

Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica

Volumen
Volume 3

Número
Number 3

Julio-Septiembre
July-September 2002

Artículo:

Evolución de la cirugía endoscópica en las instituciones de salud

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com



Evolución de la cirugía endoscópica en las instituciones de salud

Ensayo... julio del 2002

Hace 12 años inició la larga carrera de la cirugía endoscópica, creo que pocos sabíamos todo lo que acontecería con la llegada de esta nueva técnica de abordaje y solución de muchos problemas quirúrgicos, nos involucramos y absorbimos en aprender la técnica, en dominarla, en transmitirla algunos, otros en transformarla, unos más en mejorarla, otros más en explotarla, pero muy pocos en predecir lo que podría pasar y corregir desde su inicio, con mente proactiva, prever los defectos y vicios en los que habríamos de caer.

Se requirió y así inició, que los interesados en este desarrollo compraran sus equipos e insumos, para poder realizar la técnica que iniciaba, el médico armaba y desarmaba el equipo, lavaba sus utensilios, los esterilizaba (en el mejor de los casos) o simplemente lo sumergíamos en un líquido que se redescubrió (glutaraldehído) y que nos daba la confianza suficiente para usar aquello que 10 minutos antes se había depositado en ese recipiente, para realizar la técnica quirúrgica, además el mismo médico daba consulta, programaba a más pacientes, a los cuales les daba una imagen diferente de su tratamiento, los ingresaba, desde luego los operaba y veía asombrado la evolución y los resultados todavía sorprendentes, de este tipo de técnica que fue convenciendo a propios y extraños (aún hay detractores que fortalecen a los que estamos en este desarrollo), los daba de alta y allí se cerraba el círculo de trabajo, que fue rebasando poco a poco a muchos de los que obligadamente colaboraban, tal es el caso de los anestesiólogos, que en un inicio se negaban a participar en esos actos que no entendían o no querían comprender, pero hubo adeptos que ayudaron a vencer la resistencia y se sumaron, no sin algunos resquemores, al esfuerzo y movimiento que esta técnica generaba.

Otro personal de los hospitales no fue tan receptivo, sobre todo hablando de las instituciones públicas, donde se veía ésta como un trabajo más, una responsabilidad más, una molestia más, cuidar un equipo delicado, costoso, en sitios sin seguridad o con seguridad relativa, un movimiento médico que por poca fortuna no los incluyó en sus inicios y además no fue comprendido, porque los tiempos de cirugía se prolongaron, la participación de enfermería se volvió relativa o nula, se usaban escasamente cinco instrumentos, rompía paradigmas sobre los procesos de la esterilización, del movimiento de la salas, y muchos más, sentidos en contra de quien tradicionalmente tenía el control y poder dentro de las áreas del quirófano, que les fue sustraído. Así se incluía a extraños al quirófano, luego a técnicos en electrónica, después personal biomédico, que disponían de las otrora áreas privilegiadas, moviendo todo para dar espacio a los insufladores, los monitores, las cámaras de televisión, los cables, los videos, las fuentes de luz fría, tanques de CO₂, trasvasadores, pinzas desarmadores, imágenes, en fin, otra dinámica, lejos de las mesas de Mayo, Pasteur tiempos de cambio.

Situación similar pasó con las autoridades institucionales que fueron rebasadas por el cambio que se generaba, ya que inició sin presupuesto, sin programa, sin posibilidad tampoco de detener o controlar lo que ya era evidente, desde luego esto ocasionó molestias, pero también ventajas, se hacían los procedimientos sin gasto, se presumía de su realización sin costo, se realizaba sin erogaciones, se obtenía satisfacción del derechoha-

biente y en más de una ocasión se promovía como una prestación “por cortesía” como dádiva de las autoridades a personalidades, cuando en muchos de los casos estaba subvencionada por los propios cirujanos (de su equipo, de su instrumental y de utensilios desechables). Pero los logros fueron más allá al presentarse un fenómeno que no se había visto en años previos, estimulaba al cirujano al estudio y a la actualización, por lo que se incrementó la demanda de cursos, diplomados, y todo tipo de modalidades para lograr el dominio de la técnica, que aún hoy doce años después, sigue vigente para aquellos que por su indiferencia o falta de visión al futuro no lo hicieron en su momento.

Después de este impacto inicial vino la reacción natural de los médicos y de la institución, ante una demanda pública, abierta y legítima que otorgaba beneficios con la aplicación de esta técnica, mediante una compra paulatina de equipos y de insumos. Los equipos se distribuyeron de acuerdo a diferentes criterios, no siempre ortodoxos pero que finalmente fueron llenando las expectativas de quienes los exigían, los médicos, no así las otras partes del sistema hospitalario (anestesiólogos, enfermeras, administradores, mantenimiento, abastecimientos, por destacar los más involucrados) quienes permanecían como testigos mudos y pasivos al advenimiento de la cirugía endoscópica, de mínima invasión o laparoscópica como inicialmente se le llamó.

