

CAPÍTULO 5

Cirugía

Como ya fue mencionado, cuando se habla de la formación del coloproctólogo, antes de llegar a ella, tuvimos que haber atravesado al pregrado y la formación quirúrgica, ya que la Cirugía es una etapa indispensable en este camino a recorrer. La del coloproctólogo es una formación postbásica a la quirúrgica.

Sin duda, el tema de la formación del cirujano es una preocupación permanente y prioritaria por las autoridades de la Sociedad Argentina de Cirugía y del CCPM y esto se evidencia en las numerosas publicaciones sobre educación médica y formación del cirujano en los últimos años, y sobre todo en los numerosos temas de los Relatos de los Congresos de Cirugía de los últimos 20 años referentes a las modalidades aconsejadas para lograr esta excelencia.¹⁻²⁷

Afortunadamente hemos encontrado en dichos Relatos sobre la formación quirúrgica, y sobre todo en la residencia en Cirugía, notas valiosas sobre sus ventajas, su mecanismo y todos los factores que hacen de la formación quirúrgica, factores valerosos en nuestra apreciación, así también como sus falencias.

En ellos hemos percibido una profunda preocupación por el mantenimiento de la calidad en la formación del cirujano y fundamentalmente de su sistema educativo, la Residencia.

Sin dudas, el espiral de mediocridad que arrasó con nuestra sociedad y su educación en los últimos años, ha afectado la formación del médico y con él, en el área quirúrgica, se ha comprometido seriamente el ideal perseguido en la calidad del producto final, el cirujano.

En los últimos años se ha notado un deterioro en la calidad en la formación final del residente asociado a un relajamiento en el cumplimiento de las pautas programáticas y fundamentalmente en la reducción del número de acreditaciones de los centros responsables. Según el relato de Ortiz, del año 2016, solo el 24,5% de las Residencias en Cirugía existentes en el país en el citado año (173 en total) se hallan acreditadas por la AAC y el Ministerio de Salud.²⁶

Si destacamos la importancia de la residencia en cirugía, es porque hay unanimidad de criterios mundiales de que es la forma más idónea y de excelencia para la formación del cirujano. Esta afirmación se basa en el reconocimiento de las amplias oportunidades de formación que este sistema ofrece en comparación a otras alternativas.

Como muy bien dijo Valenzuela⁷ en su relato: “Si bien no constituye el único medio de acceder a la especialidad hay unanimidad en aceptar que el mejor sistema de educación para graduados es la residencia. Es el método de

aprendizaje más idóneo de formación de profesionales en un tiempo determinado con asesoramiento y supervisión permanente”.

La residencia en cirugía configura un modelo particular dentro de la formación de posgrado, que se distingue por las posibilidades de práctica intensiva e inmersión en el medio hospitalario. El residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: no solo profundiza en un área de conocimientos sino que aprende el desarrollo del trabajo real.

Estos diferentes puntos a considerar en la formación en una residencia, nos hace reflexionar que la misma en una residencia en cirugía tiene que cumplir con ciertos requisitos. En forma prioritaria debe ser planificada, organizada y ordenada además de estar evaluada y acreditada por sus pares, a través de la Sociedad Científica de la Especialidad seria, competente y reconocida.

Según el Documento Marco de las Residencias del Equipo de Salud redactado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, las residencias comparan los siguientes propósitos:²⁸

- Promover la adquisición de conocimientos y prácticas profesionales específicas de cada especialidad en contextos de trabajos.
- Aumentar las capacidades de análisis y comprensión de los problemas de salud de la población, a través de desarrollo de marcos interpretativos y éticos.
- Ampliar y profundizar la disposición al aprendizaje continuo y a la actualización profesional necesaria en contextos de cambio.
- Generar espacios para la investigación como práctica necesaria para la formación.

Para que estos propósitos puedan cumplirse es necesario contar con un programa de formación auditado, actualizado y que jerarquice la calidad de la enseñanza, a fin de mantener ordenado el proceso.

Valenzuela, en su Relato del Congreso de Cirugía (2013), menciona como objetivos o necesidades esenciales la selección de los postulantes; la importancia de la entrevista personal; la formación ética y moral; la formación teórica, docente y académica; la formación científica y de investigación.

La conocida pirámide de Miller (fig. 1) ilustra conceptualmente los distintos pasos en la formación del cirujano: en la base están los conocimientos, es decir el saber; más arriba la competencia, es decir el saber cómo; siguiendo hacia la punta de la pirámide está el desempeño, es decir el mostrar cómo, y finalmente en lo más alto de la pirámide la acción, que es el hacer.



Figura 1: Pirámide de Miller.⁷

Es importante destacar que los diversos relatos de los congresos de cirugía y comunicaciones, destacan los principales temas de la formación, educación continuada del médico cirujano y de la organización en general de los distintos centros de formación.

