

EDITORIAL

Cirugía Hoy: Convergencia de Centros Universitarios y Sociedades Científicas

Interactions between University Centers and Scientific Colleges

El ejercicio de la cirugía ha cambiado profunda y vertiginosamente en los últimos años. Algunos de estos cambios constituyen claros progresos. Estos se complementan con nuevos recursos de diagnóstico y de tratamiento que permiten tratar con éxito y recuperar a pacientes que antes no tenían solución.

Sin embargo, paralelamente se ha hecho más complejo el ejercicio de esta especialidad. Entre otros factores, influye la relativa dependencia del cirujano de las instituciones que financian la salud las que tienen como objetivo principal aumentar el número de prestaciones y reducir sus costos incluso por la vía del control de los aranceles y/o honorarios quirúrgicos. Ante el riesgo de ver mermado su trabajo y sus ingresos los cirujanos han ido paulatinamente aceptando estas condiciones que, pudiendo ser legítimas, no siempre contribuyen a incrementar la calidad del trabajo o al mejor cuidado de los pacientes.

La reducción y el control de los costos es otra necesidad de nuestro tiempo, haciéndose presente en todos los centros asistenciales, incluyendo los ministeriales, los privados y los universitarios. La subsistencia de estos centros depende de sus políticas administrativas. El mayor control administrativo influye en el quehacer quirúrgico diario de diversas maneras. Se ha llegado incluso al extremo de calcular el costo-beneficio de las visitas médicas de los pacientes y del tiempo que se les destina.

Por otro lado, surgen también las necesarias políticas de control de calidad y de seguridad, que se manifiestan en la tendencia progresiva de las instituciones a acreditarse nacional e internacionalmente. Los especialistas por su parte se certifican como tales y a corto plazo deberán re-certificarse periódicamente. Las Universidades, a su vez, deben acreditar sus programas de formación de especialistas. Todas estas políticas de acreditación de los centros y certificación de los especialistas constituyen en el fondo diversas formas de controlar y mejorar la calidad del trabajo. De su implementación adecuada depende en gran medida la actividad profesional del futuro así como el desarrollo y el progreso de la cirugía. Más que medidas restrictivas, estas deben ser consideradas instancias de estímulo para la mejor infraestructura de los hospitales y la mejor formación de los cirujanos.

En este entorno de complejidad creciente y multifactorial se perfila claramente la necesidad de que las universidades y sus hospitales docentes asociados por una parte y la Sociedad de Cirujanos de Chile por otra contribuyan a proporcionar marcos de acción que permitan aglutinar a los cirujanos velando a su vez por la calidad de su trabajo. En las Universidades se forman los cirujanos del futuro. En ellas no basta con enseñar a operar. Si bien la técnica quirúrgica mantiene mas que nunca plena importancia, la formación ética y científica del cirujano constituye el desafío y la labor esencial de las universidades, con la colaboración activa de la Sociedad de Cirujanos de Chile. No importa que en algunos casos haya diferencias de criterios para enfrentar las distintas patologías. Al contrario, la diversidad debe ser bienvenida y no descalificada, siempre que venga respaldada por un criterio científico y ético. La diversidad de criterios bien planteada, permite incrementar el conocimiento mediante la evaluación objetiva y no

sesgada de los resultados que se obtienen y que se presentan debidamente analizados. Otros resguardos que deben tener presente los centros universitarios al plantear sus criterios, es que lo que un especialista calificado ejecuta con bajo riesgo en un centro de alta complejidad, no necesariamente es aplicable como criterio general de acción en cualquier centro. Tampoco un estudio protocolizado de determinada técnica debe predicarse automáticamente como lo mejor, para uso común en otros hospitales. Por su lado un cirujano de base científica sólida debe saber distinguir entre el procedimiento establecido de aquel otro que es aun experimental.

La labor formativa de las universidades se vincula y se complementa directamente con las responsabilidades que asumen en nuestro país las Sociedades Científicas y en forma muy destacada la Sociedad de Cirujanos de Chile. Hoy día la docencia universitaria se ha hecho cada vez mas multicéntrica y diversa por lo que esta complementación se hace cada vez mas necesaria. La Sociedad de Cirujanos de Chile juega un rol central en esta labor formadora, gracias a sus múltiples actividades, entre otras, sus programas de educación continua para los cirujanos y en forma muy importante gracias a su participación creciente y activa, en conjunto con las universidades, en los organismos encargados de la acreditación y control de los programas formadores de especialistas. Esta actividad conjunta con los centros universitarios debe ser estimulada y reforzada.

