

La figura del tutor según el residente de Cirugía general

D. Martínez-Cecilia, A. Arjona Sánchez, J. Manuel Sánchez Hidalgo, E. Torres Tordera, M. Gómez Álvarez, J. Gómez Barbadillo, S. Rufián Peña.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción

Los residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo somos testigos de cambios que pueden influir en la forma de aprender nuestra especialidad. El nuevo programa de la especialidad, el Decreto MIR, la normativa laboral europea y la troncalidad suponen retos para nuestros tutores, que deben poner en práctica las nuevas disposiciones legales sin menoscabo de la formación de sus residentes.

Se ha realizado una revisión de la literatura más relevante que versa sobre la formación de residentes de Cirugía y el papel del tutor de residentes, haciendo especial hincapié en las publicaciones que tratan la formación en nuestro país, que presenta diferencias sustanciales con otros países. Asimismo se han interpretado los documentos oficiales que rigen la formación de especialistas, siempre desde el punto de vista del residente, en ocasiones crítico con la situación actual. No podían dejarse de lado dos temas de especial relevancia; la formación en metodología de la investigación y la cirugía laparoscópica.

La figura del tutor

«La Cirugía General y del Aparato Digestivo es una especialidad quirúrgica perfectamente consolidada en la que hay que analizar los niveles de complejidad asistencial, el papel de la investigación y los procedimientos de enseñanza y formación continuada». Así comienza el recién estrenado Programa de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo aprobado en Orden Ministerial del 13 de abril de 2007 (BOE nº 110, de 8 de mayo de 2007). (1)

Aunque no existe en dicho documento una definición concreta sobre la figura del tutor de especialistas en formación, sus funciones podrían resumirse en las siguientes:

- a) Proponer a la Comisión de Docencia del centro los

planes individuales de formación para cada uno de los residentes.

- b) Supervisar el cumplimiento de los programas de formación por parte de los residentes.

- c) Fomentar la participación del residente en las actividades docentes e investigadoras del servicio.

- d) Realizar una evaluación continuada de los residentes.

- e) Elaborar una memoria anual de las actividades docentes con participación de los especialistas en formación.

Por tutor, el tutor de residentes es el profesional especialista que tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes propios de la formación especializada. Será el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente por lo que mantendrá con él un contacto continuo y estructurado. Sus principales funciones serán planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación proponiendo acciones de mejora en el proceso formativo, favoreciendo el autoaprendizaje y la asunción progresiva de responsabilidades del residente.

En definitiva, será el responsable de adaptar el programa de formación a las características de su centro. Esto, que puede parecer sencillo, es una tarea de gran complejidad y responsabilidad, y que requiere grandes dosis de dedicación.

Aspectos prácticos

En ocasiones los tutores emplean la mayor parte del tiempo en organizar las rotaciones y las sesiones docentes. A continuación se exponen de una manera más práctica algunos objetivos que el residente espera de su tutor.

Recepción de los Residentes

El tutor debe ser el elemento principal, en colaboración con el Jefe de Servicio y los restantes miembros del servicio, tanto especialistas como residentes de años anteriores, en la recepción de los nuevos residentes. Cuando un residente se

incorpora a su hospital agradece encontrar a alguien cercano que le facilite información sobre la estructura general del centro y del servicio, y sobre su funcionamiento en sus aspectos docentes, asistenciales y de investigación. Es fundamental la información sobre rotatorios, sesiones, cursos y guardias.

Planificación y organización de la actividad docente

El tutor deberá desarrollar e intentar la aplicación del Programa de la Especialidad en su Servicio. Para esto es preciso un completo conocimiento del mismo, así como de las posibilidades y carencias del centro en que se encuentra. Cuando en un centro no se realicen técnicas o se asistan patologías necesarias según el programa formativo de la especialidad el tutor debería conocer centros nacionales o extranjeros, donde sus residentes puedan completar su formación, y debería estimularlos a que realicen algún rotatorio por dichos centros u otros que se consideren de interés.

Propuesta a la Comisión de Docencia de los planes individuales de formación para residentes a su cargo.

El tutor organizará los planes formativos individualizados para cada residente, recogiendo los rotatorios internos y externos que cada residente debe realizar durante la residencia, indicando la unidad del propio servicio o de otro, y la duración de los mismos. En condiciones ideales para la formación, este calendario de rotaciones debería ser propuesto para toda la residencia, pudiendo ser flexible en caso de «necesidades de la formación del residente», y no sólo en caso de «necesidades del servicio».

