

## ORGANIZACION DE LOS DEPARTAMENTOS OPERATORIOS

### Preguntas y discusión

Dr. SANJINES.—¿Debe continuarse en el uso del formolado en las Salas de Operaciones contaminadas por operación séptica? ¿Cuáles son los elementos fundamentales para evitar la contaminación de Salas de Operaciones?

Dr. SUFFET.—Se han formulado dos preguntas. En cuanto a la primera, el problema del formolado o de la asepticación de la Sala de Operaciones después de haberse realizado una intervención séptica, debe ser mantenido en el momento actual, dadas las dificultades de obtención de otros procedimientos de asepticación de las Salas de Operaciones.

En realidad lo más importante, luego de haberse realizado una intervención séptica en un ambiente quirúrgico, es el lavado, la higienización a fondo de toda la Sala de Operaciones y de todo el ambiente que puede haber estado vinculado directamente a la zona donde se realizó la intervención séptica.

Ese es un hecho primordial. En los ambientes en los que se puede suministrar a la Sala de Operaciones aire acondicionado filtrado, de manera que pueda ser renovado totalmente el aire de la Sala de Operaciones; en los lugares en que se pueda realizar un lavado profundo y a fondo de toda la Sala de Operaciones, luego de haberse quitado todo el material utilizado durante el acto quirúrgico, comprendiendo no sólo el material quirúrgico, sino los aparatos que se han utilizado en esa intervención, ello puede ser suficiente.

Pero dado que en nuestro medio, prácticamente no se puede contar con todos los adelantos en ese sentido, es preferible mantener el formolado de la Sala de Operaciones luego que se ha realizado en ella un acto séptico.

Pero el formolado no debe ser realizado dejando dentro de la Sala —como se acostumbra en algunos ambientes— todo el material. Debe ser retirado todo el material; debe ser destruido y eliminado en lo posible por ductos independientes, todo aquel material de ropas, guantes, material de compresas, gasas y campos; debe ser retirado el material quirúrgico, instrumental, que ha sido utilizado, para someterlo a una higienización correcta y luego a la habitual esterilización.

Y el formolado debe ser mantenido en un plazo de doce a veinticuatro horas dentro de las condiciones habituales de la aplicación de ese procedimiento.

Por lo tanto creemos que como disciplina, dentro de los medios de que disponemos, debe ser mantenido el formolado en el momento actual, pero sí evitando que en las Salas de Operaciones queden los elementos que han sido contaminados.

En cuanto a la segunda pregunta, la respuesta es más compleja y me va a exigir un tiempo mayor. La **contaminación de la Sala de Operaciones** proviene de tres fuentes: lo que viene del exterior, prácticamente de la calle; del material de uso quirúrgico que es sometido a la esterilización; y de lo que venga del propio acto quirúrgico, ya sea en forma circunstancial o imprevista, o en forma prevista, de acuerdo con el caso clínico que se interviene.

En cuanto a lo que viene del exterior, creemos que sigue siendo la fuente más importante de contaminación de la Sala de Operaciones. Ese problema tiene proporciones muy grandes. Está íntimamente ligado con la arquitectura funcional de la Sala de Operaciones, y seguramente hubiera sido tratado por el Prof. Chifflet en su exposición si no se le hubiera terminado el tiempo.

Hay dos momentos en que se establece la contaminación de la Sala de Operaciones: uno es a expensas del personal que entra y trabaja allí; otro es a expensas del paciente que llega. En la primera parte interviene el cirujano y todo el equipo quirúrgico, incluyendo anestesistas, instrumentistas y el personal que atiende la Sala de Operaciones. Hay un punto de contacto entre el ambiente externo y el interno; el vestuario. En ese lugar donde todo el equipo se despoja de su ropa de calle y se viste para la Sala de Operaciones hay una comunidad que debe ser evitada. Por eso entre las necesidades de un Departamento Operatorio es fundamental el vestuario de los médicos.

El vestuario de los médicos no puede ser un lugar de estar de las personas que, con ropas de calle, están esperando el momento para prepararse a fin de ir a la Sala de Operaciones, y los cirujanos que ya están con el equipo quirúrgico —no estéril, desde luego— con que van a pasar a la Sala de Operaciones. Ese es el momento más difícil. Lo ideal es que uno se despoje de las ropas en un ambiente totalmente independiente de la Sala de Operaciones, y penetre inmediatamente al ambiente donde se va a preparar para el acto quirúrgico.

Lo más importante, además de las ropas, son los zapatos. El uso de zapatos tranquiliza la conciencia del cirujano, pero no hace más que ocultar bajo una cubierta de género un zapato que ha estado caminando todo el día por la calle y que trae de ella todo lo que sabemos. Consideramos que el cirujano y todo el equipo quirúrgico debe entrar, cambiarse la ropa, y debe colocarse un equipo completamente distinto del que usa en la vida diaria. Habitualmente las personas que intervienen en el acto quirúrgico se quitan todas sus ropas, pero se dejan, como último recuerdo de su vida callejera, el

zapato que se oculta bajo un zapatón. Y todos hemos visto que después del trajín de uno o dos actos quirúrgicos la parte inferior del zapatón está totalmente sucia, porque en ese ambiente hay personas que vienen del exterior y ensucian el piso, y el zapatón recoge lo que dejan otros zapatos.

De manera que lo ideal es cambiarse en un ambiente limpio toda la ropa, colocarse zapatos de uso exclusivo en la Sala de Operaciones. En determinados ambientes, como muchos colegas han tenido oportunidad de conocer, el uso de zapatones está completamente abandonado. El uso de zapatos que se guardan —entre acto quirúrgico y acto quirúrgico— en ambientes con formol, hace que sea innecesaria la colocación de zapatones, siempre que en el ambiente común no entren personas con ropa de calle.

La otra fuente de entrada de contaminación a la Sala de Operaciones es el paciente. El paciente debe llegar en su cama y debe ser entregado en un lugar que sea una barrera, por decirlo así, al personal interno de la Sala de Operaciones. El hecho de que se tenga un uniforme o una túnica no es suficiente para considerarse en condiciones aceptables para entrar a ese ambiente.

En ese ambiente debe estar solamente el personal que trabaja en el ambiente quirúrgico, y ese personal no puede salir e ir a Salas, a escritorios o a Cafetería, mientras está trabajando en el Centro Operatorio, porque es lo mismo que entrar y salir con ropa de calle.

Tampoco pueden entrar las personas que están en contacto diario con el enfermo, tanto sea personal técnico como personal secundario.

Además, la Sala de Operaciones y el Departamento Quirúrgico debe tener una cosa fundamental: una circulación completamente externa, ajena a la circulación interna que atiende a la Sala de Operaciones. Circulación externa por donde entra el personal técnico a sus vestuarios; de un lado el personal de Enfermería; por otro lado los médicos. Y después pasar al ambiente quirúrgico. Circulación externa por donde circulan todas las personas que son indispensables en el Centro Quirúrgico, y a las que ya se hizo mención.

En esa circulación externa deben estar todos los tableros de luz, todos los elementos de vigilancia sanitaria, para que el personal que en determinado momento tiene que entrar a hacer una corrección en ese sentido, circule por un ambiente completamente independiente, y salga sin penetrar para nada en la Sala de Operaciones.

Vale decir que mientras se está trabajando no deben entrar en el ambiente céntrico del Departamento Quirúrgico, nada más que aquellas personas que están en condiciones de penetrar a él, y todas las demás personas deben quedar afuera. Indispensablemente, tiene que haber dos puntos de contacto entre el ambiente interno de la Sala de Operaciones y el ambiente externo: la entrada del personal técnico y secundario y la entrada de la camilla o cama a la Sala de Operaciones. Y en ese momento deben extremarse todas las precauciones.

Es indiscutible que la contaminación externa de la Sala de Operaciones, fuera de los problemas que derivan de la esterilización --fallas que son per-

fectamente controlables— o de la contaminación que proporciona a la Sala de Operaciones el propio acto quirúrgico, sigue siendo el factor más importante de la infección operatoria.