Por otra parte, a la Sociedad confluyen cirujanos de distintos centros del país en la búsqueda del estado del arte. Sin embargo, el mayor beneficio probablemente no es éste, sino que el de establecer una relación de confianza y de amistad entre colegas que les permita conocerse e interactuar sin prejuicios y con altura de miras. En esta era de la informática, en que el conocimiento puro puede obtenerse con innegable facilidad casi sin intercambiar con pares, este rol aglutinador de la Sociedad adquiere todavía mayor importancia. De alguna forma también la Sociedad debe interactuar a través de sus directivas y de sus miembros con la realidad administrativa y financiera de nuestra especialidad, cautelando que estas prioridades tan vigentes no deterioren la calidad de nuestra cirugía ni tampoco las relaciones entre nuestros cirujanos. Existe en consecuencia, una especie de analogía y clara complementación de misiones entre Universidades y Sociedades Científicas: ambas se complementan en su quehacer y ambas contribuyen recíprocamente a elevar el nivel de la otra y por esta vía a elevar el nivel de nuestros profesionales y del ejercicio de nuestra profesión.

Es de esperar que todos los cirujanos comprendan la conveniencia de reforzar esta labor y se hagan parte de ella. Con frecuencia se ven grandes esfuerzos docentes de post grado, en diversos centros, con escasa acogida y participación de los cirujanos atrapados por la pesada rutina de su labor asistencial. Otros adoptan, especialmente en relación con la Sociedad, la decisión de marginarse de sus actividades, argumentando que ésta no les reporta beneficios o incluso acusándola de elitista. La mejor manera de contribuir al desarrollo de la cirugía es precisamente con el aporte del trabajo propio, complementado con el de otros y la mejor manera de colaborar es con la crítica constructiva que se hace desde adentro. La cirugía es una especialidad en constante cambio, evolutiva, asociada a los más diversos desarrollos tecnológicos lo cual plantea para el futuro enormes y atractivos desafíos y progresos, especialmente en los albores de un nuevo siglo. Muchos de ellos ni siquiera los imaginamos. La mejor forma de enfrentar estos desafíos es con el respaldo y la fuerza de nuestras instituciones docentes y de la Sociedad de Cirujanos de Chile. La fuerza que adquieran las Universidades y las Sociedades Científicas depende de nosotros. Es misión de todos.

Dr. SERGIO GUZMÁN B.
Director Departamento de Cirugía
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

IMÁGENES Y CIRUGÍA

Hernia traumática de la pared abdominal por manubrio de bicicleta*

Traumatic abdominal wall hernia

Drs. RICARDO GENI G¹, MIGUEL PLAZA DE LOS REYES Z¹,
JOSÉ M. ZÚÑIGA A.², ROBERTO CHARLES C.²

¹Servicio de Cirugía Hospital del Trabajador de Santiago.

²Residente Cirugía, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.

Paciente hombre de 41 años, sano, mientras viajaba en bicicleta sufre caída al esquivar un obstáculo, recibiendo impacto por el manubrio de su bicicleta en el hemiabdomen derecho. Examen físico al ingreso: hemodinamia estable, huella erosiva en relación a contusión abdominal (Figura 1), con masa palpable muy sensible. TAC abdominal muestra una ruptura en el tercio medio del músculo recto

anterior derecho de 3 cm, por la cual protruye epipión mayor (Figura 2). Sin lesiones intraabdominales. Control con TAC a las 48 hr no mostró cambios, permitiendo su alta. Cuatro semanas después se opera electivamente por vía laparoscópica instalando una malla PROCEED para cerrar el defecto (Figuras 3 y 4). Evolucionó sin complicaciones.



Figura 1. Huella de manubrio en pared abdominal.



Figura 2. Tac de abdomen; flecha indica hernia traumática abdominal.

* Recibido el 22 de Agosto de 2008 y aceptado para publicación el 24 de Septiembre de 2008.

