Comisión Directiva
SACPER - 2015

Presidente
Dr. Javier J. Vera Cucchiaro

Vicepresidente
Dr. Rubén E. Rosati

Secretario General
Dr. Alberto J. Abulafia

Prosecretario
Dr. Pedro H. Bistoletti

Tesorero
Dr. Raúl Tolaba

Protesorero
Dr. Aldo G. Minnozzi

Secretario de Actas
Dr. Gustavo Abrile

Director de Publicaciones
Dr. Ramiro L. González Oliva

Subdirector de Publicaciones
Dr. Federico Flaherty

Vocales Titulares
Dr. Fabián E. Cortiñas
Dra. Patricia E. Ahualli
Dra. M. Laura Da Costa Firmino
Dr. Edgardo A. Raggi

Vocales Suplentes
Dr. Gustavo A. Chajchir
Dr. Juan M. Seren
Dr. Mario G. Sosa
Dr. Joaquín A. Pefaure

Presidente anterior
Dr. Francisco J. Famá

Capítulos, Comisiones y Comités
Año 2015

Capítulos
Cirugía Estética
Dr. Federico Zapata
Cirugía de Quemados y Medicina Regenerativa
Dr. Gustavo Grgicevic
Cirugía Maxilofacial
Dr. Alejandro Beltrami
Cirugía Infantil
Dr. Guillermo Franze
Cirugía de Miembros, Mano y Microcirugía
Dr. . Joaquín Pefaure
Cirugía de mamas
Dr. Juan Marra
Procedimientos complementarios miniinvasivos en Cirugía Plástica
Dr. Eduardo Wexler
Cirugía de Contorno Corporal y Post Bariatrica
Dr. Carlos Malzoni

Comisión de Docencia e Investigación
Coord.: Dr. Justo La Torre Vizcarra
Dr. Pedro Bistoletti
Dr. Oscar Zimman
Dr. Alberto Abulafia

Comisión de Educación Médica Continua
Pte.: Dr. Francisco Jorge Famá
Coord.: Dr. Julio Cianflone
Dr. Ricardo Losardo
Dr. Enrique Gagliardi
Dr. Ernesto Moretti
Dr. Pedro Dogliotti
Dr. Héctor Lanza

Comité de Ética
Sala 1: Dr. Víctor Vassaro
Dr. Rodolfo Ferrer
Dr. Ernesto Moretti
Sala 2: Dr. Alfredo Santiago
Dr. Carlos Perroni
Dr. Juan Carlos Seiler

Comisión Informática
Coord.: Dr. Aníbal Mira Roso
Dr. Ramiro González Oliva (Director y Subdirector de Publicaciones)
Respuesta de e-mails
Dr. Francisco Famá
Asesor de página web
Dr. Aldo Minnozzi

Comisión de Asuntos Legales
Coord.: Dr. Ramiro González Oliva
Dr. Patricio F. Jacovella
Dr. Eduardo Marchioni

Junta Electoral
Dr. Manuel Viñal
Dr. Guillermo Flaherty
Dr. Carlos Zavalla

Consejo de Relaciones Internacionales de la SACPER
Coord.: Dr. Jorge Herrera
Dr. Juan C. Rodríguez (IPRAS)
Dr. Jorge Buquet (Cono Sur)
Dr. Omar Ventura (Cono Sur)
Dra. M. Cristina Picón (ISAPS))

Comisión de Acreditación de Unidades Docentes
Coord.: Dr. Ricardo Yohena
Dr. Walter Servi
Dra. Paulina Iwanyk

Comisión de la Especialidad Ad-hoc (Asoc. Arg. de Cirugía)
Dr. Esteban Elena
Dr. Carlos Sereday
Dr. Daniel Castrillón

Comité de Recertificación
Presidente:
Dr. Julio Luis Cianflone
Secretario:
Dr. Jorge Alberto Herrera
Vocales:
Dr. Jorge Alberto Buquet
Dr. Alfredo J. Pardina
Dr. Manuel Viñal
Dr. Pedro Luis Dogliotti
Rep. de Comisión Directiva:
Dr. Carlos Sereday

Comisión del Centro de Referencia y Contrarreferencia para el Tratamiento de las Fisuras Labioalveolopalatinas
Asesor
Dr. Rodolfo Ramón Rojas
Director General
Dr. Carlos Alberto Perroni
Coordinadora de Campaña
Dra. Martha Mogliani
Coordinadora Científica
Dra. Paulina Iwanyk
Secretaria
Dra. Mirta Susana Moreno
Tesorero
Dr. Daniel Castrillón (SACPER)
Relaciones Públicas
Dr. Sergio Marcelo Polichela
Representantes Regionales
Buenos Aires: Dra. Mirta Moreno
La Plata: Dr. Carlos Perroni
Nordeste: Dr. Dante Masedo
Tucumán: Dr. Miguel Corbella
San Juan: Dra. Inés Garcés
La Rioja: Dr. Aníbal Ojeda
S. del Estero: Dra. Carolina Cramaro
Rosario: Dr. Guillermo Iturraspe

Comisión de Admisión de Trabajos a Premio
Vicepresidente SACPER
Dr. Javier Vera Cucchiaro
Secretario General SACPER
Dr. Carlos Sereday
Prosecretario General SACPER
Dr. Alberto Abulafia

Comisión Asesora de Congresos
Dr. Juan Carlos Seiler
Dr. Hugo Bertone
Dr. Adalberto Borgatello
Dr. Pedro Dogliotti
Dr. Enrique Gagliardi
Dr. Horacio García Igarza

Comisión de Defensa del Ejercicio Profesional
Dr. Héctor Lanza
Dra. Noemí Cardozo
Dr. Carlos Zavalla

Comisión de Prensa y Difusión
Representante de Comisión Directiva
Dr. Francisco Famá

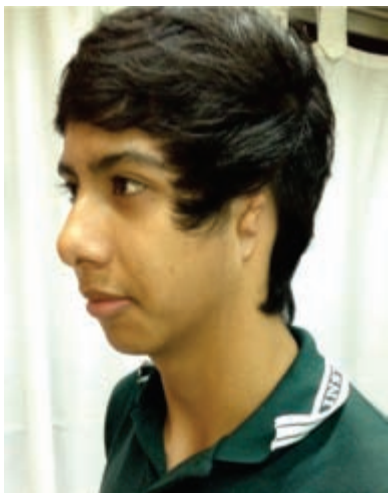
Videoteca
Dr. Eduardo Marchioni

Relaciones con Filiales
Dr. Javier Vera Cucchiaro

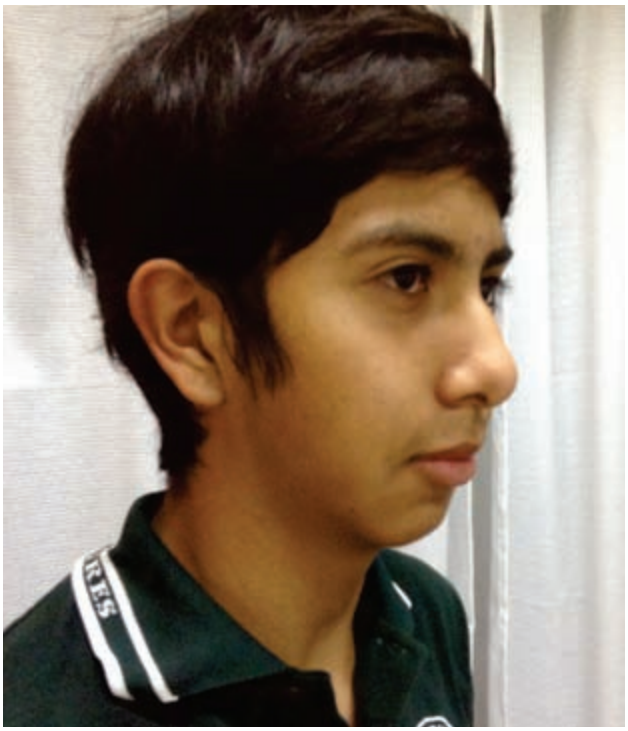
Parlamentario
Dr. Eduardo Errea

Crea soluciones, según la necesidad de cada paciente, para restablecer su calidad de vida.

EXOPRÓTESIS PIDERM de pabellón auricular izquierdo
confeccionada en piel protésica de silicona
con sujeción por medio de adhesivo antialérgico



Microtia de pabellón auricular izquierdo de grado 3



La Rioja 501 - C1221ACA - Buenos Aires
Tel./fax (54-11) 4931-4407/ 4932-8153
piraino@fibertel.com.ar / **www.ortopedia-piraino.com.ar**

PIRAINO

T.O.P. Miguel Antonio Piraino
(Técnico en Ortesis y Prótesis)

Arete compresivo Piderm para lóbulo de pabellón auricular,
pre y post quirúrgico.
Prevención y tratamiento de cicatrices hipertróficas y/o queloideas.

