

EL COLOPROCTÓLOGO VENEZOLANO "2.005" ¿QUIÉNES SOMOS Y QUÉ HACEMOS?

MARTÍNEZ, SERGIO A.*
PAPPE, PETER H.*
POTENZIANI, SILVIA**
SORGI, MARCO*

RESUMEN

Objetivo: La Sociedad Venezolana de Coloproctología desea conocer el perfil del coloproctólogo venezolano para promover y estructurar el desarrollo de la especialidad.

Materiales y métodos: Se envió un cuestionario a todos los miembros activos titulares y asociados de la Sociedad Venezolana de Coloproctología para investigar demografía, formación y experiencia coloproctológica, distribución hospitalaria y características de la práctica coloproctológica durante el último año transcurrido. Los resultados fueron analizados estadísticamente mediante análisis de varianza y test de Pearson Chi cuadrado; el nivel de significancia fue $p \leq 0,05$

Resultados: La Sociedad Venezolana de Coloproctología registra 118 especialistas para abril de 2005. Se analizaron 49 cuestionarios (41,5 %). La edad promedio: 48 años (33-72). La mayoría ejercen en la capital del país (55,1%). La formación ha sido principalmente en programas reconocidos (77,55%). Poco más de la mitad (53 %) combinan el ejercicio privado y público y el 43 % ejercen la medicina privada exclusivamente. La práctica de los miembros titulares es predominantemente coloproctológica (antes que de cirugía general) y principalmente de cirugía anorrectal. La cirugía laparoscópica colorrectal es practicada frecuentemente por 26,53% de la membresía general de los miembros.

Conclusión: Los miembros titulares de la Sociedad Venezolana de Coloproctología mantienen una práctica acorde a la especialidad. Sin embargo, debe lograrse una distribución geográfica uniforme, mayor atención a casos de cirugía abdominal y aumentar la oferta de cirugía laparoscópica colorrectal.

Palabras clave: Coloproctología, Proctología, Experiencia Venezuela, Latinoamérica,

* Sección de Colon y Recto - Sociedad Venezolana de Cirugía / Sociedad Venezolana de Coloproctología. MSVC/MTSVCP
** Estudiante de medicina Escuela "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela

ABSTRACT

THE VENEZUELAN COLORECTAL SURGEON, 2005: WHO WE ARE AND WHAT DO WE DO?

Objective: The Venezuelan Coloproctology Society want to know the venezuelan colorectal surgeon profile in order to promote as well as increase the development of the coloproctology in Venezuela.

Methods: A survey was conducted among the active members certified and non-certified of the Venezuelan Coloproctology Society to investigate demography, training and colorectal surgery experience, type of practice and work caseload during the last year of practice. The results were statistically analyzed by analysis of variance and Pearson Chi Square; significance level was $p \leq 0,05$.

Results: The Venezuelan Society of Coloproctology registers 118 specialists in April 2005. Forty-nine questionnaires were analyzed (41.5%). The age average: 48 years (33-72). Most of surgeons practice in the capital of the country (55.1%). The training has been mainly in recognized programs (77.55%). Fifty three percent share private and public practice and 43 % of the respondents keep a private practice exclusively. The work caseload of the certified members is mainly colorectal, instead of general surgery, and largely it is anorectal surgery. The colorectal laparoscopic surgery is performed frequently by 26.53% of the members.

Conclusion: The certified members of the Venezuelan Society of Coloproctology keep a proper colorectal practice. Nevertheless, an even geographic distribution, greater attention to abdominal surgery and increasing the availability of colorectal laparoscopic surgery are goals to achieve in the near future.

Key words: Coloproctology, Proctology, Experience, Venezuela, Latinoamérica

La coloproctología es la especialidad médica dedicada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del colon, recto y ano, desde las mismas bases genéticas de la enfermedad hasta abarcar todas las opciones terapéuticas, ya sean quirúrgicas o no. Podemos mencionar como primeros estudios reportados de las enfermedades colorrectales a los escritos de Hipócrates (Cos, 460 - Larissa, 355 a.C.).

