



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Artículo especial

Accreditación de Unidades de Cirugía de la Pared Abdominal. El modelo español



Manuel López-Cano^{a,*}, Pilar Hernández-Granados^b, Salvador Morales-Conde^c, Antonio Ríos^d y José Antonio Pereira-Rodríguez^e

^a Unidad de Cirugía de Pared Abdominal, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Unidad de Pared Abdominal, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

^c Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen Macarena, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^d Unidad de Pared Abdominal, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Universidad de Murcia, Murcia, España

^e Unidad de Pared Abdominal, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de enero de 2024

Aceptado el 14 de enero de 2024

On-line el 20 de febrero de 2024

Palabras clave:

Pared abdominal

Accreditación

Hernia

Unidad

Cirugía

RESUMEN

La Asociación Española de Cirujanos (AEC) considera imprescindible definir y regular la adquisición de competencias de alta especialización dentro de la Cirugía General y del Aparato Digestivo y propone la Normativa de acreditación de unidades quirúrgicas especializadas. El objetivo de la AEC es definir las unidades quirúrgicas especializadas como aquellos elementos del sistema sanitario, de carácter funcional, que cumplan los requisitos definidos sobre su prestación, solvencia, especialización asistencial, docente e investigadora. En este trabajo se presenta el modelo de acreditación propuesto para las Unidades de Cirugía de la Pared Abdominal, así como los resultados de una encuesta realizada para conocer la situación de dichas unidades en nuestro país. Este modelo representa una de las iniciativas pioneras a nivel mundial en referencia a la acreditación de Unidades de Cirugía de la Pared Abdominal.

© 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Abdominal Wall Surgery Units accreditation. The Spanish model

ABSTRACT

The Spanish Association of Surgeons (AEC) deems it essential to define and regulate the acquisition of high-specialization competencies within General Surgery and Gastrointestinal Surgery and proposes the Regulation for the accreditation of specialized surgical units. The AEC aims to define specialized surgical units as those functional elements of the health system that meet the defined requirements regarding their provision, solvency, and specialization in care, teaching, and research. In this paper we present the proposed accredita-

Keywords:

Abdominal wall

Accreditation

Hernia

Unit

Surgery

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlpezcano@gmail.com (M. López-Cano).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2024.01.003>

0009-739X/© 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

tion model for Abdominal Wall Surgery Units, as well as the results of a survey conducted to assess the status of such units in our country. The model presented represents one of the pioneering initiatives worldwide concerning the accreditation of Abdominal Wall Surgery Units.

© 2024 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La cirugía de la pared abdominal ha tenido en los últimos años un crecimiento exponencial en cuanto al conocimiento de los factores de riesgo relacionados con la aparición de una hernia¹⁻³, sus cuidados preoperatorios (i.e., rehabilitación)^{4,5}, intraoperatorios (mejora de la descripción y comprensión de la anatomía quirúrgica, incorporación de técnicas quirúrgicas nuevas, mejora en los materiales protésicos, incorporación de la cirugía robótica)⁶⁻⁹ y postoperatorios^{10,11}. En el contexto previo, ha aumentado de forma paralela el interés de los cirujanos en conocer los aspectos relacionados con la práctica y la complejidad de la cirugía de la pared abdominal¹². Recientemente, la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) ha reconocido la cirugía de la pared abdominal como un grupo específico de trabajo creando el *European Board of Abdominal Wall Surgery* (EBAWS)¹³. Además, no es nueva la reivindicación de la necesidad de identificar Unidades de Cirugía de la Pared Abdominal¹⁴. De hecho, la *European Hernia Society* (EHS) ha formulado algunos requerimientos de acreditación y certificación de este tipo de unidades¹⁵ que han podido contribuir a propuestas pioneras específicas de algunos países de nuestro entorno^{16,17}. Teniendo en cuenta lo anterior y dado el amplio espectro de dificultad en la cirugía de la pared (desde casos menos complejos a la máxima complejidad), de los conocimientos necesarios para realizarla (anatomía quirúrgica, factores de riesgo, técnicas quirúrgicas, materiales protésicos, cuidados postoperatorios) y de las instalaciones mínimas necesarias para su práctica, se hace necesario desde las sociedades científicas en primer lugar, y desde las políticas sanitarias en segundo, una regulación de las «capacidades» de los diferentes centros para la realización de este ámbito específico de la cirugía, tanto a nivel humano como de infraestructuras. Un primer paso en esa «regulación» es el establecimiento de unos criterios por parte de las sociedades científicas para la «acreditación» de dichas Unidades de Pared Abdominal.

Desde la Asociación Española de Cirujanos (AEC), la preocupación por el cumplimiento de unos estándares de calidad dentro de un marco clínico, formativo y de investigación ha impulsado la elaboración de los criterios necesarios para la acreditación de unidades en diferentes áreas de capacitación de la cirugía general y digestiva, entre ellas la cirugía de la pared abdominal^{18,19}.

