



## Editorial

## Las complicaciones en cirugía. Algo más que una asimetría de género

**Complications in surgery. More than gender asymmetry**



Se ha de admitir sin ningún tipo de discusión que la cirugía ha tenido (por diferentes razones) un orden de género asimétrico desde sus orígenes. Numerosas barreras de género siguen interponiéndose en el camino profesional de las mujeres con la especialidad de cirugía, a pesar de los avances hacia una mayor igualdad a lo largo de los años<sup>1</sup>. En este contexto, recientemente se han publicado dos artículos en la revista de mayor impacto de nuestra especialidad que han determinado una importante «agitación intelectual» (académica y de opinión pública) propia de la aparición de datos nuevos en áreas de la esfera quirúrgica donde se detectan disparidades de condición con una implicación directa para la salud<sup>2-6</sup>. Los artículos abordan las diferencias en los resultados de intervenciones quirúrgicas frecuentes<sup>2,3</sup>. Los trabajos se plantean como objetivo examinar si el género (hombre o mujer) difiere en los resultados quirúrgicos (i.e., complicaciones quirúrgicas)<sup>2,3</sup>. Los autores afirman que los hallazgos pueden contribuir a una mayor comprensión de las diferencias de género<sup>2,3</sup>. La conclusión de ambos es que las cirujanas tienen resultados más favorables, y esto se puede traducir en mejores resultados para los pacientes<sup>2,3</sup>.

En el año 2007, la Organización Mundial de la salud (OMS) emprendió múltiples iniciativas a escala mundial para incrementar la seguridad de los pacientes quirúrgicos, y fue entonces cuando se desarrolló «El segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas»<sup>7</sup>. Expertos de todo el mundo se reunieron para señalar áreas en las que se podrían llevar a cabo progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica, y entre esas áreas se destacaban cuatro: la prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, la seguridad de la anestesia, la seguridad de los equipos quirúrgicos y la medición de los servicios quirúrgicos. Dichos retos pretenden mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y las complicaciones durante las operaciones<sup>7</sup>. No pretendemos describir aquí todas las partes que intervienen de una manera u otra en esas cuatro áreas, pero parece evidente que la reducción de las complicaciones quirúrgicas debe

observarse desde una perspectiva «holística», ya que son muchos los factores y «agentes» (i.e., stakeholders en el idioma inglés) que potencialmente pueden relacionarse con su aparición y desarrollo. Por mencionar alguno de estos «agentes», se podría considerar a los anestesistas y a los residentes de anestesia, al equipo de enfermería, a los celadores, a los equipos de mantenimiento, a los gestores y sus decisiones respecto a los recursos disponibles, a los estudiantes de medicina o enfermería, a los residentes de cirugía, etc. Sin duda, también a los pacientes, más allá de sus comorbilidades o de su fragilidad, mejorando en su educación sanitaria y en la percepción que tienen de su enfermedad, de sus factores de riesgo de presentar complicaciones quirúrgicas y de su manejo. Sobre todo, en la toma de conciencia e implicación en la prehabilitación cuando esta se necesita para el tratamiento de patologías benignas comunes (por ejemplo, la hernia). Todos estos «agentes» y otras variables forman parte de la «maquinaria» que interviene directa o indirectamente en el desarrollo final de una complicación quirúrgica. Por supuesto, los cirujanos (de cualquier género) forman parte esencial de ese conjunto. Sin embargo, en el contexto previo ¿es lógico «simplificar» la discusión afirmando que los hallazgos de los trabajos mencionados pueden contribuir a una mayor comprensión de las diferencias de género? En nuestra opinión, la discusión se debe enfocar a una mejora «holística» en el desarrollo de todos los aspectos y «agentes» que intervienen y participan en la explicación de las potenciales complicaciones quirúrgicas durante y después de una intervención. Lo cual, a su vez, es posible que permita implementar estrategias que las minimicen<sup>8</sup>.

Quedan muchos aspectos por transformar para «compensar» la asimetría de género en la cirugía. Desde nuestro punto de vista, la prevención y/o el desarrollo de las complicaciones en cirugía no dependen solo del género del cirujano que opera, sino de un conjunto de factores interconectados en un sistema complejo, en el cual el género del cirujano que opera debe ser investigado en la misma medida y con el mismo fin que el resto de factores o variables. A nuestro juicio, el cirujano y la

cirujana del siglo XXI tienen una tarea ingente por delante fomentando la igualdad de género a todos los niveles y derribando «mitos quirúrgicos» como el de los «beneficios» de la «rapidez» y «velocidad» en las intervenciones o que los cirujanos son «fríos» y carecen de empatía, entre otros.

Se ha sugerido que la cirugía es la actividad psicomotriz más compleja que un ser humano puede llegar a realizar<sup>9</sup>. Entonces, concentrémonos cirujanas y cirujanos y todos los «agentes» implicados en el enrevesado sistema que significa la prevención de las complicaciones quirúrgicas en mejorar los resultados de esa difícil actividad que es realizar una operación, la cual compromete solo a uno (i.e., el paciente) pero debe responsabilizar a muchos/todos. Las complicaciones en cirugía son algo más que una asimetría de género. Sin embargo, dediquémonos también a corregir el igualmente enrevesado sistema que condiciona nuestras asimetrías como seres humanos en la cirugía y en cualquier profesión.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lim WH, Wong C, Jain SR, Ng CH, Tai CH, Devi MK, et al. The unspoken reality of gender bias in surgery: A qualitative systematic review. PLoS One. 2021;16:e0246420. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0246420>.
2. Blohm M, Sandblom G, Enochsson L, Österberg J. Differences in cholecystectomy outcomes and operating time between male and female surgeons in Sweden. JAMA Surg. 2023;30:e233736. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2023.3736>.

3. Wallis CJD, Jerath A, Aminoltejari K, Kaneshwaran K, Salles A, Coburn N, et al. Surgeon sex and long-term postoperative outcomes among patients undergoing common surgeries. JAMA Surg. 2023;30:e233744. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2023.3744>.
4. [consultado Sep 2023]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20230830/9192322/pacientes-tratados-cirujanas-sufren-complicaciones-postoperatorias.html>
5. [consultado 3 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2023/aug/30/female-surgeons-patient-outcomes-better-studies>
6. [consultado Oct 2023]. Disponible en: <https://www.thetimes.co.uk/article/patients-fare-better-with-female-surgeons-studies-reveal-bxbtjd6st#:~:text=Patients%20operated%20on%20by%20women,according%20to%20two%20new%20studies>
7. [consultado Sep 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2008.07>
8. Almquist M. Are women better surgeons than men? JAMA Surg. 2023;158:1175. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2023.3741>.
9. Bell RH Jr. Why Johnny cannot operate. Surgery. 2009;146:533-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2009.06.044>.

Manuel López Cano<sup>a,\*</sup> y Josep M. García Alamino<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Profesor de Cirugía, Universidad Autónoma de Barcelona. Jefe de la Unidad de Cirugía de la Pared Abdominal, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>b</sup>Global Health, Gender and Society (GHenderS), Facultat de Ciències de la Salut, Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [mlpezcano@gmail.com](mailto:mlpezcano@gmail.com) (M. López Cano).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2023.11.006>  
0009-739X/  
© 2023 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.