

CONSIDERACIONES SOBRE ORGANIZACION ASISTENCIAL EN EL PERIODO POSTOPERATORIO INMEDIATO

Dr. LEON CHERTKOFF

Desde hace muchos años en nuestro país se han generalizado los Centros Quirúrgicos. Se reconoce que el acto quirúrgico exige, para su realización correcta, una disponibilidad de ambiente e instrumental adecuados. Además, un número considerable de técnicos: cirujanos, anestesistas, enfermeras, concentran su actividad al servicio del paciente quirúrgico en una labor coordinada. Es de gran significación que las consideraciones de orden puramente económico son secundarias a la necesidad de eficiencia técnica que caracteriza la cirugía moderna.

Tal dedicación intensiva al paciente quirúrgico se desvanece, sin embargo, una vez que éste abandona el quirófano, dando paso a una atención postoperatoria laxa, intermitente, casi pasiva.

De hecho un número considerable de pacientes, luego de una operación y anestesia correctamente realizadas, recuperan fácilmente el equilibrio de sus funciones vitales y su evolución requiere mínimas condiciones de vigilancia y cuidado. Esto es la regla en las llamadas intervenciones menores y medianas realizadas en pacientes sin insuficiencias orgánicas asociadas de importancia.

Pero existe un grupo de intervenciones en que el curso postoperatorio es previsiblemente más complejo. Cada día es más corriente operar pacientes con alteraciones respiratorias, circulatorias o metabólicas de entidad. La cirugía de urgencia es un ejemplo habitual de situaciones en que la hemorragia, la peritonitis, el traumatismo torácico o craneoencefálico, obligan a intervenir en pacientes con profundos desequilibrios que, aunque parcialmente compensados previamente, van a gravar la evolución postoperatoria.

Podemos mencionar, por último, la llamada cirugía mayor: resecciones viscerales amplias, cirugía pulmonar y cardiovascular, intervenciones sobre el sistema nervioso central, etc. En estos

casos, la anestesia y la operación, a pesar de su precisión y eficiencia correctiva, producen modificaciones profundas y duraderas en el equilibrio de funciones vitales.

Es evidente que en todos estos casos, el paciente exigirá durante el postoperatorio, una vigilancia estricta y una atención preferencial, sin las cuales es poco probable una evolución satisfactoria.

Aun entre aquellos casos en que la regla es la evolución no complicada, se introduce esporádicamente el accidente imprevisto, lamentable. Todos conocemos casos donde, luego de una intervención sencilla, una obstrucción respiratoria lleva a la asfixia fatal, o una hipotensión se convierte en un colapso circulatorio irrecuperable. Situaciones tanto más desgraciadas cuanto son más fáciles de evitar si se dispone de un sistema de vigilancia eficaz del postoperatorio.

Por lo tanto, a pesar de la existencia de grupos de pacientes con necesidades de cuidado muy dispares, es inconveniente determinar de antemano cuáles deben ser vigilados y cuáles no.

Todo paciente operado y anestesiado debería pasar por un período de vigilancia estrecha hasta que su evolución indique si puede ser trasladado a una sala general o si es necesario mantenerlo durante un lapso prolongado bajo atención más estricta e intensa.

El método más eficaz para lograr este fin, consiste en la creación de unidades o Centros de Recuperación anexos a los Centros Quirúrgicos, donde son llevados los operados al salir del quirófano.

Cuando se planifica la instalación de una unidad de esta naturaleza, los problemas a resolver pueden agruparse bajo tres grandes capítulos:

- 1) Planta física y disposición ambiental.
- 2) Equipo e instrumental.
- 3) Personal médico y de enfermería a cargo del funcionamiento de la unidad.

Nuestro enfoque excluye intencionalmente la descripción de los dos primeros puntos en detalle, como correspondería a la presentación de un modelo ideal. Por otra parte, cada hospital o institución de asistencia quirúrgica tiene necesidades y posibilidades diferentes y no existe el modelo estándar aplicable a todas por igual. Desde la modesta sala, en donde el esfuerzo continuado y la experiencia adquirida van progresivamente creando condiciones más convenientes, hasta espléndidas construcciones en que se han previsto al máximo las necesidades de confort y funcionalidad, caben muchas variantes. Lo único que nos inte-

resa señalar aquí, es la conveniencia de su ubicación cercana y con fácil comunicación al Centro Quirúrgico. También resultaría vacío detallar número y tipos de cama, aparatos de control o instrumental para tratamiento, necesarios para el funcionamiento de una unidad de recuperación.

Corresponde, en cada caso particular, al grupo de técnicos a cargo de una unidad, en acuerdo con las autoridades administrativas de la institución, el diseñar, equipar y poner en marcha el Centro en cuestión.

Nuestra intención, la única que podemos sostener con honestidad, es señalar la insuficiencia del régimen asistencial existente en nuestro país. El conocimiento de los problemas del postoperatorio y las técnicas para su tratamiento se han desarrollado vertiginosamente en los últimos diez años. No organizar los medios para su aplicación, significa una deficiencia grave, técnica y moral, que urge mejorar.