En el tratado "Los trabajos genuinos de Hipócrates" traducido del griego por Adams (1939), encontramos que Hipócrates prestaba una atención muy particular a las fístulas anales y también exponía sus consideraciones respecto a la etiología, fisiología y tratamiento de la enfermedad hemorroidal. Por ejemplo, respecto a las fístulas anales afirmaba que "las fístulas son producidas por contusiones y roces causadas por montar a caballo, que acarrear en las proximidades del ano una plétora de sangre, la cual se torna pútrida y se esparce por los tejidos laxos hasta que la espina formada se rompe y drena un líquido de muy mal olor, juntamente con heces y expulsión de gases de olor fétido". Igualmente, otro hecho histórico claramente documentado dada la preeminencia del personaje, es el tratamiento del Rey Luis XIV de Francia, quien sufría de una fístula anorrectal, por el cirujano francés Charles Francois Felix de Tassy. Esta intervención fue realizada en noviembre de 1.686 y fue tan exitosa que el propio Rey Luis XIV concedió a de Tassy una gran cantidad de dinero, propiedades y por supuesto dicho médico alcanzó gran prestigio en la corte francesa de aquellos tiempos. Además de los reportes anecdóticos citados, la contribución de la coloproctología a la salud de la humanidad ha sido descollante: la clasificación del cáncer rectal (posteriormente extrapolada al colon igualmente) por el australiano Cuthbert Esquire Dukes (1.890-1.977), la asociación del cáncer de colon con la colitis ulcerativa por John Percy Lockhart-Mummery (1.875-1.977) de Inglaterra, y la extirpación vía endoscópica de pólipos colorrectales por el estadounidense William I. Wolf (1.916-) y el japonés Hiromi Shinya (1.935-) por nombrar sólo algunos, han sido aportes mundialmente reconocidos de los médicos dedicados a esta subespecialidad quirúrgica.

La coloproctología se ha desarrollado y consolidado progresivamente en diferentes países. Podemos citar a la Sociedad Japonesa de Coloproctología la cual fue fundada en marzo de 1.940 y cuenta actualmente con más de 6.000 miembros entre cirujanos gastrointestinales, proctólogos, gastroenterólogos, radiólogos y anatomopatólogos; esta sociedad mantiene un cercano intercambio con otras sociedades internacionales publicando incluso periódicamente un número especial de las investigaciones de los autores japoneses en la revista *Diseases of Colon and Rectum*, órgano oficial de la Sociedad Coloproctológica

Norteamericana⁽²⁾. En los Estados Unidos de Norteamérica, la American Proctologic Society fue fundada en 1.899 cambiando su nombre a American Society of Colon and Rectal Surgery en 1.973. Para marzo de 2.004 esta sociedad reportó una membresía de 2.285 entre miembros estadounidenses e internacionales de los cuales 1.504 personas son miembros titulados⁽³⁾, conformando una de las sociedades coloproctológicas con mayor número de miembros y siendo indudable el impacto de esta organización en el desarrollo de la especialidad. En Suramérica, la Sociedad Brasileira de Proctología fue fundada en 1.945 en la ciudad de Salvador, Bahía y realizó el primer congreso brasileiro de proctología en 1.951 con la participación de diferentes especialistas extranjeros, entre ellos el venezolano Carlos Ottolina⁽⁴⁾. En septiembre de 2.006 la sociedad brasileira realizará su 55to congreso nacional y cuenta con la membresía más grande de las sociedades latinoamericanas, 1.200 personas, lo que demuestra el desarrollo de la especialidad en ese país. Las sociedades citadas anteriormente son sólo una muestra del crecimiento de la coloproctología a nivel mundial.

En nuestro país la coloproctología se ha desarrollado igualmente de manera sostenida. La Sociedad Venezolana de Coloproctología (SVCP) fue fundada en 1.986 y la membresía ha crecido desde los 29 miembros iniciales, a 118 personas que la conforman para abril de 2.005. Se ha realizado un congreso internacional, siete congresos nacionales y cinco jornadas nacionales así como innumerables eventos regionales. Igualmente, han surgido programas de formación en coloproctología nacionales que han ofrecido a los cirujanos generales venezolanos la posibilidad de entrenamiento coloproctológico en el país, y se está implementando el primer postgrado con rango universitario en la Universidad de Carabobo, Valencia, estado Carabobo. En resumen, el desarrollo de la coloproctología en nuestro país ha sido constante.

Sin embargo, la SVCP no conoce cabalmente a sus miembros. Dicho conocimiento permitiría planificar el progreso de la disciplina y en consecuencia alcanzar un desarrollo adecuado de la coloproctología en nuestro país. Para lograr lo anterior, realizamos este estudio con el objetivo de determinar el perfil del coloproctólogo venezolano para promover y estructurar el desarrollo de la especialidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se entregó un cuestionario a miembros asociados y titulares de la SVCP ya sea personalmente, por fax o por correo electrónico. Los miembros asociados son aquellos profesionales universitarios, médicos o afines, que manifiesten su voluntad de pertenecer a la sociedad; la condición de miembro asociado se hace constar mediante un diploma firmado donde se especifica que

