situación posible en el ámbito de la realidad pero conflictiva a nivel moral, y se solicita de los oyentes o bien una solución razonada del conflicto o un análisis de la solución elegida por el sujeto protagonista de la historia. por regla general la situación se presenta como una elección disyuntiva: el sujeto protagonista se encuentra ante una situación decisiva ante la cual sólo existen dos, y nada más que dos, opciones (a) ó (b), siendo ambas soluciones igualmente factibles y defendibles. El individuo se encuentra, pues, ante una verdadera e inevitable situación conflictiva.

Un dilema genera cierta duda entre lo que como profesionalmente piensa que debe actuar y lo que moralmente como persona sienta que deba actuar, mostrando así una discrepancia de pensamiento. Regularmente un dilema moral se presenta como un caso o relato de alguna situación en especial. Dicho relato es breve, en el se plantea una situación posible en el ámbito de la realidad pero conflictiva a nivel moral, y se solicita de los oyentes o bien una solución razonada del conflicto o un análisis de la solución elegida por el protagonista de la historia. Por regla general la situación se presenta como una elección disyuntiva: el protagonista se encuentra con una situación decisiva ante la cual sólo existen dos, y nada más que dos, opciones (a) ó (b), siendo ambas soluciones igualmente factibles y defendibles. El profesional se encuentra, pues, ante una verdadera e inevitable situación de conflicto.

Por otra parte, los principios son tesis esenciales que sirven de punto de partida para la reflexión y el accionar en la realidad, es decir para su conocimiento, interpretación y transformación. En este sentido, los principios de la ética médica son los preceptos a partir de los cuales se desenvuelve la ciencia y la práctica en esta rama de las ciencias. Los principios éticos universalmente reconocidos en la ciencia médica en general y en la Coloproctología en particular son: de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Los dos primeros reafirman los preceptos contenidos en los códigos antiguos y velan por los intereses de los pacientes: hacerle el bien y no el mal o al menos el menor daño posible. Los dos últimos principios, de autonomía y justicia, reflejan las teorías modernas de las obligaciones morales no encontradas en la tradición hipocrática.

El principio de la autonomía establece el reconocimiento por parte de los médicos del derecho del paciente para tomar sus propias decisiones con respecto al cuidado de su salud. Esto es contrario al principio de beneficencia contenido en el *corpus hipocraticum*. Por ejemplo, frente a un paciente con una tumoración severa, quien rehúsa la rectoscopia, el proctólogo se encuentra ante la necesidad de respetar la autonomía del paciente (quien puede rehusar el procedimiento) y riñe con su percepción de médico de velar por lo mejor para el paciente (al asumir que el paciente prefiere continuar con vida).

La promoción de la autonomía del paciente y de sus derechos ha cambiado en la actualidad, propiciando el establecimiento de los derechos que tienen los pacientes de ser informados en su totalidad y de ser consultados sobre todas las decisiones médicas que se van a tomar sobre su persona en relación con su salud, bienestar, complicaciones y discusión sobre las técnicas a desarrollar, tanto como medios de diagnóstico y terapéuticos.

La influencia de profesionales tales como filósofos, eticistas, sociólogos y juristas modifican los conceptos de la relación médico-paciente cambiando de un clásico médico paternalista a una relación médico-paciente de participación moderna, donde el enfermo le proporciona al médico una información personal íntima muy necesaria para hacer una evaluación apropiada y racional.

En cambio, el cuidado del paciente íntegramente debe tenerse en cuenta, es decir el paciente en toda su totalidad, incluyendo sus valores y su ética. Esta concepción acerca de la integridad del paciente se viola cuando los procedimientos y tratamientos que se aplican están orientados hacia la enfermedad de la persona y no hacia la persona enferma, con lo cual se descuidan aspectos importantísimos en el restablecimiento íntegro al que se aspira como son: la estabilidad psicoemocional, aumento de la autoestima y confianza en

una vida mejor, reestablecimiento de sus capacidades productivas al mismo u otro nivel similar, la reincorporación social y otros.

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 conciente su conformidad para que se realice un proceso, después de haber sido informado debidamente de riesgos y beneficios del proceder al que será sometido, por lo que la información será la condición necesaria para que el paciente participe activamente en las decisiones médicas que le concierne, realizándose así concretamente el respeto a las decisiones del enfermo.

Este precepto básico de la bioética se viola cuando los especialistas y enfermeras que atienden al paciente se arrogan el derecho de tomar decisiones contrarias a lo deseado por el mismo sin hacer la debida persuasión al paciente y sus familiares hasta convencerlos de lo equivocado o desacertado de su decisión y lo conveniente y oportuno que es cambiarla cuanto antes. Hay que entender que los médicos son los guardianes de la salud y la vida de las personas, no sus dueños y que el enfermo sigue siendo, aun en fase terminal, un ser humano libre de tomar las decisiones que atañen a su vida.

Todo ello nos lleva nuevamente a reflexionar sobre el método bioético, que exige de varios principios: el respeto a la autonomía y la libertad del ser humano; la función benéfica, la función no perjudicial, la justicia y la medicina igualitaria para todos.

La cirugía mini invasiva tiene un doble impacto tanto en la práctica de la cirugía como en la investigación, aunque no se debe olvidar que no es posible realizar todo tipo de tratamiento quirúrgico a través de esta técnica, lo que conlleva que a menudo los problemas éticos no sean ajenos a la misma. Es importante puntualizar y razonar en la afección que sufre el enfermo y no dejarse llevar "por lo que está de moda", en detrimento de la salud y el bienestar del paciente, ya que tal actitud conllevaría al descrédito del método quirúrgico.