Dentro del ambiente quirúrgico los técnicos deben realizar algunas maniobras que muy frecuentemente se dejan de lado. La protección del cabello muy fácil en el sexo masculino, pero muy difícil en el femenino, es un elemento fundamental, y la protección oronasal es también fundamental. El formolado y la higienización tan rigurosa en la Sala de Operaciones después que se hace una intervención séptica, están desmentidos a los pocos minutos por una persona que está en el ambiente quirúrgico con su nariz descubierta, o por una persona que tiene un tapabocas colgado de las orejas y que al inclinarse arrima las colas de su tapabocas a la zona operatoria; o por una persona — que desde luego mantiene una elegancia en algunos momentos muy agradable, pero no conveniente para el ambiente quirúrgico— que deja una faja de cabello suprafrontal al descubierto. Esas son fuentes permanentes de contaminación.

Era la respuesta que deseaba dar al Dr. Sanjinés.

Nurse Srta. PORTA.—Desearía conocer cuáles son los productos comerciales que pueden sustituir al formol en la esterilización del instrumental de urología.

Dr. HUGHES.—La esterilización de los instrumentos de urología se hizo durante mucho tiempo en las conocidas estufas de formol, y naturalmente es una esterilización eficaz.

En el momento actual las estufas de formol se usan fundamentalmente como elementos de almacenamiento de material utilizado, y casi todos los instrumentos de urología se ponen en condiciones mediante la utilización de productos químicos que tienen la propiedad de quitarle a los instrumentos utilizados todas las partículas orgánicas, productos que los esterilizan y que no los hacen irritantes cuando son esterilizados. Hay un producto de A. C. M. I., americano, que se llama el Uroloicide, que se utiliza en una solución al uno por mil, y que es bastante barato porque dura para muchísimo tiempo y viene en paquetes que se usan a una dilución muy grande. Todo el material después de limpiado con agua y jabón, se sumerge durante veinte minutos en esa sustancia y queda estéril, limpio y —lo que es más importante— no es irritante en su utilización ulterior.

Por otra parte, en el momento actual casi todas las casas productoras y fabricantes de instrumentos y sondas, fabrican instrumentos capaces de ser sometidos a la ebullición sin que se modifiquen sus condiciones de utilización. De manera que la buena limpieza con agua y jabón y la utilización, si es posible, de esa sustancia, y luego, el almacenamiento en las estufas de formol, son consideradas fundamentales para el almacenamiento.

Hay otra manera de esterilizar las sondas después de limpiarlas: es colocarlas en los materiales de esterilización corrientes, envolviéndolas en papel de celofán. Se pueden dejar en cajas limpias, sin necesidad de recurrir a las estufas de formol.

Nada más.

Nurse Srta. PORTA.—Dadas las características de nuestro medio y la falta de personal de enfermería especializado, ¿qué ventajas tendría sustituir el Servicio de Recuperación Postoperatoria por la Sala de Recuperación Anestésica?

Dr. GUILLERMO ALMENARA.—En realidad no hay en el concepto ninguna sustitución. Porque la Sala de Recuperación es Sala de Recuperación postanestésica y postoperatoria, y el Servicio de Recuperación seguramente es lo mismo como Servicio de Recuperación Postanestésica y Postoperatoria. Todo está en la terminología.

Si se trata de establecer una diferencia entre Servicio de Recuperación Postanestésica y Postoperatoria, creo que no es posible, porque las dos circunstancias van unidas cuando sale el paciente de la Sala de Operaciones y concurre o es llevado a la Sala de Recuperación.

En lo que se refiere a recuperación postanestésica, está siempre hecha por indicación del cirujano y del anestésico. Y el término de la recuperación postanestésica es cuando ya se han regularizado los signos vitales de respiración, de pulso, de presión arterial, y cuando se han terminado las inyecciones endovenosas, ya sean de transfusiones de sangre o de plasma o electrolitos.

En lo que se refiere a recuperación postoperatoria, eso es potestativo del cirujano, porque no hay un índice preciso de recuperación postoperatoria. Se llama postoperatoria porque es indudable que conjuntamente con la recuperación postanestésica hay que proporcionar algún tratamiento, algún cuidado especial, según la operación que se le efectuó al paciente. Un Servicio de Recuperación postoperatorio no es un Servicio de Enfermería normal del hospital. Nunca se proporciona a una sala de Recuperación postanestésica y postoperatoria de todos los elementos que son necesarios en Enfermería.

Cuando el caso requiere un tratamiento o un cuidado postoperatorio, se comienza en la Sala de Recuperación y se continúa y termina en la Sala de Asistencia del hospital.

El momento de salida del Servicio de Recuperación postanestésica, o el alta, digamos así, es variable, de acuerdo con la clase de operación y la clase de anestesia. El promedio en Servicios que están trabajando hace muchos años, ha establecido como tiempo de recuperación postanestésica, más o menos el mismo tiempo que ha pasado el paciente en la Sala de Operaciones. Por ejemplo, si ha estado tres horas, es muy posible que el promedio de ese enfermo en la Sala de Recuperación sea suficiente de tres horas.

En esa misma experiencia se ve que hay enfermos que entran en la Sala de Recuperación postanestésica y postoperatoria, y que salen a la hora; otros que salen a las cinco horas; otros que salen a las seis horas; y otros que deben pasar toda la noche en esa Sala de Recuperación, porque cuando ingresaron a esa Sala ya estaba avanzado el día y era peligroso enviarlos a un servicio hospitalario donde todo está previsto para hacerse de día.

De ahí que haya muchos casos en que se recomienda el mantenimiento del recién operado en la Sala de Recuperación hasta el día siguiente.

En relación con este asunto, quiero aprovechar para decir que no se puede congestionar una Sala de Recuperación. Nunca puede tener extensión suficiente para atender un dilatado cuidado postoperatorio.

Finalmente, cada Sala de Operaciones está ocupada un promedio de tres horas por cada operación, desde la preparación de la Sala hasta la realización de la operación. Es difícil que en cada Sala de Operaciones se puedan hacer más de dos o tres operaciones por día, teniendo en cuenta que se requiere un mínimo de tres horas para hacer la limpieza y preparación de la Sala entre una operación y la siguiente. Si se hicieran dos operaciones por día, se necesitaría un mínimo de dos camas por día para recuperación. Si hay doce Salas de Operaciones, se necesitarían veinticuatro.

De manera que todas estas circunstancias intervienen para determinar cuál es la admisión en la Sala de Operaciones y cuál es el alta en la Sala de Recuperación.

Resumiendo mi respuesta a la pregunta: no hay división; un Servicio de Recuperación postoperatorio es también un Servicio de Recuperación postanestésico. Es lo mismo. Se llama Servicio o Sala de Recuperación postanestésica y postoperatoria.

Vuelvo a repetir que el postanestésico tiene un tope de permanencia y el postoperatorio tiene el tope que fija el cirujano de acuerdo con las condiciones y facilidades de que se dispone en el Servicio de Recuperación postanestésica y postoperatoria.

**Dra. MURGIA DE ROSO.**—¿Por qué no se incluyó en el temario el problema de las necesidades de cirugía infantil?

**Dr. SUAREZ MELENDEZ (Coordinador).**—El Coordinador entendió que en este temario estaban incluidas las principales posibilidades. Incluso nos hemos salido del reglamento, que nos fija un límite de cinco relatores, y hemos puesto trece personas como relatores de la Mesa Redonda. De modo que hemos tenido que limitarnos en algún aspecto.

A propósito de esto, voy a comunicar a los participantes de esta Mesa Redonda que vamos a tener que interrumpir ahora nuestra discusión porque debe continuar en esta sala el programa del Congreso. Esta Mesa Redonda, pues, proseguirá sus discusiones mañana a la hora 11.

Entendemos que se ha logrado la finalidad perseguida con esta Mesa Redonda, es decir, un fermentario de ideas y proyectos sobre el tema de organización de los departamentos operatorios.