Uso continuo, día y noche (mínimo 18 horas diarias o según prescripción médica),
hasta que a cicatriz alcance la maduración máxima.

Confección personalizada en
acrílico transparente combinado con silicona.

Comité de Redacción
Año 2014

Editora
Dra. Martha O. Mogliani

Coeditora
Dra. Lucila Victoria Mangas

Comité Editor
Cirugía Estética: Dr. Abel Chajchir
Cirugía Maxilofacial: Dr. Carlos Perroni
Quemados: Dr. Hugo Bertone
Cirugía Pediátrica: Dra. Paulina Iwanyk
Miembros, Mano y Microcirugía:
Dra. Elina Ares de Parga
Cirugía Oncológica:
Dr. Ricardo Losardo
Reconstructiva y Estética de Mamas:
Dr. Enrique Gagliardi
Investigación:
Dr. Pedro Dogliotti

Secretario de Redacción
Dra. Aníbal Mira Roso

Presidente Comité de Redacción
Dr. Fortunato Benaim (Cirujano Maestro)

Comité de Redacción
Dr. Ulises De Santis
(Cirujano Maestro)

Consejo Consultor Nacional
Dr. Alberto Albertengo
(Cirujano Maestro)
Dr. Luis Inchaurraga
(Cirujano Maestro)
Dr. Osvaldo Orduna
(Miembro Honorario Nacional)

Autoridades de Regionales
Año 2015

1) Región Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires)
· Sociedad de Cirugía Plástica de Bs. Aires
Santa Fe 1611 3º Piso - (1060) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel: 4816-3757 / 0346 Fax. 4816-0342
info@scpba.org.ar
Presidente: Dr. Walter Servi

2) Región La Plata (Ciudad de La Plata)
· Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata
Calle 50 - Nº374 (e/2 y 3) - (1900) La Plata
Tel: (0221) 422-5111
E-mail: scirplasticalaplata@hotmail.com
Presidente: Dr. Santiago Goñi

3) Región Mar del Plata (Cdad de Mar del Plata)
· Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata
Güemes 2968 (7600) Mar del Plata
Tel: (0223) 486-2068 Fax: (0223) 486-2068
Presidente: Dr. Federico Gastón Aldaz

4) Región Rosario y Litoral (Provincias de Santa Fe y Entre Ríos)
· Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario
Santa Fe 1798 (2000) Rosario
Tel: (0341) 421-0120 / 447-1143
Fax: 425-9089
e-mail: sccmr@cimero.org.ar
www.scperr.com.ar
Presidente: Dr. Néstor Fabián Paul

5) Región Córdoba y Centro (Provincias de Córdoba, San Luis y La Pampa)
· Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba
Ambrosio Olmos 820 - (5000) Córdoba
Tel: (0351) 46-04313
e-mail: cirmecba@infovia.com.ar
Presidente: Dr. Pablo Reartes

6) Región Nordeste (NEA) (Provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones)
· Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste
Av. 3 de Abril 869 (3400) Corrientes
Tel: (03783) 435-122
Presidente: Dr. Eduardo Velázquez Dabat

7) Región Noroeste (NOA) (Provincias de Tucumán, Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero)
· Sociedad de Cirugía Plástica del NOA
· Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán
Pje. Martínez Suviría 3481 (4000) Tucumán
Presidente: Dr. Raúl Barbur

8) Región de Cuyo (Provincias de San Juan, Mendoza y La Rioja)
· Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza
Olegario V. Andrade 496 (5500) Mendoza
Tel: (0261) 4286844 Fax: (0261) 4286247
Presidente: Dr. Luis Sananes

9) Región Patagónica (Provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego)
Presidente: Dr. Guillermo Franze

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL
Expediente Nº 687144.
Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.
ISSN: 0327-6945

Los trabajos de esta Revista se incluyen en la BASE DE DATOS MÉDICA LILACs, en la SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (Buenos Aires, Argentina).

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* es una publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
Comité de Redacción: Dra. Martha Mogliani. Av. Santa Fe 3401 17º C.
E-mail: revistaargcirplas@fibertel.com.ar

Producción editorial, comercial y gráfica

Publicaciones Latinoamericanas S.R.L.
Piedras 1333 2° C (C1240ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina
tel./fax (5411) 4362-1600 | e-mail info@publat.com.ar | http://www.publat.com.ar

Sumario

122

EDITORIAL
Martha O. Mogliani

124

Expansión tisular rápida intraoperatoria (RITE)
Juan José Marra, Dr. Luis Mastronardi

129

Enseñando en el quirófano: nuevas lecciones para el entrenamiento de los residentes de Cirugía
Kristin Busch, Hari Keshava, Sreyram Kuy, Joseph Nesgoda, Ayana Allard-Picou

134

Noticias SACPER y Regionales

135

Reglamento de Publicaciones

Crea soluciones, según la necesidad de cada paciente, para restablecer su calidad de vida.

Ordenador Cicatrizal Piderm para reconstrucción quirúrgica de pabellón auricular.
Prevención y tratamiento de cicatrices hipertróficas y/o queloideas.

Confección personalizada en
silicona con sujeción tipo auricular.

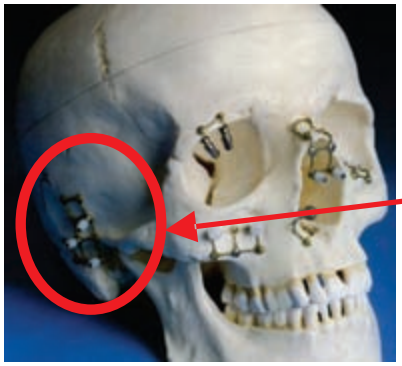
La Rioja 501 - C1221ACA - Buenos Aires
Tel./fax (54-11) 4931-4407/ 4932-8153
piraino@fibertel.com.ar / **www.ortopedia-piraino.com.ar**

PIRAINO

T.O.P. Miguel Antonio Piraino
(Técnico en Ortesis y Prótesis)

EXOPRÓTESIS PIDERM de pabellón auricular derecho **confeccionada en piel protésica de silicona** con sujeción por medio de implante de Titanio

Nuestra técnica personalizada nos permite lograr la **forma, tamaño, textura y coloración** con la mayor similitud a la piel del paciente.



Microsomia Hemifacial (HFM) lado derecho

Editorial

Ya, otra vez, ha pasado un año, y parece que fue ayer cuando nos deseábamos feliz 2015.
Lo importante es no haber perdido el buen hábito de hacernos preguntas, como, por ejemplo, ¿son compatibles una buena vida y una vida buena? Parece un juego de palabras, pero les recomiendo detenerse unos minutos para reflexionar.
Creo que lo que llamamos buena vida tiene que ver más con bienes materiales, que se ocupan de cifras, ingresos, servicios. Habitualmente con lo material, con el tener.
La vida buena en cambio consiste en tener proyectos coherentes, atractivos y llevarlos a cabo con amor, trabajo, cultura, respeto, amistad. El realizarlos con ética y moral, aunque parezca sencillo a primera vista sencillo, no lo es.
En general, es más fácil declarar valores que ejercerlos. Por eso vivir moral y éticamente es un gran desafío. Si se espera recompensa o reconocimiento, es especulativo.
Para actuar moralmente no hay que medir lo que hacen los demás, pues nos lleva a competir permanentemente, para la figuración social, dejando atrás los bienes colectivos, desvirtuando los valores, usando todos los medios para llevar a cabo los fines en un vale todo que enturbia todo lo que se lleva a cabo.
Uno de los desafíos más importante y difíciles que enfrentamos en nuestra vida es mantener, ante nuestra mirada interior, una cierta coherencia entre lo que decimos a los demás y el modo en que actuamos, pero el hacerlo es una elección individual e intransferible.
Todos tenemos tres caras: LO QUE PIENSO QUE SOY, LO QUE OTROS PIENSAN DE MI Y LO QUE REALMENTE SOY. La verdad sobre sí mismo. Si sabemos mirar, sabemos amar, y lo más importante es no dejar de hacernos preguntas.
MUCHAS FELICIDADES.

Dra. Martha O. Mogliani
Editora

PIRAINO

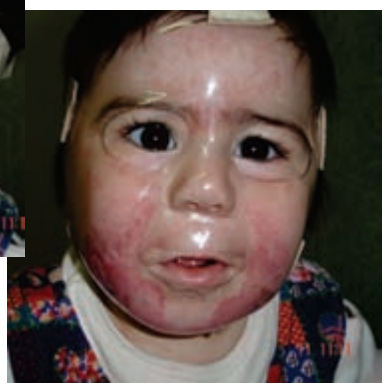
T.O.P. Miguel Antonio Piraino
(Técnico en Ortesis y Prótesis)

Crea soluciones, según la necesidad de cada paciente, para restablecer su calidad de vida.

Ordenador Cicatrizal Piraino (O.C.P.)
Rígido transparente para rostro

En caso de pacientes pediátricos se debe tomar el molde en quirófano bajo anestesia.

