



# CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



## Original

### ¿Están los servicios de cirugía general y del aparato digestivo preparados para ofrecer docencia de calidad acorde con los nuevos planes de formación?

Eva M<sup>a</sup> Montalvá Orón<sup>a,\*</sup>, Luis Sabater Orti<sup>b</sup>, Elena Muñoz Forner<sup>b</sup>, Ana M<sup>a</sup> Sánchez Romero<sup>c</sup>, Antonio Vázquez Tarragón<sup>d</sup> y Alberto López Delgado<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

<sup>c</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Elche, Elche, España

<sup>d</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

<sup>e</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de octubre de 2008

Aceptado el 30 de marzo de 2009

On-line el 4 de agosto de 2009

Palabras clave:

Formación del médico interno y residente

Acreditación de unidades docentes

Programa formativo de la especialidad

#### R E S U M E N

**Introducción:** En los últimos meses se ha asistido a una actualización del programa formativo de los residentes y a una regulación de los aspectos importantes de su formación. Un elemento fundamental del proceso de formación son las unidades docentes, a las que se debe exigir que cumplan con los requisitos indispensables adaptados a los nuevos tiempos, como garantía de calidad.

**Objetivo:** Identificar los aspectos mejorables en la formación y conocer con qué recursos parten las unidades docentes para afrontar el cumplimiento del nuevo programa de formación.

**Material y método:** El estudio se ha realizado en todas las unidades docentes acreditadas para la formación de residentes en la Comunidad Valenciana mediante formularios enviados tanto a los tutores como a los residentes y reuniones mantenidas con los residentes.

**Resultados:** La tasa de participación fue elevada (el 100% de tutores y el 92% de residentes). Se han detectado deficiencias en los requisitos de las unidades docentes y en la calidad de la formación percibida por los residentes, sobre todo en los campos de la investigación y en la actividad docente. Se constatan importantes diferencias entre hospitales.

**Conclusiones:** Se debe incidir en el cumplimiento de todos los requisitos necesarios para la acreditación de las unidades docentes y hacer hincapié en la actividad docente e investigadora. La implementación de los nuevos planes de formación requiere de una supervisión que corrija las diferencias encontradas entre los distintos servicios.

© 2008 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evamo@comv.es (E.M. Montalvá Orón).

0009-739X/\$ - see front matter © 2008 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.023

## Are the general and digestive surgery services prepared to offer a quality training according to the new teaching plans?

### A B S T R A C T

#### Keywords:

MIR training  
Teaching units accreditation  
Speciality training program

**Introduction:** In recent months we have witnessed an update of the residents training program and the regulation of important training aspects. Teaching units are an important aspect of the training process, which should be required to comply with the prerequisites adapted to changing times as a guarantee of quality.

**Aim:** To identify areas for improvement in training, and the baseline resources of the units to deal with the implementation of the new training program.

**Material and methods:** The study was carried out in all units with accredited educational programs in the Valencian Community with questionnaires answered by tutors and residents, and meetings held with them.

**Results:** The participation rate was high (100% of tutors and 92% of residents). Some deficiencies in the requirements of the surgical units and in the quality of the training felt by the residents are detected, mainly in the research and educational activity fields. Huge differences between hospitals are found.

**Conclusions:** More attention must be paid to fulfilling all the requirements needed for the accreditation of the teaching units, with an emphasis on educational and research activities. The implementation of the new training program requires monitoring to minimise the differences found between the units.

© 2008 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El nuevo programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) se publicó en el Boletín Oficial del Estado del 8 de mayo de 2007<sup>1</sup>. Asimismo, el Real Decreto 183/2008<sup>2</sup> regula aspectos básicos y fundamentales en el sistema de formación sanitaria especializada, como los referidos a la figura del tutor, a las unidades docentes, a las comisiones de docencia y a los procedimientos de evaluación.

La aprobación de estas guías está justificada por los cambios producidos en la especialidad en los últimos años, el reconocimiento de la importancia de la formación integral del residente y la necesidad de regular determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

La Sección de Formación Posgraduada de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) realizó recientemente un análisis crítico del nuevo programa, comparándolo con el anterior y concluyendo que «...se trata de un programa ambicioso, competitivo y bien planteado, fundamentado en un profundo análisis del presente y el futuro de la cirugía general... Sin embargo, persisten serias dudas de nuestra capacidad docente, en cuanto a hospitales y unidades. Necesitamos soluciones imaginativas y casi de urgencias»<sup>3</sup>. La evaluación de la calidad de la docencia exige examinar no sólo el proceso docente y al especialista en formación, sino también a las unidades docentes responsables.

La Junta Directiva de la Sociedad Valenciana de Cirugía (SVC), en su inquietud por conocer la situación real de los especialistas en formación en todos los hospitales de la

Comunidad Valenciana, avaló un estudio cuyos objetivos fueron:

1. Conocer el grado de cumplimiento de los requisitos de todas las unidades docentes acreditadas en la Comunidad Valenciana.
2. Conocer la calidad de la formación recibida y evaluarla con los estándares exigidos por el actual programa de formación.

