

## Mesa redonda: "Cirugía en los hospitales comarcales"

# Accreditación docente en cirugía general y del aparato digestivo en un hospital comarcal

*Teaching accreditation in general and digestive surgery in a district hospital*

**F.A. Herrera-Fernández**

*Hospital Santa Ana. Motril. Granada.*

## RESUMEN

De las 6.513 plazas de MIR adjudicadas este año, el 2,9% han sido de Cirugía General y del Aparato Digestivo y de éstas, el 32,27% lo han sido en hospitales fuera de las capitales de provincia, lo que no quiere decir que se traten de hospitales de primer nivel.

En Andalucía, aunque hay más hospitales privados que públicos, el 73,2% de las camas son públicas y la formación MIR en Cirugía General y Digestiva se centra exclusivamente en hospitales públicos, y dentro de éstos en los hospitales de primer y segundo nivel (hospitales regionales y hospitales de especialidades). Nuestro hospital, es el único hospital de primer nivel o comarcal de Andalucía acreditado para la formación MIR en Cirugía General y Digestiva.

Hasta conseguir esta acreditación, muchos han sido los pasos que han habido que dar, y que prácticamente se iniciaron poco después de la apertura del hospital en 1988. Una breve historia de las bases que nos motivaron a solicitar dicha acreditación, así como como las distintas fases de la misma (solicitud, auditoria, dictamen, etc.), son expuestas en esta ponencia. Así mismo se detallan los requisitos necesarios para acreditar a un Servicio de Cirugía como Unidad Docente.

Por último, se presenta un estudio comparativo entre la patología quirúrgica y el número de intervenciones que debería haber realizado

un MIR de quinto año al acabar su periodo de formación, según la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y Digestiva, con las realizadas por los tres MIR que ya han finalizado su formación en nuestro hospital, y con un MIR de nuestro hospital de referencia de segundo nivel.

Como conclusión, creemos que la formación de los MIR de Cirugía General y Digestiva en un hospital comarcal, como es el nuestro, no difiere en mucho de la recibida por los MIR en hospitales de mayor nivel. Si bien es verdad que nuestros residentes realizan más intervenciones en cifras absolutas.

**Palabras clave:** acreditación docente, hospital comarcal, MIR, cirugía.

## ABSTRACT

The 2.9% of the 6513 vacancies of the Residency Program awarded this year, have been in General and Digestive Surgery and, of these, the 32.27% have been in hospitals outside the county capitals, which doesn't mean that these were a third level hospitals.

In Andalusia, although there are more private than public hospitals, the 73.2% of the beds are public and consequently, training in General and Digestive Surgery Residency Program focuses exclusively on public hospitals, and almost exclusively in first level hospitals (Regional Hospitals) or second level (Hospitals of Specialties). Our Hospital is the only district hospital or in first level of Andalusia accredited for training in General and Digestive Surgery.

### CORRESPONDENCIA

Francisco Antonio Herrera Fernández  
Hospital Santa Ana  
18600 Motril (Granada)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Herrera Fernández FA. Acreditación docente en cirugía general y del aparato digestivo en un hospital comarcal. Cir Andal. 2018;29(3):248-254

To achieve this accreditation, many steps have been given and we practically started immediately after the Hospital opening in 1988. A brief history of the bases that motivated us to request this accreditation, as well as the different phases of this (request, audit, opinion), are exposed in this report. Also we detail the requirements necessary to accredit a Department of Surgery as a teaching unit.

Finally, a comparative study of the surgical pathology and the number of interventions that should have made a fifth year resident doctor at the end of their training period, according to the National Commission of the Specialty of General and Digestive Surgery is presented, with the performed by the three resident doctors that have already completed their training at our Hospital, and with another resident doctor of our second level Reference Hospital.

In conclusion, we believe that a Residency Program in General and Digestive Surgery at a district hospital, like ours, doesn't differ greatly on the received by the resident doctors at higher-level hospitals, although it is true, that our residents perform more interventions in absolute figures.