EL USO DE MATERIAL TRANSPARENTE
(butirato de celulosa),
IDEAL PARA MASCARAS FACIALES,
nos permite monitoriar
LA PRESIÓN EJERCIDA
SOBRE LAS CICATRICES.
El aspecto blanquecino (por isquemia)
NOS CONFIRMA QUE LA COMPRESIÓN
ES UNIFORME Y ÚTIL
en todas las áreas criticas.



Durante el tratamiento

Después de 24 meses de tratamiento

Estos resultados se obtienen cuando la rehabilitación se realiza en conjunto con el equipo interdisciplinario. Además la participación de los familiares es fundamental.

La Rioja 501 - C1221ACA - Buenos Aires
Tel./fax (54-11) 4931-4407/ 4932-8153
piraino@fibertel.com.ar / **www.ortopedia-piraino.com.ar**

Expansión tisular rápida intraoperatoria (RITE)

Juan José Marra[1], Luis Mastronardi[2].

RESUMEN

En la cirugía de reconstrucción mamaria posmastectomía, las hipomastias severas y el síndrome de Poland, la expansión tisular rápida intraoperatoria (RITE: Rapid Intraoperative Tissue Expansion) ha permitido, mediante la utilización de expansores redondos y expansores diferenciales, lograr resultados satisfactorios con alto grado de satisfacción por los pacientes. La expansión tisular rápida intraoperatoria llevada a cabo durante 20 minutos impide la generación de una cápsula en el colgajo expandido y disminuye así las posibilidades de retracción capsular, lo cual se evidencia en una reducción del posoperatorio, de las complicaciones y secuelas quirúrgicas, conservando la posibilidad de utilización de otras variantes terapéuticas.

SUMMARY

In breast reconstruction after mastectomies, severe hypomasties and Poland syndrome, Rapid Intraoperative Tissue Expansion (RITE) with the use of round and differentiated expanders has allowed to achieve satisfactory results with high level of patients' satisfaction. The Rapid Intraoperative Tissue Expansion carried out for 20 minutes prevents the formation of a capsule in the expanded flap, therefore reducing the risk of capsular contracture, thus reducing postoperative time, complications and surgical sequelae, permitting the use of other therapeutic modalities.

INTRODUCCIÓN

Se han descripto diversas opciones reconstructivas luego de una mastectomía, que abarcan desde la expansión temporaria hasta la transferencia de tejidos autólogos, si bien algunas de estas opciones implican varios tiempos quirúrgicos o sumados a grados variables de complicaciones y secuelas en la zona dadora. El procedimiento elegido debería considerar optimizar los resultados con la menor morbilidad y secuela funcional posible.

Los primeros estudios publicados relacionados con la expansión de tejidos en cirugía reconstructiva tuvieron lugar en 1905, cuando Codvilla lo describe como alternativa para lograr una elongación femoral, seguidos por el de Magnusson en 1908, también para tal fin[1,2]. Neumann publica en 1957 la primera expansión tisular realizada mediante la implantación subcutánea de balones de látex conectados a un tubo de poliuretano exteriorizado por contraabertura para una reconstrucción auricular[3]. Sin embargo, los pioneros en la expansión cutánea tal como la conocemos hoy en día, fueron Radovan y Austad, cuyos aportes novedosos e innovadores han sido de gran utilidad en la cirugía reconstructiva. En 1976, Radovan perfecciona el concepto de Neumann, creando un balón abocado al exterior por una jeringa tubo que permitiría su llenado, equipado con un sistema accesorio para extraer el líquido. Austad presenta en 1979 los hallazgos histológicos que acompañan la expansión de tejidos y recibe junto Rose el primer premio de la investigación de la Sociedad Americana de Cirugía Plástica, lo cual motiva la realización de múltiples trabajos relacionados con la expansión de tejidos. En 1982 Radovan emplea la expansión en tejido mamario y en 1983 Argenta lo utiliza en cabeza y cuello, mientras que la expansión rápida fue mencionada por primera vez en 1987 por Sasaki, quien incluye pequeños expansores en cara para explotar las propiedades viscoelásticas de la piel[4-8].

Gibson desarrolla el concepto de "arrastre" (CREEP) y explica el mecanismo por el cual los tejidos son reclutados desde la periferia hacia el centro, además de exponer las modificaciones histológicas que permiten este proceso. Demuestra como la deshidratación y des-

1. *Cirujano Plástico. SCPBA. SACPER. Profesor de la Cátedra de Cirugía Estética, Posgrado de Cirugía Plástica y Reconstructiva, USAL. Rep. Argentina*
2. *Cirujano Plástico. Miembro Aspirante SCPBA. Rep. Argentina*

Correspondencia: ceicirugiaplastica@hotmail.com

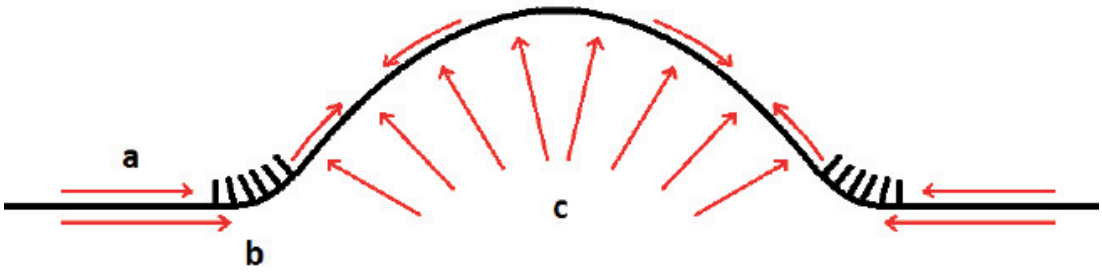


Figura 1. Concepto de "arrastre" de Gibson et al. (CREEP). a) Zona de deslizamiento. b) Zona de reclutamiento. c) Área de estiramiento.

plazamientos de los mucopolisacáridos de la sustancia fundamental sumados a la mircrofragmentación de las fibras elásticas, posibilitan el reordenamiento de las fibras de colágeno que culmina con el reclutamiento de tejidos vecinos hacia el área expandida[9,10] (**Figura 1**).
En 1987 Mustoe y cols. completan los criterios con un estudio comparativo entre la expansión rápida convencional y rápida, donde no se hallaron cambios significativos en el espesor de las capas cutáneas con ambos métodos.[11] Ollenius y cols. demuestran un aumento en el número de queratinocitos por mayor actividad mitótica en los tejidos sometidos a expansión[12-14]. Los fibroblastos y miofibroblastos son los responsables de la contractura capsular, ya que provocan la retracción de la misma; por consiguiente, la RITE, debido a su breve duración, no genera una cápsula en el colgajo expandido disminuyendo las posibilidades de retracción[15].

MATERIAL Y MÉTODO

La selección de pacientes incluye a aquellas mujeres que requieren reconstrucción mamaria luego de una mastectomía, cuando la calidad y tamaño de la cobertura sean adecuados, y no presenten daños severos por radioterapia previa. Actualmente, el uso de sistemas de aspiración continua asociado a lipoinjertos previos en estas pacientes podría mejorar estas condiciones de cobertura, permitiendo una posterior expansión.
En la totalidad de las pacientes preferimos realizar la reconstrucción mamaria de manera diferida, ya que evitamos sumar la morbilidad de los dos procedimientos, y creemos que este período de duelo por la mama perdida le permite a la paciente procesar con otro nivel de expectativas de resultado en la nueva mama.

Figura 2. Expansor diferencial y expansor redondo..

Otro grupo de pacientes que se pueden beneficiar con este procedimiento son aquellas con síndrome de Poland o con hipomastia severa, en las que una expansión de tejidos previa a la colocación del implante permite obtener resultados satisfactorios.
En todas las pacientes intervenidas se utilizó anestesia local sumada a una seudoanalgesia realizada por el anestesiólogo. Se utilizaron expansores redondos y expansores diferenciales de aproximadamente 600 cc con pico Luer para expansión rápida **(Figura 2).**

Técnica quirúrgica

En la marcación preoperatoria, el bolsillo diseñado resulta de la simetrización deseada con la mama contralateral, marcando el futuro surco submamario aproximadamente a 20 cm desde la horquilla esternal y posicionándolo 2 cm debajo del surco contralateral para

