

● LOS CIRUJANOS NO PARECEN COMPRENDER LA IMPORTANCIA DEL USO DE DOBLE GUANTE

Escasa proporción de cirujanos usan doble guante y se resisten en su mayoría a cambiar las prácticas.

Edmonton, Canadá

Los médicos cirujanos consultores y los residentes, por diferentes razones, no incorporan el uso de doble guante en su práctica rutinaria.

[The American Journal of Surgery 185:141-145, 2003 - SIIC]

Investigadores de la División de Cirugía General de la Universidad de Alberta, Canadá, efectuaron un estudio a fin de determinar las prácticas y actitudes relacionadas con el uso de doble guante y otras medidas preventivas adoptadas en la sala de operaciones. La mayoría de los cirujanos y médicos residentes no utilizan doble guante, aún cuando existe fuerte evidencia de su eficacia.

Se diseñaron dos cuestionarios a los fines del estudio. El primero de los mismos fue enviado a 268 cirujanos y residentes del Departamento de Cirugía de la Universidad para determinar cuáles eran las medidas de seguridad que utilizaban dichos profesionales. Los médicos de obstetricia y ginecología y los cirujanos generales tuvieron las tasas más altas de respuesta. De los profesionales que respondieron el 57% dijo no usar doble guante. El segundo cuestionario que contenía información de normas de seguridad fue remitido a todos los médicos que no utilizaran los guantes de forma rutinaria para evaluar si el conocimiento ofrecido podía modificar sus prácticas; de éstos sólo el 23% pudo cambiarlas como resultado de la información. Los datos estadísticos fueron procesados con el método del chi-cuadrado a fin de obtener posibles asociaciones y grado de significancia entre la especialidad, medidas de seguridad y actitudes en torno al uso de guantes.

En el curso del estudio se observó que los cirujanos aceptan otras medidas de prevención universales con una tasa de inmunización para Hepatitis B del 97%; si bien sólo el 50% tiene control de su inmunidad en los últimos tres años, según recomendaciones para la determinación de la respuesta inmune.

La razón más frecuente para no utilizar doble guante, expresada por los cirujanos y residentes fue la percepción de pérdida de la destreza y del confort.

La mayor parte de los cirujanos que trabajan en éste entorno académico no creen que el uso de doble guante mejore la seguridad en la sala de operaciones y sólo un pequeño porcentaje lo hace cuando el grado de evidencia es elevado.

El interrogante que se plantea es si será necesaria algún tipo de legislación para que los profesionales modifiquen su práctica.

LA INFECCIÓN DEL SITIO DE INCISION QUIRURGICA POSTERIOR AL ALTA TRIPLICA LOS COSTOS DEL POSTOPERATORIO

Estudio comparativo de recursos médicos utilizados y costos en 2 grupos de pacientes, uno de los cuales presentó infección del área de la incisión quirúrgica luego del egreso hospitalario.

Boston, EE.UU.

Los pacientes en los que se presentó una infección del sitio operatorio, luego de su egreso del hospital, habían sufrido operaciones más prolongadas, tenían mayor incidencia de insuficiencia cardíaca congestiva, artritis, y diabetes que los controles. El costo médico promedio del grupo con infección triplicó al del grupo control. [Emerging Infectious Diseases, 9:196-202 2003 - SIIC]

La infección del sitio quirúrgico (ISQ), descubierto por el médico después del egreso hospitalario del paciente, aumenta notablemente los costos postoperatorios tanto directos como indirectos. Esto es más evidente cuando como consecuencia del mismo, el enfermo debe reinternarse.

El incremento de los costos directos se origina en el aumento de consultas ambulatorias, reinternaciones, gastos radiológicos y de farmacia, ayuda especializada domiciliaria y otras prestaciones necesarias.

Los sobrecostos médicos directos de la ISQ postalta son mucho menores cuando el paciente no requiere reinternación.

La tendencia actual de internaciones cortas y cirugías ambulatorias, lleva a que las ISQ postegreso se incrementen y escapen por lo tanto al análisis y control de los Comités de Infecciones con que cuentan la mayoría de los nosocomios.

Es bien conocida la importancia en la salud y costos de la ISQ intrahospitalario, pero se sabe mucho menos de dicho impacto luego de la salida del paciente del hospital.

Los autores estudiaron 4571 pacientes que sufrieron algún tipo de intervención quirúrgica no obstétrica, con o sin internación y observaron que 89 (o sea el 1,9 %) presentó una ISQ dentro de los 30 días siguientes a su egreso. A los fines del estudio de costos, estos pacientes fueron evaluados durante 8 semanas.

Se generó un grupo control basado en 178 casos que no sufrieron ISQ y que tuvieron similar edad, patología, sexo y tipo de cirugía, a razón de 2 pacientes control por cada enfermo con infección.

La duración del acto operatorio fue bastante más prolongada en el grupo con infección (promedio de 177 minutos) que en los controles (137 minutos). Esto estaba dentro de lo previsible, ya que la duración del acto operatorio es un importante factor de riesgo para la infección.

Los pacientes con ISQ duplicaron el número de visitas al médico (7,5 visitas) con relación al grupo control (3,4). No hubo diferencias en cuanto a la cantidad de estudios de laboratorio entre ambas poblaciones.

Los pacientes con ISQ necesitaron más estudios radiológicos, mayor asistencia domiciliaria, mayor consumo de antibióticos e incremento de las reinternaciones.

El costo promedio de las 8 semanas de seguimiento de los enfermos con ISQ fue de 5.155 dólares estadounidenses, mientras que el grupo control tuvo un costo de u\$s 1.773. El primer grupo requirió 34 % de reinternaciones mientras que el segundo necesitó 12 %.

