

Revisión Bibliográfica

Cirugía y Sociedad: relación inseparable.

Surgery and society: an inseparable relation.

Dr. Rafael Ramírez Sosa¹.

1. Especialista de 1er grado en Cirugía General. MSc en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.

RESUMEN

Se realiza una revisión de la historia de la Cirugía y la relación que ha tenido esta ciencia con el desarrollo social de la humanidad, particularizando la situación en Cuba. Se analizan los aspectos políticos, económicos, jurídicos, ecológicos, religiosos y éticos, finalizando con el reto actual que representa el envejecimiento poblacional.

DeCS: CIRUGIA/ historia.

Palabras clave: SURGERY/ history.

ABSTRACT

A review is made of the history of surgery and the relationship that this science has had with the social development of humanity, specifying the situation in Cuba. The political, economic, juridical, ecological, religious and ethical aspects are analyzed, concluding with the current challenge that represents the aging of population.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía es la parte de la Medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de operaciones hechas con las manos o a través de instrumentos. Su nombre proviene del latín *chirurgia*, y éste del griego *cheirurgia*, de *cheir*: mano, y *ergon*: obra, trabajo.¹

La Cirugía es tan antigua como la Humanidad, y su desarrollo a lo largo de la historia ha tenido que ver con el desarrollo de la sociedad por lo que es importante analizar la relación que existe entre ambas y cómo ha influido una sobre la otra.

La Cirugía tiene orígenes muy remotos, lo cual se comprueba por el hallazgo de cráneos prehistóricos en los que existe evidencia de haber sufrido trepanaciones y además otros restos esqueléticos con indicios de intervenciones quirúrgicas.² En la mitología griega se hace mención a Quirón, el más célebre de los centauros, quien practicó la cirugía durante la guerra contra los lapistas. Él comunicó su destreza a Esculapio.¹

En la *Ilíada* se hace referencia a intervenciones quirúrgicas durante la guerra de Troya. Hipócrates se destacó como un gran estudioso de huesos y articulaciones, hernias, fístulas y úlceras. Él escribió el "Tratado de las Fracturas" y "El Tratado de las Luxaciones". Además se destacó

describiendo paracentesis, toracocentesis, tratamiento de pólipos nasales, incisión de abscesos, etc.

De Grecia, la Medicina pasa a Alejandría, destacándose Herófilo en el Siglo III a.n.e., quien estudió por primera vez el cuerpo humano mediante la disección de cadáveres, pues con anterioridad éstos se consideraban sagrados y los estudios anatómicos hasta entonces se realizaban en animales. Por lo que se puede afirmar que en Alejandría durante los Siglos IV al I a.n.e. se hacen autopsias por primera vez con fines de investigación y diagnóstico, bajo la dictadura de Ptolomeo.³

Durante el Imperio Romano fue Galeno (131-201)¹ en el Siglo II, el más representativo de su época, destacándose en la observación de los fenómenos médicos y tratando de resolverlos. Él hizo autopsias a gladiadores muertos en el coliseo de Pérgamo. Con la caída de este imperio, la Medicina se atrasa, y con la aparición del régimen esclavista se refugia en los monasterios, donde los médicos eran monjes que tenían escasa preparación.

El auge y el desarrollo de la cultura árabe trajeron consigo beneficios para la Medicina y la Cirugía. Se destacó Avicena (980-1037)¹ quien introdujo el cauterio o hierro candente, quien no solo se destacó de esta forma sino también en las Ciencias Naturales, la Filosofía y las Matemáticas.³

Con el Renacimiento se impulsa nuevamente el desarrollo de la Cirugía. En el Siglo XV, Paracelso se destacó como crítico de la medicina de su tiempo e introdujo el empleo de las sustancias minerales en contra de las hierbas galénicas.