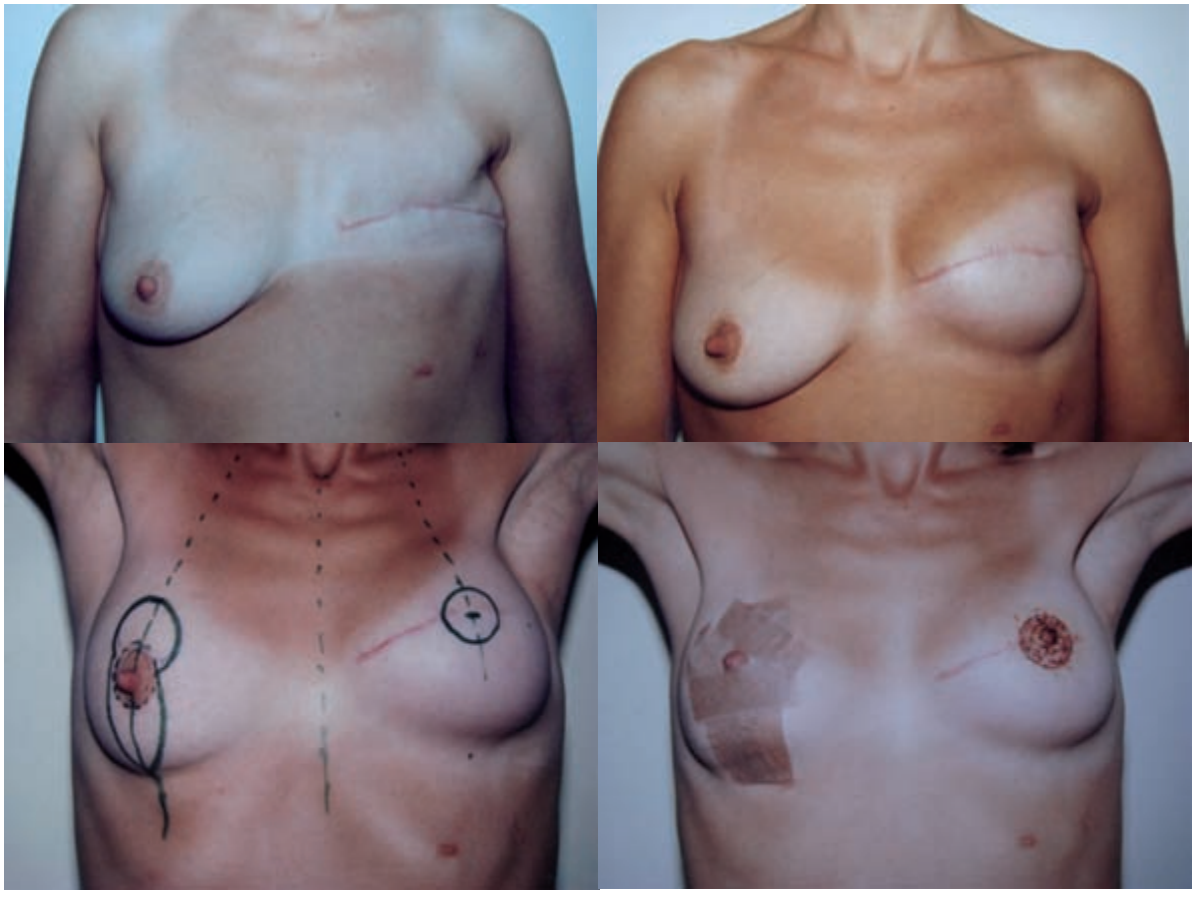


Figura 3. Expansión rápida intraoperatoria más Inclusión de Implante, con posterior simetrización de la mama contralateral y reconstrucción del complejo areola pezón en una paciente con mastectomía previa.

evitar el ascenso posterior del mismo. El polo superior se define proyectando el reborde superior glandular de la mama contralateral mediante una leve compresión manual. La línea axilar anterior marca el límite lateral del bolsillo.

En la reconstrucción mamaria posmastectomía se efectúa la colocación del expansor realizando una incisión de aproximadamente 3 cm de longitud en la cola de la cicatriz previa (se tiene precaución de ubicarla en el extremo de la cicatriz para evitar soluciones de continuidad sobre la zona expandida).

En pacientes con hipomastia, síndrome de Poland o adenomastectomía, para su expansión se sugiere el abordaje por vía axilar.

El expansor debe poseer ciertas características esenciales para cumplir función. Debe ser inerte o biocompatible, tener capacidad elástica para insuflarse al doble de su volumen y ser impermeable para evitar pérdidas. Finalmente, resulta conveniente que posea un sistema cómodo y rápido de llenado y vaciado para facilitar el procedimiento.

El bolsillo es tallado en el plano retromuscular y luego de un control exhaustivo de hemostasia se coloca un expansor que preferimos con pico tipo Luer para facilitar su rápido llenado **(Figura 3).**

Se inicia la expansión con solución fisiológica y se espera durante un lapso de 20 minutos, contándose el tiempo desde el inicio del procedimiento.

Durante este período podemos notar palidez en la piel debido a la tensión por la expansión a la que es sometida, lo que nos sugiere el reordenaminto de las fibras de colágeno provocada por la microfragmentación de las fibras elásticas, la hipoxia y la deshidratación. Luego de 20 minutos de expansión se extrae el expansor y se realiza la inclusión del implante liso redondo de gel de silicona. No colocamos drenaje ni vendaje sino una prenda de contención no compresiva.

En los casos en que la paciente desee completar su reconstrucción con el tallado del complejo areola pezón, este se realiza luego de los 6 meses de la expansión rápida. Durante este tiempo se logra que la mama se es-

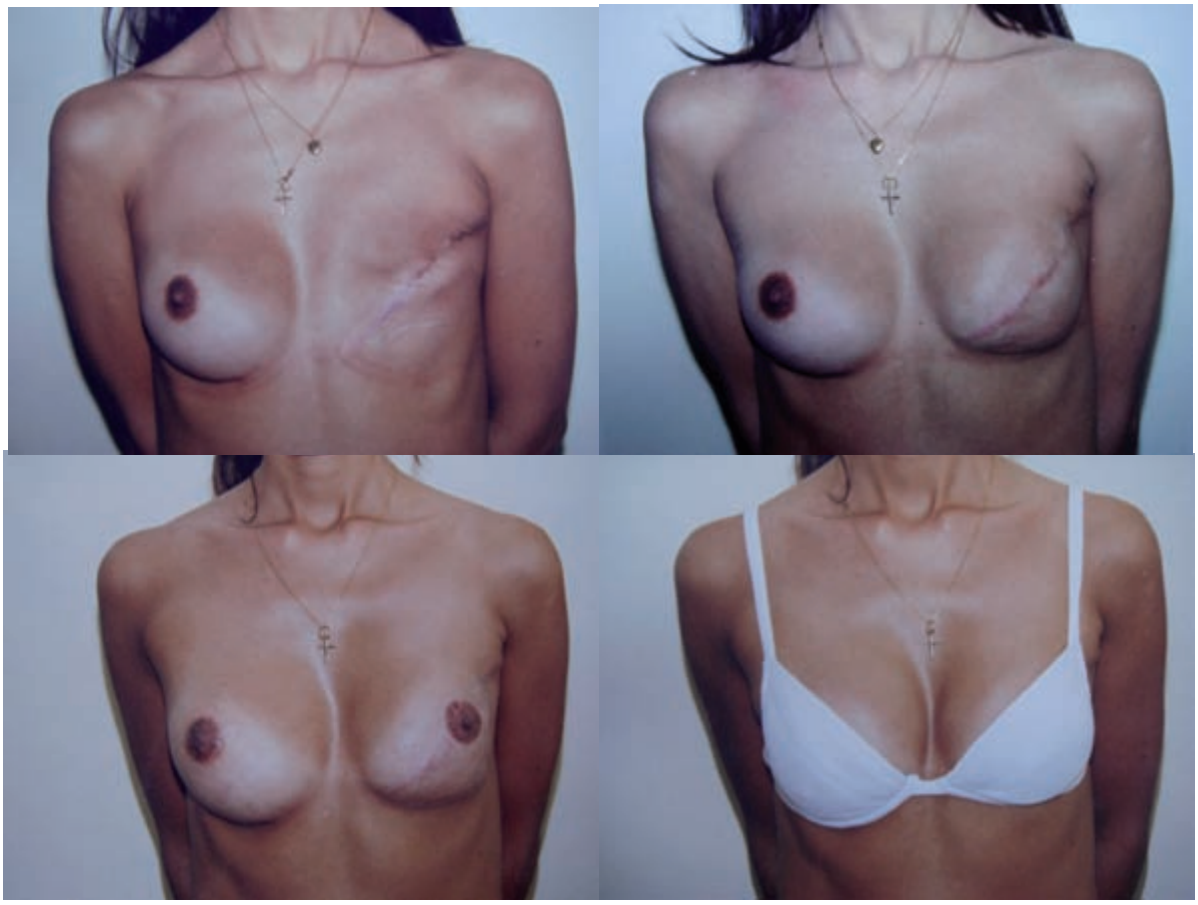


Figura 4. Resultados obtenidos en un paciente joven sometida a una mastectomía. Nótese como puede vestirse cómodamente luego del procedimiento.

tabilice en su posición definitiva para iniciar la simetrización de la mama contralateral **(Figuras 3 a, b, c, d).**

DISCUSIÓN

Al plantearse una cirugía de reconstrucción mamaria, el cirujano debería orientar su decisión quirúrgica no solo por la calidad del resultado deseado sino también considerando las posibles secuelas y morbilidad de la cirugía elegida. Actualmente los procedimientos quirúrgicos se han acortado y perfeccionado, generando menor morbilidad y brindando mejores resultados estéticos y funcionales, todo ello sumado al avance del diseño y fabricación de los implantes, lo cual ha permitido incorporar los conceptos de expansión para los procedimientos reconstructivos[14,16-18].