**Keywords:** teaching accreditation, district hospital, surgery residency program.

## INTRODUCCIÓN

La definición de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD), según la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) abarca tres vertientes o niveles de complejidad y actuación<sup>1</sup>:

- 1) El primer nivel se corresponde con su ámbito primario de actuación. El Especialista en CGAD tiene todas las competencias sobre la patología quirúrgica, electiva y urgente, de los siguientes sistemas, aparatos y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y patología externa de la cabeza y cuello.
- 2) El segundo nivel hace referencia a competencias subsidiarias en determinadas circunstancias. La CGAD ha de ocuparse del planteamiento inicial y la resolución, hasta cierto nivel de complejidad, de la patología quirúrgica urgente que pertenece, en principio, al campo de acción de otras especialidades quirúrgicas, cuando el cirujano general asume la responsabilidad de dicha asistencia en un escalón hospitalario intermedio, como son los hospitales comarcales y de área: cirugía vascular, cirugía torácica, urología, neurocirugía, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica y cirugía plástica.
- 3) El tercer nivel de actuación de la CGAD se relaciona con la primordial atención que presta a los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía.

La profundización en estos principios básicos (principios de la técnica quirúrgica respuesta biológica a la agresión, cirugía oncológica, nutrición y cirugía, etc.), dota a esta especialidad de una amplia base formativa que facilita su potencial polivalencia, tanto para la asistencia, como para la investigación y la docencia, pudiendo considerarse como paradigma de disciplina troncal entre las especialidades quirúrgicas. Por ello, los residentes de otras especialidades quirúrgicas deben rotar durante el primer año de su formación por un servicio de CGAD debidamente acreditado.

## ¿CÓMO SE ACREDITA UN SERVICIO DE CIRUGÍA COMO UNIDAD DOCENTE?

Definimos Unidad Docente como el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes y de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en ciencias de la salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades.

La acreditación docente está regulada en España por el Real Decreto 127/1984 (actualmente derogado), la Ley 44/2003 que implanta el modelo general de formación sanitaria especializada<sup>2</sup> y el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero donde se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud<sup>3</sup>. La Agencia de Calidad del Servicio Nacional de Salud con la colaboración de las Administraciones Autonómicas, serán las encargadas de velar por la calidad del proceso.

Los requisitos de acreditación que con carácter general deben cumplir los centros y unidades docentes a efectos de la formación de especialistas son fijados por los Ministerios de Educación y de Sanidad y Política social, oído el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS) (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias).

El primer paso para la acreditación es su solicitud. El Jefe de Servicio o Responsable de Unidad debe dirigir la petición de acreditación para la docencia médica postgraduada a la Comisión de Docencia y a la gerencia del centro. A esta petición, acompañarán en la solicitud, el acta de la Comisión de Docencia en la que se refleje el informe favorable a la misma, la solicitud para la acreditación docente de la Unidad firmada por el Director Gerente y por último una Memoria del Jefe de Servicio o Responsable de la Unidad donde se refleje que se cumplen los requisitos exigidos por el Ministerio y que más adelante veremos.

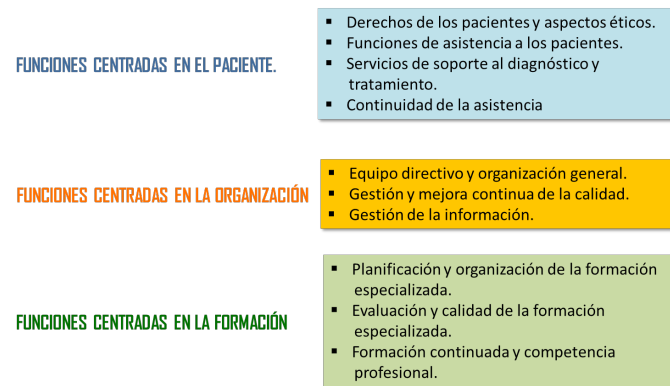
A continuación, dicha solicitud será enviada a la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, quien a su vez la remitirá a la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Una vez la solicitud en el Ministerio de Sanidad y Política Social, pasará al Comité de Acreditación del CNECS, quien hará una primera evaluación de si no procede continuar con el proceso de acreditación o por el contrario continuar el mismo, quedando condicionado a una Auditoría Docente.

