



Revista Hispanoamericana de Hernia

www.elsevier.es/rehah



Editorial

Unidades de Pared Abdominal y formación (en España) Abdominal wall and Training Units (in Spain)

«Conozco más de cien cirujanos a quienes con gusto les permitiría extirparme la vesícula biliar, pero solo uno que me explorara la región inguinal»

Sir William Heneage Ogilvie (Chile, 1887-1971)

La «cirugía general» como especialidad única ha muerto. Esto es un hecho, queramos o no. En el siglo XXI y en la sociedad en la que nos encontramos la palabra *general* ya no tiene ningún sentido frente a los términos que se nos exigen como *gestión, eficiencia, valores, calidad, salud integral médico-quirúrgica, evidencia científica, satisfacción*, etc. Estos conceptos que se nos han impuesto como parte de nuestra forma de trabajar no pueden sostener la caduca forma de entender la «cirugía general». Simplemente no podemos adaptarnos y evolucionar sin dejar atrás la figura del cirujano entendido como un especialista que debe saber de todo y hacer de todo.

La cirugía de pared abdominal, siempre viva, ha alcanzado en las últimas décadas un desarrollo espectacular, tanto a nivel científico como tecnológico y social. Ha sido posiblemente la primera que ha respondido a la demanda social de adaptación, modificando su forma de trabajo y creando unidades ambulatorias de gran eficiencia para el sistema de salud con una alta calidad y satisfacción para los usuarios, permitiendo, al mismo tiempo, que los hospitales puedan distribuir mejor sus recursos. Pero además ha ido cimentando sus conocimientos desarrollando protocolos y guías clínicas, tomando conciencia de lo mucho que repercute esta actividad en la población.

Dos verdaderas revoluciones se han presentado en estos años: la introducción de las prótesis (mallas) y el abordaje laparoscópico, lo que aún ha complicado más la adaptación y modernización del cirujano respecto al tratamiento de las hernias. Además, las técnicas de laparoscopia para las hernias se consideran como complejas, dentro del grupo de la laparoscopia más avanzada, lo que significa que se precisa de una curva de aprendizaje más prolongada que la de las técnicas básicas y de unas habilidades manuales mayores.

¿Cómo se va a adquirir dicha destreza dentro del esquema clásico de un servicio?

El cuerpo de conocimientos va creciendo de forma progresiva y exponencial. Para estar al día solo en el tratamiento de las hernias es preciso un gran esfuerzo diario y mantenido en el tiempo. Pongamos el ejemplo del reciente libro de la especialidad publicado por el Dr. Carbonell y el autor, con más de 900 páginas. Ya no solo debemos «creer» que tratamos bien una hernia, sino que debemos conocer su biopatogenia, su clasificación, la manera de llegar a un adecuado diagnóstico completo, cómo prepararla de forma adecuada para minimizar los riesgos, qué malla elegir y cómo manejarla, conocer las posibilidades de abordaje, el instrumental laparoscópico, las técnicas de fijación, el manejo de tumores y malformaciones, cómo actuar en casos de urgencias, de hiperpresión abdominal, tener conocimientos y habilidades en técnicas básicas pero también en otras complejas para casos recurrentes, con fistulas, con pérdidas de tejido, con focos de infección, conocer alternativas plásticas para mejorar el resultado estético y funcional, manejar las neuralgias, etc. (¿Tiene el especialista en obesidad o el endocrino esta cantidad de conocimientos o problemas?).

Si estamos dispuestos a seguir este camino, es necesario una dedicación exclusiva a este campo (que además es fácil de justificar, pues esta patología representa entre un 10-30% de lo que hace un servicio de cirugía). Entonces, ¿tiene sentido que existan unidades de obesidad, trasplante o endocrino sin haber desarrollado primero la de pared abdominal? No. La *Unidad de Pared Abdominal* debería ser la primera en crearse dentro de un servicio, en cada hospital, porque mantiene la formación de la mayoría de cirujanos y residentes, y porque integra y complementa al resto de unidades: colabora con los grupos de trasplante, coloproctología, obesidad, endocrino, urología, trauma, ginecología, intensivistas, etc. (hernias xifoideas, cierres difíciles, evisceraciones, síndrome compartimental, eventraciones complejas por múltiples factores de riesgo, hernias paraestomales, hernias internas, hernias

de trocares, etc.). Dónde debe ubicarse es ya otro problema del que no tengo una solución. Posiblemente deba ser decidido basándose en la cartera del propio servicio. Un ejemplo práctico es la unión de la *pared abdominal* con la de *mama* y *endocrino*, como se ha hecho en el servicio del Hospital La Fe de Valencia, donde se han establecido protocolos conjuntos con radiólogos (tac dinámico con medida de volúmenes herniados con respecto al de la cavidad, estado de los músculos de la pared, clasificación común, etc.), fisioterapeutas físicos y respiratorios, cirujanos plásticos, neurofisiólogos (valoración de la actividad muscular y preparación preoperatorio con toxina botulínica), nutricionistas y grupos de hospitalización domiciliaria. Pero, una vez más, creo que este diseño depende de lo que el propio servicio pueda aportar a su población.

Lo verdaderamente importante de todo este movimiento es que se consiga ofrecer, al usuario y a la sociedad, lo mejor y con la mejor garantía. Y hoy día esto no es posible en la cirugía de la pared abdominal sin una especialización. Hace tiempo que se ha demostrado que los resultados de un cirujano con dedicación exclusiva no son nunca los mismos que los de uno «general» o con interés en otro campo. Estos cirujanos herniólogos deben ser considerados expertos, y sus resultados son operador-dependiente: a mayor experiencia, mejores resultados, mejor gestión de recursos y tiempos, y mayor índice de satisfacción global. ¿No es tiempo ya de formar unidades especiales, centros de referencia y programas de alta especialidad en el campo de la pared abdominal?

Estas unidades de pared abdominal asegurarían que todos aquellos que participan tuvieran los más altos estándares en los conocimientos actuales del tratamiento de la patología herniaria y, por lo tanto, fueran capaces de resolver los problemas que se presentan con los mejores resultados. La creación de Unidades de Pared Abdominal es necesaria, y cuando se constituyan podremos decir que nuestra reivindicación dentro de la cirugía ha iniciado un nuevo ciclo.

Alfredo Moreno Egea*

Unidad de Pared Abdominal, Hernias y Laparoscopia,
Hospital Mesa del Castillo, Murcia, España

*Autor para correspondencia: Avda. Primo de Rivera 7, 5.º D,
30008 Murcia, España.

Tel.: 968 905 061. Fax: 968 232 484.

Correo electrónico: moreno-egaea@ono.com

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Carbonell Tatay F. Hernia inguinal: conceptos, siglas, modas y sentido común. *Cir Esp.* 2002;71:171-2.

Carbonell Tatay F, Moreno Egea A. Eversiones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal. *Picanya*: Ed. Vimar; 2012.

Hernández A. Herniólogo. *Cir Gral.* 2012;34:7-8.

Mayagoitia JC. Hernias de la pared abdominal: el nacimiento de una sociedad médica. *Col Bras Cir.* 2010;37:4-5.