La carga emocional de las mujeres que solicitan una reconstrucción mamaria es considerablemente mayor que en otro tipo de pacientes, ya que poseen un estrés psicológico relacionado con la pérdida de su mama. Hemos observado que este tipo de pacientes busca por lo general la recuperación del volumen en dicha la zona que le permita vestirse disimulando la ausencia de su mama, y no un resultado estéticamente natural y refinado como pretenderíamos la mayoría de los cirujanos al tratarla **(Figuras 4 a, b, c, d).**

Por los motivos citados, el cirujano que encara este tipo de cirugía debería evaluar los costos y los beneficios de las diferentes opciones terapéuticas eligiendo la que menos morbilidad implique. Estos conceptos nos han orientado hacia la opción de la expansión rápida intraoperatoria con inclusión de Implante, ya que no prolonga el período de tratamiento y no suma secuelas en zonas dadoras[13,14,16].

En cuanto a las posibles desventajas de la reconstrucción mamaria con este procedimiento podemos mencionar que se utilizan materiales aloplásticos y se requieren características especiales en el tejido a tratar.

El resultado del estiramiento logrado depende de características intrínsecas de la paciente, como son el grosor y la elasticidad de su piel que responden a factores

genéticos, edad y hábitos; y de características adquiridas como la presencia de cicatrices previas, radioterapia recibida o cambios inflamatorios locales.
Respecto a las pacientes con síndrome de Poland o con hipomastia severa, la posibilidad de expandir los tejidos previo a la colocación del implante nos facilitará un mejor resultado.

CONCLUSIÓN

La carga emocional en las pacientes pasibles de reconstrucción mamaria es muy alta, por lo cual el cirujano debe estar convencido del tipo de procedimiento que va a desarrollar.

La expansión rápida intraoperatoria con inclusión de implantes elude secuelas innecesarias sin interferir con otras posibles futuras intervenciones, reduce los tiempos quirúrgicos acortando el período de tratamiento, evita la inclusión de un cuerpo extraño temporario que genere cápsula sin la necesidad de deformidades temporarias y permite una reconstrucción inmediata cumpliendo en general con las expectativas de la paciente.
Al realizarse hoy en día cirugías más conservadoras y radioterapias menos agresivas, estamos convencidos que la expansión rápida intraoperatoria con inclusión de implante es un procedimiento óptimo a tener en cuenta para la reconstrucción mamaria posmastectomía o en todos aquellos casos donde se deba aportar tejido.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Codvilla A. On the means of lengthening in the lower limbs, the muscles and tissues which are shortened through deformity. Am J Orthop Surg 1905;2:353.*
2. *Magnuson PS. Lengthening shortened bones of the leg by operation. Univ Pa Med Bull 1908:103.*
3. *Neumann CG. The expansion of an area of skin by progressive distention of a subcutaneous balloon; use of the method for securing skin for subtotal reconstruction of the ear. Plast Reconstr Surg 1957 Feb;19(2):124-30.*
4. *Radovan C. Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander. Plast Reconstr Surg 1982 Feb;69(2):195-208.*
5. *Austad ED, Pasyk KA, McClatchey KD, Cherry GW. Histomorphologic evaluation of guinea pig skin and soft tissue after controlled tissue expansion. Plast Reconstr Surg 1982 Dec;70(6):704-10.*
6. *Austaud ED. The modelling of skin expanders (Discussion). Plast Reconstr Surg 1989;83:366.*
7. *Argenta LC. Controlled tissue expansion in reconstructive surgery. Br J Plast Surg 1984 Oct;37(4):520-9.*
8. *Sasaki GH. Intraoperative sustained limited expansion (ISLE) as an immediate reconstructive technique. ClinPlast Surg 1987 Jul;14(3):563-73.*
9. *Gibson T, Kenedi RM. Biomechanical properties of skin. Surg Clin North Am 1967 Apr;47(2):279-94.*
10. *Gibson T, Kenedi RM, Craik JE. The mobile micro-architecture of dermal collagen: a bio-engineering study. Br J Surg 1965 Oct;52(10):764-70.*
11. *Mustoe TA, Bartell TH, Garner WL. Physical, biomechanical, histologic, and biochemical effects of rapid versus conventional tissue expansion. Plast Reconstr Surg 1989 Apr;83(4):687-91.*
12. *Fan Z, Guan W, Jin Y. Experimental study of changes in biomechanical properties of pig skin after rapid expansion. Zhonghua Zheng Xing Shao Shang Wai KeZaZhi 1994 Jan;10(1):34-7.*
13. *Olenius M, Dalsgaard CJ, Wickman M. Mitotic activity in expanded human skin. Plast Reconstr Surg 1993 Feb;91(2):213-6.*
14. *Machida BK, Liu-Shindo M, Sasaki GH, Rice DH, Chandrasoma P. Immediate versus chronic tissue expansion. Ann Plast Surg 1991 Mar;26(3):227-31; discussion 232.*
15. *Zimman OA, Robles JM, Lee JC. The fibrous capsule around mammary implants: An investigation. Aesthetic Plast Surg 1978 Dec;2(1):217-34.*
16. *Fee-Fulkerson K, Conaway MR, Winer EP, Fulkerson CC, Rimer BK, Georgiade G. Factors contributing to patient satisfaction with breast reconstruction using silicone gel implants. PlastReconstr Surg 1996 Jun;97(7):1420-6.*
17. *Spear SL, Spittler CJ. Breast reconstruction with implants and expanders. Plast Reconstr Surg 2001 Jan;107(1):177-87.*
18. *Pusic AL, Cordeiro PG. An accelerated approach to tissue expansion for breast reconstruction: experience with intraoperative and rapid postoperative expansion in 370 reconstructions. Plast Reconstr Surg 2003 May;111(6):1871-5.*

Enseñando en el quirófano: nuevas lecciones para el entrenamiento de los residentes de Cirugía

Kristin Busch, Hari Keshava, Sreyram Kuy, Joseph Nesgoda, Ayana Allard-Picou.

"Vea una, haga una y enseñe una"

Este ha sido el principio aplicado durante décadas para transmitir las técnicas operatorias de una generación a la siguiente. Aprendiendo de este modo, conocido como el modelo de entrenamiento de Halstead (el creador del sistema de residencias médicas), los cirujanos que hoy sirven como mentores a las generaciones más jóvenes, podían regular el incremento de las responsabilidades en el quirófano a medida que progresaba su entrenamiento. Sin embargo, en la pasada década algunos cambios en el sistema de residencias impusieron la necesidad de renovar los métodos de enseñanza en el quirófano. Los residentes hoy en día ven una gran variedad de procedimientos quirúrgicos durante su entrenamiento, el cual se calcula que se elevó en un 21% desde 2005 a 2010, pero el número de intervenciones ejecutadas más de 10 veces no sufrió cambios.

La evolución de la educación en cirugía produce dudas sobre si los residentes tienen el suficiente tiempo para dominar una técnica quirúrgica. Una encuesta nacional (USA) publicada en 2009, enfatizó estos temas indicando que el 27,5% de los residentes están preocupados porque sienten que no están seguros de llevar a cabo procedimientos quirúrgicos en forma independiente una vez en su propia práctica; esto se magnificó después de los nuevos horarios de trabajo semanal implementados por el Consejo de Acreditación para los Graduados en Educación Médica. Este disbalance entre el objetivo educativo y la reducción en las horas de trabajo hizo necesaria la búsqueda de enseñanzas mejor estructuradas y mas eficientes por parte de los cirujanos docentes. Varias estrategias educacionales se implementaron buscando mejorar la evaluación de las habilidades quirúrgicas y la instrucción. El uso de estas nuevas herramientas educacionales puede ser útil para obtener mejor calidad y eficiencia en la educación intraoperatoria.

