



Revista Hispanoamericana de Hernia

www.elsevier.es/rehah



Editorial

La enseñanza de la cirugía herniaria

Teaching of hernia surgery

En 1948, Fairbank mencionó: «No hay mejor forma de conocer la habilidad técnica de un cirujano que verlo operar una hernioplastia».

Si bien esta afirmación es totalmente cierta y sabemos que existen muchos cirujanos con gran habilidad técnica y conocimientos dentro del campo de las hernias de pared, vale la pena preguntarse cómo es que ellos han logrado adquirir dichos conocimientos y habilidades, y lo más importante, cuál sería el proceso o metodología para que estos cirujanos transmitan sus conocimientos y experiencia a las nuevas generaciones de residentes y cirujanos en aras de lograr que sus buenos resultados sean reproducibles.

La enseñanza de la cirugía en general y de la cirugía herniaria en particular ha estado plagada de deficiencias y desinterés por parte de los «cirujanos expertos» y, al mismo tiempo, por parte de los residentes y cirujanos receptores de estos conocimientos. El Dr. Ira Rutkow, actualmente retirado de la cirugía pero dedicado a la investigación y publicación de libros y artículos que tratan de la historia de la cirugía general, nos confió, en una conversación en el año 2008, la información que existe al respecto de la enseñanza de la cirugía herniaria, y estas fueron sus palabras: «La enseñanza de la hernia es un tema del cual los cirujanos habitualmente no hablan ni escriben. Hasta el momento, te aseguro que no hay ningún artículo al respecto».

Recordemos que en la antigua Grecia, al igual que en todas las profesiones y oficios, se enseñaba lo que se conocía con el nombre de medicina hipocrática, en la que el médico o tutor se hacía responsable de su alumno o aprendiz por períodos de entre uno a 2 años, para crear un nuevo médico al final de este período, y si bien el refrán admite que en ocasiones el alumno supera a su maestro, en la mayoría de los casos el primero solo era una mala copia del segundo¹. Entre los siglos XIII y XIV, a finales de la Edad Media, se tienen ya reportes de la enseñanza más formal de la medicina y los procedimientos quirúrgicos, aunque desafortunadamente predomina el auge de la práctica quirúrgica informal y su enseñanza por parte de los cirujanos barberos o itinerantes con conocimientos adquiridos no formalmente, pero curiosamente más versátiles en

la implementación de procedimientos quirúrgicos menores y odontológicos, que no efectuaban los cirujanos con una capacitación formal. A pesar del desprestigio que se da a la cirugía con este tipo de práctica, se tienen referencias de que muchos cirujanos famosos adquirieron sus conocimientos y habilidades quirúrgicas precisamente en tiendas de barberos como aprendices^{1,2}.

Theodor Billroth (Viena, 1823-1910) fue el creador, en Europa, de los sistemas de educación médica y quirúrgica en las universidades. Además, le corresponde el honor de ser el iniciador de la primera residencia quirúrgica tutelar en el mundo con su famoso lema de «Ver, ayudar y hacer». William Halsted (EE. UU., 1852-1922) traslada esta experiencia inicial de Billroth en Europa al continente americano, y comienza con la residencia quirúrgica tutelar en el hospital John Hopkins con una variación del lema original: «Aprender viendo y haciendo». En México, el Dr. Eduardo Liceaga, en un discurso al presentar su proyecto de un hospital de enseñanza, refiere aspectos importantes como los siguientes: «La medicina debe ser objetiva y hacerse en los enfermos (...). Las naciones civilizadas han convenido que los enfermos que se asistan por la beneficencia pública sirvan para este propósito y de esta manera redunde en beneficio de los mismos enfermos al ser atendidos con mayor asiduidad por los médicos que aprenden y más cuidadosamente observados por estos (...). La experiencia ha demostrado que los mejores médicos son los que así se han formado, con este sistema».

Ahora bien, ¿por qué enseñar específicamente la patología herniaria? Sabemos que no es una subespecialidad formal con residencia, pero existen a través de la historia cirujanos que han dedicado su vida al estudio, a la cirugía y a la enseñanza de esta patología tan común. Sin embargo, este interés en particular no se ha extendido al resto de los cirujanos, universidades e instituciones hospitalarias formadoras de residentes. Durante muchos años, la enseñanza de la hernia ha sufrido la indiferencia de la mayor parte de los cirujanos y cuenta con múltiples deficiencias.

Como muestra, podemos mencionar que la anatomía de la región inguinal y de la pared abdominal es la que menos

dominan el residente quirúrgico y la mayoría de los cirujanos ya formados. La anatomía posterior de la región inguinal es prácticamente desconocida para algunos. Antonio de Gimbernat (España, 1742-1790) comentó, al preguntársele sobre su libro y anatomista preferido: «Mi autor favorito es el cadáver humano. El cuerpo humano es el libro natural, del que no me apartaré ni un punto, y lo preferiré a cualquier otro»³.

Puede parecer absurdo que en plena segunda década del siglo XXI aún no estandaricemos nuestros procesos de enseñanza en las áreas quirúrgicas y que todavía no hayamos aprendido cómo facilitar el aprendizaje de conocimientos y habilidades quirúrgicas con una metodología que permita al residente quirúrgico adquirir, de forma secuencial y ordenada, las destrezas que le permitirán resolver los diferentes escenarios clínicos que se le presenten en las diferentes patologías quirúrgicas y, a la vez, que estos conocimientos y destrezas puedan ser medidos con objetividad para valorar su desempeño.