La formación en servicio potencia la apropiación de las prácticas de cada especialidad, sus conocimientos, sus códigos y los propios de las instituciones de salud. Resultan insuperables las condiciones de aprendizaje que ofrece el contacto cotidiano directo con colegas, pacientes y otros profesionales del equipo de salud en un ámbito de trabajo real.

La dinámica de trabajo grupal es una de las características ventajosas de la residencia (Schijvarger).¹³

La calidad de la capacitación del cirujano en formación dependerá de sus cualidades innatas, del centro acreditado donde desarrollará su aprendizaje, de sus planes de enseñanza, de la prolijidad de su práctica quirúrgica y de las exigencias de las evaluaciones sobre su progreso.

Los programas de enseñanza deben ser evaluados mediante auditorías externas periódicas realizadas por pares a través de la participación de las instituciones científicas de la especialidad debidamente reconocidas. Los Servicios formadores deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria correspondiente y formar parte de unidades docentes hospitalarias coordinadas por el Departamento de Docencia e Investigación.

Según Luis Gutiérrez:¹⁰ “La educación médica continuada son todas las actividades que ayudan al médico a mantener, desarrollar y aumentar su labor profesional en forma más efectiva y eficiente”.

Por este motivo, además de la calidad de la residencia debemos contemplar la certificación y la recertificación como una muestra que el cirujano en actividad se mantiene actualizado.

Todos estos conceptos de la formación médica, como lo es la idea de la vida misma: la vida no está hecha, terminada, gramaticalmente un participio perfecto, sino un gerundio, un haciendo, parafraseando a Ortega.

Según la opinión de Moirano:¹¹ “En relación a la enseñanza de postgrado, es una necesidad imperiosa definir con

precisión el perfil del futuro cirujano, y con ello unificar los objetivos y metodologías de aprendizaje y evaluación a aplicar en cualquier servicio del país, que posea programas de residencia”.

Para comprender bien cuál es la evolución final de la residencia en cirugía, tenemos que ser conscientes que si estadísticamente al terminar la residencia alrededor del 75% siguen una subespecialidad, esto significa que la residencia en cirugía es un paso, en general, a otras especialidades quirúrgicas, lo que nos obliga a pensar el rol de la cirugía en la planificación.

Martínez Marull,¹ en su Relato, pone énfasis en la acreditación de carreras de Medicina en el país, pues permite desarrollar la cultura de la evaluación, reducir la poca claridad del sistema médico educativo y permite que se pueda controlar la revisión de los procesos educativos para mejorar la calidad.

Sin embargo, la mayor ventaja del sistema de residencia que es el aprendizaje en su lugar de trabajo, constituye también su principal riesgo: si no se define con claridad un Programa de Formación que establezca cuales son las actividades en las que el residente tiene que participar, su ordenamiento y condiciones generales para su desarrollo, el aprendizaje sistemático puede diluirse detrás de la intensidad del trabajo cotidiano. De esta manera se convierte en mano de obra barata con mucha tarea práctica y mínimo soporte académico.

Es importante hablar de la organización para una educación médica adecuada de la residencia, pero también es importante destacar las falencias que se han encontrado a lo largo del proceso.

Valenzuela en el Relato del 2013 destaca las siguientes falencias:

- Problemas ocultos como maltratos durante la capacitación de médicos residentes.
- Remuneración económica insuficiente.
- 45% hacen tareas extra residencias para poder solventarse.
- 28% de las residencias no están en programas universitarios.
- 30% de las residencias no están acreditadas.
- 74% de los residentes hacen su residencia en cirugía como paso previo a una subespecialidad.
- 52% no hacen simulación.
- Formación ética mínima. Formación académica, docente, científica e investigación: limitada.
- Principal sistema evaluatorio es escrito y oral cada 6 meses y anualmente.
- La evaluación y acreditación de los programas es voluntaria.

La experiencia recogida en esta encuesta es importante porque el coloproctólogo es heredero en su historia pasada

como cirujano.

Según Schijvarger,¹³ la capacitación del cirujano no sólo debe atender a la competencia quirúrgica y a los conocimientos médicos, sino también debe abarcar áreas de competencia profesional que incluya al paciente y las habilidades propias de comunicación y de gestión. Esta práctica se tiene que basar en el aprendizaje y el perfeccionamiento permanente.

Los programas deben ser sometidos a la evaluación por auditoría externa a través de instituciones científicas idóneas. Además, deben seguirse de acuerdo a una metodología docente apropiada.

La acreditación de los servicios que forman debería ser una condición indispensable.^{29,30}

Así como el residente recibe una cierta formación mediante las enseñanzas, habría que pensar también en el profesional que colabora y transmite estas enseñanzas al residente, y por consiguiente habría que pensar también en la formación docente.