Instrucciones preoperatorias. Interrogatorio posoperatorio

Ya se ha establecido la utilidad de estas dos herramientas docentes, tanto para producir un mejor esfuerzo del educando como así una cultura de seguridad en cirugía. El modelo de "Instrucciones preoperatorias/Interrogatorio postoperatorio" mostró como optimiza la experiencia del aprendizaje intra quirófano para los jóvenes cirujanos, si se combina con la identificación preoperatoria de los objetivos de enseñanza. Claramente, la identificación mencionada, antes de iniciar una cirugía, integrada con el modelo instrucciones pre/interrogatorio post, facilita el proceso de guía y se transforma en un modelo apropiado de enseñanza. Un estudio publicado en 2013 examinó específica-

Publicado originalmente en inglés en Bull Am Coll Surg. 2015 Aug;100(8):29-34.
Publicado nuevamente, en español, con el permiso correspondiente del ACS Bulletin.
Traducción y comentario: Dr. Eduardo E. Marchioni MD, FACS.

mente los efectos de incorporar el modelo de instrucciones pre/interrogatorio post al entrenamiento y la educación en cirugía, acompañado de la enunciación previa de las metas de enseñanza. Este estudio, que utilizó la observación directa en el quirófano junto a encuestas pre- y posoperatorias, puso de manifiesto el cambio significativo ocurrido entre los docentes y residentes. Se observó también una disminución de las conversaciones triviales entre educador/educando durante la cirugía.

Antes de la implementación del modelo *instrucciones preoperatorias/interrogatorio posoperatorio*, en un estudio de 263 casos, se reportó una frecuencia más alta de la descripción de los pasos intraoperatorios por parte del docente y mejor evaluación de la conducta personal. Si comparamos este modelo con el anterior, los números lo favorecen ampliamente: *demostración de la técnica quirúrgica* mejoró de 45,2% a 88,4%, *aliento al residente de* 48,4% a 76,8%, *uso de enseñanza no verbal* de 3,2% a 23,2%, *aumento de advertencias positivas* de 24,2% a 75,8% y *uso de una retroalimentación útil para el residente* de 33,9% a 63,2%. Siguiendo este modelo de aprendizaje, los residentes supervisados estuvieron más de acuerdo con las siguientes declaraciones de parte de los cirujanos de planta: "me describe los pasos si no estoy muy familiarizado con ellos", "me pide que describa puntos clave de la cirugía", "me brinda un frecuente intercambio verbal", "me confirma que comprendí el procedimiento" y "aporta una clara evaluación sobre mi procedimiento". En un medio no estructurado, los residentes reconocen la experiencia educacional. La propia identificación preoperatoria de los objetivos de aprendizaje les recuerda a los residentes las tareas específicas en las cuales deben trabajar para completar su entrenamiento. Más aún, la discusión de estos temas en forma preoperatoria con el cirujano instructor, refuerza su rol durante el proceso de enseñanza. Combinando el modelo con la identificación de los objetivos de enseñanza, dirige al docente hacia las necesidades del residente y refuerza lo que este necesita aprender.

EL MODELO ZWISCH

Joseph Zwischenberger (MD, FACS) desarrolló este modelo en la Universidad de Kentucky, en Lexington, para ayudar en el entrenamiento y evaluación de sus residentes, para que adquieran independencia quirúrgica. La meta del llamado *modelo de Zwisch* es proveer a ambos, instructores y residentes, etapas específicas de supervisión, permitiendo así un entrenamiento adecuado y seguro para obtener cirujanos bien formados.

Las cuatro etapas del modelo Zwisch son las siguientes:

- Demuestra y habla
- Ayuda inteligente
- Ayuda silenciosa
- Sin ayuda

Cada etapa identifica la manera en que el cirujano de planta se comporta y enseña durante la intervención, como también las expectativas del residente operando. En la primera etapa, *demuestra y habla*, el cirujano realiza los pasos críticos de la operación mientras se los explica al residente. La *ayuda inteligente* comprende al cirujano de planta guiando al residente a través de los pasos críticos de la cirugía. En la *ayuda silenciosa* el residente realiza los pasos críticos en forma independiente mientras el cirujano de planta provee una ayuda pasiva pero interviniendo en caso de ser necesario. En el nivel más avanzado, *sin ayuda*, el cirujano de planta solamente está presente para garantizar la seguridad del paciente, mientras la cirugía se lleva a cabo por el residente y otro ayudante menos experimentado.

El mayor beneficio del modelo de Zwisch es la simplicidad con la que puede ser implementado y usado para entrenar residentes en la sala de operaciones. De hecho, muchos cirujanos sienten que ya usaban esta modalidad y adicionalmente, desde su publicación en 2013, otros estudios han demostrado los beneficios de este modelo en la enseñanza de residentes, programas de residencia y desarrollo de los docentes. En particular, esta herramienta puede proveer a los residentes con una medida específica del nivel esperado de competencia para una determinada operación. Permite que la evaluación sea más concreta señalando las fortalezas y áreas de mejoría del residente y se pueden establecer niveles de complejidad a cumplir según cada año de cursada.

Este modelo provee a los docentes con un medio estructurado de enseñanza para la cultura de nuestros días que enfatiza el incremento de productividad, los posibles conflictos legales y las regulaciones sobre la seguridad del paciente. Adicionalmente, los cirujanos de planta pueden apreciar el sentido del cumplimiento observando los progresos de los residentes hasta su último año.

Etapa	Comportamiento de Instructor	Comportamiento del residente
Demuestra y habla	**Ejecuta etapas** clave del procedimiento. **Relata el** caso (piensa en voz alta). **Muestra pasos** importantes y anatomía.	**Ejecuta la** apertura y el cierre del procedimiento. **Actúa como** primer ayudante y observa el procedimiento.
Ayuda Inteligente	**Intercambia roles** entre cirujano y primer ayudante. **Cuando actúa** de ayudante guía al residente al rol de cirujano. **Optimiza el** campo y la exposición. **Anticipa los** próximos pasos.	**Intercambia roles** cirujano/ayudante. **Demuestra la** habilidad mejorada de realizar tiempos clave con la asistencia del instructor. **Está al** tanto de las habilidades necesarias.
Ayuda Silenciosa	**Sigue las** instrucciones del residente. **Agudiza el** refinamiento de la técnica.	**Lleva a** cabo los próximos pasos con eficiencia incrementada. **Reconoce los** puntos críticos de transición.
Sin ayuda	**Aporta consejos** no solicitados. **Monitorea el** progreso. **Consolida la** seguridad del paciente (esto durante todas las etapas).	**Ejecuta el** procedimiento con asistente experimentado. **Completa la** intervención sin instructor presente. **Se recupera** de los errores. **Reconoce si** debe pedir ayuda o consejo.

MOMENTOS DE ENSEÑANZA

La identificación de los objetivos específicos de enseñanza es muy útil para maximizar la educación en cirugía. Sin embargo, muchas de estas oportunidades no son planeadas; estos momentos de aprendizaje pueden surgir a propósito de errores técnicos en manos del residente o un demostrado déficit de conocimiento respecto del caso a operar. Cuando estos eventos ocurren, las interacciones resultantes entre docente y alumno (cirujano de planta/residente en formación) pueden tomar varios caminos. Algunas interacciones se enfocan en la corrección de las acciones, asegurando un resultado exitoso, mientras que otros prefieren mejorar el conocimiento base o lograr una mejor comprensión del caso.

Un estudio reciente de Roberts et al. busca optimizar las oportunidades de enseñanza durante la cirugía mirando específicamente como los cirujanos interactúan con los residentes durante la intervención. En el estudio se observó la comunicación verbal mediante cuatro procedimientos quirúrgicos filmados en video. Cada una de las 1306 interacciones detectadas fue clasificada en uno de cuatro tipos: *instrumental*, *enseñanza pura*, *instrumental y enseñanza* y *charla informal*. Las interacciones eran *instrumentales* cuando su propósito era seguir adelante con la operación con éxito; esto derivado del concepto sociológico de acción instrumental, que se centra en cómo los comportamientos, necesidades y percepciones tienen un fin y una meta específica. En esta interacción los educadores proponen requerimientos específicos a los residentes, con los cuales, si se realiza adecuadamente, el resultado para el paciente es positivo. En este caso la carga es del residente que debe tomar las tareas específicas designadas con un amplio criterio de comprensión de la técnica y toma de decisiones. Estas discretas interacciones son vistas como el nivel más básico de instrucción.

Por el contrario, la *enseñanza pura* representó el extremo opuesto de las interacciones observadas. Estas comunicaciones le proveen al residente educación, moldean su juicio y brindan mejoras en al accionar, sin afectar directamente el resultado del caso quirúrgico. En las interacciones de *instrumental y enseñanza* los educadores balancean ambos abordajes. Proveen instrucciones específicas del caso y apoyan la instrucción a través de una explicación muy amplia de la situación. Es una estrategia que moviliza al residente e incrementa su comprensión. Esta combinación de acción dirigida con explicaciones acompañantes aumenta la posibilidad de que la experiencia produzca cambios a largo plazo en la manera de pensar y práctica del residente. La *charla informal*, descripta como aquella conversación no relacionada al caso o a la patología del paciente, puede parecer la interacción menos educacional de todas, pero puede ser útil para humanizar las partes involucradas y crear un medio mas proclive a la enseñanza y el aprendizaje.