tal diploma no acredita que su titular sea especialista en coloproctología. En el caso de nuestra encuesta dado que se indagaba acerca de la experiencia quirúrgica, sólo se evaluaron los cuestionarios respondidos por cirujanos. Los miembros titulares deben haber permanecido en calidad de miembro asociado de la SVCP un mínimo de 5 años. Igualmente deben haber cursado un año de entrenamiento de cirugía colorrectal en un servicio de coloproctología debidamente acreditado por una sociedad científica. En caso de no contar con el requisito señalado, el miembro asociado debe presentar un examen de suficiencia ante un jurado designado para tal fin por la Junta Directiva de la SVCP. La información solicitada fue: edad, sexo, localización geográfica, categoría de membresía, tipo de formación coloproctológica, tiempo de experiencia coloproctológica, tipo de ejercicio médico de acuerdo al lugar de actividad; asimismo se indagó acerca de la experiencia durante el último año de práctica referente a la proporción de casos coloproctológicos vs. cirugía general, casos coloproctológicos médicos vs. quirúrgicos, casos anorrectales vs. abdominales y finalmente la experiencia de los miembros con cirugía laparoscópica colorrectal. Los datos reportados por los miembros fueron estimados por el encuestado, ya que no se solicitó que se indagaran registros personales a tal fin. Las respuestas obtenidas fueron ingresadas en una base de datos y examinadas con el programa estadístico SPSS 10.0 y estos resultados son presentados como media, rango y desviación estándar respectiva. Finalmente, los datos fueron analizados estadísticamente mediante análisis de varianza y la prueba de Pearson Chi cuadrado y la diferencia fue considerada estadísticamente significativa con una $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se recibió la respuesta de 47 (41,5 %) miembros activos de la SVCP y estas respuestas conforman el grupo estudiado, correspondiendo los cuestionarios respondidos a 29 de 48 miembros titulares activos (62,5% de la membresía titular) y 18 de 56 miembros asociados activos (33,9% de la membresía asociada). Cuarenta y seis de quienes respondieron son de sexo masculino y la edad promedio general es de 48,1 años (rango 33-72 años; DS:9,9); al discriminar la edad por grupos encontramos que los miembros titulares tienen como promedio 51,1 años (rango 38-72 años; DS:10), en tanto que los miembros asociados tienen en promedio 43,5 años (rango 33-62 años; DS:7,9). Los años de experiencia en general son en promedio 13,7 años (rango 1-40 años; DS:10,2) y como es de esperarse, es mayor la experiencia de los miembros titulares (media = 16,4 años; rango 4-40 años; DS:10,6) en comparación a los miembros asociados (media = 8,21 años; rango 1-24 años; DS:6,8) alcanzando diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.012$). Igualmente hay diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.02$) entre la formación de los miembros titu-

lares en comparación a los asociados, siendo los primeros formados mayoritariamente en programas reconocidos (ver Figura 1). En cuanto al ejercicio médico, el 43 % de los miembros ejercen solamente la medicina privada, el 53 % combina el ejercicio público y privado, mientras que el 4% ejerce sólo en centros públicos. La localización geográfica es mostrada en la tabla.

Tabla 1

Distribución geográfica de miembros encuestados de la SVCP

Estado	Miembro Titular	Miembro Asociado	Total
Distrito Federal	12	8	20
Miranda	5		5
Carabobo	4		4
Táchira	1		1
Aragua	1	1	2
Lara	1	2	3
Anzoátegui	1		1
Zulia	3	3	6
Nueva Esparta	1		1
Bolívar		2	2
Trujillo		1	1
Mérida		1	1
Total	29	18	47

Al comparar el ejercicio médico entre los miembros titulares y los miembros asociados se encontró que no hay diferencia significativa entre la proporción de casos coloproctológicos médicos y quirúrgicos al comparar los miembros titulares con los asociados (ver figura 2 y 3). Por otra parte, al analizar la casuística quirúrgica general encontramos que la de los miembros titulares es predominantemente coloproctológica en comparación a la de los miembros asociados ($p < 0,05$) (ver figura 4 y 5). Igualmente, en cuanto a la práctica coloproctológica propiamente dicha los dos grupos son diferentes estadísticamente. La práctica coloproctológica de los miembros titulares es predominantemente ano-

Figura 1

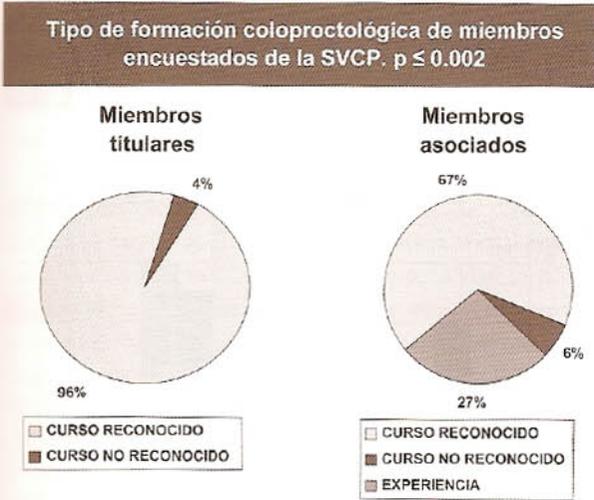
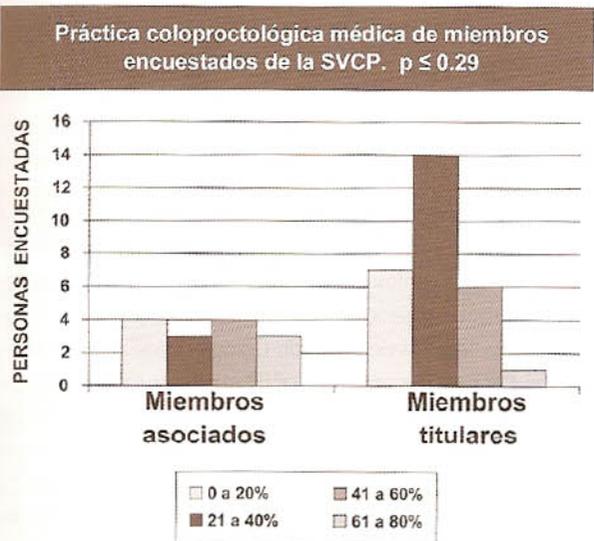