En el Siglo XVI, Vesalio (1514-1590)¹ “el anatómico”, a través de estudios minuciosos en cadáveres y ayudado por Celdar, dan a conocer su “Tratado de Anatomía” con ilustraciones. En este mismo siglo, Ambrosio Paré (1509-1590), quien comenzó como barbero, lleva a la Cirugía al rango de profesión y se le considera el Padre de la Cirugía moderna. Desarrolla la cirugía de guerra en Francia, eliminó el uso del aceite caliente en las heridas, popularizó las ligaduras vasculares, mejoró las técnicas y empleó brazos y piernas artificiales, por lo que se puede afirmar que hizo verdadera cirugía. Él fue quien por primera vez ligó arterias.³

Hasta el Siglo XIX los “agentes anestésicos” eran: compresión del cuello, sangría profusa, un fuerte golpe en la cabeza,² intoxicación alcohólica, etc. En 1824 se descubre el éter como anestésico usado por Lang.²

En 1856 Pasteur descubre los microorganismos, entonces el pus pasó a ser indeseable y sinónimo de infección. Lister convenció que la infección de la herida era perjudicial y da inicio a la antisepsia con el uso del ácido fénico, relacionando así las bacterias con la morbilidad de los pacientes con heridas.⁴ En 1885 Neuber introduce la asepsia.³

Posteriormente la Cirugía se desarrolla a pasos agigantados con los avances científico-técnicos, mejorándose las técnicas quirúrgicas y los métodos anestésicos. Se crean las especialidades médicas y quirúrgicas. Se desarrollan los medios diagnósticos avanzándose mucho en el diagnóstico de las enfermedades y se perfeccionan los métodos de tratamiento. Ya la Cirugía se convierte en madre de otras ramas quirúrgicas. El tratamiento quirúrgico se convierte en algo normal para la sociedad y se hacen intervenciones que algunas décadas atrás eran consideradas de ciencia ficción como los trasplantes.

En Cuba:

En la etapa precolombina existían los behiques, especie de curanderos, hechiceros, médicos y sacerdotes. La medicina se relacionaba con rituales mágicos. Se usaban plantas medicinales, inmovilizaban fracturas, provocaban abortos, hacían sangrías, castraban y cauterizaban úlceras y heridas. Algunos de ellos eran preferidos por los españoles a su llegada a nuestras tierras.²

En la etapa colonial en nuestro país prevaleció el empirismo y la ignorancia. La medicina va a los monasterios y allí la practicaban los monjes.

En el Siglo XVIII los frailes fundan la primera universidad en Cuba. En 1742 la Medicina se separa de la Iglesia, cayendo la filosofía escolástica, y posteriormente se desarrolla basada en la práctica y la experimentación. En el Siglo XIX se crea la primera sala de operaciones de La Habana. La Cirugía se desarrolla continuamente, destacándose el Dr. Presno como uno de los mejores cirujanos.³

Con el triunfo de la Revolución se socializa el servicio de salud y la medicina y la cirugía llegan a todos, situándose a nivel mundial. Y aún continúan desarrollándose con la aplicación de los últimos adelantos de la ciencia y la técnica.

DESARROLLO

Cirugía y Ciencia:

En los albores de la Cirugía, ésta se basaba en conocimientos empíricos fundamentalmente, y tenía un significado mágico-religioso, asociándose a elementos sobrenaturales. A lo largo de la historia de la humanidad y el desarrollo de la ciencia, la Cirugía enfrentó tres grandes problemas que la frenaban: la hemorragia, el dolor y la infección.³

La hemorragia era algo común durante los accidentes y las guerras, y cuando era de envergadura llevaba al afectado a una muerte segura, por lo que se convirtió en algo terrible y mortal, lo cual ocurre incluso en nuestros días, debiéndose actuar con rapidez y exactitud. Se ensayaron varios métodos para cohibirla como la compresión con hojas, telas o simplemente con la mano. Es en el Siglo XVI en que se logra vencer este gran obstáculo para el desarrollo de la cirugía con el uso de las ligaduras vasculares y es de destacar la labor de Ambrosio Paré, quien por primera vez realiza ligadura de arterias, método utilizado hasta hoy.

