

Estimado

Dr. Enrique ORTIZ, MAAC

Presidente de la AAC

S/D _____:

El que suscribe **Dr. Luis Antonio BUONOMO, MAAC** en atención a la invitación para **Relator Oficial Congreso Argentino de Cirugía 2023**, expreso mi interés en **“Algoritmos y Guías de Tratamiento en Patología Quirúrgica de Urgencia”**; por lo que adjunto Anteproyecto para su consideración.

Introducción:

“Every important hospital should have on its resident staff of surgeons at least one who is well and able to deal with any emergency that may arise”.

William S. Halsted (1852-1922)

A pesar de los continuos avances en distintos campos de la medicina y desarrollo de nuevas tecnologías desafortunadamente la cirugía de urgencia ha sido descuidada con el correr del tiempo a pesar del conocimiento de su alto índice de morbilidad (7 Cirugías Generales de Emergencia que representan el 80% de las Cirugías que se practican en el Departamento de Urgencias son responsables del 80.7% de la mortalidad, 78.95% de las complicaciones y de los mayores costos de un Servicio de Cirugía General (*JAMA Surgery*. April 27, 2016. doi:10.1001/jamasurg.2016.0480) que se suma a un incremento de una demanda cada vez mayor (se necesitan incorporar 143 millones de procedimientos quirúrgicos cada año siendo la mayoría cirugía de emergencias/urgencias y trauma (Informe WHO 2011) llegándose a considerar como un “Problema de Salud Pública” según el documento emanado por –“The Lancet Commission-Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development”- siendo de mayor impacto aun en los países de ingresos medios y bajos. (LMICs).

Fundamento:

La imagen del cirujano general “omnipotente” que resuelve la patología quirúrgica de urgencia esta perimida y ya no existe; hay un declinar continuo del volumen de cirujanos generales a expensas de subespecialidades y vale como ejemplo que en los Estados Unidos se espera un

déficit de cirujanos generales de un 35% para el año 2025 (Acute Care Surgery. Now that we have built it, will they come?-*Journal of Trauma and Acute Care Surgery*: February 2013- Volume 74-Issue 2. 463-469). Actualmente 20 cirujanos generales/100.000 habitantes, situación que empeora en países de medianos ingresos con 12 cirujanos generales/100.000 habitantes y bajos ingresos con 2 cirujanos generales/100.000 habitantes y por otro lado hay una mayor demanda o presentación de casos quirúrgicos agudos que representan entre un 23 a 28% del volumen quirúrgico total en los países de altos ingresos (HICs)-Informe WHO 2018- cifra que se hace significativamente mayor en los países LMICs.

En “Estadísticas Vitales-Motivos de Ingresos y Egresos-Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires-2019” (antes de la pandemia) a diferencia de lo que sucede en los países de altos Ingresos, se registra que entre un 65 a 78% de los ingresos quirúrgicos totales se hacen por el sector de Guardia/Emergencias en los Hospitales del Cono Urbano Bonaerense e infiero no debe ser distinto al “Gran Rosario”, “Gran Córdoba”, “Gran Mendoza”, y que buena parte de la explicación empírica se entiende por la condición socio/económica por la que atraviesa nuestro País con un 43% de pobreza, 10.7 de indigencia-Observatorio UCA/primer trimestre 2021-si sumamos la condición de monotributo, cuentapropismo, trabajo no registrado, etce, es entendible que por no “perder” el presentismo, la hora extra, la hora de planchado, la hora de lavado, la hora de cuidados o las llamadas “changas” en general, hacen que la automedicación, el “curanderismo” y un desarrollo de mayor tolerancia al dolor, es posible que sea una de las principales causas responsable de esta realidad así como la presentación de cuadros más graves y evolucionados.

El Problema

En nuestro País la patología quirúrgica de Emergencias, Urgencias y Trauma son resueltas por cirujanos jóvenes que recientemente han terminado su residencia y han comenzado a cursar una subespecialidad, sin formación consistente o idea sistematizada de brindar la “mejor” respuesta ante la diversidad de escenarios quirúrgicos urgentes que se puedan presentar y en muchos casos acompañados por cirujanos de planta que tienen como principal foco profesional alguna subespecialidad en desarrollo que cuando se presenta el caso se sienten “cómodos” si el cuadro se encuentra dentro de su espectro de conocimiento pero muy “incomodos” si así no lo fuera, por ejemplo un cirujano de cabeza y cuello ante una diverticulitis perforada, o un cirujano plástico ante una úlcera perforada, o un cirujano HBP ante un empiema, etce. Se puede decir que en términos generales el problema se resuelve “según su mejor y leal saber y entender” pero esta circunstancia hace a una gran dispersión en el conocimiento, modo de evaluación, procedimientos diagnósticos, juicio y criterios terapéuticos.