El objetivo primario del presente trabajo es presentar el modelo de acreditación para Unidades de Pared Abdominal en nuestro país aprobado por la AEC. El objetivo secundario es recabar información mediante una encuesta online entre los miembros de la sección de pared abdominal de la AEC sobre su potencial implicación y actividad asistencial en Unidades de Pared Abdominal en España.

Material y método

Acreditación

En España, la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (16/2003, de 28 de mayo) prevé la existencia de servicios de referencia para la atención de aquellas patologías que precisen de alta especialización profesional o elevada complejidad tecnológica. También, cuando el número de casos a tratar no sea elevado y pueda resultar aconsejable la concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

De acuerdo con la legislación vigente y a través de su junta directiva y comité científico la AEC decide poner en marcha (en varias fases) el proceso de acreditación de unidades en diferentes áreas de capacitación, creándose una normativa general con unos criterios mínimos y una normativa específica con unos criterios concretos que variarán dependiendo del área de capacitación de la unidad a acreditar¹⁹.

La estructura organizativa de la AEC se divide en secciones, en función del área de capacitación específica. Cada sección tiene su junta, compuesta por un coordinador, un secretario y vocales. El comité científico de la AEC en trabajo colaborativo con los miembros de cada junta diseñó los criterios mínimos y específicos para la acreditación de las unidades¹⁹. Para la acreditación de Unidades de Cirugía de la Pared Abdominal se establecieron los siguientes criterios:

Criterios mínimos

1. Reconocimiento de la unidad por parte del centro sanitario, especificando su cartera de servicios.
2. Acreditar la disponibilidad de quirófano específico.
3. Acreditar una composición mínima de facultativos especialistas con dedicación exclusiva al área correspondiente.
4. Compromiso de incluir los casos en una base de datos específica o registro durante un periodo no inferior a un año desde la solicitud.

Criterios específicos

1. Criterios en el área asistencial:
 - a) Recursos humanos y materiales (composición mínima de cirujanos con dedicación específica a la pared abdominal y quirófanos específicos y regulares para la cirugía de la pared abdominal).
 - b) Calidad (compromiso de incluir los casos en un registro, protocolos de tratamiento específicos acorde a la evidencia disponible).
 - c) Actividad asistencial y resultados.
 - d) Cartera de servicios.
 - e) Memoria de actividad.

2. Criterios en el área investigadora.
3. Criterios en el área docente.

El comité de acreditación que evalúa los requisitos mínimos y los requisitos específicos se designa mediante acuerdo previo de la junta de la sección interesada en desarrollar la unidad acreditada y el comité científico de la AEC.

Cuestionario

Antes de diseñar los criterios de acreditación específicos para las Unidades de Pared Abdominal la sección de pared abdominal de la AEC realizó una encuesta en línea utilizando formularios de Google (<https://docs.google.com/forms>). Formularios de Google es un software de administración de encuestas que se incluye como parte del conjunto gratuito Google Docs Editors, basado en la web que ofrece Google.

La encuesta fue diseñada y evaluada por dos cirujanos con dedicación exclusiva a la pared abdominal (MLC y JAPR).

El cuestionario se componía de 17 preguntas (tabla 1). El cuestionario incluía 4 preguntas iniciales para conocer las características demográficas de los encuestados y de las potenciales Unidades de Pared Abdominal (tipo de hospital, presencia de unidad de pared, específica o integrada en otra área de capacitación y, si era así, en cual). Las 13 preguntas restantes exploraban si el manejo de los pacientes con patología de pared abdominal seguía un «patrón» de manejo especializado. Así, 4 preguntas eran acerca del manejo preoperatorio (i.e., prehabilitación), 2 preguntas acerca del control de la actividad mediante base de datos propia o específica de pared abdominal, 4 preguntas acerca de la utilización de abordajes quirúrgicos mínimamente invasivos de la pared abdominal, 2 preguntas sobre la utilización de técnicas avanzadas de reparación de la pared abdominal y, finalmente, una pregunta acerca de si se interviene un tipo de hernia específica que se podría considerar como pared compleja (i.e., la hernia paraestomal).

El acceso al formulario (cuestionario) y la invitación a completarlo se envió con un email a todos los miembros