Es la Subdirección General de Ordenación Profesional la encargada de realizar la programación anual del Plan Nacional de Auditorías Docentes. Estas auditorías tiene una duración aproximada de tres días, dependiendo del tamaño y de la complejidad del hospital y están realizadas por evaluadores externos de los distintos cuerpos sanitarios de la Administración y de la Inspección de la Seguridad Social (médicos, farmacéuticos o personal de enfermería).

La auditoría se va a regir por un Protocolo Técnico y por una Metodología de Trabajo. El protocolo utilizado como instrumento técnico para la auditoría, está integrado por tres áreas funcionales (centradas en el paciente, en la organización y en la formación), que exploran aquellas parcelas de la organización del funcionamiento de un hospital con impacto sobre la actividad formativa

(Figura 1). En cuanto a la metodología de trabajo, es como la de cualquier auditoría; tras su preparación, se realizará la visita al Hospital donde se llevará a cabo la entrevista al responsable del Servicio o Unidad, se hará la inspección u observación directa de las instalaciones y su funcionamiento y se realizará el estudio y análisis de la diversa documentación requerida en cada caso. Por último, se elaborará el informe final.



**Figura 1**

Protocolo técnico de una auditoría docente.

El informe técnico resultante de la auditoría será remitido de nuevo al Comité de Acreditación del CNECS, quién hará una propuesta o denegación de la acreditación a tenor de los resultados. Pero será el pleno del CNECS quien ratifique la denegación de la acreditación o bien la acreditación, casi siempre condicionada por un año, ya que la acreditación para tres años queda reservada a reacreditaciones.

Por último, la resolución será comunicada al Director Gerente, al Presidente de la Comisión de docencia y a la Consejería de Salud.

## ¿QUÉ REQUISITOS SON NECESARIOS PARA ACREDITARSE COMO UNIDAD DOCENTE?

Como se dijo anteriormente, el Ministerio va a exigir una serie de requisitos cuyo cumplimiento debe ir reflejado en la memoria realizada por el Jefe de Servicio o Responsable de la Unidad incluida en la solicitud<sup>4</sup>.

### 1. Requisitos de la unidad

**Área física:** la estructura de la unidad docente contemplará como mínimo:

- Área de hospitalización
- Área de consulta externa
- Área de pruebas diagnósticas especiales
- Área de quirófanos
- Despachos, secretaría de la unidad docente con infraestructura administrativa y sala de reuniones.

**Recursos humanos:** el personal que deberá formar parte de la unidad docente será:

- **Médicos:** el número de médicos de plantilla dependerá no solo del número de camas necesarias, sino del nivel de cumplimiento de los otros parámetros que miden la actividad asistencial. Se estima el número mínimo de seis miembros de la plantilla, que deben todos estar en posesión del título de Especialistas en CGAD. Uno de ellos será el responsable de la unidad y como tal, tendrá a su cargo la dirección de la formación postgraduada de esta especialidad. Además, deberá poner de manifiesto de manera objetiva, una equilibrada dedicación a la asistencia, la docencia y la investigación en el área de la CGAD.

- **ATS-DUE y Auxiliares:** en número adecuado para el correcto funcionamiento de la unidad docente en todas sus áreas.

- **Personal administrativo:** el necesario.

