

Estimado Señor Editor,
Hemos leído con gran interés el artículo de Profesor Italo Braghetto en el último número de vuestra Revista⁽¹⁾ que transmite las reflexiones de las dos figuras prominentes de la gastroenterología mundial, citadas por el autor^(2,3). Aunque estamos de acuerdo prácticamente con los tres autores, nos parece importante agregar algunas propias ideas en representación de los gastroenterólogos, basadas en la realidad de nuestro hospital.

Después de un período inicial de endoscopia puramente diagnóstica, estamos viviendo un avance vertiginoso en los diferentes métodos operativos endoscópicos. Existe una tendencia a intentar separar la endoscopia diagnóstica y terapéutica. Como las personalidades de los gastroenterólogos y cirujanos son diferentes^(1,3), sería la endoscopia diagnóstica el terreno del gastroenterólogo y la operativa del cirujano. El cirujano tiene su visión tridimensional bien desarrollada, conoce mejor la anatomía de la región examinada, su manualidad (y su confianza en ella) es generalmente superior, está acostumbrado a complicaciones y a su manejo. Por otro lado, el gastroenterólogo estaría más dedicado al puzzle diagnóstico, tiene más paciencia en la búsqueda de pequeñas lesiones, evalúa más los antecedentes clínicos y trata de correlacionarlos con los hallazgos endoscópicos. Pareciera, que las características de personalidad predestinan a la separación de los dos caminos: hacia el diagnóstico o por el contrario, hacia el tratamiento operativo. Sin embargo, esta separación ya está ampliamente desechada: un centro de endoscopia no puede permitirse no disponer métodos de tratamiento para las lesiones diagnosticadas (hemorragia digestiva, coledocolitiasis etc.). Por otro lado, el endoscopista "terapéutico" debe estar bien preparado en el diagnóstico y saber identificar las lesiones,

sean susceptibles o no del tratamiento endoscópico. En los Estados Unidos, la competencia para realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos es la condición para la acreditación de un endoscopista⁽⁴⁾. En un hospital universitario, debemos disponer de las condiciones adecuadas -ojalá óptimas- para realizar el trabajo cotidiano endoscópico y formar la nueva generación de endoscopistas. La llegada de un simulador computacional es un gran progreso en este sentido. Sin embargo, las condiciones técnicas -a pesar de una mejora indiscutible- siguen en un nivel crítico. ¿Podrían imaginar los cirujanos no tener electrobisturí en todos los pabellones? ¿O trabajar con laparoscopios rígidos con visión directa? ¿Y al mismo tiempo, enseñar a los jóvenes trabajar en el nivel del siglo XXI.?

En nuestro hospital siempre han trabajado algunos cirujanos como endoscopistas. La colonoscopia perteneció durante largo tiempo a los coloproctólogos y recién desde 1994 se realizan rutinariamente colonoscopias en nuestro servicio de gastroenterología. Finalmente, después de conversaciones de largos años, se unieron los miembros de los dos grupos, realizando los procedimientos en el Laboratorio de Endoscopia en Gastroenterología. Aparte de ellos, otros cirujanos también se integraron en nuestro centro. Actualmente 14 gastroenterólogos y 8 cirujanos realizan procedimientos endoscópicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, sin diferencia alguna entre los especialistas. Nunca antes se había logrado una verdadera cooperación de esta dimensión. Los cirujanos se transformaron en un nuevo motor de progreso de métodos endoscópicos, gracias a las necesidades de su trabajo. Por ejemplo, la colocación de endoprótesis autoexpandibles en diferentes segmentos del tubo digestivo ya es parte rutinaria de nuestra labor. No tenemos la menor duda, que el camino

elegido es la única alternativa: los métodos endoscópicos deben ser realizados por profesionales formados y entrenados con el más alto nivel, independientemente de su especialidad original, sean gastroenterólogos, cirujanos o eventualmente radiólogos.

El profesor Chung escribió: "Senior staff must be careful..."⁽³⁾ y el Dr. Braghetto tradujo brillantemente: "Los tutores y maestros deben ser cuidadosos en sus comentarios acerca de colegas de otras especialidades, ya que los más jóvenes tienden a emular los peores comportamientos"⁽¹⁾. Parece que Hong-Kong no está tan lejos de Santiago y existe alguna similitud entre el Prince of Wales Hospital y la Universidad de Chile...

Esperamos, que en el futuro próximo todo el mundo lo tenga claro: no se debería preguntar ¿cirujano o gastroenterólogo? En vez de esto, las preguntas pertinentes: ¿Tienen los endoscopistas -naturalmente gastroenterólogos y cirujanos- el apoyo necesario de otros especialistas? ¿Existe un ambiente de cooperación e integración en todos los niveles? ¿Están aseguradas las condiciones adecuadas para realizar su labor en un nivel requerido, exigido por los pacientes y con frecuencia por la ley? Nosotros, los actuales jefes: ¿Estamos haciendo todo para que la próxima generación de cirujanos y gastroenterólogos trabajen juntos, en armonía?

Prof. Dr. Javier Brahm Barril,
Jefe Sección Gastroenterología

Prof. Dr. Zoltán Berger Fleiszig,
Jefe Unidad de Endoscopia

Referencias:

1. Braghetto I.: Endoscopia digestiva : ¿El cirujano o el gastroenterólogo?
Rev. Hosp.Clin. Univ. de Chile 2005: 15; 339-341
2. Ponsky JL: Gastrointestinal endoscopists and minimally invasive surgeons: a relationship in evolution. World Gastroenterology News 2004:9 (1) <http://www.worldgastroenterology.org/?archive>
3. Chung S: Surgical or Medical? A view from Hong Kong. World Gastroenterology News 2004: 9 (1) <http://www.worldgastroenterology.org/?archive>
4. American Society of Gastrointestinal Endoscopy: Renewal of endoscopic privileges. Guidelines for clinical application. Gast

N. del E.

Los editores de la Revista agradecen y felicitan el aporte de los Drs. Brahm y Berger, e invitan a todos los lectores a hacernos llegar sus aportes y opiniones.