Tabla 1 – Cuestionario

Pregunta		Respuestas
<i>Características demográficas</i>		
1	¿En qué hospital trabajas?	Hospital general Hospital universitario
2	¿Tu servicio tiene una Unidad de Cirugía de la Pared Abdominal?	Sí No
3	En caso afirmativo en la pregunta anterior, ¿es una unidad específica solo dedicada a la cirugía de la pared abdominal o es una parte de otra unidad?	Específica Parte de otra unidad
4	En caso de que sea parte de otra unidad, ¿qué unidad es?	Cirugía colorrectal Cirugía bariátrica Cirugía endocrina Cirugía esofagogástrica Cirugía hepatobiliopancreática Otras
<i>Manejo de los pacientes</i>		
5	Para tratar la patología de pared abdominal, ¿utilizas toxina botulínica?	Sí No
6	¿Utilizas neumoperitoneo progresivo?	Sí No
7	¿Utilizas medidas de prehabilitación del paciente de pared?	Sí No
8	Si se requiere, ¿realizáis cirugía bariátrica previa al tratamiento de una hernia?	Sí No
9	¿Registráis los pacientes de pared abdominal en una base de datos propia?	Sí No
10	¿Registráis los pacientes de pared abdominal en la base de datos EVEREG?	Sí No
11	¿Hacéis cirugía laparoscópica de la hernia inguinal?	Sí No
12	¿Hacéis cirugía laparoscópica de la hernia incisional/ventral?	Sí No
13	¿Hacéis cirugía robótica de la hernia inguinal?	Sí No
14	¿Hacéis cirugía robótica de la hernia incisional/ventral?	Sí No
15	¿Hacéis separación de componentes anterior?	Sí No
16	¿Hacéis separación de componentes posterior?	Sí No
17	¿Operáis hernias paraestomales?	Sí No

inscritos en la sección de pared abdominal de la AEC, y en dicho email se incluía un hipervínculo de acceso al cuestionario. El email se reenvió en dos ocasiones. Todas las respuestas fueron anónimas. Se presenta estadística descriptiva.

Resultados

Acreditación de Unidades de Cirugía de la Pared Abdominal

Criterios mínimos

Para los criterios 1, 2 y 3 (Reconocimiento de la unidad por parte del centro sanitario, especificando su cartera de servicios, acreditación de la disponibilidad de quirófano específico y acreditación de una composición mínima de facultativos especialistas con dedicación exclusiva), la prueba exigida es un certificado emitido por la Dirección Médica del Hospital o la Jefatura de Servicio, adjuntando la cartera de servicios, especificando el quirófano específico, su disponibilidad y la composición de la unidad con la identificación de los profesionales implicados.

Respecto al criterio 4 (Compromiso de incluir los casos en una base de datos específica o registro durante un periodo no inferior a un año desde la solicitud), y dado que en España disponemos desde el año 2012 de una base de datos específica para la cirugía de la pared abdominal denominada EVEREG²⁰, se decidió que la prueba exigida del cumplimiento de este criterio fuera un documento de compromiso y veracidad en la inclusión de datos en el registro EVEREG, firmado por los coordinadores del registro.

Criterios específicos

1. Criterios en el área asistencial

- a) Recursos humanos y materiales. Dos personas en una unidad especializada de pared y una persona en una unidad híbrida (cirugía de pared englobada en otra unidad). Mínimo una sesión quirúrgica por semana para patología compleja y una sesión semanal para cirugía simple.
- b) Calidad. Certificado de pertenencia al registro EVEREG. Protocolos y/o guías clínicas de actuación.
- c) Actividad asistencial y resultados, Realización de prehabilitación (p.ej., toxina botulínica y/o neumoperitoneo progresivo), realización de un mínimo de 30 procedimientos de cirugía mínimamente invasiva por año, realización de separación anterior y posterior de componentes y reparación de hernia paraestomal, al menos 15 casos por año. Presencia de un circuito de reparación de hernias inguinales en régimen ambulatorio, al menos 150 casos por año.
- d) Se considera resultado óptimo, de acuerdo a estándares establecidos²¹⁻²³, tasas de recurrencia para la hernia inguinal y ventral primaria del 2-5% con tasas de infección del sitio quirúrgico (SSI) del 0,5-2% y tasas de dolor crónico menores del 10%. Para la hernia incisional se consideran resultados óptimos tasas de recurrencia del 10-15%, tasas de SSI del 2-5% y tasas de dolor crónico menores del 5%.
- e) Cartera de servicios. Hernias inguinales ambulatorias y con ingreso, así como tratamiento de las complicaciones de las

mismas a corto, medio y largo plazo (infección de malla, dolor crónico, recurrencia). Hernias ventrales primarias y sus complicaciones a corto, medio y largo plazo. Diastasis de rectos asociadas a hernias ventrales primarias. Hernias incisionales simples y complejas²⁴. Hernias paraestomales. Otras patologías (cirugía sincrónica de la pared abdominal con tumores intraabdominales (colon, intestino delgado, cirugía hepatobiliopancreática, urología, ginecología). Cirugía sincrónica de la pared abdominal con reconstrucción del tránsito intestinal (estomas previos). Tumores de la pared abdominal.

- f) Memoria de actividad. Documento acreditativo que incluya la memoria del año de la acreditación y certificación del jefe de servicio de su cumplimentación en los dos años previos (incluyendo el de la acreditación).