**Dr. RICARDO YANNICELLI.**—Antes de levantar la sesión, quiero expresar brevemente que lo más constructivo que puede resultar de esta reunión es determinar qué se puede hacer en estos momentos para mejorar los recursos con que cuentan los ambientes quirúrgicos del interior de la República y los principales Centros Quirúrgicos de Montevideo.

Ya sabemos lo que hay que hacer para tener todo perfectamente preparado. Ahora conviene saber qué se puede hacer con los elementos de que disponemos. En este sentido es muy interesante escuchar la opinión de los médicos del interior.

No debemos olvidar, por ejemplo, que en diversos sectores nos debatimos con insuficiencia de técnicos: anestésistas, por ejemplo. De modo que primero tenemos que resolver quién nos hace la anestesia, y luego podremos entrar a la parte de la organización burocrática de la anestesia.

El Dr. Suárez Meléndez —que ha realizado un gran esfuerzo para el éxito de esta Mesa Redonda— contestó la pregunta de la Dra. Murguía, pero yo quiero señalar que no estoy de acuerdo con la exclusión de la cirugía infantil. Como pocas personas de las que están aquí presentes conocen cirugía infantil —porque no la han practicado— no pueden opinar, pero es un capítulo digno de tenerse en cuenta.

En cirugía infantil hemos visto fallar desde el anestésista hasta cirujanos de adultos, en casos de recién nacidos. Esto requiere una técnica especial. Y alcanza con recordar a los técnicos que se especializan en estos problemas. Por ejemplo, en Estados Unidos, Gross, en Zurich, De Grove, etc., para darse cuenta que es una especialidad quirúrgica.

Un anestésista que no lleve un tubo de intubación determinado para un recién nacido, provoca la muerte del niño. Lo hemos visto más de una vez. Una gran concentración de oxígeno es capaz de determinar la ceguera de un recién nacido. Un aparato de colocar suero que pase de 500 centímetros ha sido causante de mortalidad en recién nacidos y lactantes, manejados por personas no competentes, en los sanatorios partienlares y en otros lugares, porque el niño no puede recibir más de determinada cantidad por kilo de peso. Tanto es así que se habla de la subhidratación y no de la sobrehidratación, pese a que la sobrehidratación ha matado más que la subhidratación. Y como éstas hay muchas otras cosas que convendría haber discutido.

No nos podemos quejar dentro de la organización que tenemos. Sabemos que la exclusión ha sido determinada por razones de tiempo.

Me parecería muy interesante escuchar en la reunión de mañana la opinión de los médicos del interior, que nos podrán decir qué se puede hacer con los elementos con que cuentan. Porque mientras nosotros estamos hablando aquí de la ultraesterilización —que creo que no se hace en ningún lado— a veces los chiquilines tienen que entrar en la Sala de Operaciones con los zapatos puestos, pecado mortal, desde luego, desde el punto de vista quirúrgico.

Sería constructivo buscar algunas soluciones para el problema del interior, que no tiene plasmoterapia, que no tiene hemoterapia, que no tiene aparatos para hacer anestesia, y que no tiene anestésistas.

Vamos a descender de lo perfecto a lo real y vamos a ver si podemos hacer un movimiento nacional para procurar lo imprescindible para los servicios hospitalarios.

Nada más.

Nurse Srta. URTIAGA.—En un bloque operatorio que agrupa muchas Salas de Operaciones con diferentes especialidades, ¿debe adaptarse cada Sala de Operaciones a las técnicas y los procedimientos administrativos de cada clínica o se deben unificar?

Dr. SIFFET.—La respuesta se hace sobre un criterio personal, criterio que puede ser diferente al que se exponga de parte de otras personas competentes que están en la reunión.

Consideramos que en un departamento operatorio de un hospital general, debe haber ciertos ambientes no reservados exclusivamente para determinada cirugía, pero que pueden capacitarse para una cirugía especializada.

En este grupo podrían entrar ciertas especialidades, a las que se hizo referencia en el día de ayer, que necesitan determinados equipos y materiales particulares. Como ejemplo, la neurocirugía.

Pero no creemos que deba montarse el departamento quirúrgico para cada una de las especialidades.

Hay un aspecto, el de los servicios quirúrgicos para quemados —del que se ocupó en el día de ayer el Dr. Suárez Meléndez—, que merece una consideración especial, fundamentalmente por el tipo de pacientes que trata.

El ideal, a mi juicio, y quisiera después conocer la opinión del Dr. Suárez Meléndez en ese sentido, es que un departamento o centro de quemados disponga de todo lo necesario para abastecerse a sí mismo, en lo que respecta a sus necesidades quirúrgicas.

Pero dentro de la cirugía general, a nuestro modo de ver, un departamento quirúrgico debe abastecer en general a todos los servicios quirúrgicos de un hospital general, con ciertos lugares que puedan ambientarse rápidamente, para la cirugía especializada.

Defendemos, en resumen, nuestro criterio de la centralización, con una relativa descentralización para determinadas especialidades que así lo necesitan.

No sé si habré evocado adecuadamente la consulta que se ha formulado.

Dr. CENDAN.—Quería referirme a que en los hospitales donde el bloque quirúrgico dispone de numerosas salas, como en el caso del Hospital de Clínicas, a mi juicio es conveniente que determinadas salas estén exclusivamente dedicadas a determinadas especialidades.

El caso de la neurocirugía me parece el más aparente. La sala de neurocirugía, por las condiciones que acaba de indicar el Dr. Arana en la disertación de ayer, demuestra que debe ser una sala exclusiva para esa especialidad.

El problema también se presenta en otras especialidades. El caso de la otorrinolaringología, ya que para la cirugía otológica se requieren condiciones muy especiales.

En cierto modo, pasa lo mismo con otro de especialidad, como sucede con la cirugía urológica, aun cuando en este caso el equipamiento de la sala puede ser realizado con bastante rapidez, sin que haya necesidad de mantener una sala exclusivamente dedicada a ese fin.



En síntesis, podría decirse que el bloque operatorio que dispone de numerosas salas de operaciones, debía tenerlas de tres tipos: uno, la general, para cualquier tipo de cirugía; otro, la especializada, para determinado tipo de cirugía (por ejemplo, entraría aquí la neurocirugía), y tercero, salas adaptables a determinados tipos de cirugía especializada.

Dr. SUAREZ MELENDEZ.—Respecto al punto a que hacía referencia el Dr. Suiffet, del servicio descentralizado para quemados, habíamos aclarado en el día de ayer que esos centros deben estar separados de los bloques quirúrgicos y en ese sentido hemos hablado ya con el Dr. Almenara, que está estudiando en estos momentos la disposición que se le dará en el Hospital de Clínicas. Será la primera experiencia sería que se realice en el país en ese sentido.

Incluso en el Hospital Maciel se está estudiando la disposición que se le podía dar a un centro de quemados descentralizado del bloque quirúrgico. Pero me refiero particularmente al tratamiento de la primera etapa del quemado, es decir, el paciente que llega al hospital recién quemado, o en período de epitelización, o que está infectado. Lo que necesita son curaciones reiteradas. En esa etapa, el quemado necesita salas de curaciones que deben ser salas de operaciones independientes, con el material necesario para hacer una anestesia general a un enfermo grave. Debe tener, pues, equipo de anestesia, de aspiración, material previsto para cualquier complicación de orden quirúrgico y anestésico. Debe tener su material propio para las curaciones del quemado en esa etapa.

Habíamos planteado el problema de la evacuación rápida de esas curaciones, que son sépticas. Incluso porque se trata de enfermos infectados, no conviene tenerlos en la vecindad de un bloque quirúrgico, sino más bien alejados del bloque quirúrgico, en un ambiente que les sea propio.

En ese sentido hay un consenso unánime de parte de quienes hemos conversado sobre el tema. El quemado profundo, con sus zonas granulantes, que requiere los recursos de la cirugía plástica, pasa a intervenciones de orden plástico. Cuando el enfermo está suficientemente preparado, no infectado o con una infección atenuada —porque de lo contrario no se puede pensar en hacer la reparación por plastia, que llevaría al fracaso— puede ser operado en cualquier sala de operaciones, y debería serlo en una adaptable a la cirugía plástica. Como señalaba el Dr. Cendán, adaptable a cualquier tipo de cirugía.

