

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

VAGOTOMÍAS DE CÉLULAS PARIETALES. REFLEXIONES ÉTICAS DEL IMPACTO SOCIAL EN LA APLICACIÓN DE ESTAS TÉCNICAS.

Por:

Dra. Leonila Noralís Portal Benítez¹, Dra. Silvia Olga González Lemus², y Dr. Joaquín Zurbano Fernández¹

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructora. ISCM-VC.

Descriptor de DeCS:

VAGOTOMIA GASTRICA PROXIMAL/métodos
ULCERA PEPTICA/cirugía

Subject headings:

VAGOTOMY, PROXIMAL GASTRIC/methods
PEPTIC ULCER/surgery

La úlcera péptica es considerada una enfermedad crónica de origen multifactorial, con una evolución natural; el 80 % de los ulcerosos cicatrizados recidivan antes del año de su curación, y aproximadamente el 20 % recurre, a pesar de tener tratamiento de sostén^{1,2}.

La úlcera péptica duodenal es una afección crónica benigna que molesta e incapacita al individuo, y es por esa razón que el hecho de prolongar el tratamiento médico por largos períodos o esperar que aparezcan las complicaciones, no puede aceptarse como una conducta conservadora justificada^{2,3}.

Existe consenso respecto a que el tratamiento de la úlcera duodenal ha de ser médico, debido al descubrimiento del *Helicobacter pylori* y al uso de drogas más efectivas en el tratamiento de la misma. El tratamiento quirúrgico debe quedar limitado a sus complicaciones: perforación, sangramiento, intratabilidad y síndrome pilórico^{1,4}.

Durante los últimos 30 años los cirujanos se han esforzado por encontrar formas cada vez más fisiológicas y menos traumáticas en el tratamiento quirúrgico de esta afección^{1,4}.

En 1957, Griffith y Harkins publicaron los resultados de un nuevo tipo de vagotomía en animales de experimentación², donde se mantenían intactos no sólo los troncos vagales, sino además, los nervios de Latarjet anterior y posterior. De este modo se eliminó la fase cefálica de la secreción de ácido y pepsina, sin alterar la motilidad gástrica; su aplicación en el hombre se considera factible.

Así, Holle y Hurt, informaron por primera vez, en 1957, la práctica de esta técnica en el humano, y perfeccionaron la misma con un procedimiento de drenaje. A partir de 1970, con la publicación de Johnston y Wilkinson, se inició la aplicación de la misma sin el procedimiento de drenaje².

Dada la alta incidencia de la enfermedad ulcerosa en la población cubana y específicamente en nuestro medio, donde el 50 % de los ingresos en un servicio de cirugía lo constituyen sus complicaciones, es por lo que resulta altamente conveniente el tratamiento quirúrgico de esta afección en aquellos pacientes que resulten intratables (que lleven por lo menos un año de tratamiento médico), incluyendo además los pacientes con antecedentes de sangramiento digestivo que no han recibido intervención quirúrgica, y los perforados tratados sólo con sutura y epiploplastia; de esta manera se disminuyen los costos para nuestro sistema de salud.

Evaluamos la utilización de las tres modalidades de vagotomía de células parietales: vagotomía altamente selectiva (VAS), vagotomía altamente selectiva ampliada (VAS Amp), vagotomía troncular posterior más vagotomía altamente selectiva ampliada (VAS Amp + VTP), para realizar un análisis acerca de las reflexiones éticas sobre el impacto social en la aplicación de estas técnicas.

Teniendo en cuenta la importancia que en todo ensayo clínico tienen los aspectos ético-morales de una investigación, se realizó, la presente comunicación para aplicar estas consideraciones al estudio sobre la teoría de la deservación selectiva del antro gástrico, (suficiente para curar la úlcera), donde se aplicaron las tres técnicas de vagotomía a 333 pacientes con úlcera péptica crónica del duodeno, de cualquier sexo y mayores de 15 años, en el Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la ciudad de Santa Clara, en un período de ocho años.

Hasta la fecha, el 82,2 % de los pacientes tienen cinco años de operados y el 22,2 % entre 1 y 4 años. Dichos pacientes fueron evaluados, y se sigue su evolución en la consulta multidisciplinaria de cirugía gastroduodenal.

Se considera requisito indispensable la relación médico-paciente desde el mismo momento en que éste llega a la consulta multidisciplinaria; al enfermo se le ofrece una atención integral, se le explica la técnica a emplear, y se solicita el consentimiento para ser incluido en la investigación.

