



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Inestares S.A.

España

Martínez-Piñeiro, José A.

Comentario editorial de: Cirugía reconstructiva para residentes en urología
Archivos Españoles de Urología, vol. 63, núm. 7, septiembre, 2010, pp. 493-494

Editorial Inestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181017304002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARCHIVOS ESPAÑOLES DE UROLOGÍA

FUNDADOS POR E. PEREZ CASTRO, A. PUIGVERT GORRO Y L. CIFUENTES DELATTE

Director / Editor: E. Pérez-Castro Ellendt

Editor Asociado: L. Martínez-Piñeiro Lorenzo

Editor Asociado Internacional: J. I. Martínez-Salamanca

Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (7): 493-494

COMENTARIO EDITORIAL de:

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA PARA RESIDENTES EN UROLOGÍA

José A. Martínez-Piñeiro. Clínica La Luz. Madrid. España.

- Tell me and I'll forget.
- Teach me and I will learn.
- Involve me and I will remember.

Benjamin Franklin.

Tiene razón Alfredo Gil-Vernet, cuando expone la situación de la enseñanza a los residentes de Urología de la cirugía reconstructiva uretral del adulto. Se lamentan éstos de conocer tan solo las dilataciones y las uretrotomías internas ópticas como medios de manejo (que no de curación) de las estrecheces uretrales. ¿Pero, cual es el porqué de esta situación? Pues porque la cirugía reconstructiva uretral exige una verdadera sub- (o supra) especialización por parte de alguno de los urólogos de los centros encargados de impartir la enseñanza a residentes, especialización de la que carecen el 90% de los urólogos.

La especialización en cirugía uretral es muy compleja, tanto desde el punto de vista de la indicación quirúrgica, como de la técnica propiamente dicha, exigiendo una gran dedicación y entrenamiento, así como un volumen grande de pacientes que permitan mantener la excelencia.

Está demostrado que los centros que realizan frecuentemente cistectomías radicales, o prostatectomías radicales, obtienen los mejores resultados oncológicos. Lo mismo ocurre con la cirugía reconstructiva de uretra, o de otros órganos. Para llegar al grado de experto en cualquier campo de la actividad humana, además del nivel de interés y del nivel de inteligencia, es el número de horas dedicado a una tarea lo que mejor define la verdadera "expertise" en muchas actividades. En música, por ejemplo, los maestros expertos acumulan al menos 10.000 horas de práctica deliberada, en tanto los aficionados serios practican solo 2.000 horas (1). Igual ocurre con los expertos en ajedrez o con atletas. Yo, en particular, comencé a hacer uretroplastias en 1960 y todavía continúo haciéndolas. Mi centro de trabajo, el Hospital La Paz, a donde llegué en 1967, ha sido uno de los pocos centros de referencia españoles desde entonces. Los centros realmente expertos en cirugía uretral realizan más de 60 uretroplastias al año. No tengo duda alguna de que los centros expertos proporcionan tratamientos más sofisticados y eficientes, así como una mejor enseñanza que los centros sin una práctica específica

de la cirugía de las estenosis de uretra. Ello lleva a la consideración de que debe haber centros de referencia nacionales, a donde remitir los pacientes, por los cuales deberían rotar, al menos durante 3 meses, residentes de otros centros de bajo volumen.

Con lo que antecede, no estoy definiendo solo la situación de España; es un problema de la Urología mundial. En 2007, publicaba el *Journal of Urology* (2007; 177: 685) una encuesta dirigida a los urólogos norteamericanos, que reveló que el 92% no había realizado nunca una uretroplastia. Casi estoy por afirmar que la misma cifra sería el resultado de una encuesta a nivel de la Comunidad Europea.

Lo que suele predominar en centros no especializados, es el concepto de la escalera terapéutica: Empezar por dilatar, luego una uretrotomía interna (repetida por 3-4 veces) y sólo después, una uretroplastia (¿cuál?). Los expertos, en cambio, indican como primer tratamiento aquel que mejor resultado da en un determinado paciente, que casi nunca es el más fácil para el cirujano. Los casos más complejos sobre todo (roturas de uretra membranosa con separación de cabos, pan-estenosis, liquen escleroso, fracasos de uretroplastias previas) deberían ser remitidos a un centro de excelencia en beneficio de los pacientes y de los residentes, que así recibirían una buena enseñanza.

Apunta Alfredo Gil-Vernet a la necesidad de que se cree en España, dentro de nuestra Asociación Española de Urología, un Grupo de Trabajo de Cirugía Reconstructiva, idea que apoyo plenamente, además de felicitarle por llamar la atención acerca del estado de la cuestión. Solo así podrá aumentar la calidad (2) general de nuestra Urología reconstructiva.

José A. Martínez-Piñeiro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ericsson KA, Krampe RT y Tesch-Römer C: The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychol Rev* 1993; 100: 363.
2. Quality:
 - 1000 tiny things.
 - The way to do the things right.
 - The right way to do things.