Así se resolvió el primer problema de la cirugía, la hemorragia. Entonces el cirujano fue desarrollando nuevas y cada vez más osadas técnicas, pero ocurrió que en ocasiones no podía realizarlas con facilidad porque el enfermo no soportaba el dolor que le provocaba la intervención quirúrgica y se intentó eliminarlo de varias formas para que el cirujano pudiera trabajar sin que el paciente gritara y se moviera constantemente. Se provocaba intoxicación alcohólica, golpes en la cabeza, sangrías, cocimiento de mandrágora, etc. Estos métodos se por sí eran muy peligrosos y si la misma patología que llevaba al enfermo a ser operado no lo mataba, lo podía hacer el método "anestésico".

Con el continuo avance de la ciencia, en 1842 se utiliza por vez primera el éter para provocar anestesia y sueño en el enfermo, y así podía ser intervenido sin dolor, salvándose el segundo gran escollo en la cirugía, el dolor. Posteriormente se desarrollaron los anestésicos y se descubren y utilizan otras drogas y ya no sólo se logra anestesia y sueño, sino también relajación muscular, tan necesaria para la cirugía abdominal y torácica.³

El shock es eliminado en gran cuantía con la victoria sobre la hemorragia y el dolor. El shock hipovolémico provocado por la pérdida sin remedio de sangre disminuye sus efectos mortales así como el producido por el dolor que sufría el enfermo durante la operación.

Ya para entonces los pacientes podían ser operados con menos peligro, pero un gran número de operaciones terminaban en el fracaso debido a las infecciones que aparecían en el postoperatorio. Al principio se creyó que el pus era algo normal e incluso útil, pero con el descubrimiento de Pasteur de los microorganismos en 1856 se demuestra lo contrario y ahí comienza la lucha contra

el tercer problema del desarrollo de la cirugía, la infección. Lister usa el ácido fénico como antiséptico y después Neuber introduce la asepsia.¹

La lucha de la Ciencia contra estos tres elementos se mantiene hasta nuestros días. Si bien es cierto que son pocos los que mueren por hemorragias, aún persisten, y aunque se conocen y practican los métodos para cohibirlas durante las intervenciones quirúrgicas, el cirujano ha de actuar rápidamente para salvar al paciente, y en ocasiones es la muerte la que vence.

En cuanto al dolor, a pesar del desarrollo de los agentes anestésicos, aún existen problemas de anafilaxia a algunos de ellos y también ocurren complicaciones medicamentosas que pueden provocar la muerte del enfermo.

Pero el peor de todos es la infección. A pesar del descubrimiento de los antibióticos y su uso cada vez más específico, los gérmenes continúan siendo fieles aliados de la muerte y aun utilizando todos los recursos disponibles, por diversas razones, las infecciones siguen cobrando un número de vidas no despreciable.³

La lucha de la Ciencia continúa y todavía deberá buscar nuevos elementos que permitan a la Cirugía actuar con mejores resultados.

Aspectos jurídicos de la Cirugía:

Al principio no se puede hablar de relación entre la Cirugía y las leyes. Los practicantes de la misma, por su estatus social, no eran objeto de reclamaciones pues estos "cirujanos" eran, la mayoría de las veces, líderes de sus comunidades.²

Con el desarrollo económico y social va cambiando esta actitud jurídica hacia el practicante de la Cirugía y aunque no había leyes escritas al respecto, los integrantes de las sociedades sí eran capaces de exigirles calidad y seguridad en su trabajo.

En el Siglo XIX, cuando comienzan a realizarse intervenciones quirúrgicas de envergadura, el pueblo se alarmaba por la acción del cirujano y en ocasiones tomaban la justicia por su cuenta y así tenemos que en Danvill, Kentucky durante la Navidad de 1809, Efraín Mc Dowell extirpó una tumoración gigante de ovario y ese día un gran número de personas se reunió en los alrededores de su casa y colgaron una soga en un árbol, preparados para emplearla si el doctor fracasaba en los que ellos llamaban carnicería. Por suerte la operación resultó exitosa.³

