

V. FORMACIÓN Y CMA EN HERNIAS

Formación en cirugía de las hernias de pared abdominal

Reguera Rosal J, Segura Sampedro JJ, Perea del Pozo E, Maya Aparicio C, Padillo Ruiz J, Docobo Durántez F.

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

Introducción

La patología herniaria es «el caballo de batalla» del cirujano general. Durante su formación en la especialidad el médico interno residente en Cirugía General y del Aparato Digestivo debe aprender a afrontar este tipo de patología de forma segura y eficaz, adquiriendo los conocimientos teóricos y técnicos adecuados que le permitan enfrentarse a ella durante su carrera profesional como especialista.

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

Generalidades para la optimización de la formación MIR en hernias de la pared abdominal

Es imposible garantizar que el cirujano en formación se enfrente durante su periodo de residencia con todos los escenarios posibles en patología de pared abdominal. No obstante, existen una serie de procedimientos muy prevalentes que deben contemplarse como objetivos básicos, y deben estar recogidos de forma específica en el Plan de Formación (P.Ej.: en el programa formativo de la especialidad viene recogido que el residente debe haber realizado al término de su periodo de residencia al menos 25 hernias inguino-crurales, 5 hernias umbilicales y 10 eventraciones).

No obstante, el Plan de Formación no contempla las diferentes vías de abordaje, y muchos expertos consideran que el número de intervenciones debería ser mayor, así *Simons et al* concluyen en la Guía de la Sociedad Europea de la Hernia que

el residente debe haber realizado al menos 50 abordajes por vía anterior, 7 abordajes TEP y 7 abordajes TAPP durante su período formativo.

La existencia de un Plan Asistencial Integrado en pared abdominal permitirá construir el marco donde incluir la formación del MIR en la actividad asistencial quirúrgica de forma adecuada, estableciéndose dentro del mismo centro de referencia en patología de la pared abdominal, siendo ideal que los residentes completen su formación con un periodo de rotatorio en los mismos.

Formación MIR en patología herniaria básica

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un modelo organizativo de asistencia quirúrgica que permite tratar a pacientes adecuadamente seleccionados de forma segura, eficaz y eficiente sin necesidad de contar con la hospitalización tradicional. Este modelo ofrece el marco ideal para la adquisición de competencias en conocimientos, actitudes y habilidades en patología herniaria básica del MIR.

En un régimen de CMA la selección de pacientes y patologías ofrece la oportunidad al especialista en formación de formarse en el manejo diagnóstico y terapéutico de hernias inguinales, crurales, umbilicales, y epigástricas, así como en eventraciones seleccionadas.

Por lo tanto, es recomendable la rotación durante un periodo de tiempo suficiente del residente de cirugía general durante sus primeros años de formación en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (P.ej.: Rotatorio de 3-6 meses durante el periodo R2).

Durante dicho periodo de rotación debe establecerse un programa formativo que incluya un sistema de evaluación dónde se recojan criterios objetivos en relación a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades.

Una vez finalizado el periodo formativo debe analizarse la consecución o no de los objetivos planteados, evaluando si los casos en los que los objetivos del residente no se cumplen se deben a problemas del sistema formativo o del discente. Con

Correspondencia: Reguera Rosal J. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío-Virgen Macarena. Av. Dr. Fedriani, 3, 41009 Sevilla.

este proceso de feedback el programa formativo se podrá actualizar de forma dinámica.

Crterios objetivos de adquisición de competencias en la formación en patología herniaria BÁSICA:

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

Conocimientos: criterios basados en la adquisición de competencias teóricas respecto a la patología herniaria; Anatomía quirúrgica, fisiopatología, procedimiento diagnóstico, tipos de incisiones, técnica quirúrgica, manejo postoperatorio, etc. También debe adquirir información del material quirúrgico a emplear en la intervención y del tipo de material implantable (mallas planas, preformadas etc y los diferentes materiales que las componen). La competencia del docente proporcionarle al residente el acceso a una bibliografía adecuada y a videos de técnicas quirúrgicas, así como compartir su experiencia personal. Por otra parte, debe fomentarse la asistencia a cursos especializados en el tema (P. Ej: Curso de Hernia Inguinal de la AEC).

Habilidades: 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. Unos principios básicos que garantizan el éxito en la adquisición de los objetivos son la presencia de un docente con amplia experiencia quirúrgica junto al residente en formación así como el diseño de un plan de progresión técnica para el residente (Inicialmente, el papel del residente es la ayudantía. Posteriormente realiza gestos quirúrgicos específicos durante la cirugía. Finalmente, el residente interviene como cirujano principal, siempre asistido por el especialista).