En nuestro país las motivaciones que nos llevan a aplicar estas técnicas tienen connotaciones consecuentes con el carácter socialista de nuestra sociedad, pues se ponen en primer lugar, la seguridad y bienestar de nuestros enfermos, sin obviar, desde luego, los efectos económicos^{5,6}.

Nuestra investigación con seres humanos en el área clínica persigue objetivos terapéuticos, donde se cumplen los cuatro principios básicos aprobados por la Asamblea Médica Mundial en Helsinki en 1964^{7,8}, los cuales se explican de la siguiente manera:

- a) Esta investigación no se aparta de los principios científicos, ya que primero fue realizada en animales de experimentación y posteriormente aplicada en el hombre; una de estas tres modalidades –la vagotomía altamente selectiva– fue descrita desde la década de 1950 y aplicada por primera vez en nuestro país en 1970. Existe conocimiento profundo de estas técnicas, así como de la bibliografía científica pertinente.
- b) Se dispone del personal especializado para realizar las mismas. En ocasiones, aun con el consentimiento del sujeto para formar parte de la investigación, se ha tenido que abandonar la técnica quirúrgica propuesta, por las características anatómo-fisiológicas del estómago.
- c) En nuestra investigación se tuvo siempre presente el interés del individuo por participar en ésta, una vez explicados en la consulta multidisciplinaria los objetivos y métodos de la misma.
- d) Siempre se ofreció información sobre todo el procedimiento de la investigación, no sólo cuando se estableció el primer contacto con el paciente, sino que ésta prosiguió durante todo el estudio, y el paciente pudo formular preguntas y así comprender la importancia de la investigación. Todo esto depende de la madurez, la inteligencia, la educación y el raciocinio de las personas.

Las ventajas de estas tres modalidades de la vagotomía de células parietales son:

1. Baja morbilidad y mortalidad.
2. Disminución de los costos hospitalarios, por reducción de la estadía preoperatoria y postoperatoria.
3. El uso de antibióticos sólo se realiza como profilaxis en aquellos pacientes que tienen riesgo para la intervención quirúrgica, pues se trata de una operación donde no se produce apertura de la cavidad gástrica, por lo que hay un ahorro considerable de los mismos.
4. Recuperación rápida con una mejor calidad de vida.
5. Constituye una concepción más moderna, con suficiente poder curativo.
6. Mantiene íntegro el mecanismo fisiológico antro-píloro.
7. Estas técnicas son las más utilizadas con el uso de nuevas tecnologías, como la cirugía videolaparoscópica.

8. Constituyen técnicas de predilección para aquellos pacientes con alto riesgo para la operación.
9. No es necesario el consumo de sangre y sus derivados.
10. Rápida incorporación del paciente a su labor productiva, así como a las diversas actividades sociales.

Estas tres modalidades de vagotomía de células parietales son procedimientos fisiológicos poco traumáticos, que pueden ser utilizados en pacientes ulcerosos crónicos antes de que aparezcan las complicaciones, y cumplen los principios que rigen la ética médica, ya que no ofrecen riesgos adicionales al paciente, reducen al mínimo la morbilidad y mortalidad, y pueden ser aplicadas a todos los pacientes con úlcera duodenal.

Referencias bibliográficas

1. Babalich AK. Surgical treatment of patients with duodenal ulcer. *Khirurgiia (Mosk)* 1999; (7):19-22.
2. Cadiere GB, Bruyns J, Himpens J, Vanalphen P, Verturyen M. Laparoscopic highly selective vagotomy. *Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre. Université Libre de Bruxelles. Belgium. Hepatogastroenterology* 1999; 46(27):1500-6.
3. Cadiere GB. Laparoscopic highly selective vagotomy. *Centre Hospitalier Universitaire Saint Pierre, Université Libre de Bruxelles, Belgium: Hepatogastroenterology* 1999; 46(27):1500-6.
4. Helicobacter pylori after surgery for duodenal ulcer. *Hepatogastroenterology* 1997; 44(14):599-603.
5. Objetivos, propósitos y directrices de Salud Pública para incrementar la salud de la población cubana. 1992-2000.
6. Prieto Ramírez D, Aguirre del Busto R. La salud como valor social. En: Aguirre del Busto R, Álvarez Vázquez J, Armas Vázquez JR, Araujo González R, Bacallao Gallestey J, Barrios Osuna I, et al. *Lecturas de filosofía, salud y sociedad. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p. 57-62.*
7. González Cajal J. *Manual de bioética clínica-práctica. Madrid: Fundación para el desarrollo de la enfermería (FUDEN); 1998.*
8. Acosta JR, González MC. El escenario postmoderno de la Bioética. En: *Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro "Félix Varela"; 1998. p. 17-24.*