Deben ser salas espaciosas, que permitan el desplazamiento de muchas personas —dos cirujanos, instrumentistas, ayudantes en suficiente número—, para acelerar la preparación del injerto y el vendaje del enfermo en forma conveniente.

De manera que, resumiendo, en el tratamiento del quemado hay dos etapas; el tratamiento en la primera etapa debe realizarse en un bloque operatorio alejado de los bloques generales de cirugía; pero cuando pasa a la otra etapa, de reparación plástica por injerto, pueda ser operado en un bloque que

le sea propio —y en ese caso mejor— o en el bloque general. No olvidemos que en esa sala se realizan intervenciones sépticas, la sala se contamina y corresponde hacer de inmediato la desinfección.

En ese sentido convendría que opinaran los médicos del interior y el Prof. Yamicelli en lo que se refiere al problema de la cirugía infantil.

Doy la palabra al Dr. Merries.

Dr. MERRIES.— De acuerdo a como se encara el problema, se está pensando en un gran hospital, que no carecerá de un elemento esencial, que es el técnico competente y especializado. También se piensa en un hospital que, además, es universitario.

Lo que no sé es si se podrá concretar algo con respecto a lo que se necesita en muchas zonas del país, que es el bloque operatorio un poco universal y de tipo standard. Si pensamos así, de ninguna manera tenemos que decir que la especialización necesita salas completamente distintas y dedicadas nada más que a especialidades. Primero, porque no se encontrará el técnico competente que la use continuamente, a fin de obtener un rendimiento adecuado. Segundo, porque en la actualidad a una sala de cirugía general, bien equipada, es poco lo que hay que agregarle para transformarla en una sala de especialidades.

Por otra parte, tenemos que pensar que nuestra economía no nos permitirá durante muchos años poder llegar a un establecimiento hospitalario con desarrollo y técnicos suficientes como para que cada especialidad disponga de una sala y que los técnicos se dediquen en forma exclusiva a determinadas especialidades.

En lo que se refiere a los quemados, no se trata ya de una sala de operaciones para ellos, sino de un departamento, como muy bien lo ha señalado el Dr. Suárez Meléndez. Y en relación con esto, debemos recordar el problema de la hospitalización.

Soy partidario de que las resoluciones no se tomen con una prevision más allá de los quince años; además, que las salas de cirugía sean adaptables para las distintas especialidades. Y esto, fundamentalmente, porque no encontramos y seguramente no encontraremos más —debido a la forma en que se han ajustado las cosas en medicina— un cirujano general que pueda hacer todas las especialidades. Ni un conjunto de cirujanos generales podrá hacer todas las especialidades con la competencia y eficacia que lo puede hacer un especializado dedicado en forma exclusiva a su disciplina.

Por lo tanto, en los bloques quirúrgicos deben tenerse salas espaciosas, adaptables y algunas con pequeños aditamentos, como exigen la traumatología, la radiología intraoperatoria, etc.

Pero en nuestro país no se puede pensar en el ideal ni en aquello que nuestra economía no nos permite tener ahora y quizá tampoco dentro de muchos años.

Dr. YANNICELLI. - Viendo funcionar los servicios de niños de nuestros hospitales y recordando lo que hemos visto en los hospitales de niños de Lon-

dres y París —el de Londres, por ejemplo, de 500 camas, construido después de la guerra, con una organización a mi juicio perfecta— uno se da cuenta de qué es lo que se le puede pedir a la arquitectura, de acuerdo al tema que está en discusión, así como de que los factores móviles son superiores a los factores inmóviles.

Como dice el Dr. Mernies, a la sala de operaciones le daría amplitud. En Londres he visto operar a distintos especialistas de tórax, de neurocirugía y de cirugía plástica. Cada uno iba a dos grandes salas de operaciones: renovaba el personal técnico y el personal auxiliar.

De acuerdo a las disposiciones clásicas, los elementos de esterilización colocados entre las dos salas de operaciones; no había ninguna dificultad.

Siempre encontramos que lo principal de todo eran los aparatos que se necesitaban. Lo que me llamó la atención, cosa a la que nosotros no llegamos, es como funciona la sala con buenos anestésicos. En el bloque operatorio había cinco anestésicos. Había un médico y cuatro nurses anestésicos. Desde entonces estoy bregando para que se haga algo parecido aquí, pero no he tenido éxito, y a eso se debe el número limitado de anestésicos.

Las anestésias en lactantes y en recién nacidos se hacían en forma perfecta. Los diferentes elementos estaban distribuidos de manera tal, que no se veía un balón de oxígeno, como vemos en el Pereira Rossell, en el sector nuevo, a pesar de tener incluso la instalación para oxígeno.

En los hospitales generales, no universitarios, en los que haya capacidad suficiente, debe haber una sala de especialidades, y en eso estoy de acuerdo con los Dres. Suñet y Suárez Meléndez. En los grandes hospitales hay que dar amplitud a la sala de operaciones. Local adecuado para guardar lo que se transportará accidentalmente, y proveer el material y personal necesario.

Creo que es conveniente tener lo que la práctica ha demostrado que tiene importancia. Yo diría, varios aspiradores; no pueden ser dos, tal vez sean necesarios cuatro. Nosotros tenemos cuatro en la sala de operaciones. Uno tiene que funcionar con el anestésico, otro con el cirujano; y uno fuera de uso, es una cosa corriente. No hay que olvidar que si no se aspira a un lactante, a veces muere por asfixia.

De manera que equipos de anestésicos, material de anestesia en la propia sala de operaciones. La experiencia de los servicios centrales de anestesiología, es contraria. Cuando precisan los aparatos, están lejos. De pronto se muere un enfermo, y se olvidaron de traer una sonda. Todo debe estar a mano del anestésico y del cirujano para utilizarlo en el momento oportuno.

Transfusionistas de plasma y sangre, que desgraciadamente no tenemos en el interior. El año pasado visitamos con la Sociedad de Pediatría el Departamento de Tacuarembó, y podemos decir que hay una gran mortalidad infantil —aunque éste sea un problema marginal—, por falta de plasma, porque no hay transfusionistas.

Quiere decir que debe haber un programa mínimo a realizar en la República. Si hablamos de un sentido social de la medicina, tenemos que pensar que el mayor número se debe beneficiar de las técnicas médica y quirúrgica.

A efectos de disponer de los limitados recursos que tenemos, yo diría que es preferible llegar a la dotación mínima suficiente de los grandes hospitales

de la capital, dejando las dotaciones de excepción para el Hospital de Clínicas por su papel de docencia ejemplarizante que debe tener. Pero no hay que preocuparse demasiado de disciplinas especializadas, con técnicas modernas, antes de proveer el mínimo necesario a los bloques operatorios del resto de la República.

Otro problema fundamental es el relacionado con el personal. Tiene que haber personal competente y suficiente en número, cosa que no existe en el momento actual en Salud Pública. Los mejores aparatos no significan nada frente a la incompetencia del que lo maneja, o a la ausencia de ese personal.

Si queremos hacer algo real, debemos tratar de que los bloques operatorios de urgencia de la capital y del interior, estén dotados de una manera mínima, pero suficiente. Y yo diría que eso que habría que disponer, no lo podemos hacer en estos momentos.

Nos volvemos a reunir dentro de un año. Estoy seguro que entre los temas a proponer figurará el relativo a organización de los servicios quirúrgicos en todo el país, y se volverá a traer el tema, y resolveremos que se autorice a la Mesa del Congreso para hacer declaraciones públicas por la prensa y que se entreviste con los elementos que tienen que movilizar por razones de Estado los fondos necesarios. Y así nos pasaremos un par de años sin poder resolver el problema económico que sufre la República.