Es importante orientar principalmente la formación a la adquisición de técnicas quirúrgicas básicas tanto anatómicas como protésicas. En las inguinales anatómicas (Ferguson en el niño, Shouldice) y en las protésicas (Lichtenstein, PHS, Rutkow) – y en otras localizaciones adaptando las técnicas a la realidad de cada paciente bien anatómicas o protésicas-, siendo recomendable en caso de ser posible incluir entre los objetivos la adquisición de técnicas de bloqueo anestésico local.

La formación en cirugía urgente de la pared se realiza con la progresiva incorporación del residente a los procedimientos de menos (simple reducción herniaria y cierre parietal) a más complejos (tratamiento órgano comprometido y reconstrucción parietal posterior).

Formación MIR en cirugía herniaria avanzada

La patología herniaria avanzada tiene un rango de complejidad muy amplio: desde la hernia inguinoescrotal recidivada o en pacientes complejos por vía abierta preperitoneal hasta las

hernias post-trocar o las eventraciones masivas, pasando por el abordaje laparoscópico de las hernias abdominales.

Abarcar toda la patología herniaria avanzada en un periodo de rotación por parte de un médico residente es imposible.

No obstante, una formación adecuada si es posible si se diseña un plan formativo cuyos objetivos en el aspecto de habilidades técnicas no estén enfocados a la adquisición de técnicas concretas, sino al conocimiento de las mismas y a habilidades técnicas generales.

Idealmente es recomendable la rotación del residente que ya ha aprobado su formación en patología herniaria básica durante un periodo de tiempo suficiente para adquirir las habilidades anteriormente citadas (P.ej.: Rotatorio de 3-4 meses durante el periodo R3-4).

El programa de formación también debe estar organizado en torno a la adquisición de competencias específicas y objetivos en actitudes, conocimientos y habilidades.

Crterios objetivos de adquisición de competencias en la formación en patología herniaria AVANZADA:

Actitudes: idénticos al periodo de formación básica

Conocimientos: criterios más genéricos, pero más amplios, orientados a la indicación quirúrgica, al tipo de abordaje, al tipo de malla más adecuado, etc. Una vez más corresponde al docente aportar tanto su experiencia como orientar qué parte de la amplia bibliografía existente es la que debe adquirir el residente. Los procedimientos quirúrgicos deben ser revisados en videos de técnica quirúrgica.

Habilidades: igualmente, deben ser criterios objetivos más genéricos, siendo más importantes las habilidades técnicas aisladas que las técnicas quirúrgicas per se, para que en el futuro el residente sea capaz de realizar cualquier técnica avanzada que haya estudiado al ser capaz de llevar a cabo los gestos técnicos necesarios para la misma.

La formación en competencias técnicas altamente específicas (Ej.: TEP, TAPP, separación de componentes, NPP, pared catastrófica) debe ser desarrollada en unidades especialmente dedicadas a este tipo de patologías, siendo recomendable que el MIR rote por una unidad de estas características en un periodo avanzado de su formación (R3 en adelante).Las técnicas de simulación deben de incluir todas aquellas a desarrollar posteriormente (curso básico y avanzado de formación laparoscópica de la AEC)

Se puede concluir que en el periodo de formación en patología de la pared abdominal avanzada el objetivo principal en cuanto a habilidades es adquirir una serie de recursos que permitan al cirujano en formación enfrentarse a casos complejos cuando se presenten.

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 basado en la adquisición de competencias concretas en actitudes, conocimientos y habilidades. Dicha adquisición debe ser evaluable mediante criterios objetivos.
- El régimen de CMA permite de forma óptima la formación en patología básica de la pared abdominal, mientras que para la formación en patología compleja debe establecerse una rotación en una unidad especializada.
- La cirugía de urgencia debe ser incorporada progresivamente desde el inicio del programa formativo

Bibliografía:

1. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campagnelli G, Conze J, de Lange D, Fortelny R, Heikkinen T, Kingsnorth A, Kukleta J, Morales-Conde S, Nordin P, Schumpelick S, Smedberg S, Smietanski M, Weber G, Miserez M. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009 August; 13(4): 343-403.
2. Brebbia G, Carcano G, Boni L, Dionigi GL, Rovera F, Diurni M, Dionigi R. "To teach and to learn in day surgery. The role of residents". *Int J Surg*. 2008;6 Supl 1:S56-8.
3. 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.
4. 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.
5. Martínez Ramos C, Sanz López R, Cerdán Carbonero MT, Núñez Peña JR. Encuesta de opinión sobre la cirugía mayor ambulatoria en la formación del residente de especialidades quirúrgicas. *Educación Médica* 2004; 7: 140-146.
6. 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.
7. Sánchez de Pedro F, Picazo Yeste J, Manzanedo Romero 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
8. Programa formativo de la especialidad en Cirugía General y del Aparato Digestivo. B.O.E. de 8 de mayo de 2007