Participación en actividades docentes generales

La formación teórica durante la residencia se realiza mediante el estudio a nivel individual y el seguimiento de cursos y seminarios. En cuanto a la formación teórica, la figura del tutor es fundamental, y debería aconsejar los textos y tratados más adecuados para la progresiva adquisición de los conocimientos teóricos que se detallan en el programa formativo de la especialidad. El tutor también debería asegurar la asistencia del residente a los cursos y seminarios idóneos en cada momento, en número de 2-3 al año. La oferta de dichos cursos es afortunadamente amplia hoy en día, pero es aconsejable que tales cursos incluyan un procedimiento de evaluación y estén avalados por la Comisión Nacional de la Especialidad o asociaciones científicas de prestigio. Los temas de mayor relevancia para la formación del residente incluyen: Iniciación práctica en Cirugía Endoscópica, Formas de producción científica en Cirugía General, Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía esofagogastrica, Cirugía hepatobiliopancreática, Coloproctología, Pared Abdominal, Politraumatismos y Cuidados intensivos quirúrgicos, Infección quirúrgica, Cirugía endocrina, Cirugía de la mama, Cirugía endoscópica avanzada, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular, Trasplantes de órganos abdominales y Obesidad Mórbida.

Otro tipo de formación teórica es la que se adquiere en las sesiones multidisciplinarias y del servicio, por lo que el tutor deberá estimular y supervisar la asistencia de los residentes a

las mismas, pero además deberá intentar acudir a ellas personalmente. En todo Servicio de Cirugía se recomiendan el desarrollo de distintas sesiones con mayor o menor frecuencia; Sesión de Urgencias, Sesión preoperatoria para cirugía programada, sesión de morbilidad y mortalidad, sesión científica y sesión bibliográfica. En estas dos últimas es donde el tutor puede influir más directamente, tanto supervisando aquellas que imparten los residentes como impartíendolas él mismo. Un gesto que puede ayudar a mejorar su aprovechamiento es la organización de un calendario con suficiente antelación, asignando a los residentes la preparación de dichas sesiones sobre temas de complejidad que variará en función del año de residencia. Una buena práctica que contribuye no sólo a la formación continuada del residente sino a la de todos los miembros del servicio es la de invitar a especialistas de otras ramas a impartir sesiones científicas sobre temas en las que la Cirugía General se solapa con otras especialidades como Aparato Digestivo, Radiodiagnóstico, Cuidados Intensivos, Anestesia y Microbiología entre otras.

Procedimientos quirúrgicos

En una especialidad eminentemente práctica como la CGAP, es necesario que el residente asista como ayudante y realice como cirujano unos números mínimos de procedimientos quirúrgicos, o al menos tenga dicha oportunidad. Esto mismo viene recogido en el programa formativo de la especialidad.

La troncalidad y las diferentes áreas de capacitación ayudan a que los especialistas en formación aprendan las técnicas quirúrgicas de cirujanos superespecializados. Por tanto, el tutor no puede ni debe ser quien imparta la formación quirúrgica en su totalidad. En este sentido se debería comportar como un miembro más del servicio, enseñando la cirugía a la que se dedica habitualmente aunque sí debe velar por el cumplimiento de los procedimientos por parte del residente. Una forma de que esto no se deba al azar u otro tipo de circunstancias, es que en la programación semanal o mensual de quirófano, se reserven determinadas intervenciones para el cumplimiento de dichos procedimientos mínimos. El tutor debería asegurar que dichos objetivos mínimos se cumplan sin irregularidades.

Supervisión y evaluación

El sentido principal de la evaluación de los residentes es conocer si han alcanzado los objetivos propuestos. Para poder subsanar a tiempo las carencias en la formación, la evaluación debería ser continuada. El tutor debería estar en contacto continuo con sus residentes, y además realizar entrevistas personalizadas y reuniones periódicas con los mismos para conocer todas sus actividades formativas.

En ocasiones la evaluación del residente puede verse influida por la apreciación personal del tutor. Para evitar un exceso de subjetividad en la evaluación debería existir comunicación con el resto de especialistas del servicio y con los tutores de las rotaciones por otros servicios.

Pero desde el punto de vista del residente es importante que también se evalúe la docencia impartida tanto en las diferentes

rotaciones como en el servicio en general, así como aquellos aspectos mejorables en la labor del propio tutor².

Relación tutor-residentes

Es excepcional que se brinde al residente la oportunidad de expresar su opinión sobre cómo debería ser la docencia, y la mayoría de trabajos publicados están escritos por tutores. El trabajo publicado por López Santiago³ expone, mediante la técnica de grupos focales o grupos de discusión, la opinión de un grupo de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia sobre la relación entre tutores y residentes. Aunque esta especialidad sea muy diferente a la nuestra, los resultados pueden ser extrapolables:

—Es esencial la confianza del tutor en el trabajo del residente, y es el valor más apreciado por éste.

—El tutor debe estar presente en la toma de decisiones del residente, sobre todo en los primeros meses, permitiendo asumir sus decisiones de forma progresiva.