Figura 2



rectal, cuando observamos que para la gran mayoría de estos la cirugía orificial representa mas del 60 % de los casos coloproctológicos ($p < 0,02$) (ver figura 6). Así mismo, al indagar sobre la proporción de casos de cirugía abdominal encontramos que ésta es mayor en la práctica de los miembros asociados en comparación a la práctica coloproctológica de los miembros titulares ($p < 0,03$) (ver figura 7).

Por último, se investigó la práctica de cirugía laparoscópica colorrectal de la membresía de la SVCP sin discriminar entre miembros asociados y titulares: casi un tercio (29%) de los miembros la realiza frecuentemente, el 49 % la realiza, pero no frecuentemente y un 22 % nunca la realiza. Al indagar las cau-

Figura 3

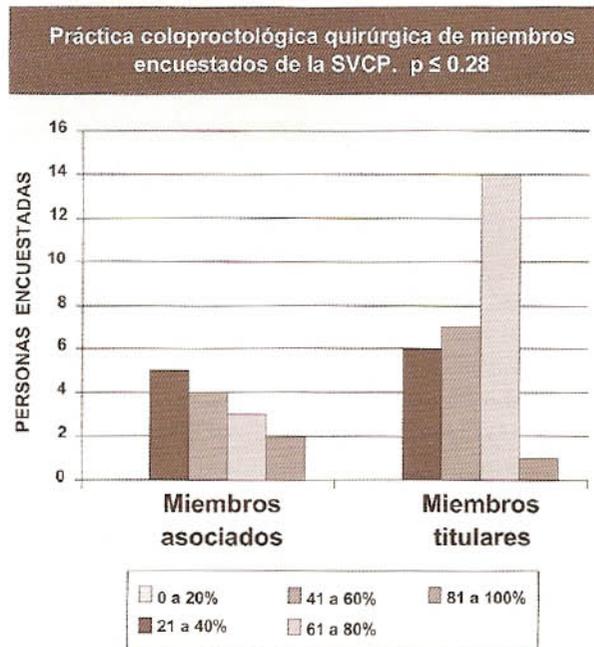
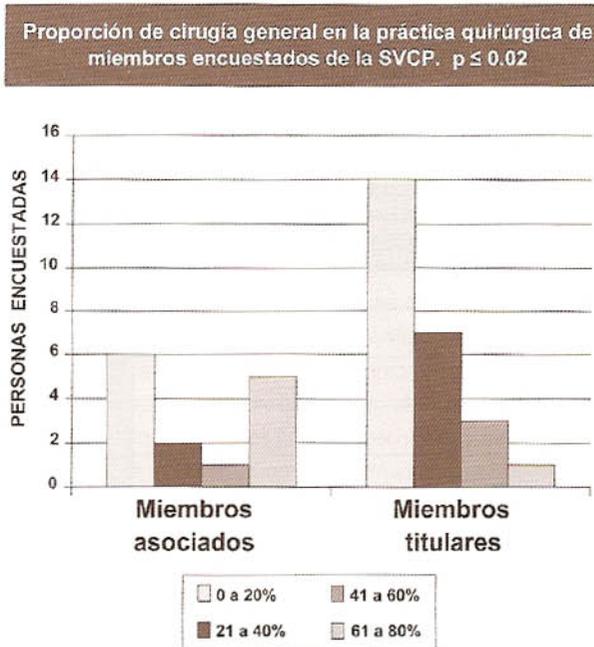


Figura 4



sas para que estos dos últimos grupos no practiquen cirugía laparoscópica colorrectal más frecuentemente, la principal razón fue el costo elevado de la misma, (62 %), seguido de falta de entrenamiento (29 %) y el no considerarla útil (9 %).