Se estudió sin duda qué tipo de insumos se requerían, reusables o desechables, se decidió por un sistema mixto, los rehusables para el instrumental y los desechables para los puertos de abordaje, esto último apoyado en los márgenes de seguridad que se proclamaban por los fabricantes y que al médico le daban confianza y libertad, había sin duda otros problemas que no se abordaron, como lo fue, las ahora ya famosas grapas (clips), ya que el material desechable se usaba por más de una ocasión pero sólo se tenía un paquete de grapas de tal manera que existía un déficit que generaba problemas y así, ahí empezaron los desajustes, no se consideraron las mangueras para el CO₂, del aspirador, las fundas para las cámaras, la vida media de los cables del electrocauterio, el incremento en el uso de éste generaba mayor consumo de placas o placas adheribles para mayor seguridad, de los cables de fibra óptica, que por ser bienes de inversión no se podían comprar como si fuesen insumos o consumibles por lo cual los tiempos de solución de los problemas se volvían complejos ante el problema económico, estos entre muchos otros específicos del equipo que en ocasiones sufría vandalismo por su uso o dirigido para descalificar la posibilidad de su aplicación ante la impotencia de los directivos.

Si bien es cierto que fueron los médicos los que generaron este movimiento, en esta puesta en marcha les faltó darle seguimiento para que su funcionamiento fuera sano, así nunca se integró el equipo a las centrales de equipos que existen en cada hospital, no se capacitó en forma directa y abierta al personal de enfermería en las responsabilidades que conllevaba la llegada de esta tecnología, no se determinó el formato de responsabilidad compartida de los cirujanos y el resto del personal de salud, no se disponía de presupuestos específicos para este fin en las partidas de los hospitales, la centralización de la distribución de los denominados paquetes de laparoscopia no rindió los frutos esperados, generando conflictos, así al tiempo los médicos se cansaron de lavar, llevar y traer, apoyar con insumos externos, amén de lo que es su actividad sustancial, la atención médica, ante una actitud pasiva y complaciente del personal paramédico, los equipos se deterioraron, se lastimaron, se sustrajeron piezas importantes, hubo mal uso y descomposturas de muchos más, cayendo en el deterioro, que a pesar de esfuerzos realizados para evitarlos y compensarlos no fueron más rápidos que lo que causaba el daño, cayendo en el desuso.

Así, en algunos hospitales existían dos equipos y trabajaba uno gracias al apoyo que los cirujanos hacían proveyendo instrumental y otros insumos, en el mejor de los escenarios.

Larga sería la lista de las causas que ocasionaron el deterioro, pero se deben señalar las más importantes: el mal manejo del equipo, la sustracción de instrumentos (o partes de ellos), la falta de reparación oportuna de los desperfectos, la poca participación del perso-

nal del hospital en su cuidado, la irregularidad en la llegada de los insumos, entre otros, fueron los argumentos que se utilizaron para reencauzar la necesidad de continuar con un programa que en principio tiene enormes ventajas para los derechohabientes y al cual se sumaban día a día más especialidades además de la cirugía general, los urólogos, los cirujanos pediatras, los cirujanos de tórax, los ginecólogos, los cirujanos oncólogos, los otorrinolaringólogos y no se diga a los que ya tenían un buen trecho andado en circunstancias similares, los ortopedistas con la artroscopia.

Buscando una solución a los ya multicitados problemas de operación y tomando el ejemplo de lo que sucedía en la medicina privada, donde diversas empresas alquilaban por una renta fija todo lo necesario para que el cirujano realizara su intervención, en un sistema de pago por evento, donde automáticamente se evitaba la responsabilidad, el mantenimiento, el manejo del equipo, la proveduría de insumos, la compra de equipos, el de instrumental, el aseo, entre otros, se optó por usar o por lo menos probar este sistema como posible solución, integrándose así un servicio denominado integral, que al llegar a los hospitales revolucionó la productividad quirúrgica y la capacidad de los quirófanos al duplicarse el número de procedimientos realizados, iniciarse programas que antes no existían como el de urología o cirugía pediátrica o que eran incipientes.

Los resultados no se hicieron esperar, lo que en un momento dado se señalaba como un problema se volvió un estímulo para los cirujanos, para los derechohabientes y una comodidad para los trabajadores institucionales que vieron como alguien externo daba paso a la solución de lo que ellos no pudieron resolver en su momento.

El resultado no se hizo esperar, ante presupuestos limitados y la ejecución de un número mayor al esperado de procedimientos, los límites fueron rebasados requiriéndose hacer un alto, un alto para reflexión y análisis concienzudo de los pros y los contras de lo hasta ahora explorado, para con estas experiencias, dar paso a un futuro cierto que es la necesidad de realizar actualmente la cirugía endoscópica en los casos donde es de primera elección, e ir sumando de acuerdo a la medicina por evidencias este procedimiento, como primario en las patologías en las que haya lugar, con un crecimiento armónico de los recursos para que este programa sea viable y continuo.

Se requiere de una participación más decidida de todos los involucrados en la atención de los pacientes quirúrgicos susceptibles al uso de la cirugía endoscópica para que en grupo se programe y contribuya al bienestar de todos los que ahora proporcionamos la atención, pero que estamos en igualdad de circunstancias de requerirlo.

Así, los cirujanos tienen hoy como siempre la obligación moral de capacitar, incluir, incorporar y cambiar las formas que permitan que todo el personal de salud, sea enfermera, camillero, mantenimiento, intendencia, conservación y administración (también los dirigentes de los sindicatos) conformen y logren que con los recursos que ya se tienen y los que se puedan sumar, se usen en forma adecuada, correcta, óptima y así, todos en conjunto, otorguemos lo mejor de nosotros mismos, calidad, que es una cualidad de la cirugía endoscópica.

Dr. Jorge A Pérez Castro y Vázquez