Lógicamente, en este artículo no se expondrán los resultados pormenorizados para cada hospital, porque sólo corresponde hacerlos públicos a las comisiones auditoras debidamente acreditadas, pero sí se plantearán las impresiones generales que, quizás, pueden reflejar la realidad de los residentes en formación del resto del país.

## Material y método

Este estudio se realizó en todos los hospitales de la Comunidad Valenciana que disponen del servicio de CGAD acreditado para formar residentes (tabla 1).

Se informó del estudio por carta a todos los jefes de servicio, a los jefes de estudio de las comisiones locales de docencia y a los tutores, y se convocó a los residentes a través de sus correos electrónicos o por teléfono. Participaron los residentes en activo en el segundo semestre del año 2007 y también aquellos que terminaron su residencia en junio de 2007. Se remitió un formulario con 80 apartados a uno de los

**Tabla 1 – Lista de hospitales y número de residentes participantes en el estudio**

Hospitales de la Comunidad Valenciana	Número de residentes (julio, 2007)
Hospital Universitario La Fe (Valencia)	14
Hospital Clínico Universitario (Valencia)	11
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia	10
Hospital General Universitario de Alicante	10
Hospital General de Castellón	4
Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia)	4
Hospital de Sagunto (Valencia)	4
Hospital Universitario San Juan de Alicante	4
Hospital Arnau de Vilanova (Valencia)	3
Hospital General Universitario de Elche (Alicante)	3

tutores de cada centro (Anexo 1). A los residentes se les entregó una encuesta con 43 preguntas (Anexo 2). Además, se realizaron reuniones en grupo con los residentes, en las que se debatieron todos los aspectos del programa formativo.

Los datos se recogieron en una hoja de cálculo de Excel y se realizó un análisis estadístico descriptivo.

## Resultados

Al menos uno de los tutores de cada servicio participó en el estudio ( $n = 10$ ).

De los residentes (R) en activo (R1-R5) ( $n = 67$ ), participaron 56 (83,6%).

Los datos aportados por los tutores, que hacen referencia al grado de cumplimiento de los requisitos exigidos para la acreditación de las unidades docentes, aparecen listados en la Anexo 3.

De las encuestas contestadas por los residentes, se han extraído sus reivindicaciones principales:

1. Los residentes adquieren poco grado de responsabilidad en el quirófano y se les programa muy poco como primer ayudante. Es una queja generalizada que el número de intervenciones realizadas por el residente depende más del cirujano con el que estén en quirófano que de la programación oficial.
2. Los residentes adquieren mayor responsabilidad en intervenciones de urgencias que en las programadas.
3. Se detecta un déficit importante en la formación en determinados campos de la cirugía: laparoscópica, esofagogástrica, endocrinometabólica, hepatobiliopancreática y atención al politraumatizado, no llegándose a cumplir el número de intervenciones recomendadas en el nuevo plan de formación.

En los grandes hospitales, los residentes realizan pocas intervenciones de grado 2, mientras que en los hospitales de menor tamaño, los residentes tienen pocas oportunidades de participar en intervenciones con grado de complejidad 5 y de recibir una adecuada formación en asistencia al paciente politraumatizado.

En todos los hospitales se detectaron estas deficiencias, aunque variaron en función del hospital.

4. Hay poca dedicación a las sesiones científicas y docentes. En 8 de 10 hospitales no se cumplen las sesiones científicas con el tipo y la periodicidad recomendadas por el nuevo programa de formación. Sólo en 4 hospitales los residentes mantienen reuniones periódicas con el tutor.
5. La asistencia a cursos acreditados y a congresos es aceptable entre los residentes de hospitales de mayor tamaño. En 5 de 10 hospitales no se facilita la asistencia a cursos a los residentes. En general (7 de 10 hospitales), no hay un calendario establecido por año de residencia.
6. Salvo en 2 hospitales, se percibe poco estímulo para la producción científica. Se observan diferencias importantes entre los residentes de un mismo servicio.
7. La experiencia investigadora de los residentes es limitada. Sólo en 4 hospitales se facilita esta labor. En 5 hospitales los residentes no tienen acceso a ensayos clínicos ni a cirugía experimental, y las posibilidades para realizar tesis son nulas.
8. En 5 hospitales no hay un libro del residente unificado y sólo en un hospital el tutor revisa este libro periódicamente.
9. La mayoría de los residentes tiene un conocimiento de nivel medio en inglés, nivel muy bajo en estadística y un manejo insuficiente de las bases de datos.

## Discusión

Estamos asistiendo a una revisión profunda de la formación médica especializada por el sistema de médico interno residente (MIR), justificada por el desarrollo de nuevas tecnologías y los cambios producidos en los últimos años en determinadas áreas de la CGAD, por las reformas y las innovaciones en el ámbito de la educación superior que obligan a igualar programas, centros y titulaciones con el resto de países europeos y por la previsión del incremento en el número de plazas ofertadas ante el déficit de especialistas.