### Recursos materiales

**Equipamiento:** la Unidad dispondrá del equipamiento adecuado para el desarrollo de la especialidad y de manera específica:

**Área de hospitalización:** el número de camas recomendable (no vinculante) para la acreditación de una unidad docente de CGAD es de cincuenta. Así mismo, debe realizarse la actividad asistencial necesaria que permita cumplir íntegramente el programa de formación de residentes, debiendo exigirse la mayor eficiencia en los distintos parámetros asistenciales (número de altas hospitalarias, estancia media, índice de ocupación, etc.).

La Unidad Docente de CGAD dispondrá, en el ámbito de hospital, de un número adecuado de camas para cuidados intensivos de pacientes quirúrgicos.

**Área de consulta externa:** despachos para las consultas externas de acuerdo con el número de camas de la unidad, así como de los restantes parámetros asistenciales.

**Área de pruebas diagnósticas:** se considera que las siguientes áreas o facilidades diagnósticas, independientemente de su asentamiento en el organigrama del hospital acreditado, son:

- Indispensables (disponibles durante las 24 horas):
  - Unidad de Endoscopia Digestiva. Puede estar ubicada en el servicio o Unidad de Gastroenterología o bien tratarse de un servicio central.
  - Unidad de diagnóstico por la imagen. (TAC, ecografía, etc.).
- Recomendables.
  - Unidad de mamografía.
  - Unidad de angiología.
  - Laboratorio de exploración esofágica: manometría, pHmetría. Puede estar ubicado en el Servicio o Unidad de Gastroenterología o en el propio Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo si éste la ha desarrollado.

**Área de quirófanos:** el número de quirófanos deberá adecuarse con los otros parámetros asistenciales de la Unidad, con el fin de alcanzar un número de intervenciones/año que permita la formación de residentes (mínimo ocho a la semana).

Los quirófanos disponibles para la cirugía de urgencias de la Unidad Docente de CGAD serán independientes en su programación de los dedicados a la cirugía electiva.

De modo especial, debe disponer de instrumental para realizar suturas mecánicas, exploraciones radiológicas preoperatorias, cirugía laparoscópica, etc.

### Medios docentes

La Unidad Docente dispondrá de medios docentes para el desarrollo de la especialidad como:

- Aula o seminario que puede ser compartido con otras unidades docentes y dispondrá de pizarra y/o superficie de similar uso, cañón-proyector, etc.
- La Biblioteca Central, que ha sido sustituida hoy en día por la Biblioteca Virtual (Biblioteca virtual del SSPA).

## 2. Requisitos de la organización de la unidad

2.1. Memoria anual de la Unidad, con una antigüedad máxima de dos años. El tiempo transcurrido desde la inauguración del Servicio de CGAD hasta la fecha de su solicitud de acreditación no puede ser inferior a dos años.

2.2. Normas escritas de la organización interna de la unidad docente, incluyendo los siguientes aspectos:

- Organigrama de la línea jerárquica expuesta por estamentos.
- Distribución de funciones entre los miembros del staff.
- Plan de rotaciones del residente: tanto en las rotaciones externas como en las internas, de acuerdo con el programa de la especialidad. Aceptación documentada de los otros servicios por los que haya de rotar el residente.

2.3. Memoria anual de actividades formativas (formación continuada) realizadas hasta el momento de la solicitud de acreditación, por los miembros del staff.

2.4. Existencia de programación escrita de actividades y docencia en la que se detallan y cuantifican los objetivos asistenciales, docentes y de todo tipo que se ha propuesto alcanzar el Servicio de CGAD.

2.5. Turnos de guardia de urgencias con presencia física, realizados por miembros del staff de la unidad docente. Estos turnos, deberán estar organizados de tal forma que garanticen que los residentes puedan realizar guardias en equipos de la especialidad desde el primer año de su residencia. El número mínimo de guardias será de cuatro mensuales.

2.6. Historias clínicas realizadas según los criterios unificados de la dirección del centro hospitalario.

2.7. Protocolos de diagnóstico y tratamiento y vías clínicas actualizados.

2.8. Controles de calidad intra y extrahospitalaria: es deseable la participación de miembros de la Unidad Docente en las Comisiones de Control de Calidad del centro hospitalario (Comisión de Historias Clínicas, Comisión de Tejidos, Comisiones de Mortalidad y de Infecciones, etc.).

