

Papel de un hospital comarcal en la formación de especialistas en cirugía general y del aparato digestivo

L. Lobato Bancalero, F. J. Pérez Lara, F. J. Moreno Ruiz, J. Doblas Fernández, R. de Luna Díaz, J. Hernández Carmona, A. del Rey Moreno, R. Suescun García, H. Oliva Muñoz

Hospital Comarcal de Antequera, Málaga

Como se recoge en el «Programa Nacional de la Especialidad», la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo (CGAD) puede definirse como «aquella que se ocupa de los problemas quirúrgicos cuyo análisis y solución, clínica y técnica corresponde de modo primario a su ámbito». En una segunda definición se recoge que «le corresponde, de modo subsidiario, el planteamiento inicial y la resolución, hasta un cierto nivel de complejidad, de los problemas quirúrgicos urgentes que pertenecen en principio, al campo de otras especialidades quirúrgicas (cirugía vascular, cirugía torácica, urología, neurocirugía), cuando el cirujano general asume la responsabilidad de dicha asistencia en un escalón hospitalario intermediario, como el *hospital comarcal* en nuestra organización sanitaria. En estas condiciones, el cirujano general debe poseer la competencia necesaria y asumir la responsabilidad de dicha asistencia, antes de su traslado, si es necesario y en condiciones adecuadas, al hospital de nivel superior, en el que las citadas especialidades quirúrgicas están disponibles». Un tercer perfil de su definición afirma que la CGAD está caracterizada por «su especial atención a los fundamentos biológicos y técnicos de la cirugía, dedicación que lo dota de una amplia base formativa en los principios quirúrgicos lo que facilita su potencial polivalencia, tanto para la asistencia como para la investigación y la docencia».

Tanto la denominación oficial de nuestra especialidad como su definición están recogidos en el Real Decreto 127/84, que estipula un periodo de formación en 5 años. En España la planificación de la formación de especialista empezó a forjarse como la conocemos hoy con el Real Decreto 2.015/1978 con el que se reguló de forma general el sistema de formación de médicos especialistas a través de la residencia en centros sanitarios y con el Real Decreto 127/84 se consagró el modelo oficial y único para la formación en cada una de las especialidades médicas siguiendo el modelo de la UNESCO,

utilizando para ello el sistema de hospitales públicos y privados¹. La formación especializada se sustenta en tres pilares: 1) Acreditación docente. 2) Programas de cada especialidad. 3) Pruebas selectivas de ingreso anuales.

Para que en un hospital se pueda desarrollar la formación de médicos por el sistema MIR, es preciso que dicho centro así lo solicite. Los requisitos de acreditación son establecidos por los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación según el protocolo elaborado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. La acreditación se realiza por un periodo máximo de tres años al cabo de los cuales se realiza una nueva auditoria docente para volver a analizar la situación docente del hospital.

Durante el periodo de formación en CGAD el cirujano en formación debe cumplir unos mínimos objetivos generales. El primer objetivo que se recoge en el programa de formación de CGAD es que debe conseguir «el óptimo entrenamiento de un cirujano general sensu strictu, capacitado para cumplir, de manera competente y responsable, sus funciones, dentro del campo que corresponde primariamente a la CGAD, en el ámbito de un *hospital comarcal*, solucionando problemas quirúrgicos electivos, adecuados a su medio, así como problemas quirúrgicos urgentes». Un segundo objetivo que se pretende con este programa es «iniciar la formación complementaria en algunas de las áreas de especial interés, de acuerdo con el interés personal, las circunstancias de cada residente y del hospital». Para ello se elabora un programa «orientativo» en el que se recogen por cada año de formación las rotaciones que debe realizar el residente (cirugía vascular, unidad de cuidados intensivos, traumatología, cirugía torácica, etc...) así como unas directrices de las intervenciones para las que debe estar capacitado en cada año de residencia, así como un esbozo de las habilidades clínicas que debe haber adquirido. Pero lo cierto es que a día de hoy el residente que llega a tomar posesión de su plaza y se dispone a iniciar su periodo de formación especializada se encuentra al llegar a algunos de los centros acreditados con que no existe un programa de rotaciones predeterminado y que su formación va a depender en muchas ocasiones de las situaciones particulares y en ocasiones transitorias del servicio que lo recibe, del número

Correspondencia: L. Lobato Bancalero, Hospital Comarcal de Antequera. Av. Poeta Muñoz Rojas, s/n. 29200 Antequera, Málaga.