—La comunicación entre tutor y residente, intercambiando opiniones en situación de igualdad y desde los primeros momentos es valorado como muy importante.

—Los residentes toman a su tutor como modelo profesional, y valoran más su disposición y voluntad para el trabajo que sus cualidades clínicas o investigadoras.

—La formación debe ser planificada entre ambos, y no impuesta de forma rígida.

—La opinión profesional sobre sus tutores fue, en conjunto, muy favorable.

Metodología de la investigación, gestión clínica y bioética

De entre los objetivos fundamentales de la formación como especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, la formación en investigación y producción científica es probablemente el más difícil de cumplir. El residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo no debe descuidar la preparación de publicaciones escritas, de comunicaciones orales y ponencias a reuniones y congresos así como la participación en las sesiones del servicio. Para ajustarse al plan de formación el residente debería realizar, al menos, una comunicación oral y un trabajo escrito por año de formación. No olvidemos que el plan formativo propone que el residente cuente al final de la residencia con un mínimo de 6 publicaciones escritas o admitidas para publicación (figurando en 2 de ellas como primer firmante) y haya colaborado, al menos, en 10 comunicaciones a congresos.

Debemos tener en cuenta que en gran parte de los casos los residentes se enfrentan por primera vez a este tipo de actividad durante la residencia y que a diferencia de la formación asistencial y quirúrgica, es posible que no pueda ser impartida correctamente por el resto de facultativos especialistas del servicio. Por tanto, el tutor debería tener cierta experiencia en esta parcela de investigación y producción científica, y su estímulo y supervisión serán fundamentales.

Por otra parte, vivimos un momento en el que la preocupación por los recursos materiales y los dilemas éticos están cada vez más presentes en nuestro quehacer diario. Afortunada-

mente y de forma paralela van apareciendo actividades formativas sobre gestión clínica, calidad asistencial y bioética, que también deberían estar presentes en la planificación formativa que realice el tutor a sus residentes.

Cirugía laparoscópica

La cirugía laparoscópica presenta una serie de problemas de aprendizaje particulares, que se traducen en un mayor tiempo necesario para adquirir los conocimientos y habilidades.

En plena era de la laparoscopia, cirugía robótica, NOTES, etcétera, la formación de los residentes debe tener un estrecho contacto con las mismas⁴.

Aunque en principio, la cirugía laparoscópica supone sólo una vía de abordaje distinta a la abierta, en la práctica ha supuesto la creación de cirujanos y unidades subspecializadas en este tipo de cirugía, y ha cambiado procesos diagnóstico-terapéuticos, como por ejemplo el de la coledocolitiasis. Se da la paradoja de que la laparoscopia tiene una aceptación más amplia entre los cirujanos más jóvenes que entre los de mayor experiencia, acostumbrados a las técnicas tradicionales. Es un hecho contrastado que sólo el 25% de los cirujanos realiza algún tipo de cirugía laparoscópica avanzada. Así, el tratamiento laparoscópico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, enfermedad colorrectal benigna, patología suprarrenal o esplénica, y cirugía oncológica en general no se realiza en muchos servicios por su relativa complejidad. Es posible no encontrar en nuestros hospitales docentes un nivel de desarrollo de la laparoscopia adecuado que facilite la formación de los cirujanos que lo precisan, y aún menos de los especialistas en formación, que evidentemente deben compartir la docencia en laparoscopia con los cirujanos del servicio que se encuentran en fase de aprendizaje⁵.

Además, en muchos centros el abordaje laparoscópico encuentra dificultades en la cirugía de urgencias, lo que dificulta aún más a los residentes su adecuada capacitación en cirugía laparoscópica.

Todo lo anterior exige al tutor de residentes un esfuerzo sobreañadido, pues deberá habilitar los canales necesarios para subsanar las posibles deficiencias docentes del servicio en este aspecto. Así, supervisará el cumplimiento de los mínimos exigidos en el programa formativo de la especialidad (30 intervenciones laparoscópicas, al menos 15 colecistectomías), y estimulará el estudio y la formación teórica, y debería facilitar la asistencia a cursos de formación de diferentes niveles y promover las rotaciones externas en centros de amplia experiencia laparoscópica. La intervención del tutor sería importante para que cada Servicio acreditado para la formación dispusiera al menos de una caja de entrenamiento para que los residentes iniciasen la adaptación a la CL y al empleo de su instrumental. Sería ideal, aunque difícil de llevar a cabo por el alto coste, que se existieran simuladores virtuales o prácticas con animales dentro del mismo centro⁶.

Como vemos, la formación en cirugía laparoscópica es uno de los retos más importantes a los que se enfrenta el tutor de residentes, teniendo en cuenta que es fundamental en el mercado laboral actual⁷.