Con el desarrollo de la sociedad se crean leyes para regir la vida de los ciudadanos y sus conductas. Definitivamente la Cirugía pasa a ser una rama de la Medicina y el cirujano tenía que ser primero médico, legislándose al respecto. Aparecen las especialidades médicas y por tanto sólo los cirujanos pueden hacer las intervenciones quirúrgicas, delimitando sus deberes y derechos. Esto no ocurre de igual forma en todos los países, se observa principalmente en las sociedades capitalistas desarrolladas, donde los servicios médicos son prestados u ofertados como una mercancía más, y el comprador, en este caso el paciente o sus familiares, exige, basado en la ley, la calidad del producto o servicio. Los pleitos jurídicos por procedimientos médico-quirúrgicos son frecuentes.

En la sociedad socialista como la nuestra no existe espíritu mercantilista, pero también la asistencia médica está sujeta a leyes y normas que deben ser respetadas por médicos y pacientes.

Aspectos económicos y políticos de la Cirugía:

El desarrollo económico influyó positivamente en las ciencias y en la Cirugía. En las sociedades que tuvieron un auge económico más acelerado se vieron con mayor evidencia los adelantos de la Cirugía.

Pero el desarrollo de la economía no se puede desligar del desarrollo político de la sociedad. Las naciones poderosas económicamente también lo fueron desde el punto de vista político y lideraron el mundo y su desarrollo a escala mundial.

En la historia de la humanidad las guerras han tenido un trasfondo político-económico, fueron llevadas a cabo con fines de obtener recursos naturales, dominación, expansión territorial y de influencias. En realidad las guerras han sido, paradójicamente, importantes en el desarrollo de la Cirugía. La gran cantidad de heridos que se producen durante las mismas, hace que los cirujanos empleen toda su energía y conocimientos para tratar de salvar a los heridos, militares y civiles, además permite hacer estudios a gran escala de los que se obtienen experiencias que después se utilizan en el mejoramiento de la atención médico-quirúrgica.

En la mitología griega se recoge la guerra de los centauros contra los lapistas, y Quirón el más célebre de los primeros practicó la cirugía de guerra, comunicando su destreza a Esculapio. En la Ilíada se recogen intervenciones quirúrgicas realizadas durante la guerra de Troya. Durante las guerras de conquista del Imperio Romano se crean hospitales para el tratamiento de los heridos. Igual importancia tienen las guerras napoleónicas.

A medida que transcurre el tiempo, las guerras se realizan con armas de mayor poder destructivo y por tanto el número de lesionados aumenta considerablemente en cantidad y seriedad de las lesiones, por lo que la ciencia médica tiene que enfrentar problemas más difíciles. Así ocurre con las guerras mundiales, sobre todo la segunda en que se ensayan nuevos arsenales terapéuticos para tratar los politraumatizados y obtiene gran desarrollo la cirugía torácica.

La Cirugía, y especialmente la de guerra, se ha desarrollado a partir de las experiencias guerrilleras de las potencias mundiales que lanzan a millones de personas a la destrucción y la muerte. No obstante de estos conflictos se ha obtenido la experiencia necesaria para el tratamiento de los pacientes en la paz.

La salud y la economía constituyen un binomio que se relaciona de forma activa. Posiblemente no exista una decisión en salud que no tenga una implicación económica. La interacción entre la economía y la salud se puede apreciar desde dos perspectivas diferentes. La primera se evidencia a través del impacto que tiene el sistema de salud como condicionante del bienestar de la población, como determinante de la productividad del trabajo y en la formación de capital humano; la segunda, a través de la influencia del sistema de salud de manera cuantitativa y cualitativa en el crecimiento de la economía nacional, lo que refuerza su importancia como sector económico.⁵

Ecología y Cirugía:

Indudablemente los cambios ecológicos han influido en la cirugía provocando que los médicos desplieguen sus conocimientos y habilidades para tratar las poblaciones. Las catástrofes ecológicas se clasifican en naturales y provocadas por el hombre.

Entre las naturales están los terremotos, los huracanes, las lluvias con inundaciones, los maremotos con tsunamis, etc. En estos casos un gran número de personas se ven involucrados, y el personal de salud, entre ellos los cirujanos, trabaja arduamente para tratar de devolver la salud a los damnificados.