Figura 5

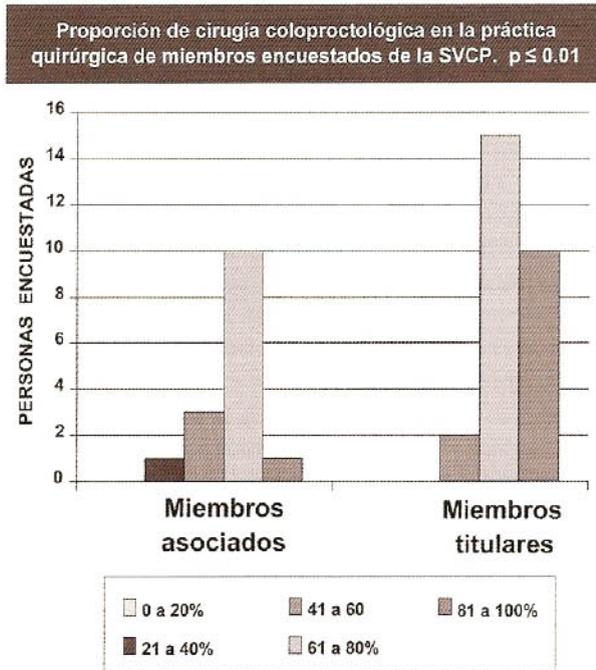


Figura 6

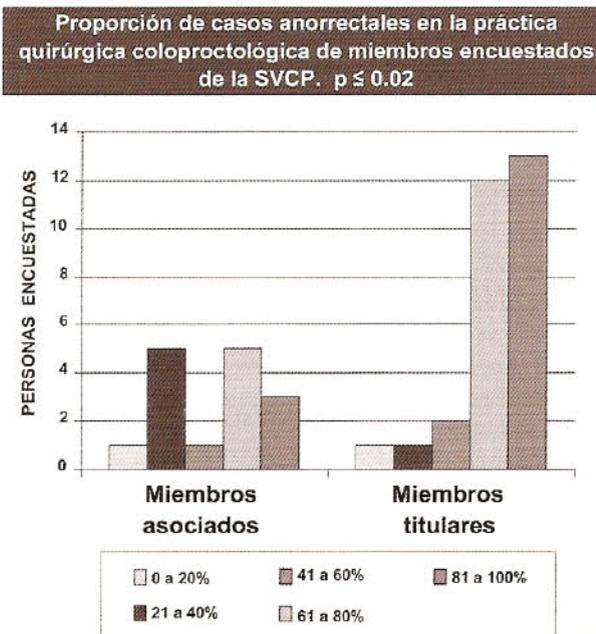
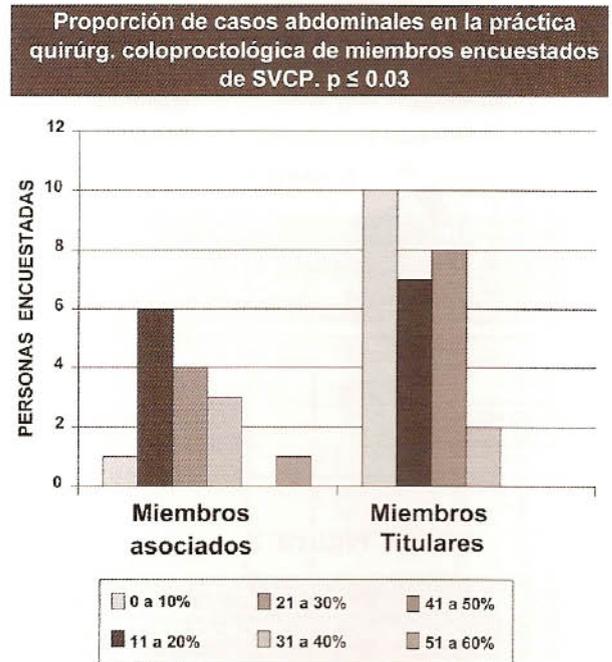


Figura 7



DISCUSIÓN

En 1986 médicos venezolanos con especial interés en la coloproctología y encabezados por el Dr. Pedro Morgado Nieves, avanzaron hasta conformar un grupo de 29 especialistas incluyendo cirujanos, gastroenterólogos y anatomopatólogos, y fundaron la Sociedad Venezolana de Coloproctología en los salones del Caracas Theater Club, localizado en la capital del país. Los miembros fundadores fueron: Rodrigo Alfaro, William Briceño, Carlos Cogorno, Enrique Dejman, Robinson Gómez, Luis González, Emilio Peña, Nelson Hamana, Isaac Harington, Konstantino Kariakiris, Hector Larreal, Atilio Márquez S., Marcos Matos, Fernando Mendoza, Germán Millán, Pedro Morgado Nieves, José Morreo, Armando Parra, Jesús Felipe Parra, Leopoldo Pérez M, Alexis Rodríguez, Mauricio Rubín, Leopoldo Sanz Amair, Marco Sorgi, Antonio Sucre, Jorge Szauer, Carlos Travieso Gómez, Virgilio Torrealba e Isidoro Zaidman. Una vez establecida la SVCP, en 1.987 se realizó en el Círculo Militar de Caracas el primer evento científico patrocinado por ella, contando con la intervención de varios de los miembros fundadores y como invitados internacionales, coloproctólogos de gran renombre como el Dr. José Reis Neto de Brasil. Posteriormente se han realizado continuamente congresos nacionales, jornadas nacionales y regionales en la mayor parte del territorio nacional y en octubre de 2.006 se conmemora el vigésimo aniversario de la SVCP con la realización del VIII Congreso Nacional en el Hotel Tamanaco Internacional en Caracas. Igualmente, la membresía ha crecido

hasta los 118 miembros (para abril de 2.005) en total con que cuenta la sociedad, categorizándose estos en miembros titulares y miembros asociados. Como se mencionó anteriormente, la SVCP exige requisitos especiales, los cuales fueron implantados desde 1.999, para ser reconocido como miembro titular.