2.9. Lista de reclamaciones y quejas de los usuarios de los dos últimos años, en cuanto a la asistencia prestada por el Servicio, comparada con la totalidad del centro hospitalario y encuesta de satisfacción de médicos de plantilla y residentes.

## 3. Requisitos de la actividad asistencial, docente y de investigación.

La Unidad dispondrá de una memoria escrita de todas las actividades realizadas en los dos años anteriores y que contemplará:

### **3.1 Actividades asistenciales**

Las profundas modificaciones que se han producido en las últimas décadas en la práctica de la CGAD (cirugía mínimamente invasiva, cirugía laparoscópica, cirugía de los trasplantes) y sus consecuencias hospitalarias (cirugía ambulatoria, cirugía de hospital de día) hacen aún más difícil reducir a cifras concretas la actividad asistencial que un Servicio de CGAD debe cumplir para ser acreditado para la docencia de residentes, pero que en ningún caso deberán estar por debajo de los estándares de los hospitales de su grupo (**Tabla 1**).

**Tabla 1. Actividad asistencial recomendable para cumplir el programa de formación.**

Ingresos / año	1.500
Altas hospitalarias / año	1.500
Intervenciones quirúrgicas electivas / año (excluida cirugía menor)	1.000
Intervenciones quirúrgicas urgentes / año	500
Primeras visitas en consulta externa / año	600
Seguimiento de pacientes operados	1.600

### **3.2. Actividades docentes**

Exposición de las sesiones clínicas que viene realizando el Servicio en los dos últimos años. Demostración de que el Servicio dispone de la experiencia y los medios para cumplir el programa de sesiones que consta en el programa de la especialidad (Sesiones clínicas, bibliográficas, seminarios, etc.).

### 3.3. Actividades de formación continuada

Cursos de formación continuada, tanto recibidos por médicos de la plantilla (uno/año como mínimo), como impartidos y/u organizados por los mismos.

### 3.4. Actividades científicas y de investigación

Se recomienda que la Unidad y/o residente deben realizar:

- Preparación de trabajos: formación del residente en la elaboración de trabajos para publicación en revistas nacionales y extranjeras.
- Conferencias y presentación de comunicaciones y ponencias.
- Publicaciones del Servicio en los últimos cinco años.
- Tesis realizadas en el Servicio en los dos últimos años.

### 4. Requisitos del centro hospitalario. Requisitos necesarios para la adecuada docencia de la especialidad.

Existencia de unidades docentes acreditadas de Cirugía Vascular, Neurocirugía, Cirugía Torácica, Cirugía Pediátrica, Urología y Unidad de Cuidados Intensivos. Deberá existir en el hospital o a su disposición (con constancia documentada de esta disponibilidad), un área de cirugía experimental.

Cuando el centro hospitalario carezca de alguno de estos servicios o unidades, se podrá acreditar la Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, siempre que estén documentalmente concertadas las rotaciones del residente en otras unidades acreditadas de otros hospitales.

### 5. Control del cumplimiento del programa de formación

Conocimiento y compromiso, por parte del Servicio solicitante, de estar en condiciones de cumplir con los siguientes requisitos que permitan controlar el cumplimiento del programa de formación de residentes en CGAD:

- 5.1. Existencia de normas de evaluación propias del Servicio o de la Comisión de Docencia.
- 5.2. Existencia de normas escritas de evaluación para extender la certificación anual del residente.
- 5.3. Constancia documental de que las normas se aplican.
- 5.4. Libro del residente.

Actualmente, en Andalucía, todo el sistema de evaluación está simplificado en PORTALEIR, que es la plataforma web de referencia para la formación, comunicación y colaboración entre especialistas internos residentes de toda Andalucía y todos los profesionales implicados en la formación especializada.

