

## REVISTA DE REVISTAS



CIRUGÍA GENERAL COMO CARRERA. FACTORES QUE INFLUENCIAN LA ELECCIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA

Barshes N et al. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 792-99.

Los autores de esta interesante revisión comienzan haciendo notar que desde 1987 hasta el año 2002, en los Estados Unidos de Norteamérica, la preferencia de los estudiantes por Cirugía General, ha declinado de un 7,8% a un 5,8%. En esta revisión analizan diversos factores que intervienen en esta decisión, tratando de aclarar los motivos que han llevado a la reducción señalada.

Se ha observado que un 14% de los alumnos que ingresan a estudiar medicina, ya tienen definida su especialidad, pero que casi el 70% lo hace durante su permanencia en la Facultad, especialmente en los primeros años; y muy influenciados por la experiencia que tengan de la especialidad como estudiantes. Asimismo, al momento de matricularse la cirugía es muy popular entre los estudiantes, pero no más del 45% mantiene la preferencia por la especialidad que había escogido inicialmente. En este sentido, son más los que "abandonan" el interés por la cirugía, que los que se interesan por ella después.

Se han relacionado con la cirugía ciertas características de personalidad, tales como: agresividad, competitividad, autoritarismo, más resistencia al estrés, pero también otras como altruismo y oportunidades de líder, que si bien son importantes, no son las únicas determinantes. Está claro que en la elección de la especialidad juega un rol importante la satisfacción en el trabajo, que en relación con los factores mencionados no están bien estudiados. Lo que existen son test para ayudar a elegir especialidad, en relación a las características de la personalidad.

Lo que parece cobrar valor es el "estilo de vida" deseable al momento de elegir la especialidad. Ello es mencionado por el 83% de los hombres y el 63% de las mujeres como un factor para no elegir cirugía, siendo que el 99% de los estudiantes coloca a

la cirugía como una de las dos especialidades más estresantes.

También juega un rol el ingreso económico esperable con la especialidad, reconociendo que lo que puede ingresar un cirujano está por debajo de lo que le correspondería por la dedicación que se tiene. En todo caso, ello está influido por el status socioeconómico del estudiante, y no pesa demasiado a la hora de evaluar la carga de trabajo semanal.

También influye el prestigio que aporta la especialidad, siendo la cirugía una de las más reconocidas socialmente.

Con todo lo anterior, no ha variado significativamente en los últimos 15 años, la proporción de los mejores alumnos de medicina, que se interesan por la cirugía.

Considerando que actualmente en las escuelas de medicina la proporción de estudiantes mujeres es casi igual a la de los hombres, no más del 24% de los residentes de cirugía son mujeres, siendo significativamente menos las mujeres que se interesan por la cirugía durante su época de estudiantes. Por otro lado, siendo significativa la incorporación de mujeres a la carrera académica, sólo una muy baja proporción tiene una dedicación completa. Si bien hay estudios que demuestran el efecto de los pares, notándose más interés por la especialidad cuando hay personas del mismo sexo en su facultad, se sigue viendo a la cirugía como un "boys club", donde el ambiente, en general, las deja fuera de lugar.

Si el estudiante está casado, es otra razón más para no desear una especialidad muy demandante de horario.

En fin, son muchos y variados los factores que influyen en la decisión por una especialidad en medicina, pero definitivamente, la imagen que transmiten los profesores a los alumnos, especialmente durante los primeros contactos con la especialidad, (que es donde todavía hay más interés por la cirugía) es muy importante a la hora de las definiciones.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.



**COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA EN TRAUMA:  
ESTUDIO PROSPECTIVO**

*Barshes N et al. J Am Coll Surg 2004; 199: 792-99.*

La colecistitis aguda alitiásica (CAA), puede presentarse en el contexto de un traumatismo severo, siendo una complicación grave y potencialmente letal. Se ha señalado como factores de riesgo el *shock*, transfusiones sanguíneas, activación del Factor XII, duración de la ventilación mecánica, PEEP, uso de opiáceos, nutrición parenteral, hiperalimentación y ectasia biliar. Se ha indicado también, que la gravedad del traumatismo sería determinante y que su mortalidad es elevada.

Los AA realizan un estudio prospectivo en 255 accidentados ingresados entre los años 1998 y 2000, al Centro de Trauma Lorenz Boehler de Viena, Austria. Edad promedio 47 años, 70% de sexo masculino. Los criterios de admisión fueron: ISS  $\geq$  12, cuidados intensivos > a 4 días y estudio de ultrasonido efectuado al ingreso.

El estudio de ultrasonido, permitió separar a los pacientes en 3 grupos: A) 27 (10,6%) casos: alteraciones severas (engrosamiento de la pared  $\geq$  a 3,5 mm, edema, necrosis, ruptura inminente). B) 37 (14,5%) Hidrops vesicular y C) 191 (74,9%) normal.

Hay 3 factores que definen el riesgo de una CAA, a los que hay que prestar especial atención: ISS elevado, taquicardia al ingreso a la UCI y requerimientos de transfusión de varias unidades de glóbulos rojos. A ellos hay que someter precozmente a un examen de ultrasonido. Cuando este está alterado y clínicamente el paciente evoluciona con dolor y/o distensión abdominal, o se presenta con inestabilidad hemodinámica e inminencia de falla orgánica múltiple, debe procederse a realizar una colecistectomía.

