

Actualización: cinco años después del número de pared, ¿qué ha cambiado?

Formación en cirugía de las hernias de la pared abdominal

Teaching and training in abdominal wall hernias surgery

J. Reguera-Rosal¹, J.J. Segura-Sampedro², E. Perea-del Pozo³, C. Maya-Aparicio⁴, J. Padillo-Ruiz³, F. Docobo-Durántez⁵

¹Hospital IMED. Benidorm.

²Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

³Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

⁴Servicio de Cirugía. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

⁵Comité Científico de la Asociación Andaluza de Cirujanos.

RESUMEN

Las hernias de la pared abdominal representan una elevada prevalencia en la clínica quirúrgica. Una formación adecuada es imprescindible para proporcionar las mejores opciones a los enfermos con patología herniaria y lograr su resolución con mínima morbilidad.

Los avances e innovaciones actuales hacen que la formación en patología herniaria sea un proceso dinámico que exige al especialista actualizar sus conocimientos a lo largo de toda su vida profesional.

Palabras clave: hernia, formación, enseñanza, cirugía, residente.

ABSTRACT

Hernias of the abdominal wall represent a high prevalence in the surgical clinic. Adequate training is essential to provide the best options to patients with hernia pathology and achieve resolution with minimal morbidity.

The advances and current innovations make training in hernia pathology a dynamic process that requires the specialist to update their knowledge throughout their professional life.

Keywords: hernia, training, teaching, surgery, resident.

CORRESPONDENCIA

F. Docobo Durántez
fdocobod@yahoo.es

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Reguera Rosal J, Segura Sampedro JJ, Perea del Pozo E, Maya Aparicio C, Padillo Rui J, Docobo Durántez F. Formación en cirugía de las hernias de la pared abdominal. Cir Andal. 2018;29(2):133-134

INTRODUCCIÓN

El médico residente en Cirugía General y del Aparato Digestivo debe aprender a afrontar las hernias de la pared abdominal de forma segura y eficaz, adquiriendo los conocimientos teóricos y técnicos adecuados que le permitan enfrentarse a ella durante su carrera profesional como especialista.

Si bien parece improbable poder garantizar que el cirujano en formación se enfrente durante su periodo de residencia con todos los escenarios posibles en patología de pared abdominal, existen una serie de procedimientos muy prevalentes que deben contemplarse en los objetivos básicos y otros como avanzados deben estar recogidos de forma específica en el Plan de Formación (por ejemplo, en el programa formativo de la especialidad recoge que el residente debe haber realizado al término de su periodo de residencia al menos 25 hernias inguino-cruales, 5 hernias umbilicales y 10 eventraciones). Este sin embargo, no contempla las diferentes vías de abordaje, y muchos expertos consideran que el número de intervenciones propuesto debería ser mayor y contemplar en él todas las vías de abordaje, Simmons *et al.* en la guía de la Sociedad Europea de la Hernia refieren que el residente debe haber realizado al menos 50 abordajes por vía anterior, 7 abordajes TEP y 7 abordajes TAPP durante su período formativo.

Sigue siendo necesaria por lo tanto la implantación de un plan asistencial integrado de formación en pared abdominal que sirviese de referencia marco a todos los MIR y permitiese construir el marco donde incluir la formación del MIR en la actividad asistencial quirúrgica de forma adecuada. De esta forma las técnicas no contempladas o volumen escaso de actividad se podrían completar en centros de referencia próximos a su centro de trabajo.

En líneas generales el plan debería contemplar el diagnóstico, las indicaciones quirúrgicas en circuito con ingreso y sin ingreso, las distintas técnicas por vía abierta y laparoscópica en cirugía electiva

y de urgencia. Conocimientos sobre el instrumental y el material protésico disponible así como conceptos básicos en gestión clínica (demoras asistenciales, costes derivados, etc).

FORMACIÓN MIR EN PATOLOGÍA HERNIARIA

En las primeras etapas el residente debe adquirir los conocimientos y habilidades necesarias en cirugía electiva y en urgencias.

Es recomendable que la rotación del residente se efectúe en un periodo de tiempo suficiente durante los primeros años de formación en una unidad de cirugía mayor ambulatoria (por ejemplo, rotatorio de tres o cuatro meses durante el periodo R2) donde la patología herniaria básica es tratada en base a protocolos definidos sin hospitalización con un programa formativo y criterios de evaluación objetiva en relación a la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes. Esta primera etapa podría ser considerada de forma similar en el futuro plan del tronco quirúrgico. Se debe evaluar el proceso formativo mediante un mecanismo de *feedback* para poder actualizar de forma dinámica los aspectos a mejorar en cada caso y poder continuar la formación con rotaciones posteriores en unidades específicas de pared abdominal y en cirugía de urgencias.