Tabla 1
Tabla comparativa de la formación quirúrgica en diferentes países miembros de la UE

<i>País</i>	<i>Duración</i>	<i>Test formal de competencias</i>	<i>Tronco común a otras especialidades</i>	<i>Requerimientos para acceso</i>
<i>Alemania</i>	6 años	Si	Si (2-3 años)	Entrevista en el hospital
<i>Italia</i>	6 años	No	No	Plazas limitadas
<i>Suiza</i>	5-6 años	Si (pero no obligatorio)	Si	No
<i>UK/ Irlanda</i>	2 años (BST)/ 6 años (HST)	Si (al finalizar cada etapa)	Si	Plazas limitadas por el NHS
<i>Francia</i>	5 años + 5 años	Si	Si	Examen

de residentes que ya existe y en muchas ocasiones de la carga de trabajo de dicho servicio. No está definido el número de intervenciones que debe realizar el cirujano en formación, el grado de responsabilidad en las mismas (primer cirujano, primer o segundo ayudante) y el momento de su formación en que éstas tienen lugar. La evaluación de los residentes así como la calidad de su formación (en muchas ocasiones) depende de su tutor. La figura del *tutor* está reconocida como una pieza clave del vigente modelo de formación de especialistas². El tutor es designado por la dirección del centro, a propuesta del jefe de la unidad docente y de la comisión de docencia, por un periodo igual al de la duración del programa de formación de cada especialidad y sus funciones vienen definidas por una Orden del Ministerio de la Presidencia de 1995³. Probablemente las situaciones particulares de cada uno de los tutores, su propia situación laboral, las características de cada centro y la carencia de unos elementos fácilmente mensurables hagan difícil el desempeño de su labor tanto a la hora de velar por la adecuada formación de los especialistas como de la evaluación del nivel de formación de los mismos.

Por todos estos elementos y algunos más existe una gran disparidad en el proceso de formación de nuestros futuros cirujanos y que en muchos casos no depende de sus propias cualidades sino de un cúmulo de circunstancias que lo rodean durante su proceso de formación: diferentes hospitales, diferentes comunidades autónomas, diferentes servicios (en algunas ocasiones dentro del mismo hospital), diferentes situaciones del servicio a lo largo del tiempo.

La situación política y social que vivimos actualmente exige que exista una uniformidad más o menos estable en la formación de nuestros cirujanos. Desde el 1 de Mayo del 2004 la Unión Europea (UE) consta de 25 países miembros⁴, con una población superior a los 450 millones de habitantes⁴. La formación quirúrgica en estos países miembros es muy dispar y la apertura de las fronteras y el mutuo reconocimiento de los profesionales sanitarios hace necesario caminar hacia una armonización⁵. Los cambios políticos, sociales, económicos y judiciales tienen una importante repercusión en los sistemas europeos de formación de residentes de CGAD, de forma que también está cambiando la asistencia a nuestros pacientes, en lo que respecta a protocolos, cirugía de corta estancia, avances quirúrgicos, etc...⁶. Pero es evidente que hoy en día la formación de cirujanos no es igual en toda la Europa comunitaria,

tanto en duración, contenido y principios generales del entrenamiento quirúrgico, dado que los diferentes países miembros de la Unión Europea tienen autonomía para su regulación (tabla 1).

