



## EDITORIAL

### **Nuestros pacientes, lo más importante.**

Emilio del Valle Hernández.

Jefe de Servicio. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gergorio Marañón.

En anteriores editoriales, se ha abordado desde diferentes puntos de vista, la formación y como llegar a ser un buen cirujano colorrectal. En esta ocasión, quiero incidir en el mismo asunto desde otro punto de vista, esto es, la importancia de tener al paciente como centro de nuestra actividad y la obligación de caminar en nuestro aprendizaje y toma de decisiones, teniendo siempre en cuenta que lo principal es conseguir los mejores resultados desde la seguridad. Nuestra especialidad está en constante crecimiento, fruto del desarrollo tecnológico y de la capacidad e innovación de los profesionales. Se presentan nuevas formas de abordaje quirúrgico, en ocasiones muy atractivas, que pretenden aportar soluciones a problemas complejos, siendo en ocasiones técnicamente muy demandantes y que requieren de un aprendizaje y entrenamiento previo, y sin embargo, en ocasiones las ponemos en práctica sin cumplir los requisitos imprescindibles.

En un momento en que en los hospitales cada vez tendemos más a concentrar la actividad en grupos de cirujanos con dedicación específica, y que defendemos la capacitación en subespecialidades, también nosotros, debemos ser conscientes de lo que debemos hacer y cuando lo podemos hacer.

Queremos cada vez más, y en este sentido se manifiestan las sociedades quirúrgicas, que para tener capacidad para hacer determinados procedimientos, debemos tender a la concentración de casos. El número de un determinado procedimiento que realiza un servicio, y más aún, los que hace cada profesional



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):1-3  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201913435](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913435)

en un año, tienen impacto claro en los resultados inmediatos y a largo plazo que obtenemos en nuestros pacientes.

Así en el cáncer de recto, indicamos un número mínimo de casos para asegurar un buen resultado, y siempre con una correcta auditoria de los mismos.

Hemos perseguido que nuestra formación en cirugía laparoscópica sea amplia, hasta conseguir habilidades y destreza antes de abordar procedimientos complejos, como es la resección en cáncer de recto.

La cirugía mínimamente invasiva, ha cambiado la forma de llevar a cabo una correcta formación, necesitamos entrenamiento con cadáver, con plataformas de modelos artificiales, etc. Todo ello encaminado a conseguir las habilidades necesarias y poder llevar a cabo las nuevas intervenciones de forma segura.

En estos últimos años, hemos visto como una nueva forma de abordaje, el TATME, se ha popularizado como ideal para abordar tumores de recto bajo en muchos de nuestros pacientes. En esta forma de abordaje, existen retos técnicos novedosos, como son una visión a la que no estamos acostumbrados, interpretar la anatomía de la pelvis desde abajo, lo que puede hacer difícil identificar correctamente los planos, y todo ello desde un puerto único.

Existen consensos de expertos, así como de agencias nacionales, que indican la importancia de tener una amplia experiencia en cirugía rectal laparoscópica, así como en cirugía endoscópica transanal, antes de pensar en llevar a cabo estas nuevas formas de abordaje. Debe ser requisito indispensable el entrenamiento específico mediante la participación en cursos de cirugía en directo y el llevar a cabo los primeros procedimientos con un experto en estas intervenciones antes de incorporarlo a nuestra práctica habitual. La competencia en cirugía moderna es un proceso complejo, en el que influyen diversos factores, requiere de conocimientos anatómicos, habilidades psicomotoras y cognitivas,



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):1-3  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201913435](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913435)

siendo el TATME un modelo ideal de entrenamiento estructurado para conseguir una implementación segura.

Debe considerarse que para que un equipo inicie la formación en esta técnica, es necesario poder hacer al menos 10 casos al año mediante este abordaje, para poder adquirir y mantener la destreza necesaria para que de esta manera pueda ser beneficioso para los pacientes, objetivo final de nuestra actividad profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Francis N, Penna M, Mackenzie H, Carter F, Hompes R, International TaTME Educational Collaborative Group. Consensus on structured training curriculum for transanal total mesorectal excision (TaTME). Springer US; 2017. pp. 2711–2719.
2. Adamina M, Buchs NC, Penna M, Hompes R, St.Gallen Colorectal Consensus Expert Group. St.Gallen consensus on safe implementation of transanal total mesorectal excision. Surg Endosc. 7 ed. Springer US; 2018 Mar;32(3):1091–103.
3. Knol J, Keller DS. Cognitive skills training in digital era: A paradigm shift in surgical education using the TaTME model. Surgeon. 2018 Apr 30.