



Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas

ISSN: 1665-7330

revespmedquir@issste.gob.mx

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de
los Trabajadores del Estado
México

Castañón Ramírez, Luis Alberto; García Trujillo, Oliver; Solares González, Enrique; Ordóñez Cerón,
Jorge Juan; Hurtado Reyna, Héctor

La cirugía de invasión mínima en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores
del Estado

Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 13, núm. 3, julio-septiembre, 2008, pp. 97-98
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Mexico, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312181001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La cirugía de invasión mínima en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

En esta época de cambios en todos los ámbitos de la vida de los seres humanos, las innovaciones en la rama de la cirugía de la medicina son espectaculares. La cirugía de invasión mínima es parte del quehacer cotidiano para las nuevas generaciones de cirujanos, así como lo son las tecnologías de la información y la comunicación para la juventud actual, por citar un ejemplo.

La cirugía de invasión mínima tuvo una evolución notoria a finales del siglo XIX,¹ cuando los médicos buscaban observar las cavidades corporales con artefactos ingeniosos: refractando la luz de una vela o de un mechero a través de un tubo de plata. En sus inicios, la aplicación tuvo auge en el desarrollo de la Urología y la Ginecología, con reservas por parte de los cirujanos generales y los gastroenterólogos, quienes más tarde verían modificadas sus técnicas hasta lo que observamos en la actualidad como cirugía de invasión mínima y endoscopia.^{1,2}

La principal limitante para el desarrollo del endoscopio fue la fuente de iluminación, por lo que a partir del invento de la bombilla eléctrica (1879) se pudo tener acceso a una fuente de luz constante y segura. Desde entonces, se crearon instrumentos sofisticados que aseguraron –al principio con bombillas miniatura y ahora con fibra óptica–, una adecuada visibilidad disminuyendo en forma gradual los riesgos y mejorando los resultados en la práctica de este tipo de intervención quirúrgica.^{1,3} La introducción de la endoscopia en la práctica quirúrgica constituye uno de los sucesos de mayor éxito en la historia de la medicina.

Los especialistas quirúrgicos han adaptado sus conocimientos al seguir las necesidades y los adelantos vertiginosos de la invasión mínima; su ingenio los ha llevado a crear instrumental, lentes y materiales diversos, con el fin de reproducir la técnica quirúrgica,

pero mediante abordajes mínimos, y así, participan en la revolución tecnológica de la cirugía.

En 1990, el Hospital General Dr. Fernando Quiroz, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), concurrió al inicio de la era de la cirugía de invasión mínima, cuando Leopoldo Gutiérrez realizó la primera colecistectomía laparoscópica.

Durante el año 2007, una de cada diez intervenciones quirúrgicas realizadas en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, de esta Institución, y en los hospitales regionales y generales se hizo con abordaje de invasión mínima. Su aplicación se ha extendido no solo a las especialidades de Urología, Ginecología y Cirugía General, sino también a Cirugía Torácica, Ortopedia, Oncología y Endocrinología. Entre las ventajas que tiene este tipo de procedimiento quirúrgico están: menos dolor, menos complicaciones, menor estancia hospitalaria, reincorporación temprana a las actividades laborales y ahorro en el costo hospitalario y social.^{1,3,4} La mortalidad registrada en esta institución es de 0.02%, debida principalmente a lesiones vasculares causadas por la inserción del primer trocar, equiparada con lo informado en el ámbito internacional.^{3,5,6}

Se tiene conocimiento de que un gran porcentaje de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención no llevan un registro estadístico de los procesos quirúrgicos que inician con abordaje de invasión mínima y se convierten en técnica convencional; del número de intervenciones que se complican y del tipo de éstas, así como de la mortalidad registrada como consecuencia de una cirugía de invasión mínima.*

* Encuesta para el diagnóstico de la situación que guarda la cirugía de invasión mínima en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México, DF: ISSSTE, Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria, Departamento de Desarrollo de Atención Quirúrgica y Urgencias, 2008. Documento Interno de Trabajo.

Es necesario fomentar la cultura de registro de información en forma sistemática, oportuna y confiable en todos los niveles de atención a la salud, con el fin de retroalimentar las prácticas profesionales y la toma de decisiones. El reporte de los casos es una ventana de oportunidades para autoevaluarse y dar paso a protocolos de investigación de las principales causas que condicionan las complicaciones, conversiones a cirugía abierta o mortalidad. Realizar la valoración prequirúrgica correcta y elegir el mejor tratamiento en cada caso redundará en la calidad de la atención a los usuarios. De esa manera, nos unimos al desafío lanzado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente "Cirugías seguras salvan vidas",⁷ como corresponde a una institución de salud a la vanguardia, comprometida con servir mejor a los derechohabientes.

Dr. Luis Alberto Castañón Ramírez, Dr. Oliver García Trujillo, Dr. Enrique Solares González

Médico supervisor. Departamento de Desarrollo de Atención Quirúrgica y Urgencias

Dr. Jorge Juan Ordóñez Cerón

Jefe del Departamento de Desarrollo de Atención Quirúrgica y Urgencias

Dr. Héctor Hurtado Reyna

Jefe de Servicios de Medicina Especializada y Hospitalaria

REFERENCIAS

1. Shah J. Endoscopy through the ages. *BJU International* 2002;89(7):645-52.
2. Litynski GS. Endoscopic surgery: The history, the pioneers. *World J Surg* 1999;23(8):745-53.
3. Asociación Mexicana de Cirugía General, Consejo Mexicano de Cirugía General. Tratado de cirugía general. México: El Manual Moderno, 2003;pp:193-234.
4. Berci G, Forde KA. History of endoscopy: What lessons have we learned from the past? *Surg Endosc* 2000;14(1):5-15.
5. Bhoyrul S, Vierra MA, Nezhad CR, Krummel TM, Way LW. Trocar injury in laparoscopic surgery. *J Am Coll Surg* 2001;192(6):677-83.
6. Ballem RV, Rudomanski J. Techniques of pneumoperitoneum, *Surg Laparosc Endosc* 1993;3(1):42-43.
7. Declaración de Londres. "Pacientes por la seguridad del paciente". Dirección URL: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/London_Declaration_EN.pdf>.