Si bien el crecimiento de la SVCP ha sido constante, las características de sus miembros no son conocidas cabalmente por lo que decidimos realizar esta investigación, la cual ayudará a planificar un desarrollo adecuado de la especialidad. La validez de este trabajo está en relación a la rata de respuesta obtenida y en ese sentido es imposible establecer comparaciones con trabajos nacionales, ya que no se han realizado hasta la fecha estudios similares, siendo ésta la primera investigación que se realiza al respecto en nuestra sociedad. Sin embargo, la rata de respuesta, 41,5 % de la membresía total, obtenida en nuestro estudio es bastante satisfactoria para este tipo de investigación. Nuestros resultados se comparan favorablemente con los obtenidos en trabajos similares realizados en otras sociedades coloproctológicas. En la Sociedad de Coloproctología Norteamericana se indagó acerca de la experiencia operatoria de sus miembros y respondió 20 % de los encuestados⁽⁵⁾ mientras que en la Asociación de Coloproctología de Gran Bretaña e Irlanda se evaluaron las tendencias en la práctica de cirugía laparoscópica de sus miembros y se obtuvo la respuesta de 37 % de los encuestados⁽⁶⁾. En ambos estudios citados, el envío y devolución de los cuestionarios se realizó vía correo y en nuestro estudio una gran proporción de las encuestas fue entregada y devuelta personalmente, lo que quizás explique nuestra mayor tasa de respuesta.

En relación a los datos demográficos y en cuanto al género en específico, la preponderancia abrumadora del género masculino en subespecialidades quirúrgicas como la nuestra es notoria y este reporte confirma lo que es evidente en los congresos y diferentes reuniones de las sociedades de coloproctología tanto nacional como internacional. Es difícil predecir que en el futuro haya una variación en este sentido, pero la creciente presencia femenina en las escuelas de medicina nacionales quizás modifique en un futuro mediato la proporción masculino/femenino no sólo en nuestra especialidad, sino en otras especialidades tradicionalmente ejercidas por hombres.

En cuanto a la edad promedio de nuestros miembros, observamos que ésta sobrepasa la quinta y sexta década para los miembros asociados y titulares respectivamente. Este hallazgo aunado a la estabilidad observada en el número de nuevos miembros inscritos en nuestra sociedad, nos obliga a hacer nuestra especialidad atractiva para las nuevas promociones de cirujanos generales, para así mantener y hacer crecer la coloproctología en nuestro país.

De hecho, la tendencia a la subespecialización quirúrgica ha sido ya reportada. En Estados Unidos de Norteamérica, Kwakwa y colaboradores⁽⁷⁾ revisaron las bases de datos del American College of Surgeon y del American Board of Medical Specialties, entre otras, encontrando que no sólo casi la mitad (43,7%) de los graduados en cirugía general realizaron una subespecialidad quirúrgica reconocida, sino que la proporción de graduados en una segunda especialidad había aumentado de 39,2% en 1983 a 47,1% en 1990.

La formación de nuestros coloproctólogos se ha realizado principalmente en programas reconocidos y ésto se ha logrado principalmente en el extranjero inicialmente en Inglaterra y posteriormente Estados Unidos de Norteamérica y Brasil. Sin embargo, en Venezuela se han dado iniciativas como la Unidad de Coloproctología del Hospital Ildemaro Salas, Caracas, implementada en 1.981 por el Dr. Germán Millán y posteriormente trasladada al Hospital Domingo Luciani igualmente en Caracas, y la Unidad de Colon, Recto y Ano (UCRA) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera París, en Valencia, estado Carabobo dirigida por los Dres. William Briceño y Samuel Sanabria. Esta última unidad, fundada el 4 de julio de 1998, mantiene actualmente activo un programa de formación coloproctológica y han egresado 13 participantes con un año de formación específica en coloproctología acreditado por la Fundación Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD).

La localización geográfica de los coloproctólogos venezolanos responde, al igual que otras fuerzas económicamente productivas nacionales, a las características geográficas, económicas y sociales de nuestras regiones con una gran preponderancia de especialistas en las zonas de mayor concentración poblacional, como podemos apreciar en la tabla; de hecho hay estados venezolanos donde no hay un solo miembro de la SVCP. Si bien lograr una distribución más homogénea de nuestros especialistas está influenciado por factores ajenos a la Sociedad Venezolana de Coloproctología, creemos que la poca presencia de coloproctólogos en algunas regiones debe pesar en la escogencia de los futuros especialistas al momento de brindar acceso a los programas de formación tanto nacionales como internacionales.