La mayoría de los eventos de enseñanza son detonados por el error en la performance del residente. Las situaciones de tensión en la cirugía demandan interacciones instrumentales sin muchas comunicaciones, si está en peligro la seguridad del paciente. La charla informal y la enseñanza pura ayudan al tono en el ambiente de quirófano y brindan algunas lecciones. Teniendo en cuenta las diferentes interacciones descriptas y balanceándolas, se puede lograr mejorar la experiencia del aprendizaje en la sala de operaciones.

EVALUACIÓN DE LA HABILIDAD QUIRÚRGICA

En las últimas décadas se han desarrollado numerosas escalas de conducta, listas de controles específicas de procedimientos e índices de competencia quirúrgica para proveer medios estandarizados de evaluar la acti-

vidad quirúrgica (p. ej., *Objective structures Assessment of Technical Skills y Global Operative Assessment of Laparoscopic Skills*).

Aunque muchas escalas de evaluación se enfocan fundamentalmente en la habilidad técnica, el sello de cirujano competente incluye no solo la maestría en el aspecto técnico sino también la facilidad y eficiencia de movimientos y una consciencia situacional que eleve la eficacia de todo el equipo quirúrgico. Por lo tanto, estos sistemas de evaluación son una herramienta ideal para este aspecto. Otro ejemplo es la O-SCORE o *Ottawa Surgical Competency Operating Room Evaluation* (en español Evaluación de la Competencia quirúrgica en la sala de operaciones), realizada en la Universidad de Ontario en Canadá. Esta escala evalúa del residente: el plan previo al procedimiento, preparación del caso, conocimiento específico de de los pasos del procedimiento, actuación técnica, habilidades visuoespaciales, planeamiento post procedimiento, eficiencia y fluidez y comunicación con el staff quirúrgico. Cuando esta herramienta fue probada en la División de Cirugía Ortopédica de la Universidad de Ottawa, los docentes mencionaron que era muy útil para evaluar fácilmente a los residentes. El análisis posterior demostró que el método evaluatorio permitía diferenciar entre residentes junior y residentes senior. Como la evaluación de los residentes es cada vez más importante en la educación, los modelos como el O-SCORE toman un rol central en tal tarea.

EVALUACIONES VIDEO ASISTIDAS:

El análisis de los procedimientos registrados en video de las actuaciones operatorias de los residentes proveen un gran método de evaluación y de retroalimentación. Le agregan cierta flexibilidad a los procesos de instrucción. Las habilidades técnicas, la actuación y comportamiento en el quirófano pueden ser evaluados a posteriori, permitiendo un pormenorizado análisis. Un sistema de videos recientemente instalado en una institución de Pennsylvania, permite registrar la actividad de los residentes durante las intervenciones. La retroalimentación a la que da origen tiene un sistema doble y separado de análisis. Se mide la actuación del residente y su nivel de autonomía en quirófano usando el modelo de Zwisch y además criterios no técnicos como consciencia de situación, toma de decisiones, comunicación y trabajo en equipo y liderazgo. Estos modelos que evalúan múltiples aspectos son otro forma de facilitar el desarrollo del residente.

CONCLUSIÓN

La educación y el entrenamiento quirúrgico ha evolucionado sustancialmente en las últimas décadas en respuesta a nuevas tecnologías, regulaciones y prácticas. En un esfuerzo para aprovechar estos cambios, una gran cantidad de métodos de enseñanza y evaluación fueron creados para maximizar las oportunidades de aprendizaje en la sala de operaciones. Los educadores y las instituciones que abracen estos métodos están en una óptima posición para el entrenamiento de las próximas generaciones de cirujanos. Los métodos varían en enfoque y modo de implementación, pero comparten la meta común de maximizar el desarrollo del residente de cirugía alentado la adecuada competencia en la especialidad.

COMENTARIO

La intención al traducir el presente trabajo fue dar un pantallazo a los procedimientos actuales, en los Estados Unidos de América, de evaluación y competencia de los residentes de Cirugía. Es perfectamente trasladable al residente de cirugía plástica, siempre y cuando pudiéramos contar con los medios que se mencionan en el mismo. La mentalidad americana va a hacer siempre uso de procedimientos estructurados y sencillos de imitar, y por supuesto darles difusión por medio de las publicaciones. La publicación original en inglés pertenece al Boletín mensual del Colegio Americano de Cirujanos (ACS) correspondiente al mes de agosto de 2015. Espero sea de utilidad para quienes estamos en la docencia y formación de los cirujanos jóvenes.

Dr. Eduardo Marchioni

BIBLIOGRAFÍA

1. *Polavarapu HV, Kulaylat AN, Sun S, Hamed OH. 100 years of surgical education: The past, present, and future. Bull Am Coll Surg. 2013;98(7):22-27. Available at: bulletin.facs.org/2013/07/100-years-of-surgical-education/. Accessed April 16, 2015.*
2. *Malangoni MA, Biester TW, Jones AT, Klingensmith ME, Lewis FR Jr. Operative experience of surgery residents: Trends and challenges. J Surg Educ. 2013;70(6):783-788.*
3. *Yeo H, Viola K, Berg D, et al. Attitudes, training experiences, and professional expectations of U.S. general surgery residents: A national survey. JAMA. 2009;302(12):1301-1308.*
4. *Anderson CI, Gupta RN, Larson JR, et al. Impact of objectively assessing surgeons' teaching on effective perioperative instructional behaviors. JAMA Surg. 2013;148(10):915-922.*
5. *Nasca TJ, Day SH, Amis ES Jr, ACGME Duty Hour Task Force. The new recommendations on duty hours from the ACGME Task Force. N Engl J Med. 2010;363(2):e3.*
6. *Kwok AC, Funk LM, Baltaga R. Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist, including introduction of pulse oximetry, in a resource-limited setting. Ann Surg. 2013;257(4):633-639.*
7. *Hicks CW, Rosen M, Hobson DB, Ko C, Wick EC. Improving safety and quality of care with enhanced teamwork through operating room briefings. JAMA Surg. 2014;149(8):863-868.*
8. *Kuy S, Romero R, Cypher E. Shreveport: A success story. U.S. Department of Veterans Affairs. Available at: www.patientsafety.va.gov/features/Shreveport_A_Success_Story.asp. Accessed June 4, 2015.*
9. *Butvidas LD, Anderson CI, Balogh D, Basson MD. Disparities between resident and attending surgeon perceptions of intraoperative teaching. Am J Surg. 2011;201(3):385-389.*
10. *DaRosa DA, Zwischenberger JB, Meyerson SL, et al. A theory-based model for teaching and assessing residents in the operating room. J Surg Educ. 2013;70(1):24-30.*
11. *George BC, Teitelbaum EN, Meyerson SL. Reliability, validity, and feasibility of the Zwisch scale for the assessment of intraoperative performance. J Surg Educ. 2014;71(6):e90-e96.*
12. *Meyerson SL, Teitelbaum EN, George BC, et al. Defining the autonomy gap: When expectations do not meet reality in the operating room. J Surg Educ. 2014;71(6):e64-e72.*
13. *Roberts NK, Brenner MJ, Williams RG, Kim MJ, Dunnington GL. Capturing the teachable moment: A grounded theory study of verbal teaching interactions in the operating room. Surgery. 2012;151(5):643-650.*
14. *Honneth A. Work and instrumental action. New German Critique. 1982;26(Spring-Summer):31-52.*
15. *van Hove PD, Tuijthof GJ, Verdaasdonk EG, Stassen LP, Dankelman J. Objective assessment of technical surgical skills. Br J Surg. 2010;97(7):972-987.*
16. *Gofton WT, Dudek NL, Wood TJ, Balaa F, Hamstra SJ. The Ottawa Surgical Competency Operating Room Evaluation (O-SCORE): A tool to assess surgical competence. Acad Med. 2012;87(10):1401-1407.*
17. *Yule S, Rowley D, Flin R, Maran N. Experience matters: Comparing novice and expert ratings of non-technical skills using the NOTSS system. ANZ J Surg. 2009;79(3):154-160.*

Noticias SACPER - Regionales

NOTICIAS DE SACPER

46º Congreso Argentino de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

12 a 15 de abril de 2016
Sheraton Hotel & Convention Center, CABA
Rep.Arentina

Estimados colegas
Los invitamos a participar activamente en el 46° Congreso Argentino de Cirugía Plástica que se realizará en la Ciudad de Buenos Aires desde el miércoles 13 al viernes 15 de abril de 2016 en el Sheraton Hotel & Convention Center (el Sheraton de Retiro).
Este Congreso será precedido, el martes 12 de abril del 2016, por el III Simposio Internacional de la ISAPS que se realiza en la Argentina y es de ingreso gratuito para todos los inscriptos al Congreso. Contamos ya con numerosos invitados extranjeros confirmados.
Nuestro lema es "aprendamos todo de todos": con este objeto, invitamos a todos los cirujanos plásticos a participar con sus trabajos y experiencia (desde un caso único a técnicas innovadoras), que serán divididos de acuerdo a su procedencia (cirujanos senior, cirujanos ingresados recientemente a la SACPER, cirujanos egresados de las carreras universitarias de Cirugía Plástica, residentes, trabajos libres en general), y con menciones para los mejores que seleccionen los jurados.
Como otro beneficio para los inscriptos, además del Simposio de ISAPS, les ofreceremos un curso de actualización, sin cargo, a las instrumentadoras de los cirujanos inscriptos; y múltiples cursillos de Medicina Estética para complementar el trabajo quirúrgico del consultorio. No hemos olvidado el deporte: haremos un torneo de Fútbol 5 (por la noche) entre los equipos que se presenten (hospitales, universidades, sociedades del interior y, en fin, amigos con equipo propio).
Para seguir la nueva tendencia, habrá oportunidad para un torneo de fútbol femenino, si se logran armar equipos. También haremos, si el tiempo lo permite, el tradicional torneo de Golf. Finalmente, habrá una fiesta para cerrar este Congreso, aunando el estudio, el deporte y la diversión, que es una buena forma de vivir la vida.
Los esperamos en abril en Bs.As.

