

Formación en pared abdominal

Abdominal wall formation

Valenzuela Molina F

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Como todos sabemos la cirugía de la pared abdominal está evolucionando mucho y tiene un interés creciente ya que a lo largo de los últimos 25 años ha ido incrementando su complejidad debido a la introducción de nuevas técnicas tanto endoscópicas como abiertas, el avance de los recursos tecnológicos que ahora tenemos disponibles, la mayor dificultad de los casos, el uso del “tailored approach” y el mayor conocimiento de la población general de las diferentes opciones de tratamiento entre otras causas^{1,2}.

Para lo que antes era “solo una hernia” para un cirujano general a la que se le hacía una técnica más o menos estándar que podía

ser una herniorrafia, hemos pasado a tener en consideración, y en concordancia con las nuevas técnicas, los factores relacionados con el paciente, como pueden ser sus comorbilidades, situación laboral, tipo de actividad física, etc., actualmente realizamos una selección exhaustiva de los pacientes para realizar la cirugía que mejor se adapte al paciente en cuestión para obtener el mejor resultado con la menor morbilidad asociada posible; también hay que tener en cuenta la complejidad de la hernia, la funcionalidad anatómica de la pared abdominal y los distintos espacios de la pared en los que se puede trabajar; así como las características de los biomateriales y prótesis que tenemos disponibles.

Este marco de mayor comprensión de la pared abdominal y su reparación que ha mejorado los resultados de los pacientes ha convertido esta forma de cirugía en una verdadera especialidad. Y el uso por parte del cirujano especialista en pared abdominal del arsenal de técnicas dirigidas a la reparación herniaria ha permitido desarrollar un programa de enfoque personalizado que requiere un

CORRESPONDENCIA

Francisca Valenzuela Molina
Hospital Universitario Reina Sofía.
14004 Córdoba
paqui.v.m.lv@hotmail.com

CITA ESTE TRABAJO

Valenzuela Molina F. Formación en pared abdominal . Cir Andal. 2022;33(3):350-352.DOI: 10.37351/2022333.5.

compromiso intensivo y una amplia experiencia en todo el campo de la cirugía de hernia por parte del cirujano.

Por otro lado, se han ido publicando por parte de las Sociedades Internacionales de Cirugía de la Pared Abdominal, guías clínicas con un buen nivel de evidencia para la implementación de dichas técnicas y el manejo adecuado de esta patología²⁻⁶.

Por tanto, actualmente no basta con saber realizar una técnica de reparación herniaria, sino que hay que saber realizar varias técnicas para hacer una reparación adecuada según el tipo de hernia y tipo de paciente con el objetivo de obtener los mejores resultados a corto y largo plazo con la menor morbilidad asociada para el paciente¹.

Es por lo que la formación en cirugía de la pared abdominal también tiene que ir evolucionando.

FORMACIÓN EN PARED ABDOMINAL

Plan Formativo Actual:

Actualmente, en cuanto a la formación del Médico Interno Residente (MIR) de Cirugía General y del Aparato Digestivo, el último Boletín Oficial del Estado (BOE) publicado por el Ministerio de Sanidad es del 8 de mayo de 2007, hace 15 años ya, donde se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad⁷.

Es bastante difícil de garantizar que el cirujano en formación se enfrente durante el periodo de residencia con todos los escenarios posibles en patología de la pared abdominal, pero existen una serie de procedimientos muy prevalentes que deben contemplarse en los objetivos básicos, como está publicado en este último BOE, el residente debe haber realizado al menos 25 reparaciones de hernia inguinoocrural, 5 de hernia umbilical y 10 eventraciones. Pero en dicho documento no se contempla nada acerca de la complejidad de la hernia o la cirugía de la pared compleja, tampoco las diferentes vías de abordaje, algo que actualmente consideramos imprescindible. A demás en cuanto a los conocimientos teóricos que debe conocer y aplicar el cirujano en formación, lo que aparece no es más que un listado de tipos de hernias, algo demasiado general para la complejidad que actualmente sabemos que entraña^{7,8}.

Recomendaciones:

Los expertos consideran que el número de intervenciones propuesto debería ser mayor y contemplar en él todas las vías de abordaje. Por ejemplo, la Guía para el tratamiento de la hernia inguinal de la Sociedad Europea de la Hernia recomiendan que el residente debe haber realizado al menos 50 abordajes por vía anterior, 7 TEP y 7 TAPP⁶.

En cuanto a los conocimientos teóricos, no basta con conocer el tipo de hernia al que nos enfrentamos y alguna técnica quirúrgica estándar, es mucho más complejo, y es fundamental que el residente conozca y comprenda la anatomía quirúrgica y fisiopatología de la pared abdominal, que procedimientos diagnósticos realizar, la indicaciones de cirugía y sus contraindicaciones, las indicaciones de cada técnica quirúrgica y tipo de abordaje, la biología, características e indicaciones de cada material quirúrgico y protésico a emplear y el manejo de los pacientes en el postoperatorio tanto en el momento de la hospitalización como posteriormente en consulta.

En cuanto a las habilidades a adquirir es importante orientar

la formación a la adquisición de técnicas básicas, como el cierre adecuado de la pared abdominal, técnicas anatómicas y protésicas de los distintos tipos de hernias; la formación en cirugía urgente de la pared con la incorporación progresiva del residente a los procedimientos de menor a mayor complejidad; y también la formación en competencias técnicas específicas en un periodo más avanzado de la formación.