No hay un consenso universal sobre cómo debe enseñarse la patología herniaria, y así, en México^{4,5} no se especifica cómo y cuándo se debe desarrollar el tema de hernias de pared abdominal en los programas de residencia, ni cómo transmitir las habilidades técnicas de la hernioplastia. En el resto del mundo la cosa no es distinta. En España solo se menciona que un residente de cirugía debe haber realizado, en el transcurso de su residencia quirúrgica, 25 hernioplastias inguinales, 10 incisionales y 5 umbilicales, sin mencionar lo relacionado a la teoría. En Chile, el programa de cirugía propuesto por la Sociedad Chilena refiere que hasta el tercer año debe desarrollar habilidades y destrezas básicas en cirugía de pared abdominal, y haber operado al final de su residencia 50 plastias inguinales y haber ayudado en 70; en cuanto a hernias incisionales y umbilicales, debe haber efectuado 20 plastias y ayudado en 30. En Cuba solo se menciona que deben rotar por el servicio de pared abdominal 2 meses en el primer año de residencia y 4 meses en el cuarto año, sin especificar las características de su rotación. Finalmente, en Paraguay solo se menciona que durante la residencia se tendrán 10 horas en total para tratar temas relacionados con pared abdominal y hernias. En ningún país o programa de residencia se menciona cómo se transmitirán y evaluarán las habilidades y destrezas quirúrgicas durante la reparación de una hernia.

Parece difícil incidir en la mejora de la enseñanza a nivel de la residencia quirúrgica, ya que de acuerdo a los diferentes países, esta se puede encontrar regulada por las universidades⁶, ministerios de salud, sociedades quirúrgicas o por el gobierno, lo que dificulta encontrar una estandarización de los procesos de enseñanza. Ante esto, han sido las distintas asociaciones de hernia (la americana, la europea, la mexicana, la brasileña, la argentina, la hispanoamericana, etc.) las que han tomado la batuta para establecer y mejorar esta estandarización de la enseñanza teórica y práctica de la cirugía herniaria. Desafortunadamente, hasta hoy solo se ha podido implementar después del período de residencia a cirujanos ya formados, por medio de cursos, talleres, adiestramientos y diplomados^{7,8}.

Indudablemente, una tarea que tendrán que realizar todas la agrupaciones dedicadas al estudio de la hernia será la de

reunirse y establecer un consenso donde se establezca un orden metodológico para la enseñanza de la patología herniaria y la adquisición de habilidades quirúrgicas para su efectiva resolución^{8,9}. Se debe definir el perfil no solo de lo que debe ser un cirujano de hernia, sino también el del cirujano de hernia que esté capacitado como profesor o tutor que transmita y facilite la adquisición de los conocimientos y habilidades quirúrgicas en la patología herniaria. Se deberá encontrar la manera en que estos métodos sean aceptados y reproducidos a nivel mundial, independientemente del país o del hospital formador de residentes donde se apliquen.

La cuestión en este momento es cuál de estas asociaciones dedicadas al estudio de la patología herniaria tomará el reto de iniciar este cambio tan necesario. No será tarea sencilla. Se han tomado acciones independientes por cada una de ellas, pero definitivamente la unión de la pasión, el talento y el esfuerzo de cada sociedad herniaria harán que obtengamos el resultado esperado.

¿Será nuestra Sociedad Hispanoamericana de Hernia la punta de lanza para alcanzar este objetivo?

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez MG, Toledo PLH. Antecedentes históricos de la cirugía general y los cirujanos. En: Vega Malagón AJ, editor. *La cirugía general y el cirujano*. 1.ª ed. Querétaro, México: Editorial de la Universidad Autónoma de Querétaro; 2011. p. 3-13.
2. Mayagoitia JC. Hernias de la pared abdominal: El nacimiento de una sociedad médica [Editorial]. *Col Bras Cir*. 2010;37:4-5.
3. Carbonell Tatay F. Aproximación histórica al conocimiento de la hernia. Los médicos que la describieron y trataron. En: *Hernia inguinocrural*. Valencia (España): Ethicon. Vimar; 2001.
4. Plan único de especialización en especialidades médicas. Cirugía General. México DF: UNAM, División de Estudios de Posgrado; 2009.
5. Vega MAJ, Mejía DAF, Vega MG, Yáñez VJD, Romero MJL. Propuesta de programa básico de educación en la especialidad de cirugía general. *Cir Gral*. 2010;32:248-55.
6. Ramírez BEJ. Epidemiología de las hernias de pared abdominal. En: Mayagoitia, editor. *Hernias de la pared abdominal. Tratamiento actual*. 2.ª ed. México: Editorial alfil; 2009. p. 9-20.
7. Gil GG. Educación continua en pared abdominal y proceso de certificación. En: Carbonell Tatay, Moreno Egea, editores. *Eventraciones. Otras hernias de la pared y cavidad abdominal*. Editorial Gráficas Vilmar: Picanya; 2012. p. 861-5.
8. Hernández LA. Editorial. *Cir Gral*. 2012;34:7-8.
9. Moreno-Egea A. Unidades de pared abdominal y formación (en España) [Editorial]. *Rev Hispanoam Hernia*. 2013;1:55-6.

Juan Carlos Mayagoitia González
Centro Especializado en el Tratamiento de Hernias, León,
Guanajuato, México
Correos electrónicos: drmMayagoitia@hotmail.com,
jcmayagoitia@sohah.org

2255-2677/\$ – see front matter

© 2013 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2013.08.001>