En estos días se reunirá el Senado a fin de considerar problemas relativos a turismo y a aduanas. Creo que deberíamos provocar una reunión extraordinaria para que se busque la forma de proveer a Salud Pública y a la Facultad de Medicina de los elementos necesarios para poner en condiciones los bloques operatorios, teniendo en cuenta que la situación económica del país, de mantenerse —como parece que así será sin duda por un par de años— colocará a los servicios hospitalarios en una situación de déficit lamentable.

En la Aduana hay instrumental y diversos elementos para la Facultad de Medicina y para Salud Pública, por cantidades millonarias.

Podremos hacer algo efectivo si decimos esta verdad a la opinión pública. No tenemos por qué exagerar: pero no hay guantes, no hay gasa, quizá no haya médicos. Y eso se debe a dificultades de orden económico.

Parecería que existen mecanismos legales para solucionar esta situación. Decía el Ministro de Hacienda que puede disponer de cuatro millones de pesos, por simple trasposición de rubros. Pero si eso no se obtiene por la vía legal, no se obtendrá nada.

Pero, además, entiendo que no sólo hay problemas en cuanto a aspectos arquitectónicos, a falta de material, en los servicios quirúrgicos. Empiezan a faltar todos los elementos, del cirujano para abajo. Hoy es difícil conseguir un anestesiista, un transfusionista. Muchas veces el cirujano debe depender de otro tipo de colaboraciones.

A fin de agilizar estos trámites, propondría que la Mesa, por medio de declaraciones públicas y entrevistas con autoridades gubernamentales, haga frente a esa campaña. O de lo contrario, que convoque a todos los cirujanos del país. Eso sería de gran utilidad.

Dr. CENDAN.— Quiero hacer una precisión sobre una opinión del doctor Yannicelli.

Al hablar de organización de salas de operaciones especializadas, con respecto a los grandes hospitales, él puso un modelo. Pero no creemos que debe ser el único modelo, sino que ello debe ser extendido a todo el país. Creemos que Salud Pública tiene la obligación de dotar al Maeiel y al Pasteur, y a los otros hospitales que surgen, de salas del tipo de las del Hospital de Clínicas.

En cuanto a la dotación mínima a que se refiere el Dr. Yannicelli para los centros quirúrgicos del interior, se sigue con una política errónea.

Desde hace muchos años —e incluso llegué a salir a la prensa, a pesar de que no es habitual en mí— pienso que se debe centralizar; se habla de que los bloques quirúrgicos deben ser centralizados, pero en lo nacional se quiere proceder de otra manera.

En un país chico como éste, no podemos crear treinta o cuarenta centros quirúrgicos. Habrá que crear seis, siete o diez, pero bien equipados; y no cuarenta mal equipados.

No es cuestión que nos compete decir dónde deben estar situados esos centros; pero no acompañe al Dr. Yannicelli en el sentido de que todos los hospitales del país deben estar dotados de salas de operaciones tipo comodín, para toda cirugía. Deben crearse centros quirúrgicos equipados en determinados lugares del país. El resto del país podrá seguir con salas de operaciones de las que podíamos llamar corrientes, como las actuales, que permitan realizar la cirugía corriente sin mayores problemas.

Además, creo que toda la cirugía especializada no debe caer en manos de cualquiera. Debe irse a los centros donde se puede realizar en condiciones.

Si se puede justificar que la cirugía de urgencia se realice en cualquier sitio, no es justificable que la cirugía especializada se realice, por razones de comodidad o localismo, en lugares que no corresponde.

Dr. ARDAO.— Lamento haber tenido que llegar tarde. No sé cómo se ha encarado el debate de hoy. Pero no quisiera perder la oportunidad que me da la sesión de esta mañana, sin decir dos o tres cosas con respecto a la organización del servicio de quemados, sobre todo de bloques operatorios en relación con los quemados.

Se ha insistido en este Congreso y en los anteriores, sobre la cuestión: ayer mismo lo decía el señor Coordinador: es un anacronismo que todavía tengamos los quemados en servicios de cirugía general.

En estos momentos el Ministerio de Salud Pública está abocado a la construcción de un servicio de quemados. Se han votado algunas sumas de dinero, desde luego no suficientes, y se ha determinado que el servicio de quemados se va a construir al fondo de Radiología, en un predio de Salud Pública.

Quiere decir que hay un comienzo de organización al cual estamos enfrentados. Se tardará un tiempo. Además, lo que se ha votado se irá gastando en los años 1959 y 1960.

Pero aparte de eso, debemos decir que en los otros hospitales se atienden quemados. En el Hospital de Clínicas hay necesidad de organizar un servicio de quemados. Este servicio tiene que estar en la parte baja y en relación con las clínicas, a efectos de que el material que se utiliza pueda ser empleado para la docencia.

En la organización de ese servicio tiene que tenerse en cuenta la existencia de servicios quirúrgicos o personal que tiene que capacitarse y entrenarse en este tipo particular de enfermos, ya que se trata de una especialización dentro de la cirugía.

Y los enfermos que no vayan al Hospital de Clínicas, tendrán que ir a los diversos servicios que estén más cerca.

Los hospitales generales de Montevideo y del interior de la República, tienen que estar capacitados para la atención inmediata. Y para prevenir lo que puede atentar contra la vida del quemado en los momentos iniciales: sangre y plasma.

Pero hay un hecho que quiero que quede establecido, y es que el quemado grave puede ser transportado. No es posible que en Tacuarembó o Durazno se organice un centro de quemados, que es costoso, que carecerá durante años de personal técnico, y que no podrá tratar los enfermos en una forma correcta. Aquí no hay montañas, ni desiertos. El quemado grave tiene que ser atendido durante el transporte desde el punto de vista de la prevención del shock.

Aun en los hospitales Maciel y Pasteur, estos servicios de quemados deben ser organizados de manera de no encontrar otras facilidades que aquellas que suponen una asistencia inmediata de primeros auxilios para el quemado. No es posible que en estos hospitales se distraiga personal y material del bloque quirúrgico, porque es lógico que el quemado es un infectado, y no puede ser asistido en un bloque quirúrgico general, ni el personal puede andar con cabello al descubierto.

Aprovecho esta oportunidad para insistir en que la organización de un servicio de quemados no debe conducirnos a la dilapidación de personal y material en múltiples centros de asistencia, inclusive en los dos grandes hospitales a que me referí. Puedo decir que en países más adelantados, como Inglaterra, sólo hay seis centros: un quemado grave ya se sabe dónde se atiende. El país está dividido en seis zonas. Nuestro país, seguramente, tendría suficiente con un centro.

Pero a los efectos de la modalidad nuestra, de la organización de nuestros servicios, de la docencia, es probable que convenga que haya dos centros, uno en el Hospital de Clínicas y otro en un servicio especializado de Salud Pública.

Exhorto a la Mesa a que en este Congreso se termine con las aspiraciones, llevándose a la concreción la realidad de la organización de un servicio de quemados en el Hospital de Clínicas.

El Dr. Almenara, el Dr. Suárez Meléndez, y otros cirujanos presentes, asistieron este año a una reunión en el servicio del Prof. Chifflet, donde se trató este punto y se llegó a alguna idea al respecto.

Creo que es el momento oportuno, como decía el Dr. Yannicelli, de conseguir fondos y concretar tales ideas en una realidad.

Dr. ARMAND UGON.- Diré dos palabras sobre algún tema que ha sido debatido por algunos compañeros que me precedieron en el uso de la palabra.

En primer término, creo que nosotros hemos cometido un error nefasto, al haber hecho una división de la asistencia médica en nuestro país, en asistencia universitaria y asistencia por Salud Pública.

La asistencia universitaria se está transformando en aristocrática digamos así, y la de Salud Pública en una asistencia de penuria.

Yo creo que la mejor docencia, y en eso no estoy de acuerdo con algunos compañeros, se hace con una buena asistencia. No creo que haya necesidad de hacer una docencia al margen de la asistencia y que haya que canalizar los enfermos para la docencia. Me parece un error muy profundo.