El costo promedio se reduce sensiblemente en aquellos casos de ISQ que no requieren reinternación. Esta reducción puede estimarse en 76 %.

La ISQ postalta también estuvo asociada de manera significativa con deterioro físico y mental. Esta situación incrementó la necesidad de utilizar recursos de salud. Todos estos hallazgos confirman la importancia de prevenir la aparición de ISQ postegreso hospitalario

HEPATOMA: BUENOS RESULTADOS DE LA ABLACIÓN PERCUTÁNEA POR RADIOFRECUENCIA

Utilizan un aparato de múltiples agujas-electrodo que permite reseca tumores de mayor tamaño.

El Cairo, Egipto

Los autores obtuvieron resultados satisfactorios con la resección por radiofrecuencia en 158 enfermos con carcinoma hepatocelular. Los tumores menores a 3 cm son los que evidenciaron mejores hallazgos.

[HPB, 5:11-18, 2003 - SIC]

Fueron estudiados 158 pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) en la Universidad de El Cairo, que presentaban cirrosis hepática compensada y con una concentración de protrombina superior al 70 %.

Excluyeron aquellos pacientes con descompensación de la función del hígado, tendencia a hemorragias y tumores mayores a 8 cm de tamaño y que fueran inaccesibles para la ablación percutánea por radiofrecuencia.

Todos los pacientes habían desarrollado la cirrosis a partir de una hepatitis viral, ya sea B o C y las edades de los pacientes oscilaron entre 35 y 68 años. 81 % tenía una lesión única, 13 % presentaba 2 lesiones y 6 % tres lesiones.

Todos los pacientes toleraron bien la ablación por radiofrecuencia (AR) sin mayores efectos colaterales. El dolor que presentó el 66 % de los casos fue localizado y transitorio. Y se resolvió adecuadamente con analgésicos poco potentes. Más de la mitad tuvieron fiebre, pero ésta desapareció al cabo de 3 días.

La tomografía computada demostró la desaparición completa del tumor, un mes después del procedimiento en los 128 pacientes que mostraban un tumor menor a 3 cm. , y en 8 casos de los 30 que presentaban una neoplasia de tamaño mayor.

3 pacientes con tumores mayores a 5 cm y 4 con lesiones múltiples mostraron la presencia de lesiones residuales en zonas adyacentes a las tratadas. Una nueva AR se realizó en 3 de ellos.

22 pacientes (13,9 %) que no respondieron al tratamiento con AR fueron derivados al departamento de oncología con el objeto de realizar una embolización arterial.

El CHC es una neoplasia sumamente frecuente ya que se estima que aparecen un millón de casos nuevos por año en todo el mundo.

Las hepatitis virales B y C crónicas son consideradas como las causas predisponentes más frecuentes de esta patología, quedando en segundo lugar, la enfermedad hepática de origen etílico.

Los distintos países, presentan incidencia diferente de CHC en los casos de cirrosis, alcanzando al 90 % en Europa occidental y Japón. En el Medio Oriente esta incidencia es algo menor y en Egipto en particular se estima que aparecen 5 a 7 nuevos casos por cada 100 000 habitantes.

El mejor tratamiento es la resección quirúrgica para las lesiones pequeñas, pero esto no es posible en muchos casos por lo avanzado de la insuficiencia hepática, o por la presencia de múltiples nódulos tumorales al momento del diagnóstico o por la proximidad física del tumor con áreas de gran riesgo como pedículos vasculares o estructuras biliares, lo que impide la resección con algún margen de seguridad.

Los tratamientos no quirúrgicos, tales como infusión de citostáticos, inmunoterapia, radioterapia convencional, y terapias hormonales, han resultado insatisfactorias para resolver el problema.

En los últimos años han aparecido dos métodos para tratar el CHC: embolización angiográfica vía catéter del tumor y ablación percutánea dirigida por imágenes mediante métodos químicos (inyección de alcohol etílico) o térmicos (electrocauterio de radiofrecuencia).

La aparición de un electrocauterio de radiofrecuencia constituido de múltiples filamentos-electrodo, ha permitido un incremento de la eficacia en la destrucción de tumores de mayor tamaño.

Lamentablemente el CHC es un tipo de tumor que inevitablemente va a recidivar en pocos años, aún cuando la resección haya sido aparentemente completa. Debido a que el tejido cirrótico tiene una gran tendencia a generar nuevos procesos neoplásicos.

La AR tiene la ventaja sobre la cirugía convencional que reduce sustancialmente el riesgo operatorio (todos los pacientes, en este trabajo, soportaron la ablación con molestias mínimas y no hubo muertes). Por otro lado el procedimiento de AR puede repetirse en caso que se encuentren áreas residuales con tumor, o si aparecen nuevas lesiones en la evolución del paciente.

Los autores remarcan que la ecografía fue un método útil para posicionar el electrodo adecuadamente dentro de la masa tumoral.

Debe destacarse el alto éxito alcanzado en tumores pequeños (menores a 3 cm, pero al mismo tiempo, observar que el tratamiento de los tumores mayores a 5 cm sólo tiene éxito en el 27 % de los casos.

El 72,8 % de los pacientes tratados exitosamente mostraron normalización de su nivel de alfafetoproteína al cabo de un mes. En 5 casos en los que no se produjo la normalización de ese indicador, se detectó la presencia de lesiones tumorales microscópicas en otras regiones no detectadas originalmente.

Proponen la medición de la alfafetoproteína como una forma de momitoreo de pacientes post AR.