CONOCIMIENTOS

Mediante la aplicación de criterios basados en aspectos teóricos respecto a la patología herniaria; anatomía quirúrgica, fisiopatología, procedimientos diagnósticos, tipos de incisiones, técnicas quirúrgicas, controles postoperatorios, etc.

También debe adquirir información del material quirúrgico a emplear en la intervención, tanto por vía abierta como laparoscópica y del material protésico implantable (en relación a su composición y diferentes formas planas, preformadas).

La implicación del tutor y de los docentes es de gran importancia para reforzar al residente en los aspectos a mejorar, facilitar el acceso a una bibliografía adecuada y a videos de técnicas quirúrgicas que deben comentarse en sesiones específicas y debatir su propia experiencia personal. También debe facilitarse la asistencia a cursos especializados (por ejemplo, curso de hernia inguinal de la AEC).

Progresivamente se van implicando en criterios sobre indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas, tipos de abordaje, el material apropiado en cada caso, bibliografía específica recomendable, etc. Corresponde también al tutor y docentes aportar al residente su experiencia y visión de su evolución para orientarle en sus siguientes pasos y abordar progresivamente el amplio rango de la patología compleja de la pared desde la hernia inguinoescrotal recidivada, pacientes pluripatológicos con hernias complejas, hernias post-trocar o eventraciones masivas, que pueden tener tanto un abordaje laparoscópico como laparotómico.

Se deben introducir también los conceptos sobre demoras asistenciales y del control del gasto como factores de calidad a contemplar en un servicio quirúrgico. La participación o realización

de publicaciones sobre pared abdominal generadas durante su permanencia en las rotaciones realizadas o como participación en proyectos de investigación debería ser mandatorio.

ACTITUDES

Con la aplicación de criterios generales basados en la asistencia, disponibilidad y las relaciones con el equipo de trabajo, los usuarios, los acompañantes, etc. Dependen en gran medida del docente, aunque un buen docente puede influir en mejorar las actitudes del médico residente.

HABILIDADES

Aplicación de criterios basados en la adquisición de competencias prácticas respecto a la patología herniaria. Son los que mayor peso específico deben tener en la evaluación, al ser los que más esfuerzo exige adquirir. Deben ser principios básicos que garantizan el éxito en la adquisición de los objetivos en habilidades técnicas generales con la presencia de un docente con amplia experiencia quirúrgica junto al residente siguiendo el diseño de un plan de progresión técnica previamente diseñado para el residente.

Este plan debe simultanear las ayudantías en el campo quirúrgico con la participación activa en programas de simulación virtual en cirugía de la pared abdominal tanto por vía abierta como laparoscópica.

Progresivamente su presencia en el desarrollo de los procedimientos quirúrgicos va en aumento, para que finalmente, el residente pueda intervenir como cirujano principal, siempre asistido por el especialista.

Es importante orientar la formación a la adquisición de técnicas quirúrgicas básicas tanto anatómicas como protésicas. En las inguinales tanto anatómicas (Ferguson, Shouldice) como protésicas (Lichtenstein, PHS, Rutkow-Robbins) y también las umbilicales, ventrales, paraostomales, etc, se adaptará a las características de cada paciente. Es también recomendable incluir entre los objetivos la adquisición de técnicas de bloqueo con anestésicos locales.

La formación en cirugía urgente de la pared se realiza con la progresiva incorporación del residente a los procedimientos de menos (evaluación complicaciones herniaria, indicaciones quirúrgicas, cierres parietales, etc) a más complejidad (tratamiento órganos comprometidos, reconstrucción parietal posterior, etc).

La formación en competencias técnicas específicas (por ejemplo TEP, TAPP, separación de componentes, pared catastrófica, etc) debe ser desarrollada en unidades especialmente dedicadas a este tipo de patologías, es recomendable que el MIR rote por una unidad de estas características en un periodo avanzado de su formación (R3 en adelante).

Los programas de simulación deben de incluir todas aquellas técnicas a desarrollar posteriormente en la clínica, algunos centros de nuestro país han establecido ya programas de simulación. También existe un plan de formación complementario en cirugía laparoscópica herniaria

a nivel básico y avanzado, centrado en aspectos cognitivos y de habilidades con la implicación de las sociedades científicas, tanto a nivel nacional, como internacional y autonómico.