Estoy de acuerdo con lo que decía el Dr. Cendán, respecto a que es conveniente centralizar en el país los centros necesarios para poder hacer la asistencia. Puedo hablar de un caso concreto que conozco bien, que es el de una zona de Colonia. Entre Rosario, Cardona, Juan Lacaze, Nueva Helvecia, hay cuatro hospitales. Esos cuatro "hospitalitos" están provistos, de administrador, director, personal. En ninguno de ellos hay un cuarto de operaciones que pueda ser tal como para hacer alguna cosa. Hay una dispersión de cuatro hospitales que están separados, algunos de ellos, por 10 ó 15 kilómetros de carretera de hormigón.

Haciendo una centralización, se puede evitar una dispersión de gastos.

De acuerdo a lo que expresaba el Dr. Cendán, se podrían establecer, habría que estudiar detenidamente el punto, quince o veinte centros perfectamente equipados, en los que haya posibilidad de hacer bien la cirugía.

Como decía el mismo Dr. Cendán y el Dr. Ardao, creo que la cirugía de alta especialización no puede prodigarse en todo el país. Creo también que con un centro de quemados en Montevideo, hay suficiente. No creo que se precisen dos centros.

Hay que enseñar a los médicos, fundamentalmente, que deben dejar de lado el prurito de profesionalismo estrecho para canalizar un quemado hacia donde puede ser bien asistido. No todos podemos atender quemados. Y me refiero también a otras especialidades. Me parece que con un centro de neurocirugía es suficiente. No hay porque hacer varios centros en todo el país, gastando dinero inútilmente.

Si fuéramos un país de potencial económico grande, podríamos pensar en eso, pero no en nuestras condiciones económicas, que como decía el doctor Yannicelli, perdurará por años.

Con respecto a los bloques operatorios, estimo que el servicio de recuperación debe estar siempre muy cerca y en el mismo piso que donde está el bloque quirúrgico. Por una sencilla razón práctica, y es que en el servicio de recuperación es donde muchas veces se planteará la necesidad de reoperación y la necesidad de reoperación desde el punto de vista psíquico, digamos así, siempre es un poco difícil: enfermo que esté un piso abajo, es difícil de llevar. Estando en el mismo piso, hay menos resistencia desde el punto de

vista psíquico de parte del médico y del enfermo. Muchas veces no se recupera, por no llevar al enfermo de un lado a otro, mientras que la reintervención quirúrgica en operados, nosotros la hacemos con cierta frecuencia. Hay enfermos que a veces fallecen por no querer reintervenir.

Repito que ese departamento de recuperación debe estar al lado del servicio de cirugía. Ese departamento de recuperación no debe ser un depósito de operados; a él deben ir los enfermos que lógicamente hacen pensar que pueden plantear problemas de recuperación y que necesitan un contralor especial.

Cuando el enfermo despierta de la anestesia, el anestésista debe estar a su lado; quiere decir que no estoy de acuerdo con la técnica de los anestésistas. Y esto que digo, sobre todo cuando se usa curare. El anestésista no puede dejar al enfermo medio dormido. Una cosa es la recuperación inmediata y otra la posterior. El cirujano la debe seguir con un personal entrenado.

Otro tema del que se habló, y creo que el Dr. Mernies se refirió a él, es el relativo a la remodelación de cosas viejas. Las cosas hay que hacerlas nuevas, bien hechas, no para soluciones transitorias, sino para que tengan utilidad también en el futuro. Hay que tener muy en cuenta si algo se puede remodelar o no. Desde luego, siempre pensando en las condiciones arquitectónicas.

Dr. YANNICELLI.—No dije que los servicios de cirugía del interior se deban convertir en comodines, para hacer todo tipo de cirugía. Fue una interpretación capciosa que se le ocurrió al Dr. Cendán.

Conozco bien los centros auxiliares de nuestro país y su organización, por haber actuado en Salud Pública. El Dr. Armand Ugón se refiere a centros auxiliares, que no son los centros departamentales. Yo me he referido a los grandes centros departamentales, donde hay elementos competentes, a los que no conviene, digamos, cortarles las manos. A esa gente hay que mandarles aspiradores, equipos de anestésistas, de transfusionistas. Se trata de un programa mínimo de capacitación de los bloques operatorios para poder servir, fundamentalmente, los intereses y necesidades de la región.

Un cirujano, para ser competente y realizar cirugía de urgencia, tiene que estar equidistante de toda la cirugía, y eso no lo puede lograr si no hace ejercicio. Cada uno en su competencia y con su responsabilidad, dotado de buenos medios y seguramente será capaz de realizar las cosas.

Pero esto no lo podemos determinar en el papel. Hay que dejarlo librado a la competencia de los técnicos del interior, que no tienen lo necesario para poder actuar con un programa mínimo.

En cuanto a lo relacionado con el niño, hay que agregar que alrededor de un bloque operatorio, y actuando con niños y lactantes, además del especialista quirúrgico, tiene que haber anestésista, transfusionista y los auxiliares radiológicos de niño, así como toda otra serie de especializados en niño, como poseen los grandes centros.

Dr. VEGA.—Vine a esta Mesa Redonda con el ánimo dispuesto a aprender, y debo confesar que en realidad he aprendido cantidad de cosas que me interesan.



En el decurso de la discusión se plantearon varios problemas, y me interesa ocuparme de alguno de ellos, en forma rápida por lo avanzado de la hora.

Con respecto al problema del gran quemado, hay un aspecto que no se ha considerado aquí, y es el de extender esa asistencia a un sector muy numeroso, que está huérfano de ese tipo de asistencia: el mutualismo.

Actúo en una institución, la Asociación Española, a la que de tiempo en tiempo llega un quemado. Puedo asegurar que el problema de la asistencia del quemado en un bloque quirúrgico, es un terrible problema.

La Asociación Española ha tenido necesidad de contratar un especialista para la cura de un quemado. Y mensualmente hay dos o tres quemados. Pero cada vez que es asistido en el bloque operatorio, se produce una verdadera revolución.

Por eso es necesario que el mutualismo sepa que habrá uno o dos centros dedicados a la asistencia del gran quemado, con técnicos y material necesario.

La medicina nuestra está tomando, día a día, un verdadero sentido social. El mutualismo toma diariamente un incremento enorme. Es necesario que Salud Pública o la Facultad de Medicina, salgan a ofrecer sus servicios al mutualismo, para que éste tenga conciencia de que sus asociados serán bien asistidos. En cambio, la Asociación Española tiene que pagar y bien a Salud Pública o a la Facultad de Medicina. Siempre, naturalmente, que estos organismos le ofrezcan una asistencia adecuada y una instalación cómoda al asociado.

Otro problema del que quería ocuparme, es el del médico anestesista. Seguimos viviendo desde hace años un problema de escasez de médicos anestesistas. Yo constituyo un modesto ejemplo de lo que ha sido mi orientación profesional. Mis primeros años de especialidad los hice en Salud Pública. En determinado momento, el mutualismo me ofreció una posición ventajosa y mejor remunerada, con menos trabajo, y hacia allí me orienté. Por lo tanto, desconozco el problema de Salud Pública.

No obstante, siento que la raíz de este problema, muy complejo, con una serie de factores, conviene considerarla. No hay interés en el médico joven a dedicarse a anestesiología, porque en la anestesiología no existen estímulos económicos ni científicos.

El anestesista de más años, está totalmente ocupado con su actividad asistencial, y sin que esto sea crítica, no ha creado los elementos suficientes de estímulo para que los jóvenes se dediquen a la especialidad.

Hace seis años estuvo aquí un anestesista extranjero; coincidió con esa visita, una renovación de la inquietud por la anestesiología, y cinco o seis médicos jóvenes a ella se dedicaron. Quiere decir que ese profesional supo despertar esa inquietud.

Sería conveniente que la Mesa del Congreso sugiriera a las autoridades pertinentes que vengan al Uruguay personalidades internacionales en anestesia, para que el interés por la especialidad se renueve.

El Dr. Yannicelli se mostró partidario de la nurse anestésista. Yo también lo soy, pero bajo la supervisión del médico anestésista, y creo que sería una solución para llevar adelante el problema de la anestesia hasta que tengamos los especialistas suficientes.