Consideramos que uno de los objetivos más importantes de nuestra encuesta fue el determinar la práctica quirúrgica de nuestros asociados, ya que ello en cierta forma daría una idea de si el coloproctólogo venezolano ejerce como tal o por el contrario se dedica a la cirugía general. Para ello comparamos la práctica del miembro titular con el miembro asociado en relación a la proporción de casos coloproctológicos vs. cirugía general, casos coloproctológicos médicos vs. coloproctológicos quirúrgicos y por último casos anorrectales vs. abdominales durante el último

año de práctica médica. No se reportó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos respecto a la práctica coloproctológica en general al encontrar que los casos coloproctológicos médicos y/o quirúrgicos se presentaban de manera similar en ambos grupos de miembros. Sin embargo, sí hallamos diferencia significativa entre los miembros asociados y titulares en cuanto al ejercicio de la práctica coloproctológica vs. cirugía general y a la casuística coloproctológica en sí. En este sentido el miembro titular reporta que su consulta está principalmente constituida por coloproctología, no así el miembro asociado cuya consulta recibe una mayor proporción de casos de cirugía general. Este hallazgo coincide con un estudio donde se evaluó mediante encuesta la actividad de 155 coloproctólogos estadounidenses quienes reportaron que su práctica general estaba representada por casos coloproctológicos en un promedio de 76%⁽⁵⁾. Esto nos permite afirmar que tanto la comunidad en general como el facultativo quien refiere a un paciente, identifican a un médico para atender los casos coloproctológicos por ser éste un subespecialista quirúrgico específicamente dedicado a esta área. El impacto de la atención de las enfermedades de colon, recto y ano por un médico dedicado a esta área ya ha sido reportado anteriormente. Goldstein E.⁽⁶⁾ estudió la influencia de la inclusión de un coloproctólogo en una organización de prestación de servicios de salud estadounidense y encontró que los diagnósticos coloproctológicos correctos realizados por cirujanos generales, médicos familiares y asistentes de médicos familiares fueron hechos en promedio en un 48,6% de los casos, es decir, en más de la mitad de los casos el diagnóstico había sido incorrecto. Similarmente, un retardo en el diagnóstico o en el tratamiento apropiado ocurrió en 25 % de los casos y de éstos un 60% experimentó alguna complicación o persistencia de los síntomas. Por lo anterior concluyó que la presencia de un coloproctólogo en las organizaciones de prestación de servicios de salud es imperativa para ofrecer a estos pacientes una atención adecuada. Este es uno de los varios trabajos que demuestran la gran ventaja que representa que la patología coloproctológica sea abordada por especialistas en el área, ventajas no solamente para la evolución del paciente, sino para los entes encargados de sufragar los costos de estos enfermos.

En cuanto a la práctica coloproctológica quirúrgica como tal, encontramos diferencias significativas cuando comparamos los dos grupos de miembros. La consulta del miembro titular está constituida mayoritariamente por casos proctológicos en tanto que la consulta del miembro asociado está mayormente constituida por casos de cirugía abdominal. Este hallazgo coincide con lo reportado por N. Hyman⁽⁷⁾ quien examinó la base de datos del American Board of Surgery para identificar y categorizar los casos colorrectales realizados anualmente por cirujanos generales

recertificados entre 1.995 y 1.997. El promedio de los casos abdominales fue 33/año (0 a 243) en tanto que el de casos anorrectales fue 12,3/año (0 a 185); similarmente el 75% de los cirujanos generales realizó más de 17 casos de colon por año mientras que sólo 25 % de ellos ejecutó más de 16 casos anorrectales anualmente. El autor concluye que el cirujano general realiza un número sustancial de resecciones colónicas y relativamente pocos casos de cirugía anorrectal pudiendo explicarse esto por carencia de interés o inadecuado entrenamiento en enfermedades anorrectales entre los cirujanos generales, o como se mencionó anteriormente la identificación de un cirujano especialista en proctología por parte de los pacientes y del médico referente. La coincidencia del trabajo nombrado y el nuestro parece señalar una tendencia y obliga a las sociedades científicas pertinentes a proyectar sus planes de educación en base a este hallazgo. Sin embargo, es difícil segmentar la atención del paciente coloproctológico a una sola categoría de cirujanos, por lo que planteamos debe mejorarse el entrenamiento proctológico del cirujano general y aumentar la proyección del coloproctólogo tanto en la población como en la comunidad médica en general. Estas dos acciones permitirán mejorar la mejor atención a los pacientes lo cual debe ser el fin último de cualquier sociedad médica.