El cumplimiento de estos requisitos acreditará a un Servicio para la docencia simultánea de un máximo de cinco residentes de R1 a R5. El cumplimiento del 30% más de actividad asistencial y diez médicos de plantilla, acreditan para dos residentes/año, llegando a la docencia simultánea de diez residentes/año de R1 a R5.

### ¿SE PUEDE FORMAR UN MIR DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO EN UN HOSPITAL COMARCAL?

En la convocatoria 2018, el Ministerio de Sanidad ha ofertado 6.513 plazas de formación MIR, de las cuales 189 lo han sido para la especialidad de CGAD. De estas plazas, un 32,27% se han ofertado en hospitales situados fuera de la capital de provincia, en teoría "comarcales", aunque la gran mayoría de primer y segundo nivel.

En Andalucía, más de la mitad de los hospitales son privados, sin embargo la mayoría de las camas (74%) son públicas, por eso no es de extrañar que todas las plazas MIR ofertadas para realizar la especialidad de CGAD lo hayan sido en hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). La mayoría de la plazas se concentran en hospitales de primer nivel o regionales y de segundo nivel o de Especialidades. Tan sólo nuestro Hospital Santa Ana de Motril, es el único de su categoría (tercer nivel/Tipo IV) con acreditación reconocida para la formación de MIR en CGAD en Andalucía y probablemente el único a nivel nacional de estas características (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de plazas MIR de CGAD 2018 en Andalucía.

CIUDAD	HOSPITAL	PLAZAS
Algeciras	Área Sanitaria Campo de Gibraltar Hospital Punta de Europa	1
Almería	Complejo Hospitalario Torrecárdenas	1
Cádiz	Hospital Universitario Puerta del Mar	1
Córdoba	Hospital Universitario Reina Sofía	3
Granada	Hospital Universitario San Cecilio	2
Granada	H. Universitario Virgen de las Nieves	3
Huelva	Hospital Juan Ramón Jiménez	1
Jaén	Complejo Hospitalario de Jaén	1
Jerez de la Fra.	Hospital de Jerez de la Fra.	1
Málaga	H. Regional Universitario de Málaga	2
Málaga	H. Universitario Virgen de la Victoria	2
Marbella	Hospital Costa del Sol	1
Motril	Hospital General Básico Santa Ana	1
Puerto Real	Hospital Universitario de Puerto Real	1
Sevilla	Hospital Universitario Virgen de Valme	1
Sevilla	Hospital Universitario Virgen del Rocío	3
Sevilla	H. Universitario Virgen Macarena	3

La vocación docente de nuestro hospital data prácticamente desde su inauguración en 1988. En 1991, tras conseguir la acreditación para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, nuestro Servicio fue el primero en incorporar el entrenamiento en cirugía menor a su plan de formación. Desde 1992, y de forma ininterrumpida, el MIR

de primer año Angiología y Cirugía Vascular de nuestro hospital de referencia rota seis meses en nuestro Servicio, al igual que el MIR de Urología de tercer año que desde 2008 lo hace tres meses. En 2002 un MIR de CGAD de un hospital regional, acabó sus seis últimos meses de residencia en nuestro Servicio, y la rotación esporádica de algún MIR de nuestra especialidad suele ser la norma. Por eso en 2007, y puesto que estábamos formando a MIR de otras especialidades, nos preguntamos: “¿por qué no formar a nuestros propios MIR en CGAD?”.

Fue en ese año cuando iniciamos el largo proceso de acreditación como Unidad Docente, la cual nos fue denegada en primera instancia. Tras perseverar en años sucesivos y corregir algunas deficiencias, se nos concedió dicha acreditación en 2009 condicionada y por un año, el cual estuvimos sometidos a estrecha vigilancia. Desde el 2010 hemos formado a un MIR por año, excepto una renuncia en 2013. Son pues tres los MIR que han completado su ciclo formativo en nuestro Servicio y que actualmente ejercen como FEA en distintos hospitales del SSPA.