Existen catástrofes que el hombre provoca voluntaria o involuntariamente. Las guerras se incluyen en este grupo y ya fueron analizadas. También incendios, derrames de combustibles, escapes radioactivos, etc. Existe una epidemia que no se puede dejar de mencionar que son los accidentes de tránsito: aéreos, marítimos y terrestres, que provocan un elevado número de lesionados y muertes y que han aparecido con el desarrollo económico de la humanidad. En estos casos los cirujanos tienen un importante papel en el tratamiento de los afectados.

Cirugía y Religión:

Durante siglos la cirugía estuvo estrechamente ligada a la religión. En la antigüedad el cirujano era el hechicero o mago y las enfermedades se trataban entre ritos y danzas. A los malos espíritus se les sacaba del cuerpo mediante trepanaciones de cráneo. Se ofrecían sacrificios a los dioses y para ello se operaban seres inocentes para extirparles vísceras o simplemente se les extraía la sangre. A las enfermedades se le atribuían causas sobrenaturales producidas por la intervención de agentes exteriores, demonios o espíritus maléficos.

Posteriormente en Grecia los filósofos tratan de buscar la explicación de los fenómenos en causas reales y más objetivas que en la intervención de espíritus y dioses, y se avanza en el estudio razonado de la naturaleza. Entonces aparece Hipócrates (470-361 a.n.e.), ¹ el Padre de la Medicina. Desaparece el brujo o curandero y la medicina se separa de la religión. Hipócrates estudia con método, anotando los síntomas y los signos, observa mucho y trata de buscar las causas de las enfermedades.

La religión durante mucho tiempo se negó a que los cadáveres fueran disecados, pues se consideraban sagrados. No obstante se puede decir que jugó papel importante y así vemos que en el Feudalismo, la Medicina se refugia en los monasterios y, aunque empíricos y de baja calidad, los monjes eran los que hacían el papel de médicos.

Ética y Cirugía:

El cirujano, desde el hechicero pasando por el monje, el barbero y hasta el profesional médico actual, siempre ha disfrutado del respeto de sus conciudadanos, ha sido quien con su inteligencia y habilidad, actuando con sus manos y los instrumentos necesarios, ha eliminado dolencias y enfermedades y en innumerables ocasiones salva al enfermo de situaciones peligrosas para la vida.

La ética, es decir, el conocimiento organizado de la moral, tiene una antigüedad de veinticinco siglos. Para Aristóteles, fue Sócrates su fundador, ya que éste fue el primero en señalar y definir las virtudes éticas y en cuestionar la forma como debemos vivir. ⁶ La ética médica es ligeramente posterior a Sócrates, él consideraba que la Medicina era un servicio de los Dioses (Medicina Teologal). ⁷

En la profesión médica el código de ética más antiguo que se conoce es el atribuido a Hipócrates de Cos, donde se tiene como base moral el reconocimiento de Dios y de la naturaleza, mientras que todo lo que se aparte de ello es por principio malo. ⁸

La Cirugía, al igual que otras especialidades médicas, ha de respetar los pilares básicos de la bioética: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. ⁹ Para el mexicano César Athié-Gutiérrez el cirujano debe tener en cuenta siempre cuatro aspectos que son: virtudes de la cirugía, consecuencias de la cirugía, derechos del paciente y el principio de justicia e igualdad. ⁴

No sucede así en todas las sociedades o grupos sociales. En las capitalistas desarrolladas, por el mayor nivel de información de la población, la relación médico-paciente es diferente que en las que están en vías de desarrollo. En las primeras, aparte de ver al cirujano como quien le devolverá

salud o belleza, se le ve como alguien a quien debe pagarse una gran suma de dinero para recibir el servicio y se le podrá demandar judicialmente si se entiende que no ha sido bien tratado. Esta relación no es espontánea y muchas veces hay recelo de ambas partes. En los países capitalistas subdesarrollados para la mayoría es una quimera el ser tratados quirúrgicamente y muchos se ven forzados a ir con un curandero que le resolverá el problema si es que puede hacerlo cuando no es de gran envergadura y por ello deberá pagar poco.

