

## NECESIDADES PARTICULARES PARA LA UROLOGIA

Dr. FRANK HUGHES

Las necesidades de la Urología en la sala de operaciones se componen de dos capítulos: diagnóstico y tratamiento. Estos dos capítulos, que hasta hace un tiempo se encaraban en forma totalmente independiente, están mezclados y es imposible tomar una resolución de carácter terapéutico sin un diagnóstico absolutamente exacto. Lo que es más importante es que ese diagnóstico, que rige la maniobra quirúrgica a efectuarse, no puede ser obtenido en una etapa previa sin riesgo de complicaciones importantes. Y voy a citar algunos ejemplos prácticos.

Por ejemplo, la elección de la vía para el tratamiento de una enfermedad tan conocida como es la hipertrofia de próstata, exige, para algunas escuelas, inmediatamente antes de la realización del acto quirúrgico, una *maniobra endoscópica*, que permitirá determinar la vía.

Las maniobras endoscópicas no pueden ser efectuadas con anterioridad al acto quirúrgico, porque tienen inconvenientes serios, especialmente en los enfermos retencionistas.

Otro ejemplo importante: la extensión de un tipo de tumor de vejiga, de un tumor de próstata, de un tumor de riñón, exige con mucha frecuencia la maniobra endoscópica inmediatamente antes del acto quirúrgico, y además exige que esa maniobra se realice bajo anestesia general para poder documentar de una manera precisa la verdadera extensión que orientará la terapéutica y dirigirá la técnica quirúrgica.

Otro ejemplo de todos los días puede ser el de las hidronefrosis no infectadas, afecciones que en el momento actual se tra-

tan casi siempre por intervenciones de orden plástico y las maniobras endoscópicas, instrumentales, pielográficas y de opacificación radiológica, sólo pueden efectuarse inmediatamente antes del acto quirúrgico, porque esas maniobras endoscópicas van seguidas, en la totalidad de los casos, de complicaciones infecciosas que hacen después absolutamente prohibitiva la realización de una maniobra de orden plástico-conservador.

Los ejemplos citados demuestran de manera terminante la necesidad de que el *Departamento Urológico* esté estrechamente vinculado al bloque operatorio, con todas sus posibilidades.

Sería esa la primera premisa, la primera directiva de las necesidades en el momento actual.

El segundo elemento, sobre el que ya ha insistido alguno de los disertantes, es la necesidad, por las mismas razones, del *Departamento Radiológico* y de la *cámara oscura al lado del Departamento Urológico*. A este respecto, en algunas escuelas, el diagnóstico y el tratamiento, por ejemplo, de la litiasis renal, exige la realización de maniobras radiológicas en la misma sala de operaciones.

Nosotros eso lo resolvemos con aparatos portátiles de rayos X, pero en algunas escuelas de Estados Unidos, por ejemplo, se hace radioscopia dentro de la Sala de Operaciones, para poder hacer un diagnóstico absolutamente preciso, problema sumamente serio, del que depende a veces la vida del enfermo, ya que dejar una concreción en el interior de un riñón, representa mucho más perjuicio, en general, después de la operación, que la situación que el enfermo tenía antes.

Desde el punto de vista de las *necesidades del instrumental*, debe decirse, también, que todo bloque operatorio debe tener todos los elementos necesarios para la reparación de órganos urinarios agredidos durante las maniobras quirúrgicas. Esto es especialmente frecuente en las intervenciones pelvianas de exéresis, cuyo campo de acción se ha visto últimamente ampliamente extendido. Y en el momento actual, por no disponer de estas necesidades, en muchos casos se realizan maniobras de exéresis frente a órganos que en Departamentos bien dotados pueden ser perfectamente solucionados por intervenciones plásticas que en casi todos los casos tienen éxito.

Otra cosa importante es la utilización de las corrientes del *bisturí eléctrico*. En ninguna especialidad como en la Urología, seguramente, la utilización del bisturí eléctrico es tan indispensable.

Es necesario un bisturí eléctrico con un doble circuito, con un circuito de corte y un circuito de coagulación. Especialmente el circuito de corte debe estar dotado de varias intensidades diferentes de coagulación, de modo que las corrientes de corte y de coagulación se puedan mezclar según las necesidades de cada caso.

A propósito de esto es indispensable decir que casi todas las maniobras endoscópicas que se realizan con bisturí eléctrico exigen la *necesidad de un dispositivo de suministro de líquido de unas características especiales*. Son bien sabidos los inconvenientes serios e importantes que tiene la utilización del agua por la hemólisis que provoca en las intervenciones quirúrgicas endoscópicas con casos de muerte con relativa frecuencia; y, además, los inconvenientes que se producen con el suero fisiológico, de donde ha nacido la utilización de sustancias diversas para emplear en todas las maniobras endoscópicas.

En algunos establecimientos se recurre a soluciones de acacia, en otros a soluciones de ciertos azúcares, que impidan el inconveniente de la hemólisis y, además, no perjudiquen la realización de la maniobra eléctrica.

Desde el punto de vista de la *necesidad de la iluminación de los aparatos endoscópicos*, otro elemento debe tenerse en cuenta. Es bien sabido —y hay accidentes sumamente serios descritos— los riesgos de la utilización de transformadores junto con el bisturí eléctrico. El menor inconveniente que pueda poner en contacto las dos corrientes de diferente intensidad y diferente voltaje en el bisturí eléctrico y en el transformador, provoca accidentes absolutamente irreversibles. Por eso es una regla, que no se puede descuidar, la utilización de baterías como fuente de luz, y jamás, en ningún caso, utilización de transformadores en la Sala de Operaciones cuando se utiliza el bisturí eléctrico.

La *desinfección del material urológico* puede efectuarse por procedimientos diversos, pero en el momento actual la limpieza y esterilización de los instrumentos, sondas, material de drenaje o dispositivos diversos, no se realiza por las estufas de formol

a temperaturas determinadas, sino por agentes quimioterápicos que, previo lavado, agregan a su acción antiséptica la propiedad detergente y provocan la disolución de las sales de la orina precipitadas en los materiales urológicos. El Urolocide de A. C. M. I., en una solución al uno por mil, constituye el procedimiento ideal de limpieza y puesta en condiciones de cualquier instrumento que así no se ve sometido a modificaciones en su estructura o en su dispositivo eléctrico. El almacenamiento ulterior del material se hace en las estufas urológicas corrientes.

Por último debe recordarse que la urología actual ha ampliado su campo de acción con la *urología infantil*, y exige de esta urología infantil, de carácter eminentemente plástico, todos los requisitos y elementos que va a mencionar el Dr. Ardao cuando se refiera a las necesidades de la cirugía plástica.