Finalmente, uno de nuestros objetivos fue evaluar la práctica de cirugía laparoscópica colorrectal por parte de los miembros de la SVCP. Si bien la abrumadora mayoría (91%) considera que ésta es útil, sólo un tercio de los encuestados la practica frecuentemente siendo la principal razón los altos costos que implica esta cirugía. Iguales hallazgos fueron encontrados en un reciente reporte de la Asociación de Coloproctología de Gran Bretaña e Irlanda donde los investigadores⁽⁸⁾ encontraron que la cirugía laparoscópica colorrectal es practicada por una minoría de los miembros de la nombrada asociación. Sin embargo, la razón de más peso en este reporte es la falta de entrenamiento, ya que la mayoría de los cirujanos (68%) disponen de suficientes recursos. Similarmente, en un estudio realizado entre cirujanos acreditados para cirugía colorrectal del estado de Washington, Estados Unidos de Norteamérica, se encontró que el 34 % había realizado menos de 20 resecciones laparoscópicas colónicas y el 55% nunca había realizado una colectomía asistida laparoscópicamente⁽⁹⁾. Por nuestros hallazgos y lo reportado por los investigadores citados, podemos afirmar que la cirugía laparoscópica colorrectal aún no ha tenido la difusión de otras intervenciones quirúrgicas laparoscópicas v.gr. colecistectomía o apendicectomía laparoscópica. Para explicar esto son varios los factores implicados: tiempos operatorios prolongados, necesidad de un equipo médico-enfermera especializado, carencia de instrumentos laparoscópicos de calidad, prolongada curva de aprendizaje, falta de

resultados contundentes en beneficio de la cirugía laparoscópica colorrectal, posibilidad de realizar cirugía abierta a través de incisiones relativamente pequeñas y presencia de pacientes a quienes es técnicamente difícil realizar el procedimiento ya sea por lo avanzado de la enfermedad o condición propia del paciente como por ejemplo la obesidad. En conclusión, para hacer realmente asequible a la mayor parte de los pacientes con enfermedades colorrectales los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, creemos que debe realizarse un esfuerzo enorme y mancomunado de la industria medicoquirúrgica, entes pagadores de salud, centros educativos y sociedades médicas.

Por último, debemos mencionar que la metodología utilizada en este reporte está influenciada por la exacta validez de datos aportados desde la estimación subjetiva del encuestado y no obtenidos de una base de datos a tal fin. Sin embargo, aún con este inconveniente, a nuestro conocimiento este trabajo es el primer reporte venezolano de las características del coloproctólogo en nuestro país y creemos que ofrece una visión bastante fidedigna del perfil de este profesional. Esperamos que trabajos sucesivos no sólo subsanen las limitaciones de este reporte, sino que igualmente aumenten y completen los hallazgos presentados.

En conclusión, por los datos obtenidos en este trabajo podemos afirmar que los miembros titulares de la SVCP mantienen una práctica acorde a la especialidad. Sin embargo, aspectos como lograr una distribución geográfica uniforme, mayor aten-

ción a casos de cirugía abdominal y aumentar la oferta de cirugía laparoscópica colorrectal son metas aún no alcanzadas por los coloproctólogos venezolanos. Estos objetivos y otros, como la implementación de un postgrado con rango universitario en nuestro país, son propósitos ineludibles para lograr un mejor y mayor desarrollo de la coloproctología en Venezuela.

REFERENCIAS

1. Galandiuk S, Mortensen N. Contributions of academic medicine to colon and rectal surgery. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1653-1659.
2. Kodaira S. Collected articles from the membership of the Japanese Society of Coloproctology. *Dis Colon Rectum* 2003; 46:81-82.
3. Abcarian H. The American Board of Colon and Rectal surgery. *Am Coll Surg Bull* 2005;90:28-31.
4. Prado Valadares C. Historico da Sociedade Brasileira de Proctologia. *Rev Bras Coloproct* 2000; 20: 110-4.
5. Beck DE. Colorectal operative experience: results of a survey. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:905-8.
6. Harinath G, Shah PR, Haray PN, Foster ME. Laparoscopic colorectal surgery in Great Britain and Ireland-where are we now? *Colorectal Dis* 2005; 7:86-9.
7. Kwakwa F, Biester TW, Ritchie Jr. WP, Jonasson O. Career Pathways of graduates of general surgery residency programs: an analysis of graduates from 1983 to 1990. *J Am Coll Surg* 2002;194:48-53.
8. Goldstein E. Outcomes of anorectal disease in a HMO setting: the need for colorectal surgeons. *Dis Colon Rectum* 1996; 39:1193-1198.
9. Hyman N. How much colorectal surgery do general surgeons do? *J Am Coll Surg* 2002;194:37-9.
10. Lauter DM, Serna S. Surgeon experience with laparoscopic-assisted colorectal surgery in Washington State. *Am J Surg*. 2003; 186:13-6.



NOTICIAS BREVES

Se les informa a todos los miembros de la SVC que en reunión de Consejo Nacional de fecha 24/02/07 se aprobó que la cuota anual de esta Sociedad es de ciento veinte mil (120.000,00) bolívares, hasta el 30/04/07 y a partir de esta fecha aumentará a ciento cincuenta mil (150.000,00) bolívares.