2. Criterios en el área investigadora.

Se consideran criterios obligatorios para el acceso a la acreditación:

- a) La participación en proyectos de investigación clínicos y/o básicos, requiriéndose un certificado de participación y las aprobaciones del comité ético del hospital.
- b) Presentación en congresos de al menos tres comunicaciones sobre cirugía de la pared abdominal en el año de la acreditación, o cinco en los últimos dos, u ocho en los últimos tres. Se requieren como prueba los certificados de presentación.
- c) Participación en el registro EVEREG, con su certificado correspondiente.

Se consideran requisitos opcionales (no obligatorios) en el área de investigación: la posesión del doctorado por al menos un miembro de la unidad o el haber dirigido tesis doctorales y la publicación de al menos un artículo en revista indexada o un capítulo de libro con temática de pared abdominal en los últimos 5 años.

3. Criterios en el área docente.

Se consideran criterios obligatorios en esta área, acompañados de sus correspondientes documentos justificativos: asistencia a una actividad formativa relacionada con la pared abdominal. Ser algún miembro de la unidad profesor universitario o una figura en la universidad (este criterio solo es obligatorio para hospitales universitarios). Acreditación de pertenencia a sección de pared abdominal de la AEC y a la EHS (al menos un miembro de la unidad en los dos años previos a la acreditación). En hospitales con residentes, rotación programada de residentes por la unidad.

Se consideran requisitos opcionales para el área docente: invitaciones a ponencias en congresos o cursos de al menos un miembro de la unidad; estancias formativas de al menos un mes (nacionales o internacionales), de al menos un miembro de la unidad en los últimos 5 años previos a la acreditación; acreditación del board europeo de pared abdominal de al menos un miembro de la unidad; organización de estancias formativas en la unidad para residentes o especialistas; organización de actividades docentes relacionadas con la

Tabla 2 – Características demográficas

Ítems	Respuestas, n (%)	No respuesta, n (%)
Tipo de hospital	203 (99,5)	1 (0,5)
Hospital general	57 (28)	
Hospital universitario	146 (71,5)	
Unidad de Cirugía de Pared Abdominal	204 (100)	
Sí	164 (80,4)	
No	40 (19,6)	
Unidad específica o parte de otra unidad	171 (83,9)	33 (16,1)
Específica	79 (46)	
Parte de otra unidad	92 (54)	
Parte de otra unidad, ¿qué unidad?	92 (100)	
Cirugía colorrectal	5 (5)	
Cirugía bariátrica	11 (12)	
Cirugía endocrina	19 (21)	
Cirugía esofagogástrica	16 (17)	
Cirugía hepatobiliopancreática	8 (9)	
Otras	33 (36)	

cirugía de la pared abdominal (webinars, cursos, congresos, simposiums, seminarios).

Cuestionario

Características demográficas

De los 1.181 cirujanos registrados en la sección de pared abdominal de la AEC y tras el envío de 2.362 e-mails, se contabilizaron respuestas al cuestionario en 204 (17%). De estos, la mayoría (146 [71,5%]) pertenecían a un hospital universitario y 164 (80,4%) afirmaban tener en su servicio una unidad de cirugía de pared abdominal. 171 (83,9%) cirujanos respondieron a la pregunta de si tenían una unidad de pared específica o integrada en otra unidad, y de estos, 92 (54%) afirmaban que su unidad estaba integrada en otra unidad (tabla 2).

Manejo preoperatorio

Cincuenta y nueve (29%) cirujanos contestaron que no hacían prehabilitación a sus pacientes, y solo 110 (54%) contestaron afirmativamente a la pregunta de si realizaban cirugía bariátrica previa al tratamiento de una hernia (tabla 3).

Control de actividad

Setenta y ocho (38%) contestaron que no registraban en una base de datos propia y 117 (58%) que no registraban en EVEREG (tabla 3).

Abordajes mínimamente invasivos

La mayoría contestaron hacer cirugía laparoscópica de la hernia inguinal e incisional y muy poca cirugía robótica de ambos tipos de hernia (tabla 3).

Técnicas avanzadas

La mayoría de los cirujanos que respondieron a la encuesta respondieron afirmativamente a la pregunta de si realizaban separación anterior o posterior de componentes (tabla 3).