Un sistema que pretenda elevar la calidad de cualquier proceso de modo eficaz no sólo debe imponer medidas que se consideren efectivas de antemano, sino que ha de mantener activo algún mecanismo que permita identificar las deficiencias de este proceso y las demandas de los sujetos implicados en él, así como los instrumentos con los que se cuenta para llevar a cabo las reformas y, de este modo, dictar las pautas que se consideren oportunas.

La SVC respaldó este estudio para detectar las carencias del actual sistema formativo en los hospitales de la Comunidad Valenciana y reflexionar posteriormente sobre la idoneidad de la aplicación de las medidas dictadas desde instancias superiores así como realizar sugerencias que mejoren la formación de los residentes.

**Tabla 2 – Participación de tutores y residentes en el estudio**

	Formularios contestados	Formularios no contestados	Tasa de participación en cada grupo, %
Tutores (n = 10)	10	0	100
Residentes R2-R5 (n = 52)	48	4	92,3
Residentes R6 (n = 7)	5	2	71
Residentes R1 (n = 15)	8	7	53

Consideramos que la alta tasa de participación conseguida en el estudio (el 92% de residentes y el 100% de tutores) permite sacar conclusiones que traduzcan fielmente la realidad cotidiana de la formación en el ámbito hospitalario (tabla 2).

El primer problema que se detectó es la falta de cumplimiento de algunos requisitos exigidos para acreditar la docencia a un servicio. Los parámetros que miden la actividad asistencial son adecuados en la mayoría de los casos, sin embargo, el número de quirófanos semanales por residente se desequilibra en aquellos hospitales con mayor número de residentes, porque la actividad no aumenta proporcionalmente al número de residentes acreditados.

De entre los recursos materiales indispensables, la endoscopia digestiva no está disponible durante 24 h en 3 hospitales, lo que obliga a enviar a algunos pacientes con enfermedad digestiva de urgencia a centros de referencia con la consiguiente pérdida en docencia.

Los medios docentes y audiovisuales son suficientes y adecuados en todas las unidades. Los hospitales tienen biblioteca, aunque no están disponibles durante las 24 h. En la actualidad, se tendría que revisar este criterio, porque el acceso físico a textos y a revistas de la especialidad se está sustituyendo por las suscripciones vía Internet, mucho más accesibles y ágiles.

La organización interna del servicio es importante a la hora de impartir la docencia. En 4 de los 10 hospitales, los servicios no están desglosados en unidades dedicadas a enfermedades específicas. Esto suele traducir la falta de especialización y posiblemente el bajo número de determinadas intervenciones, y redundan en la calidad docente ofrecida a los residentes y en la organización de sus rotatorios.

La mayoría de los residentes señalaron deficiencias en la formación recibida en determinadas enfermedades, que se repiten en casi todos los hospitales: esofagagástrica, hepatopancreática y laparoscópica. Además, nos sorprendió encontrar residentes que, al término de su formación, no habían visto nunca ninguna intervención de cirugía bariátrica, laparoscópica avanzada, esofágica o de trasplante hepático y pancreatorrenal.

Las quejas de los residentes de hospitales grandes van dirigidas fundamentalmente hacia la escasez de intervenciones de poca dificultad, mientras que los residentes de hospitales pequeños adolecen de formación insuficiente en determinadas enfermedades que se envían a centros de referencia. Este problema se podría paliar con la implantación

de las unidades docentes interhospitalarias y con convenios de rotación por hospitales comarcales. Este concepto se introdujo inicialmente en el proyecto del programa de formación<sup>4</sup>, pero no está desarrollado en el actual programa<sup>1</sup>.

Los grandes hospitales con unidades de referencia afrontan el problema de la masiva solicitud de rotaciones de residentes de otros hospitales, lo que conlleva aglomeración de éstos en hospitales con un número de residentes ya de por sí superior a la media. Así, se contraponen los intereses de los residentes del propio hospital con los de otros hospitales y es complicado, cuando no imposible, conseguir que todos los residentes cumplan los objetivos recomendados en el programa de formación. Nos preguntamos si los objetivos por alcanzar en el nuevo programa van dirigidos a todos, lo que es prácticamente imposible, o si son sólo para los residentes de los grandes hospitales, lo que supone un agravio comparativo con el resto. Por otra parte, resulta difícil armonizar el tipo de cirugía especializada y de excelencia que se realiza en algunas unidades por parte de cirujanos expertos con los objetivos quirúrgicos que deben conseguir los residentes.

Además de la actividad asistencial, en el nuevo programa se regulan otros aspectos, como la investigación. En éste se cita que sólo se acreditarán las unidades docentes con suficiente producción científica demostrada, pero esto no parece corresponderse con la realidad, ya que la actividad investigadora no está controlada. La mayoría de las unidades no están concertadas con un centro de investigación y un gran número de residentes no han participado nunca en un proyecto de investigación. Además, se han encontrado notables diferencias entre residentes de un mismo servicio, lo que traduce que la actividad investigadora depende en gran medida del interés del propio residente y no sólo del estímulo de la producción científica del servicio.