Dr Jorge R. Patané
Presidente 46º Congreso

Temas centrales del congreso

- Cirugía Mamaria
- Lipoaspiración
- Rejuvenecimiento Facial

- Rinoplastia
- Abdominoplastia
- Procedimientos Complementarios
- Cirugía Reconstructiva (oncológica, pediátrica, microcirugía, miembros, mano, tórax)
- Cirugía Maxilofacial

Aranceles de inscripción

Miembro Titular SACPER	
Con cuota al día (año 2015)	$4.800
Miembro FILACP y/o convenio	$4.800
Miembro regional	$7.200
Residentes, concurrentes o cursistas acreditados por SACPER o regionales	$3.000
No miembros	$12.900

Información sobre el programa científico:
http://www.congresosacper2016.com.ar/programas/

Reglamento de Publicaciones

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* es el órgano oficial de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Asociación Civil. La solicitud de publicación de trabajos deberá dirigirse a Comité Editorial, Dra. Martha O. Mogliani; Av. Santa Fe 3401 - 17º C (1425) Buenos Aires. Tel: 4823-6139. E-mail: mmogliani@intramed.net.ar.

CONSIDERACIONES GENERALES

Las decisiones relativas a la edición, revisión, aceptación o rechazo de los manuscritos serán tomadas por el Comité de Redacción en función de las recomendaciones realizadas por los revisores correspondientes. El Comité de Redacción tiene potestad para abreviar el artículo, reducir el número de ilustraciones o tablas o cambiar el formato. Los trabajos pueden ir acompañados por uno o más comentarios de colegas invitados si el Comité de Redacción así lo considerara. En cualquiera de estos casos se le comunicará al autor para su aceptación. Los artículos publicados pertenecen a la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora y sólo pueden ser reproducidos total o parcialmente en otras publicaciones con expreso consentimiento.

1. Preparación de manuscritos

Los trabajos se presentarán tipiados a doble espacio, incluyendo leyendas de figuras, bibliografía y tablas, en papel DIN A4, en una sola cara. Se dejará un margen superior, inferior, derecho e izquierdo de 3 cm. Todos los trabajos se enviarán en español, con resumen en español e inglés, con dos copias. Se acompañará un disco magnético de 3'5 HD, con el texto procesado en Microsoft Word, etiquetado con el título del artículo y los nombres de los autores. Las ilustraciones no se incluirán en el disco. Se incluirá foto reciente en color del primer autor (opcional).

2. Página inicial

- Titulo completo del trabajo.
- Lista de los autores, incluyendo nombre, apellidos y grado académico.
- Procedencia/centro de trabajo de los autores.
- Nombre y dirección del autor con el que se establecerá la correspondencia.
- Pie de página indicando posibles subvenciones o ayudas recibidas para la realización del trabajo

3. Resumen del trabajo

Aparecerá en la segunda página. Se podrá estructurar en secciones y contendrá entre 100 y 200 palabras. En el resumen no deben aparecer siglas, abreviaturas ni referencias bibliográficas. Al final del Resumen se incluirán no más de tres "palabras clave" utilizando la lista del Medical Subject Headings del índex Medicus.

4. Cuerpo del trabajo

Se debe ajustar a las normas ortográficas y sintácticas de los idiomas español e inglés. El contenido debe ser claro, conciso, coherente y lógico. Se debe evitar el empleo de abreviaturas o siglas a no ser que sean de uso muy común. En este caso, la primera vez que aparezcan deberán colocarse entre paréntesis y el término a que se refieren se escribirá completo. Ejemplo: carci-

noma basocelular (CBC). Las citas bibliográficas se incluirán en el texto numeradas en orden de aparición. El texto debe comprender los siguientes apartados:

A. Introducción. En ella se establecen las bases de conocimientos y el propósito del trabajo. Se incluirán tan sólo las referencias bibliográficas indispensables.

B. Material y métodos. Se describirán con detalle el material (pacientes o animales de experimentación), incluyendo criterios de exclusión e inclusión. Asimismo, se explicarán detalladamente los métodos y técnicas empleados en el desarrollo del trabajo. La metodología estadística utilizada también se detallará, incluyendo sistemas informáticos y programas de tratamiento de datos y estadísticas.

C. Resultados. Los datos cuantitativos se deberán incluir en tablas o gráficos para evitar sobrecargar el texto y se numerarán por orden de citación en el texto, debiendo numerarse independientemente las Tablas y los Gráficos.

D. Discusión. En ella se comentan los hallazgos propios y se comparan los resultados con los obtenidos por otros autores.

E. Conclusión. Debe ser concisa.

F. Agradecimientos. Se citará el nombre de personas o instituciones que hayan colaborado en ciertos aspectos del trabajo: revisión, análisis estadístico, traducción, etc.

5. Bibliografía

Las referencias bibliográficas irán numeradas siguiendo el orden de aparición en el texto y serán exclusivas del tema central de la publicación. El estilo de las referencias será el siguiente:

- Artículos de revistas: Letterman GL, Schurter H. Corrección quirúrgica de la ginecomastia. Am J Surg 1969;35:322.
- Libros: Bostwick III. Plastic and reconstructive breast surgery. Vol 1. St. Louis: Quality Medical Publising, Inc.; 1990, pp. 215-227.
- Capítulos de libros: Dellon AL. Radical sensory neme entrapment. En: Gelberman RH (Editor). Operative neme repair and reconstruction. Vol. II. Philadelphia: Ed. iB Lippincott Company; 1991, pp. 1039-1051.

6. Ilustraciones

Las fotografías pueden ser remitidas en blanco y negro o en color. Las fotos en color serán publicadas sin ningún costo adicional para el autor. El tamaño aproximado será de 150 x 120 mm, bien contrastadas, enfocadas y no retocadas. Las que correspondan al "antes" y al "después" deben ser tomadas en la misma posición, distancia y luminosidad. Al dorso de la ilustración se adherirá una etiqueta en la que figurará una flecha que indique la posición, el número de ilustración y el nombre del primer autor. En las microfotografías se incluirá una barra de escala. Los dibujos deberán ser realizados por profesionales, preferentemente en tinta china, y se enviará en original.

En página aparte, detrás de la bibliografía, se listarán las numeraciones y leyendas de las ilustraciones.

7. Tablas y gráficos

Se incluirán en hojas separadas, una por página.

A. Tablas: se presentarán sin sombrear y sin líneas interiores verticales ni horizontales. A su pie se explicarán las abreviaturas empleadas. A continuación se dispondrán el número (Tabla 1) y su titulo. Si se considera necesario se puede añadir un comentario a la tabla tras el titulo.

B. Gráficos: en el gráfico de barras se evitará el empleo de distintos tonos de negro/grises. Preferentemente se utilizarán distintos tipos de tramas. Se indicará siempre el rango de desviación de cada barra (1). A su pie se explicarán las abreviaturas y a continuación se dispondrá el número (Gráfico 1) y su título. También se podrá incluir un comentario.

Lista de comprobación para los autores

- Original y una copia del trabajo, con resumen en inglés y a doble espacio.
- Un disco de soporte magnético de 3'5 HD.
- Página inicial.
- Resumen del trabajo, español e inglés.
- Cuerpo del trabajo.
- Referencias bibliográficas.
- Listado de leyendas de las ilustraciones numeradas.
- Tablas y gráficos incluyendo sus leyendas numeradas.
- Una copia de cada ilustración.
- Foto color del primer autor (opcional).

FOTOS PARA PUBLICAR EN LA REVISTA

Las fotos para publicar en la revista deben reunir las siguientes características:

- Cámara Digital: Si están tomadas con una cámara digital, la resolución de 72 dpi es suficiente. Deben guardarse en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo CMYK.
- Escaneadas: Si están escaneadas, deben tener una resolución de 300 dpi en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo CMYK.
- Blanco y Negro: En el caso que las fotos sean en blanco y negro, deben tener también una resolución de 300 dpi, en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo Grayscale.