Dr. MERNJES.— Si se va a encarar el problema de la acción del doctor Yannicelli, debe hacérselo en todo el sector asistencial en lo que se refiere a Salud Pública. De otra manera no podemos crear estos bloques quirúrgicos por lo menos en el interior.

Hospitales del interior sin confort, sin servicios de hospitalización adecuada, sacarán mínimo provecho o ninguno, con la creación de bloques quirúrgicos.

Por lo tanto, debemos estudiar la ubicación en el país de esos centros o de esos hospitales.

Desde luego que hay gente competente para hacer una encuesta respecto a lo que necesita cada zona del país.

Con una Asistencia Pública que tiene nada menos que 14.000 camas distribuidas en todo el país, no vamos a solucionar ningún problema creando cosas nuevas que Salud Pública lógicamente no podrá realizar.

Habría un medio de hacerlo, pero sería con el sacrificio y el altruismo del profesional. El médico al elegir su carrera sabe que es un apostolado y que requiere sacrificio personal y de aquellos que lo rodean.

Estoy seguro que el día que el médico tenga conciencia para ejercer su profesión con sacrificio, se han de terminar, aun con los pocos recursos que brinda Salud Pública, los problemas asistenciales del país. Pero es necesario que se eche mano a los técnicos, que los hay en el país, pero que no se los usa.

Habrá que ir a otros lados a aprender, y dejar de lado a gente que como yo no puede ser director de un centro departamental. Estas cosas hay que decir las claramente: la mala asistencia que se presta depende mucho más de los técnicos que han hecho caso omiso de sus obligaciones profesionales y de su obligación como servidores del Estado.

Por otra parte, debemos tener una disciplina en el ejercicio de la profesión, y es necesario ser modestos, humildes y saber que no solamente nos debemos manejar con nuestra capacidad técnica.

Tampoco es un secreto para nadie que en muchas zonas del país, se han creado servicios y comodidades, que el Estado no podía ofrecer, gracias al concurso de la población, que gustosa ha hecho sacrificios en ese sentido, para así gozar de una seguridad en lo que respecta a su salud.

Dr. POLLAK.— No pensaba hacer uso de la palabra, pero lo haré en cumplimiento de un compromiso que contraí hace dos años con algunos médicos del interior al visitar centros hospitalarios, junto con compañeros de la Asociación de Estudiantes de Medicina.

Tuvimos ocasión de apreciar las condiciones desastrosas en que trabajaban algunos cirujanos. Me refiero en especial al Hospital de Colonia, que

es el que visitamos más detenidamente. Faltan los equipos más indispensables. Creo que tiene una sola caja de cirugía, con un poco más de media docena de pinzas.

Si bien es cierto que hay que equipar al Hospital de Clínicas para convertirlo en centro de docencia que sirva de guía para toda la República, también hay que equipar con el mínimo indispensable los centros del interior. Pido a los médicos del interior que ratifiquen o rectifiquen esto que digo.

Creo que no se deben crear nuevos centros, sino equipar los existentes. Comparto las expresiones del Dr. Yaunicelli y de otros congresales.

Hace dos años un médico del interior me manifestó con énfasis lo bien recibido que sería la visita de algunos cirujanos prominentes de la capital, profesores o no, que con su ejemplo quirúrgico y pequeñas conferencias contribuirían a perfeccionar a sus colegas de campaña.

Por lo tanto, celebro las palabras del Dr. Mernies.

Dra. MURGUIA DE ROSSO.— Quiero hacer hincapié en un problema que me parece que ha sido poco tratado, y es el relativo a la recuperación respiratoria del enfermo quirúrgico. No me refiero a la sala de operaciones, o en el postoperatorio inmediato, sino a la recuperación respiratoria que debe empezar en la puerta de entrada, en casos de inminencia de paro respiratorio. En este caso el tratamiento es de urgencia y debe hacerse en el mismo hospital.

Además, hay una serie de enfermos que si bien tienen respiración espontánea, ella no cumple con los requisitos para ser fisiológica. Son enfermos con respiración superficial, con ritmo respiratorio anormal, traumatizados craneoencefálicos, sechocados graves, traumatizados de columna, donde puede haber verdadera parálisis de los músculos de la respiración y donde la recuperación respiratoria debe ser una indicación quirúrgica.

Ya se ha ganado bastante con la imposición de la traqueotomía y la oxigenoterapia. Pero hay que recordar que la respiración requiere otro aspecto, y que a veces estos enfermos que respiran mal o traumatizados graves donde por dolor no pueden hacer la inspiración y expiración, con el consiguiente ingreso de anhídrido carbónico, debe plantearse la indicación de la respiración artificial.

Según las necesidades, la respiración artificial puede emplearse con aparatos de fácil manejo, imprescindibles en la puerta de todo hospital, que puede hacerse con el enfermo intubado o no, y que está al alcance de todos los que desempeñan en la puerta.

El otro tipo de enfermo que requeriría una respiración artificial más especializada, debería estar en un local especial, próximo a la recuperación postoperatoria, pero no en la misma sala, vigilado por el personal técnico y de enfermería. En ese sentido, muchos enfermos beneficiarían de la respiración artificial, tema que podría ser objeto de un estudio en Mesa Redonda en el próximo Congreso.

Dr. SANJINES.— Escuchando a todos los congresales en forma aislada, todos tienen su parte de razón.

Se ha hablado de muchas cosas; se han cargado las tintas al Hospital de Clínicas, y fundamentalmente a Salud Pública.

Si analizamos honestamente las cosas, llegamos a la conclusión de que somos injustos. A mi juicio, el Dr. Mernies ha centrado el problema perfectamente bien. Creo que el responsable fundamental de los problemas es el médico. Salud Pública tiene sus problemas, y en este momento, uno muy grande: el de la dificultad de realizar adquisiciones.

Pero también sabemos, y es fácil de comprobar, que Salud Pública tiene varios servicios, varios hospitales. Entremos en un hospital, y veremos que con un mismo Director, un servicio es distinto del otro. Y eso depende del médico que está a su frente, del jefe del servicio.

Recursos hay pocos, pero hay más de lo que se cree. Hay dispersión en los gastos e indolencias en los funcionarios. Los técnicos se pasan llenando papeles y haciendo pedidos.

Yo preguntaría, ¿cuántos jefes de servicio han ido a Proveeduría a ver qué pueden pedir?... Sé que el Dr. Mernies continuamente hace visitas a Proveeduría y no sale con las manos vacías. Y eso que se lleva, no ha sido comprado para él, estaba ahí para quien lo precise y quiera ir a buscarlo. Pero es más fácil hacer el pedido en el escritorio, y firmar el boleto.

Puedo decir que yo he ido a Proveeduría y he retirado cantidad de cosas que estaban para el primero que fuera a buscarlas.

Lo fundamental en la marcha de los servicios, son los técnicos. Muchos en Salud Pública toman su cargo como si fuera un "empleto" más. Van a cumplir o a no cumplir; después, se quejan.

Si Salud Pública, se dejara llevar por el deseo de la mayoría, habría un elevado número de grandes hospitales en el país; pero que, de no cambiar la psicología actual de los técnicos y del personal administrativo y secundario, dentro de diez años esos hospitales serían un desastre.

Quiero referirme a otro punto; soy partidario de las especializaciones, lo que no quiere decir que especialización sea patrimonio de una persona o núcleo. La especialización debe ser centralizada en servicios y no en personas, y todos deben tener derecho a cualquier disciplina; pero tienen que demostrar interés; competencia y asiduidad y las puertas de los servicios deben estar abiertas para todos. No es cuestión de fomentar el "diletantismo" en medicina.

Se deben limitar el número de malos hospitales y crear buenos centros de asistencias. El enfermo debe ser transportado al centro especializado donde puede concurrir y actuar el cirujano departamental, con un mayor caudal de pacientes, de la especialidad.

En Estados Unidos, los jefes de servicios de tórax, tienen su servicio de fisioterapia a 100 ó 200 kilómetros de la ciudad, en los que una o dos veces por semana operan seis o siete enfermos.

