

¿Beneficios? al atender accidentados en centros de trauma. Haas B, Jurkovich GJ, Wang J y cols. *J Am Coll Surg* 2009; 208: 28-36

Se sostiene que accidentados, especialmente jóvenes, atendidos en Centros de Trauma (CT) tienen menor riesgo de mortalidad. Factores tales como elementos diagnósticos instantáneos, cirugía inmediata y disponibilidad de especialistas resultan sugerentes. Sin embargo, las causas específicas son desconocidas. Si ellas fueran identificadas, medidas apropiadas pudieran implementarse en Centros no especializados (CNE), que de hecho, reciben actualmente el 30% de los Politraumatizados graves.

Los AA deciden explorar las posibles causas. Para ello eligieron dos subgrupos de pacientes: Trauma penetrante + hipotensión (TPH) y Trauma craneoencefálico contuso (TCEC); el uno con requerimiento quirúrgico inmediato, y el otro con alto riesgo de mortalidad.

El estudio fue prospectivo. Se extiende de Julio de 2001 a Noviembre de 2002. Se constituyó un grupo multi-institucional conformado por 18 CT y 51 CNE. Incluyó sólo a pacientes adultos, de 18 a 84 años, ingresados vivos, e inmediatamente de ocurrido el accidente. Se incorporaron 1.331 pacientes: 565 TPH y 766 TCEC. Si bien, las características institucionales variaron, las características de las lesiones y su gravedad fueron de gran similitud.

La mortalidad global fue de 22,6% en CT y de 28,4% en CNE. Revisada por patología, para TPH fue respectivamente de 12,1% y 15,5%. Analizado en TCEC estas cifras fueron de 30,7% y 35,7%. La mortalidad en las primeras 24 horas fue considerablemente más baja en los CT (8,9%), comparado con un 13,5% en CNE.

Los CT tienen evidentes beneficios, especialmente para los lesionados más graves. Pero la razón no estriba en eventuales demoras en efectuar evaluación y diagnóstico o acceder al tratamiento quirúrgico, sino que en la posibilidad de disponer de especialistas y expertos.

Dr. Ricardo Sonneborn G.
Hospital del Trabajador de Santiago

Efecto del volumen quirúrgico sobre los resultados en cirugía hepato-bilio-pancreática. Relación entre volumen del hospital y volumen del cirujano. Nathan H. et al. *J Am Coll Surg* 2009; 208: 528-538

Se ha observado que tanto el alto volumen quirúrgico de un hospital como el de un cirujano en

particular, especialmente cuando se trata de procedimientos complejos, se asocian a mejores resultados precoces y alejados. Ello ha determinado, entre otros efectos, que ciertos consorcios de industrias (Grupo Leapfrog) refieran sus empleados sólo a centros que cumplan determinados volúmenes de pacientes, queriendo asegurar con ello una menor morbilidad y mortalidad postoperatoria. Sin embargo, la literatura es aún confusa en ciertos aspectos y no se termina de clarificar cuánto pesa en ciertos casos el factor hospital y cuánto el volumen propio del cirujano. Ello es de importancia porque si se identifican bien las causas que explican lo primero, se puede replicar ese modelo en los centros con peores resultados, modificando sus procesos quirúrgicos y subiendo el nivel.

Los autores, de Johns Hopkins, utilizaron una base de datos sobre cirugía hepato-bilio-pancreática en los estados de Florida, Maryland y New York para tratar de separar los dos efectos mencionados. Observaron que tanto en las resecciones hepáticas (n = 6.871) con una mortalidad global del 3,1% como en las resecciones del páncreas (n = 8.251) con mortalidad promedio de 3,3%, existía una relación inversa entre volumen del hospital y mortalidad: a mayor volumen menor mortalidad. Sin embargo, el volumen de resecciones hepáticas por cirujano no tenía relación con la mortalidad. Tampoco lo tenía que el hospital efectuara o no trasplantes de hígado. Para el caso de las resecciones de páncreas, en cambio, si los resultados se ajustaban por volumen del cirujano, el efecto del volumen del hospital desaparecía; por lo tanto, para el caso de la cirugía del páncreas, el volumen del cirujano es el que muestra la poderosa asociación estadística con el resultado. Específicamente para una pancreatoduodenectomía, sólo el 26% del efecto del volumen del cirujano es atribuible al volumen del hospital, en cambio, el 51% del aparente efecto del volumen del hospital es debido al cirujano.

Los datos del presente análisis confirman las observaciones de otros, pero importantemente, dejan en claro que los efectos son muy específicos y las observaciones no se pueden generalizar. El efecto del volumen del hospital es decisivo para los resultados de la cirugía hepática como el volumen del cirujano lo es para las resecciones del páncreas. Para el caso del hígado, significa que un calificado cuidado postoperatorio del paciente y procesos del hospital son críticos para obtener buenos resultados en resecciones hepáticas. Son las buenas prácticas exportables a centros de bajo volumen. Tampoco

los efectos se pueden traspasar entre distintas cirugías, es decir, buenos resultados con una cirugía no aseguran lo mismo para otras.

También estos resultados tienen importancia al momento de definir y acreditar centros académicos de formación de especialistas.

Dr. Ricardo Espinoza G.
Universidad de Los Andes

Parálisis del nervio laríngeo recurrente después de cirugía tiroidea. *Orhan Alimoglu et col.*
Int Surg 2008; 93: 257-260

La identificación de los factores de riesgo asociados con el aumento de incidencia de la lesión del nervio laríngeo recurrente (RLN), se están haciendo muy relevantes. Veintinueve de 581 pacientes presentaron parálisis del RLN después de tiroidectomía, esta serie fue analizada retrospectivamente. Hubo 23 mujeres (79%) y 6 hombres (21%), con edad media de 45,6 años (rango 22 - 66 años). Once pacientes

tuvieron parálisis de cuerda vocal derecha, 8 de izquierda y en diez fue bilateral. Diez pacientes fueron sometidos a tiroidectomía casi total (34,4%), a 8 pacientes se les trató con tiroidectomía subtotal bilateral (27,5%), seis pacientes fueron sometidos a tiroidectomía total (20,7%) y cinco pacientes a lobectomía unilateral (17,2%); cuatro de 10 pacientes con parálisis de cuerdas vocales bilateral, tenían una lesión del nervio unilateral detectada con laringoscopia antes de la cirugía. Solamente cinco pacientes desarrollaron parálisis permanente de las cuerdas vocales (17%). Tres pacientes con parálisis permanente fueron sometidos a reoperación de cirugía tiroidea y también una lobectomía total.

Un paciente requirió traqueostomía, y aritenoidectomía en otro paciente en seguimiento posterior.

La mayoría de las parálisis laríngeas del nervio recurrente después de tiroidectomías fueron transitorias. Las parálisis permanentes están asociadas a reoperaciones de cirugía del tiroides.

Dr. Manuel Fernández P.
Hospital Clínico Universidad de Chile