Un pilar importante de la docencia son las sesiones clínicas y científicas que, probablemente, son el foro más adecuado para estimular el estudio, el aprendizaje práctico, la adquisición de una mentalidad científica y el desarrollo de capacidades, como hablar en público. En cuanto a las sesiones recomendadas en el nuevo programa, sólo 2 hospitales se ajustan a éstas en tipo y frecuencia. Al hilo de lo anterior, el presente informe revela que no hay ningún control sobre la formación de los residentes en aspectos tan importantes como la estadística, el dominio del inglés, el manejo de bases de datos, el método de investigación y el conocimiento de los pasos para la redacción y la presentación de un trabajo científico.

Hay una diferencia patente entre los residentes en cuanto a la asistencia a cursos y a congresos. En teoría, debería ser igual para todos, y en el nuevo programa se menciona expresamente la necesidad de asistencia a éstos, con la inclusión de un calendario orientativo por año de residencia, pero la mayoría de las veces esta actividad depende del propio residente. Los cursos organizados por la AEC son de elevada calidad (opinión generalizada entre los residentes), pero parece que únicamente los residentes que se están formando en grandes hospitales se benefician de ellos. Son muy pocos (3 de 10) los servicios de cirugía que disponen de un calendario de asistencia a cursos y a congresos por año de residencia.

Por último, cabe analizar la función de los tutores y la evaluación de los residentes descritas en el nuevo Real Decreto<sup>2</sup> comparadas con la situación actual. La nueva directriz menciona que el tutor debe tener reconocimientos por su labor, aunque no se entra en detalles. También se regulan las entrevistas que debe mantener el residente con el tutor (en número no inferior a 4 entrevistas al año), lo que contrasta con las cifras reales en las que sólo en 4 de los 10 hospitales los residentes mantienen reuniones periódicas con su tutor para tratar temas relativos a su formación.

El libro del residente (obligatorio en el nuevo Real Decreto) debería unificarse en todos los servicios y considerarse como el pilar de la evaluación del residente. En la actualidad, es alarmante que únicamente en un hospital se le dé al libro del residente la suficiente importancia como para que el tutor lo revise periódicamente.

En definitiva, ¿quién y cómo se controla al que forma? La acreditación de una unidad docente para formar residentes no debe ser un proceso inamovible, sino, más bien al contrario, todos los servicios deben ser reacreditados periódicamente. Si no hay una buena supervisión extrahospitalaria, que parece ser la única eficaz, de la actividad científica y asistencial de los residentes, con requisitos mínimos necesarios para la obtención del título, difícilmente habrá un estímulo para su formación y, paralelamente, se debe exigir a los servicios que faciliten al máximo la función docente y acrediten especialistas para esta labor con recompensas que a su vez hagan de *feedback* para mejorar la formación<sup>5</sup>. Una vez garantizados los mínimos, se debe potenciar la excelencia en la formación otorgando prestigio a aquellas instituciones con mayor dedicación a la labor docente. Se proponen algunas ideas de mejora en la [tabla 3](#).

Todavía queda mucho trabajo por hacer a los servicios, a las comisiones locales de docencia, a las direcciones de los hospitales y a las sociedades científicas. Desde la SVC se han tomado algunas iniciativas. La primera ha sido conocer la situación real a partir de la cual se puede empezar a tomar medidas de mejora. En la última reunión se expusieron los resultados del estudio y se realizaron recomendaciones individualizadas para cada servicio de CGAD. Todos los jefes

**Tabla 3 – Propuestas para mejorar la formación de los residentes**

Supervisión extrahospitalaria de la labor desempeñada por las unidades docentes, que garantice unos mínimos de formación
Reacreditación periódica de la docencia a las unidades y reevaluación del número de residentes acreditados en función de la actividad docente de cada servicio
Implantación obligatoria del libro del residente unificado
Obligatoriedad de redacción de una memoria anual de actividades docentes y científicas por parte de las unidades docentes
Implantación de las unidades docentes interhospitalarias para garantizar la formación en todos los campos de la cirugía con rotatorios externos
Planificación de los rotatorios con coordinación y colaboración estrecha entre los hospitales para adecuación de fechas y objetivos
Estímulo de los rotatorios externos desde las comisiones de docencia de todos los centros e incremento de las unidades de referencia
Impulso desde las sociedades científicas provinciales de reuniones y encuentros interhospitalarios para estimular la producción científica y la presentación de casos clínicos y estudios
Dotación a la figura del tutor de una formación y medios adecuados para desempeñar su labor, que debe valorarse mediante un proceso de acreditación y disponer de un reconocimiento curricular o económico

de servicio han recibido un informe detallado de la situación en su servicio y se realizará una nueva evaluación por parte de una comisión externa dentro de al menos 3 años, para verificar el progreso en la formación en cada servicio. Éste, sin duda, es un tema que nos atañe a todos, por lo que se invita a otras sociedades científicas a realizar esfuerzos similares para alcanzar grados de excelencia en la formación de los residentes.

### Agradecimientos

Los autores de este trabajo agradecen al Dr. D.J. Mir Pallardó, presidente de la Junta Directiva de la SVC, y al Dr. D.S. Lledó Matoses, presidente del Comité Científico de la SVC, en representación de ambas instituciones, el apoyo ofrecido para la realización de este estudio.