En estos momentos, con los medios de transporte modernos, cualquier enfermo se puede transportar a una hora de vuelo de avión o helicóptero. Posiblemente demore menos en venir del centro de la República a la capital en helicóptero, que del Paso de la Arena al centro de Montevideo en ambulancia.

Otro punto a considerar, es el de la recuperación. El servicio de recuperación debe estar en el ambiente quirúrgico; a él debe trasladarse al paciente acompañado por un anestésista y un cirujano. El servicio de recuperación debe estar en el mismo piso que la planta quirúrgica. No hay que olvidar el problema de los ascensores, si el servicio de recuperación está a dos o tres pisos de distancia. Se hizo antagonismo entre el problema de la recuperación anestésica y operatoria.

Evidentemente, es distinta la recuperación anestésica y operatoria. Esta última puede ser de días. En el Hospital de Clínicas he escuchado hablar del número de horas que debe permanecer un enfermo en la sala de recuperación. Yo digo que se debe hablar de tiempo en sala de recuperación en función del resto del hospital, porque el problema del enfermo es el de su adecuada atención al abandonar la sala de recuperación, para lo cual muy a menudo el personal de piso es insuficiente y los enfermos no se pueden controlar. La recuperación, a mi juicio, no se puede limitar a horas; a veces puede ser de días.

Dr. ALMENARA.—En las actuaciones de ayer y de hoy hemos escuchado expresiones que demuestran un valiosísimo bagaje de experiencia, así como importantes sugerencias en cuanto se refiere a los centros quirúrgicos.

Estoy seguro que todo lo que hemos oído no vamos a olvidarlo cuando se trate de poner atención en la creación o remodelación de los centros quirúrgicos. Pero es indudable que casi toda la preferencia se ha dedicado a la parte de áreas distribuidas y a la parte de edificación y requisitos y facilidades de los centros quirúrgicos.

Todo eso es muy importante para poner todo lo que se necesita para que ese activo sea aplicado y su rendimiento sea lo que se propone y se busca.

Creemos que todavía dentro de este tema tan vasto y delicado, hay muchos puntos que deben tratarse desde el punto de vista, no sólo de mayores facilidades, sino también de la educación del personal. Digamos, como tema de próxima discusión o charla, por ejemplo, la mecánica del centro quirúrgico.

¿Cómo se va a mantener todo aquello que está distribuido en los centros quirúrgicos? ¿Debe mantenerse, por ejemplo, la presión negativa en los aspiradores? ¿Cuál es el grado de presión negativa? ¿Cuál es el máximo que se puede tolerar de presión negativa y el mínimo indispensable para que funcione.

El regular el funcionamiento de las articulaciones de las mesas quirúrgicas, los aparatos de anestesia, la disponibilidad de espacio para ubicar los implementos que ahora se utilizan para cierta cirugía especializada.

Todo esto se prepara desde que se recibe un programa bien racionalizado de operaciones y anticipadamente hecho.

Hay otro aspecto: el tráfico en el departamento operatorio. El tráfico, no de pacientes, de médicos y enfermeros, sino el de visitantes e invitados.

Otro: el abastecimiento, la conservación, la utilización de los implementos y aparatos, así como material de consumo del centro quirúrgico.

Inmediatamente de su funcionalidad, los datos estadísticos. ¿Cuáles son los resultados operatorios? Está dependiendo del esfuerzo cooperativo de los tres elementos profesionales que integran el trabajo del centro quirúrgico: el

médico, el anestésista, la enfermera. Las condiciones que debe tener cada uno de estos elementos y el grado de coordinación y de mutuo entendimiento en todos los momentos difíciles y apremiantes del trabajo en el centro quirúrgico.

Estadísticas que permiten analizar los factores que intervienen en los resultados. La calificación del trabajo del personal y la calificación del personal en sí.

Las enfermeras ya preparadas; lo que debe esperarse de la inteligencia y preparación de la enfermera supervisora, con habilidad para organizar, coordinar, evaluar el rendimiento de los servicios de enfermería en el centro quirúrgico, y habilidad para educar.

En el caso de la anestesia, la forma como está obligado el elemento de anestesia a penetrar en las necesidades y condiciones del paciente con anticipación a la operación. La exigencia sobre los informes preoperatorios, informes de anestesia operatoria y postoperatorio.

Los factores de control: el trabajo profesional, la calidad, la capacidad, el cumplimiento y el comportamiento del cirujano.

La integridad de la historia clínica, la exigencia de que ese documento debe ser hecho por uno de los elementos profesionales: médico, anestésista o enfermera.

La revisión constante del trabajo profesional, del trabajo quirúrgico, la educación sobre los casos desgraciados, principalmente; el estudio de análisis anatomopatológicos; las autopsias; demostración del esfuerzo de cada elemento profesional para superar su capacidad. En fin, toda una serie de factores y circunstancias que conviene siempre tener presente para tomarlos como elementos de control del rendimiento útil del centro operatorio.

De ahí que estas cosas mencionadas a la ligera, las estimo como convenientes para tenerlas presentes en futuras intervenciones colectivas, para apreciar todo lo que conviene para el buen funcionamiento de un centro quirúrgico.

## CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. SUAREZ MELENDEZ (Coordinador).— Hemos llegado a una altura del debate, en que forzosamente debe darse por terminada esta Mesa Redonda, y no porque el tema se haya agotado.

Entiendo que los temas planteados quedan todavía en discusión abierta, para debatirlos no sólo en congresos de cirugía, sino en reuniones que entiendo deben realizarse periódicamente, en forma de seminarios, en los hospitales, universitarios o de Salud Pública, o en congresos del interior, reuniones en cualquier punto del país, que muestren interés en el debate de estos asuntos.

Como coordinador agradezco la concurrencia de este selecto auditorio integrado por cirujanos, arquitectos, estudiantes de arquitectura, estudiantes de medicina, técnicos en administración hospitalaria, directores de hospital y personal de enfermería, que ha respondido plenamente a lo que habíamos solicitado en el sentido de concurrir a oír la opinión de los cirujanos y a colaborar en la formulación de consultas.

Entiendo que esta Mesa Redonda debe continuarse en los meses sucesivos, y que hay que exhortar a la Facultad de Medicina y a Salud Pública en el sentido de que cada vez que organice un servicio hospitalario, de cualquier orden, no lo haga simplemente bajo la fórmula de una Comisión Asesora, integrada a menudo con personas que parecería que entienden el problema, pero que terminan construyendo un bloque quirúrgico que no cuenta con opinión favorable de ningún cirujano, ni de los técnicos en administración hospitalaria, ni del personal de enfermería. Me parece preferible que se haga otro tipo de consultas, a personas competentes y habilitadas para ello.

Agradezco nuevamente vuestra concurrencia. Considero que el tema no está agotado; pero es evidente que cuando se publiquen estas actas, tendrémos el primer documento serio sobre esta materia.

## CONCLUSIONES

El 9º Congreso Uruguayo de Cirugía, reunido en Mesa Redonda para estudiar la organización de los departamentos operatorios, señala las siguientes conclusiones:

1º) Es aspiración de los cirujanos que todo estudio sobre estructuración o reorganización de Servicios hospitalarios se realice por las autoridades pertinentes, en mesas redondas donde se atienda la opinión de los médicos y cirujanos, de los técnicos en organización hospitalaria, los arquitectos y el personal de enfermería, como forma de aunar una visión amplia y concreta del problema.

2º) Las autoridades del Congreso de Cirugía gestionarán ante los integrantes de los poderes públicos que se arbitren recursos para organizar los servicios quirúrgicos de los hospitales de la capital y del interior, en consonancia con los adelantos adquiridos por la cirugía actual, adaptando los ambientes a las condiciones necesarias según la ubicuidad y de acuerdo a la jerarquía del Centro Asistencial o Docente.

3º) Se reitera la aspiración —ya establecida en el 7º Congreso Uruguayo de Cirugía— en el sentido de solicitar de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de la Facultad de Medicina la creación, con carácter regular, de Centros de Quemados, atendiendo las directivas expuestas por los cirujanos en las actas de estos congresos.