Correspondencia: Dr. Ricardo Geni G.
Ramón Carnicer 185, Santiago, Chile
Fax: 56 2 6853128
E-mail: rgeni@mi.cl

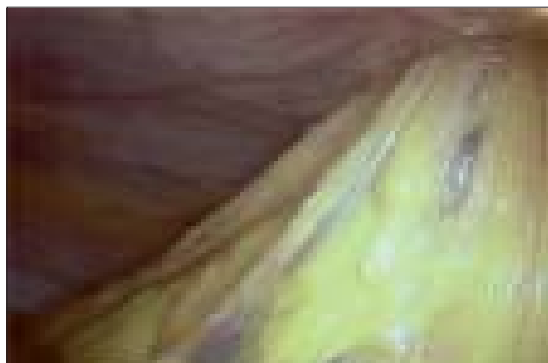


Figura 3. Hernia traumática, aspecto laparoscópico después de cuatro semanas.

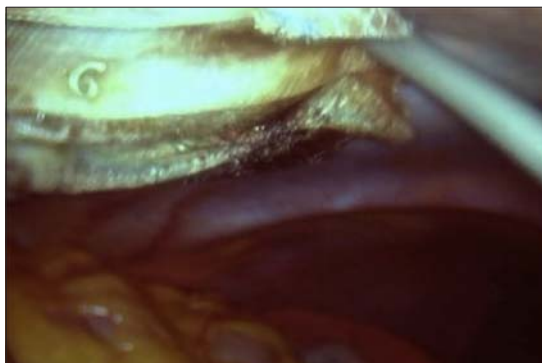


Figura 4. Reparación laparoscópica con malla PROCEED.

DISCUSIÓN

La hernia traumática de la pared abdominal (HTPA) es infrecuente, describiéndose una ocurrencia de 1% para traumatismos violentos¹, siendo aun más infrecuentes por el mecanismo antes señalado (manubrio de bicicleta)². Su presentación puede ser tardía, por lo que requiere de una alta capacidad de sospecha clínica³. El 78% ocurre en accidentes viales y generalmente son infraumbilicales. La TAC es el examen diagnóstico más sensible y tiene la ventaja de informar la presencia de lesiones intraabdominales asociadas, las que pueden encontrarse en un 67% de los casos⁴.

Su definición, clasificación y manejo aun es controversial, principalmente en cuanto al momento de su resolución quirúrgica (urgencia o diferida)⁵ y técnica empleada.

La laparoscopia ya ha demostrado sus beneficios en la reparación de hernias incisionales, lo cual se puede extender también a las HTPA en pacientes estables al ingreso, en quienes se decide realizar una cirugía diferida. El uso de mallas protésicas ha disminuido la recidiva de hernias ventrales y HTPA^{6,7}, y sólo estaría contraindicada ante las evidencias de alguna lesión visceral o una clara contaminación intestinal⁴.

REFERENCIAS

1. Brenneman F, Boulanger B, Antonyshyn O. Surgical management of abdominal wall disruption after blunt trauma. *J Trauma* 1995; 39: 539-544.
2. Nikhil T, Madhu N, Surender K, Puneet D. Traumatic handlebar hernia associated with hepatic herniation: a case report and review of the literature. *Hernia* 2007; 11: 365-367.
3. Belgers HJ, Hulsewe KWE, Heeren PAM, Hoofwijk AGM. Traumatic abdominal wall hernia: delayed presentation in two cases and a review of the literature. *Hernia* 2005; 9: 388-391.
4. Moreno-Egea A, Girela E, Parlorio E, Aguayo-Albasini JL. Controversias en el manejo actual de las hernias traumáticas de pared abdominal. *Cir Esp* 2007; 82: 260-267.
5. Spencer Netto F, Hamilton P, Rizoli S, Nascimento B, Brenneman FD, Tien H, et al. Traumatic Abdominal Wall Hernia: Epidemiology and Clinical Implications. *J Trauma* 2006; 61: 1058-1061.
6. Aucar JA, Biggers B, Silliman WR, Losanoff JE. Traumatic Abdominal wall hernia. Same-admission laparoscopic repair. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004; 14: 98-100.
7. Hong-Jo CH, Hak-You L, Ki-Han K, Sung-Heun K, Min-Chan K. Traumatic abdominal wall hernia (TAWH): A case study highlighting surgical management. *Jonsei Medical Journal* 2007; 48: 549-553.