Se recomienda 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 3-4 meses durante R2. Para continuar la formación con rotaciones posteriores en unidades específicas de pared abdominal a ser posible acreditadas que estén especialmente dedicadas a este tipo de patología y también en cirugía de urgencias de forma progresiva desde el inicio del periodo formativo⁸⁻¹³.

Actualmente, nos consta que se está poniendo en marcha con un nuevo documento que recoge todo esto, propuesto por la Comisión Nacional de la Especialidad, pero que aún se encuentra pendiente de aprobación por el Ministerio.

¿Qué estamos haciendo en el Hospital Reina Sofía de Córdoba?

Hasta hace unos 5-6 años el rotatorio de pared para el residente consistía en una rotación de 4 meses en la unidad CMA con lo que se conseguía cumplir los objetivos propuestos en el BOE actual de 2007. Pero desde el año 2017 coincidiendo con el desarrollo de la Unidad de Pared abdominal del Hospital y el inicio de la cirugía laparoscópica de la hernia y de las técnicas de reparación de pared compleja en dicha unidad, se ha ido adaptando el rotatorio de pared, modificando un poco el programa de formación para paliar la necesidad de un rotatorio adicional al que ya se hacía previamente en CMA y que como sabemos se queda muy corto.

Actualmente se realiza una rotación durante el primer año de formación de 4 meses en la Unidad de Cirugía de Urgencias y Unidad de Pared Abdominal de forma conjunta, que permite la iniciación en la cirugía de pared abdominal, la CMA y la patología urgente de la pared abdominal, posteriormente otro rotatorio durante el segundo año de residencia igual, de forma conjunta en la Unidad de Pared Abdominal y Unidad de Cirugía de Urgencias y por último otro rotatorio de 4 meses durante el tercer año de residencia, en el que se profundiza más en la patología técnicamente más compleja. El rotatorio se hace junto con el de urgencias fundamentalmente porque es el mismo equipo de cirujanos del Hospital Reina Sofía de Córdoba el que constituye la Unidad de Cirugía de Urgencias, CMA de pared abdominal y la propia Unidad de Pared abdominal.

A demás existe la posibilidad según las preferencias del MIR de realizar un rotatorio externo de 1-2 meses en otro centro con una Unidad de Pared Abdominal acreditada que es altamente recomendable¹¹.

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 permite organizar la formación del residente de forma adecuada.

Está pendiente de diseñar un nuevo plan formativo en pared abdominal nacional con referencias en la EHS, basado en la adquisición de competencias con criterios objetivos y actitudes, conocimientos y habilidades concretas, que incluyan tanto el abordaje abierto como el laparoscópico y robótico, la patología básica/CMA y la compleja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Köckerling F, Sheen AJ, Berrevoet F, Campanelli G, Cuccurullo D, Fortelny R, et al. The reality of general surgery training and increased complexity of abdominal wall hernia surgery. *Hernia* 2019 Dec;23(6):1081-1091.
2. Liang MK, Holihan JL, Itani K, Alawadi ZM, Gonzalez JR, Askenasy EP, et al. Ventral Hernia Management: Expert Consensus Guided by Systematic Review. *Ann Surg* 2017 Jan;265(1):80-89.
3. Henriksen NA, Montgomery A, Kaufmann R, Berrevoet F, East B, Fischer J, et al. Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. *Br J Surg* 2020 Feb;107(3):171-190.
4. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018 Feb;22(1):1-165.
5. Muysoms FE, Antoniou SA, Bury K, Campanelli G, Conze J, Cuccurullo D, et al. European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. *Hernia* 2015 Feb;19(1):1-24.
6. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009 Aug;13(4):343-403.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Programa formativo de la especialidad en Cirugía General y del Aparato Digestivo. B.O.E de 8 de mayo de 2007. 2007; Available at: <https://www.boe.es/eli/es/o/2007/04/13/sco1260>. Accessed 04/07, 2022.
8. Reguera Rosal J, Segura-Sampedro JJ, E P, C M, Padillo FJ, F D. Formación en cirugía de las hernias de pared abdominal. *Cirugía Andaluza* ISSN: 1130-3212 2013 01/01;24:74-76.
9. Morales S, Barreiro F, Hernández P, Feliu X. Docencia en cirugía de pared abdominal. In: Morales S, Barreiro F, Hernández P, Feliu X, editores. *Cirugía de la pared abdominal de la Asociación Española de Cirujanos*. 2ª ed. Madrid: Aran Editores; 2013. p. 574-81.
10. Miguelena Bobadilla JM, Morales García D, Serra Aracil X, Sanz Sánchez M, Iturburu I, Docobo Durántez F, et al. Consideraciones en torno a la formación del residente en cirugía de pared abdominal en España. *Cirugía Española* 2013;91(2):72-77.
11. Köckerling F. What Is the Influence of Simulation-Based Training Courses, the Learning Curve, Supervision, and Surgeon Volume on the Outcome in Hernia Repair?-A Systematic Review. *Front Surg* 2018 Sep 28;5:57
12. Hope WW, O'Dwyer B, Adams A, Hooks WB, 3rd, Kotwall CA, Clancy TV. An evaluation of hernia education in surgical residency programs. *Hernia* 2014 Aug;18(4):535-542.
13. Docobo F, Molina D, Tallón L, Tamayo M, Suárez J, Vázquez J. Objetivos de la rotación de los médicos residentes de cirugía en la unidad clínica de cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 2008;13(2):78-82.