La Comisión Nacional de la Especialidad (CNECGAD), determina el número mínimo de intervenciones que un especialista en CGAD debería haber realizado o ayudado al acabar su periodo de residencia. En la **Tabla 3** aparecen reflejadas las intervenciones realizadas por nuestros tres MIR con formación completa y por un MIR de nuestro

hospital de referencia (segundo nivel). En primer lugar, llama la atención que tanto nuestros MIR como el del hospital de referencia, superan con creces la mayoría de las cifras establecidas por la CNECGAD.

En segundo lugar, el número de intervenciones es muy semejante entre nuestros MIR y equiparable al MIR del Hospital de Referencia, si bien es verdad, que en cifras absolutas nuestros MIR realizaron más intervenciones, principalmente a expensas de urgencias y pared abdominal (**Figura 2**).

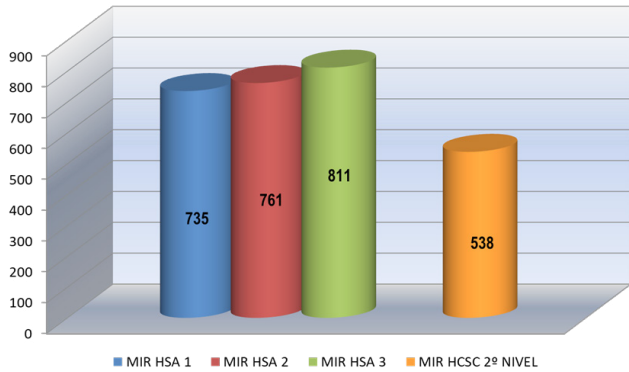
En cuanto a la progresión quirúrgica de nuestros MIR a lo largo de los cinco años de formación, vemos la misma tendencia, es decir, una progresión en número y dificultad de las intervenciones, decayendo ésta en el último año, ocurriendo lo mismo con el MIR de nuestro hospital de referencia. Creemos que esto puede ser debido a que en el último año de residencia prima más la “calidad” a “la cantidad”, cediendo las intervenciones de menor dificultad a los MIR más pequeños (**Figura 3**).

Por lo tanto, y respondiendo a la hipotética pregunta de dónde se formaría mejor un MIR de CGAD si en un hospital comarcal o en un hospital de primer o segundo nivel, podemos contestar a tenor de los resultados, que tanto la formación como la progresión quirúrgica

**Tabla 3. Intervenciones realizadas por el especialista a lo largo de su periodo de formación.**

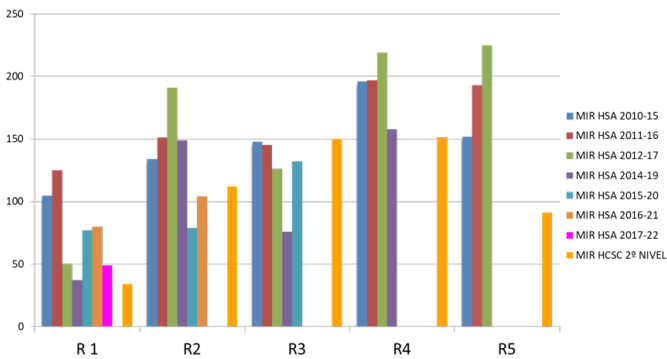
PATOLOGÍA		MR HSA1	MR HSA2	MR HS3	MR HSC 2º nivel
ESOFAGOGÁSTRICA	Cirugía antirreflujo (3)	0	0	0	2
	Hernia paraesofágica (1)	1	0	0	0
	Achalasia (1)	0	0	0	0
	Esofagectomía (5 ayudante)	2	1	2	6
	Úlcera péptica complicada (8)	10	9	12	14
	Gastrectomía (3)	3	2	4	2
	Hemorroidectomía (15)	23	23	24	10
	Esfinterotomía interna (10)	20	24	18	19
COLOPROCTOLOGÍA	Fístulas / Abscesos (20)	35	37	37	47
	Colectomías (10)	20	23	22	17
	Resección de recto (3)	3	1	1	6
	Colecistectomía abierta (5)	9	10	7	16
	Colecistectomía laparoscópica (15)	97	93	103	52
	Cirugía de la vía biliar (4)	2	1	2	1
	Resección hepática (4)	0	0	0	0
HEPATOBILIOPANCREÁTICA	Esplenectomía (3)	0	0	0	0
	Resección hepática mayor (5 ayudante)	2	3	0	6
	Extracción hepática (3 ayudante)	4	3	0	3
	Duodenopancreatectomía (5 ayudante)	6	5	6	6
	Transplante hepático (2 ayudante)	8	2	1	2
CIRUGÍA ENDOCRINA	Tiroidectomía (10)	9	13	12	10
	Paratiroidectomía (2)	0	0	0	0
CIRUGÍA MAMARIA	Cirugía mama benigna (15)	15	26	31	12
	Cirugía cáncer de mama (15)	30	23	47	29
CIRUGÍA DE LA PARED ABDOMINAL	Reparación de hernia inguinocrural (25)	140	163	185	87
	Reparación de hernia umbilical (5)	57	89	84	26
OTRAS INT. DE CIRUGÍA	Otras cirugías y urgencias	210	185	204	114