El primer problema a resolver, es quiénes son los encargados del manejo de un Centro de Recuperación. La denominación de Centro o unidad se funda en la existencia de un grupo orgánicamente constituido de técnicos, un equipo de trabajo, más que en la centralización espacial de la planta física.

Es equivocado el procedimiento de diseñar y equipar teóricamente un Centro de esta naturaleza, antes de contar con ese equipo de técnicos. Son hermosos proyectos en el papel, pero no funcionan. Más aún, no creemos que la planta física o el instrumental deba ser el núcleo alrededor del cual se centre la discusión, las más de las veces como obstáculo para llegar a realizaciones. Lo realmente importante es asegurar la continuidad de la atención médica y de enfermería en el postoperatorio, y para ello puede partirse de inicios modestos. Luego la experiencia indicará las modificaciones, agregados y enriquecimientos necesarios y posibles.

Insistimos en que la continuidad de la asistencia debe ser médica y de enfermería. Un Centro de Recuperación es insuficiente si la continuidad de la vigilancia descansa exclusivamente en el personal de enfermería.

La labor de este personal es fundamental, y al reconocimiento de la importancia de su función debe unirse el especial cuidado en la selección y entrenamiento de las personas que lo integran. La vigilancia continua, controles numerosos, situaciones que exigen medidas de reanimación urgentes, el uso de un instrumental cada día más complejo, así como la tensión emocional de enfrentar con frecuencia pacientes graves, obliga a contar con un personal de enfermería numeroso, calificado, entrenado y con interés por su trabajo.

En funciones igualmente continuadas, debe existir un personal médico con dedicación total o predominante a los problemas del postoperatorio. A su cargo queda la supervisión del trabajo de enfermería, la vigilancia directa de las situaciones más difíciles, la iniciativa para tomar medidas de reanimación directa o cambios urgentes en la terapéutica, etc. Debe ser un médico con responsabilidad en el funcionamiento de la unidad, en fin, quien determine si un paciente puede ser enviado a la sala general.

El gran obstáculo para obtener un servicio médico del postoperatorio con la organización unitaria y la dedicación de sus integrantes en forma total o preferencial, reside en lo que puede llamarse el estilo del trabajo médico en el Uruguay. Trabajo fragmentado en diversos lugares, no coordinado; cada labor individual se esteriliza en gran parte por su falta de integración a fines más amplios o en grupos más orgánicos.

Somos conscientes que el problema rebasa ampliamente el tema que estamos tratando. El cuidado del postoperatorio es un ejemplo, entre muchos, de la necesidad de modificar ese estilo de trabajo cuya insuficiencia para adaptarse a las normas de la medicina moderna se ha hecho evidente para todos.

Queremos destacar que no se trata de una especialidad médica más y el médico del postoperatorio. A nuestro juicio, cirujano y anestesista, si aceptan la plena responsabilidad de su función, deben y pueden hacerse cargo del postoperatorio. Los problemas de este período son de la competencia del cirujano y del anestesista, y en ocasiones provocados por alguno de ellos.

El anestesista es probablemente el técnico más indicado para dirigir una unidad de recuperación. La mayoría de los Centros de Recuperación que existen en el extranjero, funcionan bajo supervisión del Departamento de Anestesiología, el cual, por medio de sus integrantes, mantiene un servicio de guardia permanente y coordinado.

Es fácilmente explicable esta dedicación de los anestesistas al cuidado del postoperatorio. La mayor parte de los problemas graves y urgentes están vinculados a la reanimación respiratoria y hemodinámica. El mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea, la respiración artificial, el sostén cardiocirculatorio, la administración de fluidos, etc., son tareas habituales para el anestesista, quien las realiza diariamente en el quirófano. La experiencia adquirida en la práctica anesthesiológica es trasladable a las situaciones similares que ocurren fuera de la sala de operaciones y ha demostrado su eficacia en los hechos.

Existe un aspecto de relaciones profesionales que conviene aclarar. Los miembros estables de un Centro de Recuperación

no sustituyen al cirujano tratante. Le ofrecen simplemente el apoyo de una vigilancia continuada a su paciente y la atención sin retardo cuando se producen desequilibrios agudos. El cirujano mantiene su autoridad de médico tratante, sus indicaciones son respetadas y es llamado si las circunstancias lo exigen. Para un mejor entendimiento, al crear una unidad de esta naturaleza, conviene establecer un sistema de normas para la interrelación profesional entre los miembros estables, los cirujanos y otros médicos que puedan ser llamados a colaborar en calidad de consultantes o especializados.

Insistimos que el manejo básico del postoperatorio inmediato debe estar en manos de anestesistas y cirujanos. Sería deseable que estos últimos, en alguna etapa de su carrera, integraran en forma estable un Centro de Recuperación, a fin de familiarizarse con las técnicas de reanimación e interesarse en la fisiopatología del postoperatorio.

Para terminar, los anestesistas deben comprender que el trabajo en un Centro de Recuperación les permite ampliar su campo de actividad médica más allá de los límites estrechantes de la rutina en el quirófano. Es una puerta abierta al desarrollo de la especialidad que ha sido aprovechada en otros ambientes donde la anestesiología ha logrado un nivel y un prestigio que está muy lejos de poseer en nuestro país.