

# Mínima invasividad: Piedras en el camino

## *Minimally invasive surgery: stones on the way*

**Francisco Pedro Juan Daels**

*Hospital Italiano*

---

La urología se ha impregnado de mínima invasividad.

Los cambios tecnológicos de los últimos 30 años han sido abrumadores.

Precursor de ello fue el tratamiento de la litiasis, con la endourología y la litotricia extracorpórea. Estas opciones, comparadas con la cirugía convencional, han demostrado constituir herramientas con ventajas contundentes para el bienestar de los pacientes y éstos, a su vez, en esta era de la globalización y de la hipercomunicación, están al tanto de estas novedades y con justa razón, las exigen.

Sin embargo, en este camino de gran eficacia, poca invasividad y poco dolor existen aún algunas piedras que deberemos retirar.

Entre ellas, las complicaciones.

Existen todavía complicaciones inherentes a la propia técnica, en procedimientos indicados en forma apropiada (sangrados, lesiones de órganos, migración de litos, etc.). Son resultado de limitaciones técnicas del instrumental y detalles de la cirugía que el tiempo, la experiencia y el desarrollo tecnológico ayudan a superar.

Pero también existen complicaciones que surgen de aplicaciones inapropiadas de cada técnica (avulsiones del uréter superior por uso de instrumental semirrígido, cálculos simples tratados con 10 sesiones de litotricia extracorpórea o catéteres doble jota calcificados olvidados por largo tiempo, entre otros). Son resultado de indicaciones forzadas o inducidas.

Esto sucede, en parte, por nuestra particular manera de ejercer la medicina donde la mayoría trabajamos un rato en un hospital y el resto del día, deambulando por diferentes consultorios y centros asistenciales, haciendo lo que podemos (y a veces lo que no debemos) con lo que disponemos, adaptando las patologías a resolver, a nuestro instrumental, y no al revés.

Por otra, los equipos no solamente son caros sino que también su renovación se produce de manera cada vez más rápida, resultando imposible abarcar en forma individual, cada una de las novedades.

Piedras en el camino...

Además, somos un país con pocos datos propios. No nos conocemos lo suficiente. No sabemos con precisión cuáles son las necesidades de nuestros pacientes, simplemente, ... las intuimos.

Tenemos una distribución demográfica que condiciona la eficiencia de cada método terapéutico. (No es lo mismo controlar un paciente que vive a 20 km que otro que vive a 3000.)

---

Correspondencia

Email: [pedro.daels@hospitalitaliano.org.ar](mailto:pedro.daels@hospitalitaliano.org.ar)

Esta falta de información nos induce a extrapolar ciegamente las indicaciones de otros países, que tienen otras características en su sistema de salud.

Y aparecen los errores y fracasos.

La mínima invasividad exige un cambio de actitud en la forma de trabajar. Debemos trabajar y crecer en equipo. Debemos conocer mejor nuestros pacientes y nuestro entorno.

Pero hay más piedras: la falta de accesibilidad.

La mínima invasividad no es buena por el solo hecho de existir, lo es recién en el momento que se hace accesible a la gente, a nuestros pacientes.

Por ejemplo, todavía se realizan, como primera indicación, una enorme cantidad de nefrectomías en pacientes portadores de litiasis coraliformes. Esto, impensable para unos, es aceptado naturalmente por otros.

¿Por qué sucede esto?

Los centros de entrenamiento en técnicas mínimamente invasivas son insuficientes. Repasemos sino las residencias existentes.

No existe el requisito de revalidar los conocimientos periódicamente.

No existe el requisito de aprender nuevas técnicas quirúrgicas, que demuestran ser mejores para el paciente y... que existen hace ya 30 años!!!...

Debemos esforzarnos para que la tecnología demostrada eficaz y eficiente llegue a todos. Debemos ver, aprender y enseñar. Debemos conocer nuestro medio con datos propios para resolver las necesidades y optimizar los recursos.

Deberemos comprometernos con nuestras sociedades científicas para que se facilite el aprendizaje, creen centros de entrenamiento, promuevan registros, faciliten y exijan revalidación de conocimientos, para que no haya pacientes de primera y de segunda, para que no haya urólogos de primera y de segunda.

Si aprendemos, enseñamos y nos conocemos, mejoramos.

Es nuestro trabajo sacar todas estas piedras del camino.