Tabla 3 – Manejo de los pacientes con patología de pared abdominal

Ítems	Respuestas, n (%)	No respuesta, n (%)
Manejo preoperatorio	815 (99,9)	1 (0,1)
Uso de toxina botulínica	204 (100)	
Sí	144 (71)	
No	60 (29)	
Uso de neumoperitoneo progresivo (PPP)	204 (100)	
Sí	140 (69)	
No	64 (31)	
Utilizas medidas de prehabilitación	204 (100)	
Sí	145 (71)	
No	59 (29)	
Cirugía bariátrica previa	203 (99,5)	
Sí	110 (54)	1 (0,5)
No	93 (46)	
Control de la actividad	403 (99)	5 (1)
Registras en una base de datos propia	203 (99,5)	
Sí	125 (62)	1 (0,5)
No	78 (38)	
Registras en EVEREG	200 (98)	
Sí	83 (42)	4 (2)
No	117 (58)	
Abordajes mínimamente invasivos	813 (99,6)	3 (0,4)
Laparoscopia de la hernia inguinal	203 (99,5)	
Sí	171(84)	1 (0,5)
No	32(16)	
Laparoscopia de la hernia incisional/ventral	202 (99)	
Sí	154 (76)	2 (1)
No	48 (24)	
Robótica de la hernia inguinal	204 (100)	
Sí	13 (6)	
No	191 (94)	
Robótica hernia incisional/ventral	204 (100)	
Sí	15 (7)	
No	189 (93)	
Técnicas avanzadas	408 (100)	
Separación anterior de componentes	204 (100)	
Sí	173 (85)	
No	31 (15)	
Separación posterior de componentes	204 (100)	
Sí	162 (79)	
No	42 (21)	
Intervención de hernia compleja	204 (100)	
Hernia paraestomal	204 (100)	
Sí	191 (94)	
No	13 (6)	

Intervención de hernia compleja

Ciento noventa y uno (94%) cirujanos encuestados respondieron que sí operaban hernias paraestomales.

Discusión

En los últimos 20 años, y probablemente más acentuado en la última década, la cirugía general se ha fragmentado cada vez más en subespecialidades²⁵. Los diferentes procesos dentro de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) que antes trataban indiferentemente los «cirujanos generales» son ahora tratados por «subespecialistas» (i.e., altamente especializados), y es poco probable que este cambio de paradigma hacia la «subespecialización» dentro de la cirugía general sea reversible²⁵. Consciente de la situación anterior, la AEC considera «imprescindible definir y regular la adquisición de competencias de alta especialización dentro de la CGAD, y propone la Normativa de acreditación de unidades quirúrgicas especializadas»^{18,19}. Los objetivos de la AEC son claros: favorecer la consolidación y el ordenamiento de la realidad actual de la especialidad de CGAD en la mayoría de los hospitales de nuestro país, colaborar a que la legislación sobre las áreas de capacitación específica dentro de la especialidad estén bien definidas y sentar las bases para la formación de especialistas en las diferentes áreas de subespecialización¹⁸. En definitiva, y tal como se ha publicado con anterioridad, «el objetivo de la acreditación por parte de la AEC es, pues, definir las unidades quirúrgicas especializadas como aquellos elementos del sistema sanitario, de carácter funcional, que cumplan los requisitos definidos sobre su prestación, solvencia, especialización asistencial, docente e investigadora»¹⁸.

La cirugía de la pared abdominal se incorpora también a la normativa de acreditación de unidades especializadas propuesta por la AEC¹⁹. Desde nuestro punto de vista, esta incorporación no es fruto de la casualidad y se produce desde una perspectiva quirúrgica general relacionada con nuestro entorno y desde una perspectiva quirúrgica local relacionada con el análisis de una encuesta sobre unidades de pared abdominal en nuestro país.

En lo que se refiere a nuestro entorno, y hasta donde alcanza nuestro conocimiento, es el continente europeo el mayor impulsor del reconocimiento (a nivel mundial) de la cirugía de la pared abdominal como una entidad propia. Fundamentalmente de la mano de la EHS y de la UEMS. La EHS impulsando proyectos que reconocen que existe una necesidad creciente de centros/unidades especializadas de cirugía de la pared abdominal²⁶ y de formar cirujanos especialistas en pared abdominal¹², promoviendo la publicación de guías clínicas en referencia a diferentes aspectos del tratamiento de la patología de la pared abdominal²⁷⁻³³ o participando en plataformas educativas sobre la pared abdominal³⁴, entre otras múltiples actividades. La UEMS también ha participado en un impulso definitivo a la especialización en cirugía de la pared abdominal con la formación de un grupo específico de trabajo creando el *European Board of Abdominal Wall Surgery* (EBAWS)¹³. Probablemente basado en el marco previo, se han producido propuestas pioneras específicas de algunos países de nuestro entorno^{16,17} que intentan definir (cada uno en su contexto) los requerimientos que han de tener los diferentes centros para una práctica especializada de la cirugía de la pared abdominal. La propuesta de la AEC que se presenta en este trabajo se suma a estas escasas iniciativas pioneras en Europa y define a la AEC como una de las primeras sociedades

quirúrgicas a nivel mundial en proponer unos criterios para considerar lo que puede ser una unidad especializada en cirugía de la pared abdominal. Por otro lado, recientemente otras partes del mundo, como Estados Unidos (con clara influencia en la evolución quirúrgica global), están comenzando a tomar conciencia de las diferencias entre centros en los tratamientos para las reconstrucciones de pared complejas³⁵ y de la necesidad de redefinir los conocimientos de una especialidad emergente como es la especialización en cirugía de la pared abdominal³⁶.