Los países con más población de Europa (Reino Unido, Irlanda, Alemania, Francia e Italia) están experimentando un importante cambio en sus programas de formación⁷. También es conocido que países como Francia, Alemania y Reino Unido están sufriendo en los últimos seis años un importante descenso en el número de profesionales que deciden formarse como cirujanos y estudios como los realizados por el Colegio de Cirujanos de Irlanda (RCSI) estiman que en los próximos años las necesidades de cirujanos se duplicarán en este país^{8,9}. Esto exigirá a algunos países a importar cirujanos, algunos de ellos de países no miembros de la UE, a los que una vez reconocida su titulación, podrán ejercer la especialidad de CGAD en todo el territorio de la UE.

Por todo esto es evidente que España deberá seguir esfor-

Tabla 2
Distribución por hospitales de las plazas MIR en CGAD en Andalucía.

Hosp. Torrecardenas (Almería)	2
Hosp. Universitario Puerta de Mar (Cádiz)	1
Hosp. Jerez de la Frontera (Cádiz)	1
Hosp. Universitario de Puerto Real (Cádiz)	1
Hosp. Universitario Reina Sofía (Córdoba)	3
Hosp. Universitario Virgen de la Nieves (Granada)	2
Hosp. Universitario San Cecilio (Granada)	2
Hosp. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	1
Hosp. Universitario Ciudad de Jaén (Jaén)	1
Hosp. Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)	2
Hosp. Universitario Carlos Haya (Málaga)	2
Hosp. Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)	3
Hosp. Universitario Virgen Macarena (Sevilla)	2
Hosp. Universitario de Valme (Sevilla)	2

Tabla 3
Valoración por los residentes de los distintos tipos de formación durante la residencia MIR

	<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Normal</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
<i>Formación asistencial</i>	7 (4%)	18 (11%)	29 (17%)	85 (51%)	28 (17%)
<i>Formación docente</i>	30 (18%)	30 (18%)	47 (28%)	42 (25%)	17 (10%)
<i>Formación investigadora</i>	80 (48%)	33 (20%)	22 (13%)	24 (14%)	8 (5%)
<i>Formación ética</i>	27(16%)	21(13%)	42(25%)	51(31%)	23(14%)

zándose, al igual que los otros países miembros, para ajustarse a las nuevas necesidades. Pero el primer paso es equipararnos dentro de nuestro propio país, debiendo centrar los esfuerzos en homogeneizar la formación quirúrgica en España. En nuestro sistema sanitario existen diferentes niveles de hospitales, cada uno de ellos con sus características propias e intrínsecas. En la última convocatoria de la oposición MIR, la Comunidad Autónoma Andaluza contaba con 28 plazas de CGAD (tabla 2), de las 161 el total del territorio nacional¹⁰, correspondiendo todas a hospitales de segundo y tercer nivel.

Llegado a este punto cabe preguntarse ¿qué lugar ocuparían los hospitales de primer nivel, conocidos como comarcales, en la formación de los especialistas en CGAD?. Esta pregunta se debe contestar en sus diferentes vertientes: ¿Qué nivel científico son capaces de aportar?, ¿qué práctica clínica?, ¿cuál es su calidad?, ¿cuál es su volumen? Y si es necesario ¿cómo se deben completar?.

Si volvemos al inicio del texto, la definición de la especialidad de CGAD y sus objetivos, se puede contestar a varias de estas preguntas. El cirujano general y digestivo debe estar lo suficientemente formado como para asumir la asistencia al paciente en el contexto de un *Hospital Comarcal*. Tanto en la actividad programada como en la urgente. Siendo capaz de resolver los problemas cotidianos que se plantean en este contexto asistencial y debiendo asumir las responsabilidades que por las características de estos centros le competen al especialista en CGAD y que en hospitales de nivel superior son asumidos por otras especialidades (cirugía vascular, torácica, etc...). En muchos casos estos pacientes son asumidos por los cirujanos generales en la totalidad de su proceso patológico y en otras ocasiones es de vital importancia una primera atención quirúrgica adecuada y la estabilización del paciente para una posterior valoración por otras especialidades en el centro hospitalario de referencia.