A diferencia de lo que ocurre en muchos países del mundo, en los que la medicina no está al alcance de toda la sociedad, violándose con ello el principio de salud para todos, en Cuba esto no constituye un problema por estar la misma al alcance de toda la población, ya que el estado dispone de un presupuesto (el más grande de todos) para fomentar e incrementar los servicios de salud, de tal manera que siempre estén al alcance de toda nuestra población.

CONSIDERACIONES FINALES

A pesar de los avances tecnológicos y de la introducción de las nuevas técnicas en la esfera de la salud y la docencia médica, se considera que la relación ética-medico-paciente es insustituible por cualquier máquina o equipamiento, por lo que la actitud del coloproctólogo frente al paciente es irremplazable.

Es innegable que 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.

Desde la óptica del impacto económico de este proceder debe tenerse muy en cuenta los costos del mismo ya que, como se demuestra, en la cirugía ambulatoria y también en la mini-invasiva, 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 y libra al paciente y a sus familiares de gastos económicos de recuperación postoperatoria.

Por último, se considera que el futuro de la cirugía video asistida continuará ampliándose, aparecerán nuevos equipos y nuevas técnicas quirúrgicas en este campo, además de perfeccionarse la robótica aplicada a la cirugía, para que la misma gane cada vez mayor número de adeptos; pero muy a pesar de ello no podrá sustituir la relación médico y el paciente.

Por todo lo antes dicho, cada vez será más decisivo el papel de la bioética en el desempeño de los profesionales coloproctólogos como única alternativa de garantía de atención integral a las personas necesitadas de atención y cuidados quirúrgicos.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Aguilera LP. The dying patient. Ethical Consideration. Rev. Médica de Chile. 2004; 120: 685.
2. Amaro Cano MC ¿Porqué se constituyó una Comisión Nacional de Ética y Bioética en Enfermería. Rev. Cubana de Enferm. 2009; 117: 1.
3. Carter Bradford W, Neal DD, Warneke JA. Laparoscopic Surgery. In: Surgery. 3thed. William and Wilkins; 2005.
4. Chacón Arteaga N. Ética y bioética desde una perspectiva martiana. Honda. 2008; 24.
5. De la Llera G. Editorial. Revista SILAC. 1999; 7: 3.
6. Delgado Díaz C. Hacia un nuevo saber: La bioética en la revolución contemporánea del saber. La Habana: Centro Félix Varela; 2011.

7. Delgado Díaz C. La revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Buenos Aires Argentina: Colección Campus virtual de CLACSO; 2004
8. Douglas W, Wilmore MD. Homeostasis Bodily in trauma and Surgery. In: Sabiston DC, editor. Textbook of Surgery: the biological basis of modern surgical practice. 15thed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1998.
9. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. En: Obras Escogidas. TIII. Moscú: Progreso; 1976.
10. Frutos Ortiz E. La Ética en la Medicina del Siglo XXI. 100 Años de la Universidad Nacional de la Plata. 1997; 1: 17.
11. Gadacy TR, Talami MA. Tradicional versus Laparoscopy cholecystectomy. Am J Surg. 1991; 161: 336.
12. García Alfonso P, Escobar Álvarez R, Lorenzo Rubio J. La Cirugía en el Nuevo Milenio y sus implicaciones éticas. En: Jornada Nacional Bioética. Sancti Spíritus; 2007.
13. García Narvárez J. La Realidad de la Práctica Quirúrgica. FELAC-Boletín Informativo. 2002; 7: 3.
14. Polk HC, Cheadle WG. Principles of Preoperative Preparation of the Surgical Patient. In: Sabiston DC, editor. Textbook of Surgery: the biological basis of modern surgical practice. 15thed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1998.
15. Jigot JP. Las Fronteras de la Cirugía Laparoscópica. Chile. Cirugía Laparoscópica de Avanzada. 2002; 2: 956.
16. Medina M. Patient Information: about Laparoscopy and Endoscopy. SLC Public Relation Committee. Texas: Society of Laparo endoscopic; 2007.
17. Núñez Jover J. Relación entre ciencia y bienestar humano. Honda. 2008; 24. 2008.
18. Núñez Jover J. Reflexiones sobre ciencia, tecnología y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2008.
19. Núñez Jover J. La ciencia y la tecnología como procesos sociales. La Habana : Editorial Félix Varela; 1999.
20. Oropesa Martínez R. Colectistectomía Laparoscópica y Colectistectomía Abierta. Revisión de 600 casos. Revista SILAC. 2004; 2: 10.
21. Selman- Heusein AE. Cirugía Videolaparoscópica: Editorial Revista SILAC. 2004; 2: 6.
22. Sidorov JJ. Gastroenterology and Medical Ethics. In: Principles of Gastroenterology. 2005. p. 74.
23. Ruiz Torres J. Cirugía Endoscópica. Fundamentos y Aplicaciones. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008. p. 19.

Recibido: 25 de Abril de 2011

Aprobado: 18 de Junio de 2011

Lic. Fidel Robinson Jay. Universidad de Ciencias Médicas de
Guantánamo. Cuba. Email: fidelrj@unimed.gtm.sld.cu