En lo que se refiere a la perspectiva quirúrgica local derivada del análisis de una encuesta sobre Unidades de Pared Abdominal en nuestro país, es interesante observar que la mayoría (71%) de los encuestados pertenecían a hospitales universitarios y la mayoría (80,4%) respondían tener una Unidad de Pared Abdominal en su servicio. Sin embargo, más de la mitad (54%) respondían que no era una unidad con dedicación exclusiva a la cirugía pared abdominal sino integrada en otra unidad, la cual no estaba claramente definida, ya que el mayor porcentaje de respuestas (36%) fue que la Unidad de Pared Abdominal se integraba en la opción «otras unidades». Por otro lado, aspectos importantísimos en el manejo adecuado de los pacientes afectos de patología de la pared abdominal y que debieran alinearse con las guías actuales de práctica clínica ofrecieron respuestas contradictorias; así, el 29% de los encuestados no utilizaban medidas de prehabilitación, o el 46% no realizaban cirugía bariátrica (en caso de ser necesario) antes de la cirugía de la pared abdominal, lo cual parece que no se alinea con las recomendaciones actuales de la *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* (ASMBS) y la *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders* (IFSO), que recomiendan cirugía bariátrica en caso de cirugía electiva de la hernia de la pared abdominal y obesidad severa³⁷. Además, el 38% no registraban a sus pacientes intervenidos en una base de datos propia y el 58% no lo hacía en EVEREG. Sin embargo, la mayoría respondían realizar cirugía mínimamente invasiva para la hernia inguinal e incisional, técnicas avanzadas de reparación de la pared abdominal como separación de componentes (anterior o posterior) o patología de pared compleja como la hernia paraestomal. Resulta paradójico observar un entorno de práctica mayoritaria de técnicas de reparación avanzada y complejas en relación con una organización estructural variable, con porcentajes elevados de potencial manejo deficiente de las medidas de prehabilitación del paciente y un defectuoso registro/control de la actividad. Parece lógico, pues, que la AEC proponga un modelo de acreditación de Unidades de Pared Abdominal para favorecer la consolidación y el ordenamiento de la realidad actual de esta parte de la CGAD, ante una encuesta nacional donde parece adivinarse una insuficiente definición de las Unidades de Pared Abdominal en términos de calidad estructural (i.e., unidades específicas o integradas, definición organizativa), calidad del proceso (i.e., prehabilitación, colaboración con otras unidades, seguimiento de guías) o calidad de los resultados (i.e., registro de datos, complicaciones, morbimortalidad).

Se pueden considerar limitaciones en el presente trabajo la potencial discrepancia en la definición de la estructura de la acreditación, donde quizá se pudieran considerar otras características. Sin embargo, el trabajo conjunto del comité

científico de la AEC y la sección de pared abdominal han cubierto desde unos criterios mínimos a unos criterios específicos que abarcan las áreas asistencial, docente e investigadora, sentando las bases para la atención óptima de los pacientes y la formación de especialistas en el área específica de la pared abdominal.

Los resultados de la encuesta también se deben interpretar con algunas limitaciones. En primer lugar, la encuesta fue autoadministrada y no se sometió a validación interna o externa antes de su distribución. Aunque el instrumento de encuesta no había sido validado, dos cirujanos experimentados en cirugía de la pared abdominal revisaron su contenido. En segundo lugar, la tasa de respuesta fue del 17% (204/1.181). Sin embargo, algunos trabajos han demostrado que el sesgo inducido por la tasa de respuesta no parece constituir una gran amenaza para la validez de los cuestionarios³⁸. Aun así, es posible que las respuestas no representen con exactitud los patrones de práctica y las actitudes de los cirujanos encuestados³⁸. Por otra parte, esta es la mayor y única encuesta realizada hasta la fecha entre cirujanos en relación a las Unidades de Pared Abdominal en nuestro país. En tercer lugar, la encuesta se distribuyó entre los miembros de la sección de pared de la AEC, pero no se preguntó a los cirujanos que no pertenecen a esta. Es probable que exista un sesgo de selección, ya que los miembros de la sección tienen un interés declarado en la cirugía de la pared abdominal. No obstante, precisamente el hecho de que la encuesta esté hecha a cirujanos con especial interés en la pared abdominal refuerza la veracidad de los resultados y la necesidad de una propuesta de acreditación.

En resumen, la evolución de la CGAD conduce a la subespecialización en un proceso que no parece reversible. El proceso de acreditación de las Unidades de Cirugía de la Pared Abdominal en nuestro país contribuirá a una mejora en la calidad estructural, en la calidad del proceso y en la calidad de los resultados de la cirugía de la pared abdominal.

Inteligencia artificial

Los autores declaran la no utilización de la inteligencia artificial en la elaboración del presente trabajo.