Quizás se deja en un segundo término de la definición y objetivos de nuestra especialidad, la formación más especializada dentro de la CGAD, como serían los campos del trasplante, cirugía hepática, pancreática, etc..., dejando esa puerta abierta a aquellos que por sus inquietudes personales, capacidades o circunstancias dentro de sus centros de trabajo puedan formarse de forma adecuada para ellos. La complejidad y variedad de las patologías que abarca la cirugía general y digestiva nos obliga, en la actualidad a irnos polarizando, aún sin dejar de ser cirujanos generales¹¹. Esta polarización llega a convertirse en una verdadera superespecialización en determinados campos como puede ser el del trasplante he-

pático o pancreático. En los grandes hospitales a lo largo de una década se pueden realizar entre 30 y 50 resecciones de la cabeza del páncreas lo que viene a suponer un promedio de 3-5/anuales y es anecdótico que sean realizadas por un residente¹². Es cierto que el médico especialista en CGAD al terminar su formación debe tener el conocimiento adecuado de esta cirugía especializada y practicarla durante su residencia, con mayor o menor grado de responsabilidad y participar en el pre y postoperatorio de este tipo de enfermos (como marca el programa de la especialidad), pero también es cierto que no todos los centros disponen de ella (por ejemplo el trasplante), ni en todos ellos es accesible a los residentes. Sin embargo la evolución de la práctica quirúrgica en nuestros días hace que sea fundamental que un residente en formación tenga acceso a una adecuada y pródiga formación en cirugía laparoscópica tanto en cirugía programada como en cirugía de urgencia, siendo ésta realizada de forma muy generalizada en nuestros hospitales comarcales, en muchas ocasiones en la cirugía de urgencia con más asiduidad que en hospitales de nivel superior debido probablemente a un cúmulo de factores como puede ser la menor edad media de los equipos quirúrgicos, la menor presión asistencial en el área de urgencias y en algunas ocasiones una mayor colaboración por parte de enfermería y anestesia.

Otro parámetro a tener muy en cuenta es la formación investigadora que los diferentes centros proporcionan a sus residentes, ya que en muchas ocasiones el gran número de horas que los residentes dedican a la labor asistencial hace que se merme el trabajo científico e investigador que corresponde a nuestra especialidad. En una encuesta de satisfacción realizada entre residentes de cirugía de hospitales de tercer nivel a nivel nacional se llegó a la conclusión que los residentes de nuestro país estaban francamente insatisfechos con su formación científica y que consideraban que tenían pocas facilidades para poder desarrollarla, lo cual se plasma en un escaso número de trabajos científicos y tesis doctorales¹³. Además existía una discrepancia con otras áreas de su formación (tabla 3).

Estamos viviendo en los últimos años como algunos de los hospitales comarcales de nuestra comunidad tienen una nada desdeñable actividad científica, con publicaciones científicas y comunicaciones de ámbito regional, nacional o incluso internacional, que pueden ser equiparables a hospitales de nivel superior. Esto se podría analizar desde múltiples perspectivas como podría ser una menor edad media de los equipos y en algunas ocasiones una importante actividad en cirugía

laparoscópica. En muchos de estos hospitales el número de tesis doctorales entre los cirujanos del servicio puede llegar a rondar el 50%.

No se trata de «enfrentar» a los diferentes hospitales en cuanto a cual es el más capacitado para la formación de residentes, sino probablemente de conseguir que estos hospitales se complementen, ya que las carencias de unos pueden ser suplidas por las virtudes de otros. Probablemente se deba perder el sentimiento de posesión sobre el residente y permitir que éste se forme de la manera más adecuada posible.

El Hospital Comarcal puede tener un papel muy importante en la formación del residente en CGAD y cada vez adquirirá mayor importancia entre otras razones por la evolución del sistema sanitario, por la cada vez mayor especialización dentro de nuestra propia especialidad y por las nuevas necesidades que la UE nos exige.