### Anexo

Ver Anexos 1-3.

EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO DE ACUERDO CON EL MODELO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES VIGENTE

Hospital:

1.- RECURSOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO (SCGAP)

1.1. ÁREA FÍSICA

1.1.1. Área de hospitalización	si	no
1.1.2. Área de consulta externa	si	no
1.1.3. Área de pruebas diagnósticas especiales	si	no
1.1.4. Área de quirófanos	si	no
1.1.5. Secretaría de la unidad docente con infraestructura administrativa	si	no
1.1.6. Sala de reuniones	si	no

1.2. RECURSOS HUMANOS

Número de cirujanos de la plantilla:

1.3. RECURSOS MATERIALES

1.3.1. EQUIPAMIENTO

1.3.1.1. Área de hospitalización

Número de camas:  
 Número de altas hospitalarias:  
 Estancia media:  
 Índice de ocupación:  
 Número de ingresos procedentes de urgencias:  
 Número de ingresos para cirugía electiva:  
 Número de intervenciones:  
 Número de quirófanos disponibles durante la semana:  
 Tiempo medio de cada intervención:  
 Porcentaje de ocupación del quirófano:  
 Número de intervenciones por semana:  
 Número de intervenciones de Cirugía sin Ingreso:  
 Número de camas para cuidados intensivos de pacientes quirúrgicos:

1.3.1.2. Área de consulta externa

Número de despachos para las consultas externas:

1.3.1.3. Área de pruebas diagnósticas especiales (ubicadas en el SCGAP o en la unidad de gastroenterología o en un servicio central)

Indispensables (disponibles durante las 24h)		
Unidad de endoscopia digestiva	si	no
Unidad de diagnóstico por imagen (TC, ecografía)	si	no
Recomendables		
Unidad de mamografía	si	no
Unidad de angiorradiología	si	no
Laboratorio de exploración esofágica	si	no

1.3.1.4. Área de quirófanos

Número de quirófanos programados por semana:  
 Disponibilidad de suturas mecánicas: si no  
 Disponibilidad de exploraciones radiológicas peroperatorias: si no  
 Disponibilidad de cirugía laparoscópica: si no  
 Disponibilidad de ecografía peroperatoria: si no

1.3.2. MEDIOS DOCENTES

Disponibilidad de aula o seminario con pizarra, instalación de vídeo, cañón de proyección de diapositivas, negatoscopio... si no

1.3.3. BIBLIOTECA CENTRAL

Disponibilidad de información bibliográfica Medline si no  
 Disponibilidad de biblioteca para estudio si no  
 Horas al día de disponibilidad de la biblioteca:  
 Suscripción actualizada de la biblioteca a las siguientes revistas (señalar las que proceda):  
 American Journal of Surgery Annals of Surgery  
 Archives of Surgery British Journal of Surgery  
 Cirugía Española Current Surgery  
 Digestive Diseases and Science Digestive Surgery  
 Diseases of the Colon and Rectum European Journal of Surgery  
 Gastroenterology Gastroenterología y Hepatología  
 Journal American College of Surgeons Journal of Surgical Oncology  
 Journal of Trauma Recent advances in Surgery  
 Revista Española Enfermedades Digestivas Surgery  
 Surgery Annual Surgical Clinics of North America  
 World Journal of Surgery Year Book of Surgery.

**Anexo 1 – Encuesta remitida a los tutores para la evaluación de los recursos de cada servicio de cirugía general y del aparato digestivo, de acuerdo con el modelo de solicitud de acreditación de unidades docentes vigente.**

2. RECURSOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DOCENTE		
2.1. Memoria anual de la Unidad (con una antigüedad máxima de 2 años)	si	no
2.2. Normas escritas de la organización interna de la unidad docente incluyendo		
Organigrama de la línea jerárquica expuesta por estamentos		
Distribución de funciones entre los miembros del staff		
Funciones asistenciales		
Funciones docentes		
Labor de investigación		
Plan de rotaciones del residente (posibilidades del SCGAP y del hospital para cumplirlo y aceptación documentada de los otros servicios por los que haya de rotar el residente)	si	no
2.3. Memoria anual de actividades formativas (formación continuada) realizadas por los miembros del staff.	si	no
2.4. Existencia de programación escrita de actividades y docencia (programación anual en la que se detallan los objetivos asistenciales, docentes y de todo tipo que se ha propuesto alcanzar el SCGAP)	si	no
2.5. Turnos de guardia de urgencias con presencia física realizados por miembros del staff del SCGAP, a los cuales el residente se incorpora desde el	si	no
2.6. Historias clínicas realizadas según los criterios unificados de la dirección del hospital	si	no
2.7. Protocolos de diagnóstico y tratamiento y vías clínicas actualizados	si	no
2.8. Controles de calidad intra y extrahospitalaria		
Participación de miembros del SCGAP en comisiones:		
Comisión de Historias Clínicas	si	no
Comisión de Tejidos	si	no
Comisión de Mortalidad y de Infecciones	si	no
Comisión de Farmacia y protocolos terapéuticos	si	no
2.9. Lista de reclamaciones y quejas de los usuarios de los dos últimos años comparada con la totalidad del centro hospitalario y encuesta de satisfacción de médicos de plantilla y residentes.	si	no
3. RECURSOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE Y DE INVESTIGACION		
3.1. ACTIVIDADES ASISTENCIALES		
Ingresos / año:		
Altas hospitalarias / año:		
Intervenciones quirúrgicas (excluidas las de cirugía menor) / año:		
Intervenciones quirúrgicas urgentes / año:		
Primeras visitas en consulta externa / año:		
Seguimiento de pacientes operados (segundas visitas) / año:		
Desglose de actividad por Secciones	si	no
Actividad adecuada o concertada con otro centro en cirugía laparoscópica	si	no
3.2. ACTIVIDADES DOCENTES		
Describir el número de sesiones y su frecuencia en los últimos 2 años:		
Sesiones clínicas:		
Sesiones bibliográficas:		
Seminarios:		
Conferencias programadas para la formación teórica:		
3.3. ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA		
Cursos de formación continuada recibidos por médicos de la plantilla / año:		
Cursos de formación continuada impartidos y/o organizados por médicos de la plantilla/año:		
3.4. ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y DE INVESTIGACIÓN		
Número de publicaciones en los últimos 5 años:		
Número de comunicaciones a congresos en los últimos 5 años:		
Tesis realizadas (inscritas o leídas) en el servicio en los 2 últimos años:		
Enumerar otras actividades en este campo:		
4. RECURSOS DEL CENTRO HOSPITALARIO		
Existencia (en el hospital o concertadas con otros centros) de unidades docentes acreditadas de:		
Cirugía Vasculat	si	no
Neurocirugía	si	no
Cirugía Torácica	si	no
Cirugía Pediátrica	si	no
Urología	si	no
Unidad de Cuidados Intensivos	si	no
Area de Cirugía Experimental	si	no
5. CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN		
5.1. Existencia de normas de evaluación propias del SCGAP o de la comisión de docencia	si	no
5.2. Existencia de normas escritas de evaluación para extender la certificación anual del residente	si	no
5.3. Constancia documental de que las normas se aplican	si	no
5.4. Libro del residente	si	no
6. CAPACIDAD DOCENTE DE RESIDENTES		
Número de residentes:		
Número de tutores:		

**Anexo 1 – (continuación)**

## ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DE LOS RESIDENTES DE CIRUGIA EN LOS HOSPITALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

HOSPITAL:

AÑO DE RESIDENCIA:

NÚMERO DE RESIDENTES EN TU SERVICIO:

1. ¿Quién se preocupa de tu formación en tu Servicio:  
(pon un porcentaje aproximado para cada grupo)  
El jefe de servicio:  
El tutor / tutores:  
Los adjuntos:  
Los residentes mayores:
2. ¿Cuántos tutor/es tienes?  
Uno  
Dos  
Tres
3. ¿Cómo se ha elegido tu tutor/es de residentes?  
Por votación entre los residentes  
Por designación del jefe de servicio:  
Lo desconozco:
4. ¿Cuánto tiempo lleva en activo tu tutor de residentes?  
Un año  
Dos años  
Tres años  
Cuatro años  
Cinco años  
Más de cinco años
5. ¿Cada cuanto tenéis reuniones con el tutor?  
Semanalmente  
Quincenalmente  
Mensualmente  
Esporádicamente (si hay algún problema concreto)  
Nunca
6. Enumera las rotaciones (y duración) que has realizado desde que iniciaste la residencia:  
R1:  
R2:  
R3:  
R4:  
R5:
7. ¿Tienes un calendario de rotaciones preestablecido que se cumple para todos los residentes?  
Sí y se cumple (100-75%)  
Sí, pero se cambia con frecuencia (50%)  
No, los rotatorios se hacen a demanda
8. ¿Los rotatorios por unidades están plenamente diferenciados o te incluyen en actividades de otras unidades a demanda del servicio?  
Diferenciados  
Integrados
9. ¿En qué porcentaje consideras cumplidos los objetivos en las rotaciones?  
En la mayoría: 75-100%  
En la mayoría: 50%  
En la mayoría: 25-50%  
En la mayoría: <25%
10. ¿Cuántos rotatorios externos (otro servicio) has hecho en la residencia? Enuméralos.
11. ¿Cuántos rotatorios externos (otro hospital) has hecho en la residencia? Enuméralos.
12. ¿Cómo se evalúan los rotatorios?  
No se evalúan  
Se pone la misma nota a todos  
Se evalúan según los objetivos cumplidos
13. ¿Tenéis algún tipo de examen teórico-práctico al final de cada rotatorio o año de residencia?  
Sí  
No