En nuestro país el cirujano, al igual que el resto de los médicos, es visto como un profesional más. Esta relación tiende a parecerse a la de los países desarrollados, no porque tenga que pagarse el servicio, sino por el nivel de información que tiene la población y su elevado nivel cultural.

Ya se está evidenciando la necesidad de la libertad moral del paciente y la autonomía está tomando cada vez mayor importancia, ya muchos desean, y a veces exigen, que se les informe la verdad acerca de todo lo relacionado con su enfermedad, incluso tratándose de patologías malignas. Entre los profesionales crece el número de los que creen que esto es posible y debe hacerse, y es un deber en el caso de que el paciente lo solicite. También qué tipo de tratamiento se va a utilizar y las posibilidades de éxito que tiene.

El consentimiento informado al paciente es de gran importancia y aún no se hace por todos los profesionales. El enfermo debe conocer por derecho propio las características de la operación, sus riesgos y posible evolución postoperatoria.¹⁰

El conocimiento previo por la paciente y sus familiares de que se detectó un cáncer en la mama implica de inicio un gran choque emocional y afectivo, que es superado prontamente con una magnífica relación médico-paciente y médico-familiar,¹¹ esta relación es importante en todos los casos y constituye parte importante de la ética médica.¹²

Un aspecto muy importante y relativamente nuevo en la relación médico-familia es el tratamiento específico que se le brinda cuando ocurre muerte encefálica del enfermo y se solicita a los familiares la autorización para la donación de órganos para ser utilizados en otro paciente que los necesita para sobrevivir. En este caso el trabajo psicológico para lograr el convencimiento se basa fundamentalmente en el respeto a ellos y al cadáver.¹³

Con el desarrollo científico técnico de la medicina se ha deteriorado la relación médico-paciente con el consiguiente deterioro de la utilización del interrogatorio, el examen físico y el conocimiento clínico. También ocurre un excesivo uso de los exámenes complementarios por parte de muchos médicos. El método clínico para el diagnóstico de las enfermedades sigue siendo primordial y nunca será sustituido por muy avanzados que sean los complementarios.¹⁴

La Cirugía y el envejecimiento poblacional:

El pasado siglo se caracterizó por un acelerado crecimiento de la población mundial y por el inicio de su envejecimiento. La estructura porcentual de la población cubana se ha modificado sustancialmente en los últimos años y ha de acentuarse en el futuro cuando arriben a la ancianidad los que hoy viven la tercera y cuarta décadas de la vida y constituyen el porcentaje más alto de población, por tanto la proporción de personas que llegan y sobrepasan los 60 años alcanza cada vez más importancia con respecto al resto de los grupos poblacionales. El envejecimiento de la población cubana se muestra con cierta homogeneidad a lo largo de todo el territorio nacional aunque al observar los principales indicadores demográficos se puede constatar que las provincias más envejecidas se concentran en las regiones occidental y central del país debido a que, históricamente, han contado con un nivel de desarrollo económico y social superior.¹⁵ Actualmente las tres provincias con mayor grado de envejecimiento de la población son, en ese orden, Villa Clara, Ciudad de La Habana y Sancti Spíritus.¹⁶

Cuba se encuentra en la cuarta y última fase de la transición demográfica, con niveles muy bajos de fecundidad y mortalidad y aunque no es el país más envejecido de América Latina, lo será en pocos años, como consecuencia de su desarrollo social y lo avanzado de su transición demográfica, con el aumento de la proporción de personas de sesenta años y más.¹⁷

La aplicación de los principios básicos de la ética médica en la atención geriátrica implica la particularidad de que para que la asistencia se brinde con excelencia debe evaluarse previamente de forma multidimensional al adulto mayor considerando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos y su autonomía e independencia para las funciones ejecutivas como ser humano.¹⁸

El reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. El envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad.¹⁹