La formación debe realizarse de manera preferente en unidades acreditadas en pared abdominal, lo que podría representar el eslabón inicial que puede conducir al desarrollo de un Proyecto de creación de una escuela europea de cirugía de la pared abdominal para el aprendizaje y perfeccionamiento, la formación de "formadores" para la dirección de este tipo de programas educativos todo ello basado en la mejora de la enseñanza y evaluación de la formación de la pared abdominal a nivel europeo.

Las ofertas formativas de las sociedades científicas tanto autonómicas como nacionales, deben ser aprovechadas estimulando la incorporación a las mismas y la participación activa en sus secciones de pared abdominal así como en las reuniones, congresos y convocatorias de ayudas que convoquen. Entre ellas el curso anual de la sección de pared que se celebra en el Hospital Universitario de Getafe, los cursos de cirugía laparoscópica en sus niveles básico y avanzado, y el curso de cierre de pared abdominal para residentes que organiza la sección de pared. También es conveniente la participación en actividades programadas por la European Hernia Society.

La posibilidad de un modelo de troncalidad en la especialización de la Cirugía General y Aparato Digestivo y la tendencia a establecer guías de formación común dentro de la Unión Europea (UEMS), obliga a tener un sistema de formación adecuado, con una permanente puesta al día, dimensionando sus posibles carencias y mejoras en los programas de formación en la patología herniaria de la pared abdominal.

CONCLUSIONES

- La formación en patología de la pared abdominal debe estar contemplada dentro del Plan Formativo del MIR en Cirugía General de forma amplia y pormenorizada.
- La diferenciación entre patología básica y compleja de la pared abdominal permite organizar la formación del residente de forma adecuada.
- Debe diseñarse un plan formativo en pared abdominal nacional con referencias a la EHS, basado en la adquisición de competencias evaluables con criterios objetivos y actitudes, conocimientos y habilidades concretas que incluyan estrategias de simulación desde el inicio y el abordaje tanto por vía abierta como laparoscópica.
- El régimen de CMA permite la formación en patología básica de la pared abdominal de forma adecuada y la gestión de las demoras asistenciales, mientras que para la formación en patología compleja debe establecerse una rotación en una unidad especializada.
- La cirugía de urgencia debe ser progresivamente incorporada según su complejidad desde el inicio del programa formativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brebbia G, Carcano G, Boni L, Dionigi GL, Rovera F, Diurni M, et al. "To teach and to learn in day surgery. The role of residents". *Int J Surg*. 2008;6 Supl 1:S56-8.
2. Docobo F. "Objetivos de la rotación de los médicos residentes de cirugía en la unidad clínica de cirugía mayor ambulatoria". *Cir May Amb* 2008; 13: 78-82.
3. Docobo F, Bernal C, Durán I, Mena J, Blanco JL, Tamayo MJ. "Participación de los residentes en cirugía mayor ambulatoria. Programación docente". *Rev And Pat Digest* 1999; 22: 97-98.
4. Herrera FA, Docobo F, Jiménez JA, Marin J, Plata J, Sarmiento C, et al. "Proceso asistencial integrado. Hernias de pared abdominal". Edita Servicio Andaluz de Salud. Sevilla 2003.
5. Hope W, O'Dwyer B, Adams A, Hooks III W.B, Kotwall C, Clancy T "An evaluation of hernia education in surgical residency programs" *Hernia* 2014;18,4:535-342
6. Miguelena JM, Morales D, Serra X, Sanz M, Iturburu I, Docobo F, et al. "Consideraciones en torno a la formación del residente en cirugía de pared abdominal en España". *Cir Esp* 2013;91:72-7 [DOI: 10.1016/j.ciresp.2011.08.004]
7. Morales D. "Clinical simulation in the surgical training in the XXI century". *Cir Esp* 2012; 90: 139-140.
8. Programa formativo de la especialidad en Cirugía General y del Aparato Digestivo. B.O.E. de 8 de mayo de 2007
9. Sánchez F, Picazo J, Manzanedo I. "Docencia en cirugía de pared abdominal". En: *Cirugía de la pared abdominal de la Asociación Española de Cirujanos*. Eds. Morales S, Barreiro F, Hernández P, Feliu X. Aran Editores 2ª Ed. Madrid 2013. P 574-81
10. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, de Lange D, et al "European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients". *Hernia*. 2009 August; 13(4): 343-403.