son equiparables. Somos conscientes del sesgo de este estudio comparativo al no existir otro hospital de nuestra categoría con quien compararnos y de la escasa muestra, dada la escasez y la variabilidad de recogida de datos de los MIR consultados en otros centros. Además, la bibliografía tanto nacional como internacional al respecto es muy escasa. Sellers<sup>5</sup> en un estudio realizado en USA con 6.638 cirujanos entrenados en programas de residencia no universitarios (equivalente a hospitales de tercer nivel) y universitarios (primer y segundo nivel) observa que tienen patrones de práctica distintos, pero cuando se los compara en el mismo entorno clínico, los cirujanos de ambos entornos de entrenamiento logran resultados clínicos similares.



**Figura 2**

Número total de intervenciones realizadas durante el periodo de formación.



**Figura 3**

Progresión quirúrgica de los MIR a lo largo de su periodo de formación.

En conclusión, no deberían de existir trabas ni prejuicios para acreditar a un hospital comarcal a la hora de formar especialistas en CGAD. En este contexto, si el riesgo en la formación de un residente en un hospital de nivel comarcal se deriva de que la patología compleja sea inexistente o mínima, en el hospital de primer o segundo nivel, puede suceder lo contrario<sup>6</sup>.

Por estas razones, y si no se puede conseguir la acreditación para la formación completa, creemos necesaria la acreditación complementaria de dos hospitales, con distintos niveles de complejidad en su patología, de modo que se programe para el residente una formación equilibrada, rotando al menos seis meses en un hospital comarcal en el último año de su residencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. BOE Martes 8 mayo 2007 núm. 110: 19864- 19873.
2. Jefatura del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE de 22 de noviembre de 2003. núm. 280, Referencia: BOE-A-2003-21340.
3. Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 183/2008, de 8 de Febrero. BOE Jueves 21 febrero 2008. núm. 45: 10020- 10035.
4. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Requisitos de acreditación docente CGAD. <https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/acreReqAcredDocAE.htm>
5. Morgan M, Sellers, Luke J, Keele, Catherine E, Sharoky, et al Christopher Wirtalla, BA; Elizabeth A. Bailey, MD, MED1; Rachel R. Kelz, MD, MSCE1. Association of surgical practice patterns and clinical outcomes with surgeon training in university or nonuniversity based residency program. JAMA Surg. Published online January 10, 2018. doi:10.1001/jamasurg.2017.5449.
6. 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. Papel de un hospital comarcal en la formación de especialistas en cirugía general y del aparato digestivo. Cir. Andal. 2007; 18: 62-65.