En 21 (8,2%) pacientes se realizó colecistectomía. Todos tenían un compromiso clínico mayor y alteraciones en el examen de ultrasonido (Grupos A o B). El estudio histopatológico de la pieza operatoria corroboró siempre los hallazgos del ultrasonido. Los controles diarios de laboratorio no constituyeron aporte alguno para definir el grupo con CAA.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.



**REEVALUANDO MANEJO Y RESULTADO EN TRAUMA HEPÁTICO CONTUSO**

*Duane TM, Como JJ, Bochicchio GV y col. J Trauma 2004; 57: 494-500.*

El manejo no operatorio (MNO) en el trauma hepático contuso (THC) constituye hoy una norma. En 1996, Pachter publicó un estudio multicéntrico (13 Centros de Trauma Nivel I), en el cual, en el 98,5% de los casos en que se intentó, se concretó. Incluyó tan sólo un número pequeño de THC de alta gravedad, que requieren mayores recursos tienen más complicaciones y peor pronóstico.

Los AA revisan retrospectivamente 80 accidentados con THC. Grados IV y V, según la Clasificación de la AAST, ingresados entre 1999 y 2002 al R. Adams Cowley Shock Center. La lesión fue catalogada por imágenes de TAC o por hallazgos operatorios.

El 85% fueron víctimas de accidentes vehiculares. La casuística constituye 72 casos Grado IV y 8 Grado V. Parámetros promedio al ingreso: Presión sistólica 122 mmHg, FC 102, Escala de Coma de Glasgow (EC) 11, ISS 34. Aporte de volumen en primeras 4 horas: 5.2 lts de cristaloides y 6.75 unidades de sangre. Estada en UCI 7.8 y hospitalaria 11 días.

En 36 pacientes (45%) se pudo hacer MNO. El restante 55% tuvo manejo operatorio (MO). Al comparar los pacientes de ambos grupos, se observó que aquellos sometidos a MO presentaron una EC más bajo, un ISS más alto (38,3), mayor descenso del hematocrito y recuento de plaquetas, lactato más elevado y tuvieron mayores requerimientos de volumen. Asimismo, estadas más prolongadas en UCI y Hospital. Su mortalidad, muy elevada, llegó a 66%, comparado con 8,3% del grupo de MNO, en el 59% por hemorragia incoercible.

En 48 (60%) pacientes, se realizó Angiografía. En 24, se encontró extravasación y se realizó embolización. En 12 se requirió MO. En 9 de estos últimos, la embolización fue postoperatoria. Al asociarse angiografía y MO, aumentó la morbilidad.

Un mayor descenso de las plaquetas e incremento desmesurado en requerimiento de cristaloides, en las primeras 4 horas desde el accidente, fueron factores determinantes de gravedad y de MO. La angiografía, tiene su mayor rol en pacientes de MNO, hemodinámicamente estables, y demostró no influir en el pronóstico de aquellos sometidos a MO.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.



DIVERTÍCULO DE MECKEL: COMPARACIÓN ENTRE CASOS SINTOMÁTICOS E INCIDENTALES

*Kamal E. Bani-Hani y col. World J Surg 2004; 28: 917-20.*

Aunque el divertículo de Meckel es una de las más frecuentes malformaciones congénitas gastrointestinales, se continúa debatiendo que tipo de tratamiento sería el más adecuado para los divertículos asintomáticos. Revisamos todas las historias clínicas de los pacientes que fueron sometidos en nuestro Hospital a una resección del divertículo de Meckel entre 1990 y 2002. Se analizaron las características clínicas, la forma de presentación y los tratamientos realizados. En 68 pacientes se resecó el divertículo de Meckel. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: el grupo incidental que incluyó 40 pacientes (24 varones) en que el diagnóstico fue fortuito; el grupo sintomático 28 pacientes (20 varones), que presentaron complicaciones referibles al divertículo. El diagnóstico preoperatorio se efectuó tan solo en 4 casos. En 4 pacientes

del grupo sintomático el divertículo de Meckel se encontró a la izquierda, no explorada en laparotomías previas. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos por lo que al género se refiere ( $p=0,48$ ). Los pacientes del grupo sintomático fueron significativamente más jóvenes que los del grupo incidental ( $p=0,002$ ). Los divertículos en el grupo sintomático fueron más largos ( $p=0,001$ ) y con una base más estrecha ( $p=0,001$ ) que los divertículos del grupo incidental. Un diámetro  $\leq 2$  cm se acompañaba de un mayor número de complicaciones ( $p=0,01$ ). Tejido heterotópico se encontró con más frecuencia en el grupo sintomático que en el incidental ( $p=0,01$ ). La morbilidad fue semejante en ambos grupos ( $p=0,71$ ). No hubo mortalidad. El diagnóstico preoperatorio de un divertículo de Meckel es difícil y ha de ser tenido en cuenta en todos los casos de abdomen agudo. La resección de un divertículo descubierto accidentalmente no incrementa la morbimortalidad operatoria.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.