

# Revista Cubana de Urología

## Cirugía video-laparoscópica y otras mínimamente invasivas. ¿Quiénes serán nuestros relevos?

**Autor: Dr. David Perdomo Leyva**

Hospital General Docente Dr. Joaquín Albarran. La Habana, Cuba.

*“Que absurdo el abstenerse de aprender con el pretexto de que se ha pasado mucho tiempo sin hacerlo. -Es preciso aprender mientras dure la ignorancia.”*

*Lucio Anneo Séneca*

A pesar de transcurrir la primera década y media del siglo XXI, todavía no hemos logrado que la cirugía mínimamente invasiva (CMI) sea la cirugía de mayoría entre nosotros, los urólogos cubanos, unas veces alegando la falta de instrumental y otras que, para aprenderla primero hay que estar entrenado como cirujano a cielo abierto para saber tratar las complicaciones, entre otras justificaciones.

Lo cierto es que el tiempo pasa, la tecnología se desarrolla exponencialmente y la mayoría de nosotros no domina estos procedimientos, aún los de menor complejidad y menos recursos tecnológicos.

Los urólogos europeos enseñan la cirugía mínimamente invasiva y dejan en un segundo plano la abierta, pues están seguros de resolver las complicaciones de la mínimamente invasiva por la misma vía, mientras nosotros seguimos insistiendo en que debemos ser primero expertos en cirugía

abierta para luego ser expertos en mínimamente invasiva.

¿A qué nivel está nuestra desactualización tecnológica en la Urología, una de las especialidades médicas de más desarrollo mundial en el campo de la cirugía mínimamente invasiva?

Uno de los principales problemas que ha identificado el autor es el entrenamiento en este campo.

Para ayudar a comprender cuál es nuestra inquietud partimos del concepto de *curva de aprendizaje*: que es el tiempo mínimo que requiere un profesional para dominar determinado procedimiento durante una práctica regular sin llegar a ser un experto. Conociendo este concepto surgen muchas interrogantes:

¿Se gradúan de especialistas todos nuestros residentes con el número mínimo de intervenciones

quirúrgicas requeridas pedagógicamente para dominar determinados procedimientos?

¿Estamos enseñando a personas no motivadas o que no tienen habilidades para actividades quirúrgicas que puedan aprender con pocos casos y que rápidamente pasen a la práctica de la cirugía mínimamente invasiva?

¿Tenemos que seleccionar con mayor precisión quienes desarrollaran estas técnicas menos invasivas?

¿Será que un grupo debe desarrollarse en cirugía mínimamente invasiva y otro pequeño en cirugía abierta?

¿Serán los métodos de enseñanza los que deben cambiar?

¿Cuántos médicos tenemos en la especialidad, que sabemos no pueden desarrollar tecnología de punta?

¿Cuántos ya no tienen edad para desarrollarla?

¿Será que todavía vemos la cirugía mínimamente invasiva como ciencia-ficción, la vemos con desconfianza esperando resultados inferiores a los alcanzados por la cirugía abierta?

¿Entonces, en qué tiempo prepararemos un médico que entra a la especialidad con una edad promedio de 30 años para, convertirlo en un experto o, al menos en un médico competente, con un alto nivel de desempeño?, ¿alcanza su vida útil para el aprendizaje de las dos cosas?

Escribir un editorial sobre este tema es el resultado de una discusión previa de este texto en la lista de correo electrónico donde se comentó en este foro lo

**Recibido:** 30-06-2015

**Aprobado:** 30-06-2015

**Correspondencia:** David Perdomo Leyva Servicio de Urología. Hospital General Docente Dr. Joaquín Albarran. La Habana, Cuba. **Correo:** [dperdomo@infosol.gtm.sld.cu](mailto:dperdomo@infosol.gtm.sld.cu)

concerniente a esta realidad, y por qué no podemos hacerlo diferente: llevar la cirugía mínimamente invasiva al lugar que se merece con los recursos que hoy tenemos.

Los urólogos que participaron con su opinión están de acuerdo en que este es un tema imprescindible e impostergable, que debe ser identificado como un problema medular entre los que debemos solucionar como especialidad, e identifican, además del problema de formación, otros como la falta de apoyo institucional para la formación continuada en este campo, la necesidad de cambios en los conceptos tradicionales, el exceso de trabajo asistencial de los urólogos que están enfrentando los problemas médicos de la especialidad por falta de personal, e incluso sugieren la posibilidad que puede brindar hoy el internado vertical para que tempranamente los urólogos puedan recibir entrenamiento en el campo de la CMA y lleguen a la especialidad a una edad en que es más probable la adquisición de las habilidades suficientes.

Mientras seguimos pensando y no tomamos decisiones para cambiar las cosas, la tecnología sigue su desarrollo exponencial y, a mi modo de ver, se hace mucho más difícil el aprendizaje pues requiere de mayor preparación y conocimientos de nuevas tecnologías por parte del que intenta aprender sobre esto. Recordad que los Urólogos somos eminentemente quirúrgicos.

¿Cuándo y qué vamos a hacer para resolver este problema?

Si este artículo sirve para llamar la atención sobre este tema y que los implicados en revertir esta situación tomemos conciencia del papel de cada uno en este intento entonces habrá cumplido con su principal objetivo.