Financiación

Este trabajo no ha sido financiado por ningún tipo de fondos públicos o privados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stabilini C, Garcia-Urena MA, Berrevoet F, Cuccurullo D, Capoccia Giovannini S, Dajko M, et al. An evidence map and synthesis review with meta-analysis on the risk of incisional hernia in colorectal surgery with standard closure. *Hernia*. 2022;26:411-36. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-021-02555-w>.
2. Pilkington JJ, Davies TW, Schaff O, Alexander MY, Pritchett J, Wilkinson FL, et al. Systemic biomarkers currently implicated in the formation of abdominal wall hernia: A systematic review of the literature. *Am J Surg*. 2021;222:56-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.10.039>.
3. Parker SG, Mallett S, Quinn L, Wood CPJ, Boulton RW, Jamshaid S, et al. Identifying predictors of ventral hernia recurrence: Systematic review and meta-analysis. *BJS Open*. 2021;5:zraa071. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsopen/zraa071>. Fe de erratas en: *BJS Open*. 2021 May 7. 5(3)..
4. Jensen KK, East B, Jisova B, Cano ML, Cavallaro G, Jørgensen LN, et al. The European Hernia Society Prehabilitation Project: A systematic review of patient prehabilitation prior to ventral hernia surgery. *Hernia*. 2022;26:715-26. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-022-02573-2>.
5. Wouters D, Cavallaro G, Jensen KK, East B, Jířova B, Jørgensen LN, et al. The European Hernia Society Prehabilitation Project: A systematic review of intra-operative prevention strategies for surgical site occurrences in ventral hernia surgery. *Front Surg*. 2022;9:847279. <http://dx.doi.org/10.3389/fsurg.2022.847279>.
6. Muysoms F. Robotic abdominal wall surgery: Where is its most powerful potential? *Cir Esp (Engl Ed)*. 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.01.015>.
7. Lopez Cano M. Minimally invasive surgery of the abdominal wall and clinically meaningful benefit. What are we talking about? *Cir Esp (Engl Ed)*. 2021;99:171-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.01.008>.
8. Korschake M, Mayer F, Fortelny RH. Editorial: Hernia related anatomy in abdominal wall surgery: Applied research in hernia repair. *Front Surg*. 2022;9:1031593. <http://dx.doi.org/10.3389/fsurg.2022.1031593>.
9. Kallinowski F, Fortelny RH, Kocklerling F, Mayer F, Morales-Conde S, Sandblom G. Editorial: Mesh complications in hernia surgery. *Front Surg*. 2022;9:841672. <http://dx.doi.org/10.3389/fsurg.2022.841672>.
10. Loor MM, Shah P, Olavarria OA, Dhanani N, Franz MG, Trautner BW, et al. Postoperative work and activity restrictions after abdominal surgery: A systematic review. *Ann Surg*. 2021;274:290-7. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000004725>.
11. Lode L, Oma E, Henriksen NA, Jensen KK. Enhanced recovery after abdominal wall reconstruction: A systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. 2021;35:514-23. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-020-07995-6>. PMID: 32974781.
12. Kocklerling 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;23:1081-91. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-019-02062-z>.
13. Consultado Nov 2023. Disponible en: <https://uemssurg.org/surgicalspecialties/abdominal-wall-surgery/>
14. Gossetti F, d'Amore L, Ceci F, Grimaldi MR, Negro P. Abdominal wall reconstruction (AWR): The need to identify the hospital units and referral centers entitled to perform it. *Updates Surg*. 2017;69:289-90. <http://dx.doi.org/10.1007/s13304-017-0428-x>. PMID: 28378225.
15. Kocklerling F, Sheen AJ, Berrevoet F, Campanelli G, Cuccurullo D, Fortelny R, et al. Accreditation and certification requirements for hernia centers and surgeons: The ACCESS project. *Hernia*. 2019;23:185-203. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-018-1873-2>.
16. Kocklerling F, Berger D, Jost JO. What is a Certified Hernia Center? The example of the German Hernia Society and German Society of General and Visceral Surgery. *Front Surg*. 2014;1:26. <http://dx.doi.org/10.3389/fsurg.2014.00026>.