Regulación y reconocimiento

Evidentemente, las funciones de organizar, dirigir y evaluar el aprendizaje de los especialistas en formación convierten al tutor de residentes en un elemento fundamental en todo servicio de cirugía con docencia acreditada.

Sin embargo, no existen unos criterios de selección definidos para dicho cargo, que habitualmente suele recaer en especialistas con vocación docente, voluntariosos y motivados para esta labor. Pero también puede ocurrir que, a falta de especialistas con este perfil en el servicio, el tutor sea designado directamente por el jefe de servicio, o sea éste último el que realice dicha función.

Por otra parte, los tutores de residentes no reciben una formación específica, aunque se les presuponen capacidades docentes y pedagógicas. Se han planteado como criterios necesarios o aconsejables dentro del perfil del tutor los siguientes: pertenencia a la plantilla del servicio con continuidad, suficiente experiencia profesional, capacidad organizativa y de relaciones personales, motivación para la docencia e investigación. En condiciones ideales debería existir un proceso de selección y acreditación por parte de la comisión local de docencia y por una comisión evaluadora externa, que deberían además evaluar regularmente la labor docente del tutor, así como la satisfacción con la misma por parte de los cirujanos en formación.

En contraste con la exigencia que supone el cargo de tutor de residentes, no tiene asignado un tiempo específico dentro del horario laboral ni se ve descargado de las labores asistenciales, lo que supone una carga de trabajo en el tiempo extralaboral. Esta circunstancia no se ve remunerada económicamente, y tan sólo recibe reconocimiento curricular en forma de méritos para acceder a puestos profesionales en distintas comunidades autónomas, entre las que se encuentra la andaluza (8).

En cualquier caso, nos acercamos a una progresiva profesionalización del tutor. Así como en cualquier ámbito docente tiene gran importancia la «formación del formador», resulta impensable que se descuide este aspecto en la docencia de la cirugía general (9). En este sentido se ha desarrollado recientemente, y como iniciativa de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), la III Reunión Nacional de Tutores de Residentes de Cirugía, y tendrá lugar este año el primer Curso de Formación de Tutores, organizado por la Sección de Formación Postgraduada de la AEC, como curso precongreso del 27º Congreso Nacional de Cirugía.

Conclusiones

En definitiva, nuestra especialidad se enfrenta a circunstancias como el cambio del espectro epidemiológico de la patologías que trata, la instauración cada vez más firme de las áreas de capacitación, el desarrollo de nuevas tecnologías teniendo a la

cirugía mínimamente invasiva como paradigma, y la importancia creciente de los conocimientos en metodología de la investigación, gestión clínica y bioética. Esto, unido a las particularidades de la Cirugía General, hace necesario abandonar la figura del tutor como el clásico aficionado voluntarioso en pro de un auténtico profesional de la formación.

De igual modo que somos o seremos especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo, nuestros tutores deben ser especialistas en la tutorización, con una formación metodológica que garantice a la sociedad la competencia del futuro cirujano general.

Bibliografía

1. Orden Ministerial del 13 de abril de 2007 por el que se regula el Programa de formación de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (BOE nº 110, de 8 de mayo de 2007).
2. Cooper Buschemeyer W, Cunningham D, Edwards M. Surgical training and implementation of emergin surgical technologies. *Am J Surg* 2005; 190: 166-172.
3. López Santiago A, Baeza López JM, Lebrato García RM. ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa. *Atención Primaria* 2000; 26:362-367.
4. Gómez-Fleitas M. La necesidad de cambios en la formación y la capacitación quirúrgica: un problema pendiente de resolver en la cirugía endoscópica. *Cir Esp* 2005;77(1):3-5.
5. Feliu X, Targarona EM, García A, Rey A, Carrillo A, Lacy AM, Morales-Conde S, Salvador JL, Torres A, Veloso E. La cirugía laparoscópica en España. Resultados de la encuesta nacional de la Sección de Cirugía Endoscópica de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp* 2003; 74(3): 164-170.
6. Rodríguez Cañete A, Pérez Reyes T, Álvarez Alcalde A, Gallego Perales J. La formación del residente en cirugía laparoscópica. *Cirugía Andaluza*. 2007. 18(1):45-48
7. Delgado F, Gómez-Abril S, Montalvá E, Torres T, Martí E, Trullenque R, Richart J, Guallar J, Periañez D. Formación del residente en cirugía laparoscópica: un reto actual. *Cir Esp* 2003; 74(3): 134-138.
8. Jover Navalón J.M. Papel del tutor en la formación MIR. *Cirugía Andaluza*. Marzo 2007.
9. Sabater L. Hacia un nuevo modelo de tutor de residentes. *Cir Esp* 2006; 80 (3):121-2.