

EDITORIAL

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA: SU PROGRESO Y ANÁLISIS SOBRE INSUMOS Y ACCESORIOS ESPECIALES

En los últimos años la endoscopia terapéutica del aparato digestivo ha evolucionado notablemente. A los clásicos métodos termales de cauterización de corte, coagulación o mixta (del término «blend» americano) ya sea con asas, pinza caliente o probetas monopolares y bipolares, se suman hoy métodos como el argón plasma, el láser, la crioterapia. Además las empresas inventoras e innovadoras de endoscopia, nos sorprenden con lanzamientos frecuentes de sets ligadores de várices, sets de mucosectomía, clips hemostáticos, pegamentos sintéticos, asas de tipo desprendible (endoloop), endoprótesis para solución de estenosis inflamatorias o neoplásicas del tracto digestivo, entre otras.

En fin una serie de variables que permiten al endoscopista contar con un impresionante arsenal de alternativas que hacen que muchos procedimientos endoscópicos terapéuticos eviten cirugías de alta morbilidad y mortalidad. Otro aspecto a favor es que la recuperación de los pacientes es más rápida, por tanto el paciente trabajador y productivo, puede estar recuperándose y retornando a laborar en menos tiempo.

Esto se traduce en varios beneficios a los pagadores, ya sean los mismos pacientes o empresas pagadoras (ejemplo aseguradoras): menor estancia hospitalaria, menores costos de uso de sala de operaciones y anestesiología, menor pérdida de horas y días-hombre, efecto social-familiar positivo. Ahora bien, muchos de estos nuevos equipos endoscópicos pueden ser muy costosos y los insumos y accesorios también, pero si se analizan todos los factores está confirmado que el costo total es mucho menor.

En nuestros grandes hospitales y centros de formación, muchas veces no se tienen en cuenta estos factores y se restringe la compra de accesorios e insumos. Se argumenta el costo inmediato y no se analiza el costo global y no se hacen suficientes cálculos o estudios comparando costo paciente mes o paciente año. Si un paciente puede ser sometido a una litotripsia de la vía biliar que se realiza en 1 hora y es ambulatoria, ¿podría usted pensar que una cirugía equivalente (ejemplo derivación biliodigestiva o coledocotomía con promedio 3 días de hospitalización y todo el movimiento de recursos hospitalarios que conlleva) ¿podría ser más barata?

Y así podríamos comentar lo mismo sobre colocación de stents esofágicos o biliares, ligadura de várices, terapia combinada de úlceras sangrantes, mucosectomías, polipeptomías gigantes, dilataciones, etc. Por donde se mire no hay comparación. Cuidado que no pretendemos minimizar los riesgos que la terapia endoscópica tiene y que eventualmente se puede terminar en una cirugía, ni tampoco queremos magnificar la realidad de la endoscopia, pero estas pautas sirven.

Por eso empezando por nuestros endoscopistas, estos deben estar entrenados en los procedimientos nuevos, deben solicitar a sus respectivos centros la dotación adecuada de insumos con sustentos numéricos y estudios comparativos. Igualmente deben transmitir esto a los médicos en formación. Es interesante también propulsar protocolos de reciclamiento y esterilización segura y re-uso de accesorios como se hace en muchas partes del mundo, con la certeza que el procedimiento de reciclado sea 100% seguro. Hay insumos que no deben ser reciclados y otros que sí pueden serlo. Por otro lado, no se debe informalizar el reciclamiento, de tal manera que se convierta en riesgo con la justificación de no tener recursos. Todo esta documentado. Hoy en día no hay excusas para no acceder a información. La Web y el internet ya no nos dejan excusas.

Hay un aspecto muy importante. Los centros deben fomentar la capacitación, esta traerá el conocimiento de las nuevas técnicas y por tanto de nuevos equipos. Los médicos encargados de las diferentes jefaturas deben apoyar la provisión de estos nuevos métodos y mantenimiento de los mismos. Es toda una cadena que se puede romper fácilmente. No nos olvidamos por supuesto que falta un aspecto muy importante que son las sociedades científicas con su labor educativa y de capacitación. Por ejemplo en lo que es la formación del capítulo de endoscopia o la asociación de endoscopia, una de sus prioridades debe ser preocuparse de estos asuntos, un rol más activo en el mejoramiento de los estándares de la endoscopia nacional. Fomentar visita de expertos de otros países y fomentar investigación local, por que no propuestas o inventos nacionales. Total nuestra mano de obra es competitiva y de costo menor a otras latitudes.

Por último, debemos mencionar que las empresas que proveen de insumos de endoscopia deben participar activamente con las sociedades científicas, difundir sus productos y bajar sus precios. ¿Cómo lograrían bajar los precios? Pues sí fomentan el uso masivo de material y accesorios de endoscopia a precios atractivos, ganarán más por volumen. Increíblemente en nuestro país tenemos precios de lista en promedio tres veces mayores a países desarrollados. Es más usted puede solicitar un «stent» esofágico o uno metálico de la vía biliar y puede obtener como respuesta que sólo trajeron tres este año y demorará por trámite de importación unas 6 semanas tener otro disponible. Esta es una llamada de atención seria. Así que les debemos demandar más atención. El factor oriente con China, Corea, Taiwán y su industrialización también nos anima a buscar insumos de calidad, fabricados masivamente a mucho menor costo en esas latitudes. Por algo se empieza y por lo pronto empecemos por casa realizando un listado de los próximos insumos y accesorios de nuestro próximo petitorio.

Los Editores