**Anexo 2 – Encuesta remitida a los residentes.**



14. ¿Cuántos quirófanos programados (mañana o tarde) a la semana has tenido en los últimos tres meses?  
 Uno  
 Dos  
 Tres  
 Cuatro  
 Cinco  
 Más de cinco
15. Las intervenciones que tú realizas ¿están programadas de antemano o dependen de que el cirujano con quien operes te deje realizar la intervención?  
 Están programadas  
 Dependen del cirujano
16. Pregunta sólo para R4 y R5: En qué campo de la cirugía consideras que no te has formado adecuadamente (puedes elegir tantos como creas).  
 Cirugía de pared abdominal  
 Cirugía esófago-gástrica  
 Cirugía hepato-bilio-pancreática  
 Cirugía endocrina  
 Cirugía de la obesidad  
 Cirugía coloproctológica  
 Cirugía de la mama  
 Cirugía laparoscópica  
 Cirugía del trasplante hepático/pancreático  
 Atención al politraumatizado
17. ¿Cuántas guardias haces de promedio al mes?
18. ¿Estás suficientemente tutorizado en las guardias?  
 Sí (en la mayoría > 75%)  
 Sí (en el 50%)  
 No
19. ¿A qué hora empiezas las guardias?  
 A las 8h-9h  
 A las 15h
20. ¿Libras las guardias?  
 Sí (100-75%)  
 Sí (50%)  
 Sólo si estoy cansado/a  
 Nunca  
  
 Tengo libertad para librarlas  
 Tengo que pedir permiso para librarlas
21. ¿Tienes un libro de residente?  
 Sí (es el mismo modelo para todos los residentes del servicio)  
 Sí (cada residente lleva su libro diferente)  
 No
22. ¿El libro del residente es revisado periódicamente por tu tutor?  
 Sí  
 No
23. ¿A cuantos cursos has asistido en tu residencia? Nómbralos y clasificalos en cursos de > 40 horas, cursos de doctorado, cursos patrocinados por la Asociación Española de Cirujanos y jornadas)  
 Metodología de la investigación  
 Bioética  
 Gestión clínica  
 Formas de producción científica  
 Cirugía Mayor Ambulatoria  
 Infección quirúrgica  
 Pared abdominal y hernias  
 Iniciación práctica a la cirugía endoscópica  
 Cirugía endocrina  
 Cirugía de la mama  
 Cirugía esofagogástrica  
 Asistencia a politraumatizados (ATLS)  
 Cirugía HBP  
 Cirugía colorrectal  
 Cirugía laparoscópica avanzada  
 Trasplante de órganos

**Anexo 2 – (continuación)**

24. ¿A cuantos congresos has asistido en tu residencia?  
Congresos nacionales:  
Congresos internacionales:
25. ¿Se te facilita la asistencia a cursos y congresos?  
Sí. Hay un calendario establecido que se cumple  
Sí, pero sólo van los residentes que lo solicitan y si no afecta a la actividad del servicio  
No. Los residentes no tenemos información ni ayuda
26. ¿Cuántas comunicaciones has leído durante tu residencia?  
Como 1º autor:  
Como 2º autor en adelante:
27. ¿Cuántos póster has hecho en tu residencia?  
Como 1º autor:  
Como 2º autor en adelante:
28. ¿Cuántos artículos/notas clínicas has publicado en tu residencia?  
Como 1º autor:  
Como 2º autor en adelante:
29. ¿Tienes sesiones diarias de cambio de guardia?  
Sí  
No
30. ¿Tienes sesiones semanales de programación quirúrgica?  
Sí  
No
31. ¿Con qué frecuencia tenéis sesiones de morbi-mortalidad?  
Semanalmente  
Quincenalmente  
Mensualmente  
Nunca
32. ¿Con qué frecuencia tenéis sesiones bibliográficas?  
Semanalmente  
Quincenalmente  
Mensualmente  
Nunca
33. ¿Con qué frecuencia tenéis sesiones clínicas interservicios?  
Semanalmente  
Quincenalmente  
Mensualmente  
Nunca
34. ¿Con qué frecuencia tenéis sesiones de actualización de temas para residentes?  
Semanalmente  
Quincenalmente  
Mensualmente  
Nunca
35. ¿Tienes un proyecto de tesis en marcha?  
Sí (sólo es un proyecto)  
Sí (estoy ya recogiendo datos y escribiéndola)  
No
36. ¿Has participado en algún proyecto de investigación? Nómbralo
37. ¿Has participado en algún ensayo clínico? Nómbralo
38. ¿Has participado en algún proyecto de cirugía experimental? Nómbralo
39. ¿Qué conocimientos de estadística tienes (cursos,...)?
40. ¿Qué conocimientos de inglés tienes (cursos, títulos,...)?
41. ¿Qué bases de datos manejas habitualmente?  
Excel  
Access  
SPSS

**Anexo 2 – (continuación)**

42. ¿Cómo valoras el número de residentes en tu servicio?  
 Insuficiente (deberían solicitarse más plazas)  
 Adecuado  
 Excesivo (debería reducirse el número de plazas solicitadas)

43. Enumera cuantas intervenciones has realizado como cirujano hasta este momento (aproximadamente):

**Cirugía esofagogástrica**

Cirugía antirreflujo:  
 Hernia paraesofágica:  
 Achalasia:  
 Abordaje del esófago cervical:  
 Úlcera péptica complicada:  
 Gastrectomía parcial:  
 Gastrectomía total:

**Cirugía endocrina**

Tiroidectomía:  
 Paratiroidectomía:

**Cirugía mamaria**

Exéresis de nódulo:  
 Mastectomía simple:  
 Cuadrantectomías:  
 Mastectomía radical:

**Cirugía coloproctológica**

Hemorroidectomía:  
 Esfinterotomía interna:  
 Fistulas/abscesos:  
 Colectomías:  
 Resección anterior de recto:

**Cirugía de la pared abdominal**

Reparación de hernia inguino-crural:  
 Reparación de hernia umbilical:  
 Eventraciones:

**Cirugía hepatobiliopancreática**

Resección hepática menor:  
 Colectomía abierta:  
 Cirugía de la vía biliar:  
 Esplenectomía:

**Cirugía laparoscópica**

Colecistectomías:  
 Apendicectomías:

**Urgencias**

Intervenciones de todo tipo:

Enumera en cuantas intervenciones has participado como primer ayudante hasta este momento (aproximadamente):

Amputación abdomino-perineal:  
 Resecciones esofágicas:  
 Duodenopancreatetectomías:  
 Resecciones hepáticas mayores:  
 Trasplante hepático:  
 Extracción hepática:  
 Cirugía laparoscópica compleja:

Enumera el número de procedimientos que has realizado (aproximadamente) en tus rotaciones externas como cirujano (o ayudante):

**UCI/anestesia**

Acceso venoso central:  
 Intubación orotraqueal:

**Endoscopia**

Esofagogastroscoopia:  
 Rectocolonoscoopia:  
 Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica:  
 Endoscopia terapéutica:

**Cirugía torácica**

Toracocentesis:  
 Toracoscoopia:  
 Resecciones pulmonares:  
 Apertura y cierre de la cavidad torácica:

**Cirugía vascular**

Safenectomías:  
 Embolectomía:  
 Cirugía arterial directa:

**Urología**

Intervenciones de riñón, vejiga y próstata:

**Cirugía plástica**

Plastias locales:  
 Reconstrucción mamaria:

**Anexo 2 – (continuación)**

1. Requisitos de la unidad docente.
  - A. Recursos humanos mínimos: 10/10 (100%)
  - B. Recursos materiales.
    1. Número de camas: 2/10 (20%)
    2. Área de consultas externas: 10/10 (100%)
    3. Número de quirófanos semanales: 10/10 (100%)
    4. Áreas de quirófanos bien equipadas de material 10/10 (100%) (excepción: ecografía intraoperatoria disponible en 7/10 (70%))
  - C. Áreas de pruebas diagnósticas.
    1. Pruebas diagnósticas indispensables: 7/10 (70%)
    2. Pruebas diagnósticas recomendables: 4/10 (40%)
  - D. Medios docentes (ordenadores, audiovisuales, etc.): 10/10 (100%)
2. Requisitos de la organización de la unidad docente.
  - A. Servicio de CGAD desglosado en unidades especializadas: 6/10 (60%)
  - B. Plan de rotaciones estable: 5/10 (50%)
  - C. Programación escrita de los objetivos de docencia anual: 5/10 (50%)
  - D. Normas escritas de organización interna: 10/10 (100%)
  - E. Memoria anual de actividades de formación continuada: 6/10 (60%)
3. Requisitos de la actividad asistencial, docente y de investigación.
  - A. Indicadores de actividad asistencial: 10/10 (100%)
  - B. Sesiones científicas
    1. Periodicidad recomendada por el actual programa de formación: 2/10 (20%).
    2. Periodicidad menor a la recomendada en el actual programa de formación: 3/10 (30%).
    3. Ningún tipo de sesión científica: 5/10 (50%)
  - C. Publicación de trabajos y comunicaciones (según recomendación del actual programa de formación): 3/10 (30%)
  - D. Inscripción de alguna tesis en los últimos 2 años: 4/10 (40%)
4. Requisitos del hospital para la adecuada docencia de la especialidad.
  - A. Acreditación de todas las unidades docentes: 4/10 (40%)
  - B. Libro del residente unificado para todos los residentes: 5/10 (50%)

**Anexo 3 – Grado de cumplimiento de los principales requisitos por las unidades docentes tras el análisis de las encuestas contestadas por los tutores.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa Formativo de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Orden SCO/1260/2007, de 13 de abril. BOE n.º 110 (May. 8, 2007) [citado 26 Ene 2009]. Disponible en: URL: <http://www.boe.es/>
2. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE n.º 45 (Feb. 21, 2008) [citado 26 Ene 2009]. Disponible en: URL: <http://www.boe.es/>
3. Mígelena JM, Landa JI, Jover JM, Docobo F, Morales D, Serra X, et al. Formación en cirugía general y del aparato digestivo: nuevo programa, mismos retos. Cir Esp. 2008;84:67-70.
4. Parrilla P, Landa JI, Moreno E, Alarcó A, Martínez E, Rodríguez JA, et al. Proyecto de programa de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo. Cir Esp. 2006;80:133-44.
5. Sabater L. Hacia un nuevo modelo de tutor de residentes. Cir Esp. 2006;80:121-2.