La Solución

Desde hace más de 10 años existe una tendencia mundial como se sintetiza en un extenso número de publicaciones citadas en el informe “The Lancet Commission” del que ya se hizo referencia, que la Cirugía de Emergencias Urgencias y Trauma es una unidad de conocimientos

medico asistenciales con identidad propia y así debe ser reconocida como Especialidad dentro del campo de la cirugía para que gradualmente se estructure como un Servicio Asistencial dependiente del Departamento Quirúrgico y desarrollada por Cirujanos Especialistas en Cirugía de Emergencias Urgencias y Trauma, con área administrativa y física propia y recursos a tal fin, (Emergency Surgery over 111 years: are we still at a crossroads or ready for emergency surgery 2.0-*Scandinavian Journal of Trauma*.(2015) 23:107); y en paralelo se fundó en el año 2007 la World Society of Emergency Surgery siguiendo los mismos fines con sede en Bolonia y que en el “mientras tanto” destaco la iniciativa de nuestra Asociación Argentina de Cirugía en evidenciar la necesidad de mostrar líneas de avance como es el Relato Oficial “Algoritmos y Guías de Tratamiento en Patología Quirúrgica de Urgencia”.

Plan

Teniendo como las “Bases de Competencias” The Common Emergency Surgery Disease. American Board of Surgery 2005 . (**Anexo**) y el agregado de tópicos prevalentes de Ginecología y Urología para el Cirujano General, desarrollar sobre la mejor evidencia disponible los algoritmos y guías de forma practica y objetivas con alternativas según la complejidad del medio y en acuerdo al reglamento de redacción, presentación y publicación de Relatos Oficiales de la AAC., fáciles de ser consultada y eventualmente modificadas que para nada reemplacen el criterio y juicio del profesional e interacción del trabajo en equipo actuante según cada escenario en particular dejando la patología traumática que ya tiene abundante y actualizada publicaciones en el tema fuera de este relato.

Curriculum Vitae

Dr. Luis Antoinio Buonomo MAAC

Consultor Asociación Argentina de Cirugía

Fellow American College of surgeon

Miembro de International College of Surgeon

Miembro de World Society of Emergency Surgery

Graduado con Diploma de Honor. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires.

Residencia Cirugía General. Hospital Mariano Castex. Jefe Prof. Dr. Jorge Manrique.

Residencia de posgrado Cirugía Oncológica. Instituto de Oncológica. Dr. Ángel H. Roffo. Jefe Prof. Dr. Roberto Pradier.

Jefe de Cirugía (Servicio Acreditado AAC), Director Residencia de Cirugía (Residencia Acreditada AAC). Hospital Regional de Rio Gallegos.

Guest International Scholar-American College of Surgeons

Fellow Research. Los Angeles County+University of Southern California Medical Center. PhD Demetrios Demetriades.

Fundador y Director de la Carrera de Especialista en Cirugía de Emergencias, Urgencias y Trauma. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

Cirujano en Actividad full time. Hospital "Dr. Alberto Balestrini". La Matanza. Pcia. de Buenos Aires.

American Board of Surgery 2005

- **Table 1.1 Common emergency general surgery diseases**
- Surgical Area / Clinical conditions
 - 1-Resuscitation** : Acute respiratory failure, shock
 - 2-General abdominal condition**: Abdominal pain, abdominal mass, peritonitis, hemoperitoneum, retroperitoneal abscesses
 - 3-Intestinal obstruction**: Adhesions, incarcerated hernias, cancers, volvulus, intussusceptions
 - 4-Upper gastrointestinal tract** : Upper gastrointestinal bleed, peptic ulcer disease, fistulae, gastrostomy, small intestinal cancers, ileus, Meckel's diverticulum, bowel perforations, appendix.
 - 5-Hepaticpancreaticbiliary**: Gallstones and related diseases, pancreatitis, hepatic abscesses
 - 6-Colorectal**: Lower gastrointestinal bleed, diverticular disease, inflammatory bowel disease, colorectal cancers, colitis, colonic perforations, megacolon, regional enteritis, colostomy/ileostomy, hemorrhoids, perianal and perirectal fistulas and infections, anorectal stenosis, rectal prolapse
 - 7-Hernias**: Inguinal, femoral, umbilical, incisional, ventral, diaphragmatic
 - 8-Soft tissue**: Cellulitis, abscesses, fasciitis, wound care, pressure ulcers, compartment syndrome.
 - 9-Vascular**: Ruptured aneurysms, acute intestinal ischemia, acute peripheral ischemia, phlebitis
 - 10-Cardiothoracic**: Cardiac tamponade, empyema, pneumothorax, esophageal perforation
 - 11-Others** Tracheostomy, foreign bodies, bladder rupture, pregnancy and obstetric surgical emergency, neonatal and pediatric emergency surgery.
 - 12-TRAUMA**