1. Stabilini C, Garcia-Urena MA, Berrevoet F, Cuccurullo D, Capoccia Giovannini S, Dajko M, et al. An evidence map and

17. Stabilini C, Cavallaro G, Bocchi P, Campanelli G, Carlucci M, Ceci F, et al. Defining the characteristics of certified hernia centers in Italy: The Italian Society of Hernia and Abdominal Wall Surgery Workgroup consensus on systematic reviews of the best available evidences. *Int J Surg*. 2018;54(Pt A):222-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijsu.2018.04.052>.
18. Millan M, Targarona E, García-Granero E, Serra-Aracil X. Accreditation of specialized surgical units in general and digestive surgery: A step forward by the AEC for quality improvement and subspecialized Fellowship training. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2022;100:3-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2021.03.024>.
19. Consultado Nov 2023. Disponible en: https://www.aecirujanos.es/Acreditacion-de-Unidades_es_80_0_0_384.html#!
20. Consultado Nov 2023. Disponible en: <https://www.evereg.es/>
21. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22:1-165. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>.
22. Stabilini C, van Veenendaal N, Aasvang E, Agresta F, Aufenacker T, Berrevoet F, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJS Open*. 2023;7:zrad080. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsopen/zrad080>.
23. Sanders DL, Pawlak MM, Simons MP, Aufenacker T, Balla A, Berger C, et al. Midline incisional hernia guidelines: The European Hernia Society. *Br J Surg*. 2023;110:1732-68. <http://dx.doi.org/10.1093/bjs/znad284>. Fe de erratas en: *Br J Surg*. 2023 Oct 26. PMID: 37727928.
24. Capoccia Giovannini S, Podda M, Ribas S, Montori G, Botteri E, Agresta F, et al. What defines an incisional hernia as 'complex': Results from a Delphi consensus endorsed by the European Hernia Society (EHS). *Br J Surg*. 2023;111. <http://dx.doi.org/10.1093/bjs/znad346>. PMID: 37897716.
25. Bruns SD, Davis BR, Demirjian AN, Ganai S, House MG, Saidi RF, et al., Society for Surgery of Alimentary Tract Resident Education Committee. The subspecialization of surgery: A paradigm shift. *J Gastrointest Surg*. 2014;18:1523-31. <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-014-2514-4>.
26. Köckerling F, Sheen AJ, Berrevoet F, Campanelli G, Cuccurullo D, Fortelny R, et al. Accreditation and certification requirements for hernia centers and surgeons: The ACCESS project. *Hernia*. 2019;23:185-203. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-018-1873-2>.
27. López-Cano M, García-Alamino JM, Antoniou SA, Bennet D, Dietz UA, Ferreira F, et al. EHS clinical guidelines on the management of the abdominal wall in the context of the open or burst abdomen. *Hernia*. 2018;22:921-39. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-018-1818-9>.
28. Antoniou SA, Agresta F, Garcia Alamino JM, Berger D, Berrevoet F, Brandsma HT, et al. European Hernia Society guidelines on prevention and treatment of parastomal hernias. *Hernia*. 2018;22:183-98. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-017-1697-5>.
29. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22:1-165. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>.
30. Deerenberg EB, Henriksen NA, Antoniou GA, Antoniou SA, Bramer WM, Fischer JP, et al. Updated guideline for closure of abdominal wall incisions from the European and American Hernia Societies. *Br J Surg*. 2022;109:1239-50. <http://dx.doi.org/10.1093/bjs/znac302>. Fe de erratas en: *Br J Surg*. 2022 Nov 10.
31. Hernández-Granados P, Henriksen NA, Berrevoet F, Cuccurullo D, López-Cano M, Nienhuijs S, et al. European Hernia Society guidelines on management of rectus diastasis. *Br J Surg*. 2021;108:1189-91. <http://dx.doi.org/10.1093/bjs/znab128>.
32. Stabilini C, Muysoms F, Tzanis AA, Rossi L, Koutsiouroumpa O, Mavridis D, et al. EHS Rapid Guideline: Evidence-informed European recommendations on parastomal hernia prevention — With ESCP and EAES participation. *J Abdom Wall Surg*. 2023;2:11549. <http://dx.doi.org/10.3389/jaws.2023.11549>.
33. Sanders DL, Pawlak MM, Simons MP, Aufenacker T, Balla A, Berger C, et al. Midline incisional hernia guidelines: The European Hernia Society. *Br J Surg*. 2023;110:1732-68. <http://dx.doi.org/10.1093/bjs/znad284>. Fe de erratas en: *Br J Surg*. 2023 Oct 26.
34. De Beaux A, Becker S, Parent T, Temporal G, Kummer R, Allouard C. Hernia Basecamp — A free to use online hernia learning platform. Analysis of its use since launch in june 2021. *J Abdom Wall Surg*. 2023;2:11803. <http://dx.doi.org/10.3389/jaws.2023.11803>.
35. Podolsky D, Ghanem OM, Tunder K, Iqbal E, Novitsky YW. Current practices in complex abdominal wall reconstruction in the Americas: Need for national guidelines? *Surg Endosc*. 2022;36:4834-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-021-08831-1>.
36. Novitsky Y., Podolsky D. Abdominal Wall Surgery: Redefining Expertise for an Emerging Specialty. *NewYork-Presbyterian. Advances in Gastroenterology and GI Surgery*. 2022. Disponible en: <https://www.nyp.org/publications/professional-advances/gastro/abdominal-wall-surgery-redefining-expertise-for-an-emerging-specialty>
37. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen RV, et al. 2022 American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) indications for metabolic and bariatric surgery. *Obes Surg*. 2023;33:3-14. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-022-06332-1>.
38. af Wählberg AE, Poom L. An empirical test of nonresponse bias in internet surveys. *Basic Appl Soc Psychol*. 2015;37:336-47. <http://dx.doi.org/10.1080/01973533.2015.1111212>.