En el Hospital Comarcal el cirujano en formación puede adquirir los principios básicos de la actividad quirúrgica diaria, con la valoración de la patología clínica y quirúrgica más prevalente. En el trabajo diario en este tipo de hospitales tiene lugar una convivencia más intensa con otras especialidades (ginecología, urología, traumatología) teniendo en muchas ocasiones que trabajar en estrecha colaboración. Estos hospitales también deben acreditar una actividad científica y docente apropiada, con la realización de sesiones clínicas internas y hospitalarias, sesiones bibliográficas y participación activa en diversas comisiones.

Pero es evidente que esta formación quedaría mermada si no existe una adecuada relación con el hospital de referencia, donde el residente pueda completar su formación en aquellos campos en los que el hospital comarcal no pueda proporcionarle los medios adecuados, sintiéndose acogido y formando parte de un equipo de trabajo, no sólo en aquellas rotaciones externas por otra especialidad sino también en el seno del servicio de cirugía del hospital de referencia. Para ellos es muy importante el contacto continuado entre centros y que el tutor sea un profesional cercano y con conocimiento y buena relación con el hospital de referencia. El contacto debe ser lo más frecuente posible con la realización de sesiones clínicas conjuntas para la presentación de aquellos casos interesantes o que requieran completar tratamiento en el centro de referencia (comités de oncología, realización de técnicas específicas, etc...). El hospital de referencia debe proporcionar a los residentes de sus centros de referencia el acceso a unidades quirúrgicas muy específicas como podrían ser las unidades de trasplante, cirugía hepática, etcétera.

Pero este flujo de colaboración no puede ni debe de ser unidireccional, ya que el hospital comarcal puede aportar al

residente de cirugía del hospital de tercer nivel un campo que en su propio hospital puede tener dificultades para poder explorar. En primer lugar vivirá la experiencia de trabajar en un medio en el que muy probablemente se tenga que defender en algún momento de su vida profesional. Tendrá que vivir en primera persona la atención a pacientes que en su hospital son atendidos por otros especialistas de los que carece el hospital comarcal. Aprenderá a tomar decisiones en situaciones de urgencia, donde no hay otro compañero de guardia en el que apoyarse y en las que un traslado para la valoración por otro especialista o por un equipo más especializado no es fácil de tomar.

En conclusión el hospital de Tercer nivel se complementa con los hospitales de 2º y 1º nivel en los que a la formación quirúrgica de los MIR de CGAD se refiere, requiriendo por ambas partes una estrecha colaboración.

Bibliografía

- Rodríguez J.L., Herrerías J.M., Sánchez E. Acreditación de unidades docentes. *Rev And Pat Digest*, vol 21, N°4, 1998; 261-265.
- Docobo F, Fernández M., Fernández-Dovale Martín M., Vázquez M. Papel del tutor en la formación médica especializada. *Rev And Pat Digest*, vol 21, N1°4, 1998;289-291.
- Orden Ministerial de 22 de junio de 1995. BOE número 155, 30 de junio de 1995:19793-19799.
- Kristoffel r. Dumon., et al. Surgical education in the new millennium: the European perspective. *Surg Clin N Am* (2004) 1471-1491.
- Publications of the European Commnites (Official journal of the European Communities.) 1975; n°.L167,30-6:1
- Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2004-Average length of stay in acute care days. Available at: <http://www.pecd.org> . Accessed April 20,2004.
- Morris PJ. Surgical training at a time of change. *Ann R Coll Surg Engl* 2004; 86:76-79.
- United Kingdom NHS «fials to attract foreigners doctors». Available at: <http://news.bbc.couk/1/hi/health/2989959.stm>. Accessed April 30, 2003.
- Surgeon shortfall «growing fast». Available at: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/1702034.stm>. Accessed May 20, 2004.
- BOE n° 227 22 de Septiembre del 2005. Pág. 31478-31554
- Johnson, C.D. La especialización en la cirugía general. *Br. J. Surg. Ed. Esp.* 1991; 5:459-460.
- Soriano A, La cirugía académica en los albores del siglo XXI (I). <http://www.comtf.es/ActaMedica/1998/5/Pag18-a20>
- Ríos A, Sánchez F, González L y Guerrero M. Formación investigadora durante la residencia MIR. Encuesta de satisfcación. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96(10):695-704.