La ancianidad no representa un obstáculo para realizar la cirugía y hay que prepararse para enfrentar el reto que representa el atender adecuadamente a estos pacientes que tienen características particulares, por ello los cirujanos pronto se considerarán cirujanos geriatras debido al incremento de la población de la llamada tercera edad²⁰ cuyos pacientes incrementan el riesgo de morir por complicaciones quirúrgicas con el aumento de la edad,²¹ sobre todo si la operación se realizó de forma urgente.²² La edad avanzada no representa por sí misma un impedimento para tratar a estos enfermos en las unidades especializadas de atención al grave del sistema de salud.²³

CONCLUSIONES

El desarrollo de la Cirugía se ha visto condicionado por el desarrollo económico de la sociedad y por determinantes de carácter ecológico y político como los desastres naturales, las guerras y la prioridad que le dan los distintos regímenes al sector de la salud. Actualmente la lucha de la Ciencia continúa y todavía deberá buscar nuevos elementos que permitan a la Cirugía actuar con mejores resultados, manteniéndose la relación cirujano-paciente siempre regida por normas legales y jurídicas, así como por principios bioéticos. La transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional plantea un emergente desafío para una asistencia adecuada del paciente geriátrico, debido a sus particularidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Microsoft Encarta, 2005.
2. Cirugía de colectivo de autores, Edición Revolucionaria, 1979.
3. Brieger G H. Chapter 1: The Development of Surgery. En: David C. Sabiston, Textbook of Surgery: The biological basis of modern surgical practice. 15th ed. / (edited by) David C. Sabiston, Jr. 1997
4. Athié-Gutiérrez, C. La Bioética de la Cirugía, Cir Ciruj 2002, 70(6) 395-8.
5. Gálvez, A M. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Rev Cubana Salud Pública 2003;29(4)
6. Vélez Correa, L. Ética Médica, Interrogantes acerca de la Medicina, la vida y la muerte. Bogotá, Editorial ASCOFAME, 1987
7. Acosta Sariego J R. Bioética desde una perspectiva cubana, La Habana. Editorial Centro Félix Varela, 1997
8. Borges Sandrino, R y col. Algunas reflexiones sobre aspectos éticos relacionados con los modelos de responsabilidad moral en la práctica de la cirugía general. Hospital Militar "Carlos J. Finlay". Rev Cubana Invest Biomed 2006;25(3)
9. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana;1990(108)5-6
10. Peña Borroto, D, Alfonso Puentes N, Alfonso Puentes R. Consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Archivo Médico de Camagüey, 2004;8(4).
11. Piñeiro Fernández, J. ¿Debe el paciente conocer que tiene un cáncer? Rev Cubana Cir 2004;43(1)
12. Pérez A. y col. La relación médico paciente en el sistema nacional de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(6)
13. Carral Novo J M y Parellada Blanco J. Rev Cubana Cir 2001;40(1)
14. Moreno Rodríguez M A. Ética, tecnología y clínica. Rev Cubana Salud Pública 2006;32(4)
15. Figueroa Verdecia D V y col. Panorámica del envejecimiento en Cuba. Rev Hosp Psiquiátrico Habana 2005(2)3
16. Valdivia Domínguez A. El envejecimiento de la población: un reto. Rev Cubana Hig Epidemiol 2006(44)3
17. Torres Vidal R M y Gran Álvarez M A. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 2005;(31)2
18. Fernández Guerra N. Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. Acta médica 2002(10)1-2
19. Alonso Galván P y col. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública 2007(33)1
20. Hugo T B. Principles and practice of geriatric surgery. Anz J Surg 2002;72:169
21. Batista Ojeda IM, Medrano Montero E, Terrero de la Cruz J, González Mendoza A. Mortalidad por peritonitis secundaria. UCI Hospital V. I. Lenin. 2000-2001. Correo Científico Médico Holguín 2002;6(3)
22. Morales González, R A. Mortalidad postoperatoria intrahospitalaria de los adultos mayores en Cirugía General. Rev Cubana Cir 2003;42(4)
23. Jiménez Paneque RG. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30(1):17-36