Un problema que hay que atender es la de aquellos cirujanos que actúan en un medio rural. El actuar de estos cirujanos y el perfeccionamiento de sus habilidades tienen sus límites.

El problema del cirujano rural lo tratan en su Relato al Congreso de Cirugía del 2010 Eduardo de Luca y Ariel Moscardi.⁴ Resaltan el hecho de que en nuestro país las políticas sanitarias son desiguales por falta de presupuesto o hay gastos evitables y disparidad en la distribución de los recursos humanos y tecnológicos.

En realidad, dicen los autores, no existe un cirujano rural, sino un cirujano general que tiene destrezas y capacitaciones, logradas a través de los distintos sistemas de formación. Por lógica consecuencia, el cirujano rural (general) abarca más áreas y subespecialidades que un cirujano urbano.

Como dato interesante referido en una encuesta, 80% de los residentes de cirugía no tienen interés en residir en una zona rural.

Los interesados en actuar en zonas rurales, por consiguiente, deberían aumentar su formación quirúrgica en temas generales.

Nuestro país tiene poco más de 10% de la población en áreas rurales y 80% vive en las grandes ciudades y que sumados representan el 1% del territorio nacional.³¹

La Argentina es uno de los países con mayor número de

médicos por habitante en el mundo: 330 habitantes por médico. La ciudad autónoma de Buenos Aires cuenta con 86 habitantes por médico y el Chaco tiene casi 1000 habitantes por médico.⁴

Se debería evaluar estas estadísticas para actuar y poder manejar estas cifras que son de vital importancia, no sólo para el Estado, sino también para las universidades, asociaciones científicas, colegios médicos, etc., pero esto es una deuda pendiente de nosotros los argentinos para nuestro país.

Schijvarger¹³ en su Relato de 2004, informa que existen 130.000 médicos en Argentina, con crecimiento anual del 5%, cuando la población crece al 1.5%.

Simulación: Mc Cormack⁷ en su Relato del 2013, introduce un nuevo concepto en el aprendizaje de la cirugía con referencia a la simulación y la posibilidad de evaluación más eficiente en la formación del cirujano en el siglo XXI.

El concepto básico de la simulación en cirugía, es que el residente que debe adquirir las maniobras quirúrgicas básicas y complejas durante su proceso formativo. Éstas no deberían comprometer las normas básicas de la ética y seguridad del paciente.

Tradicionalmente los programas de residencias usaron al quirófano como campo de enseñanzas de la cirugía.

La metodología de la simulación es usada habitualmente en el entrenamiento de atletas de alto rendimiento deportivo, pilotos de avión, entrenamiento en situaciones de guerra, etc.

Según este autor, las ventajas de la simulación son numerosas. Por ejemplo: aceleramiento de la curva de aprendizaje inicial de la técnica quirúrgica; el ambiente en que se realiza la simulación ofrece un ambiente seguro para la práctica de una determinada técnica quirúrgica y restando trascendencia a los posibles errores; se crea una oportunidad para la evaluación y el feedback durante el aprendizaje y permite corregir las fallas en la coordinación entre los integrantes del equipo, entre otras ventajas.

Existen una amplia gama de simuladores. Éstos van desde modelos de alta fidelidad como los animales o cadavéricos, hasta simuladores de realidad virtual. Los modelos que se utilizan actualmente en medicina son: modelos sintéticos (cirugía de banco y video-box trainers); modelos animales o de cadáveres humanos; simuladores de realidad virtual, y el quirófano virtual.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Marul, A; Fernández, C. La acreditación de carreras de Medicina en la República Argentina, *Rev. Argent. Cirug.*, 2004; 86(5-6): 228-245.
- Apestegui, C, Donadei, G, Larrañaga, CR. Evaluación de la calidad de atención de un Servicio de Cirugía, *Rev. Argent. Cirug.* 2001;80.
- Manrique, JL; Relación entre la calidad de vida del cirujano y su actuación profesional. Relato oficial 2006, Congreso Argentino de Cirugía.
- Deluca, E; Moscardi, J A. El Cirujano Rural. Relato oficial 2011, Congreso Argentino de Cirugía.
- Ortiz, Frutos E. El estrés del cirujano. *Comunicación. Rev. Arg. Cirug.*, 2006; 90(5-6):211-222.
- Montesinos, M R. Enseñanza de Cirugía basada en competencias en el pregrado de Medicina. *Rev. Arg. Cirug.* 2013; 104(2):77-85.
- Mac Cormack, L; Valenzuela, C H. Entrenamiento y evaluación del cirujano en formación. Relato oficial 84º Congreso Argentino de

- Cirugía 2013.
8. Ferreres, AR. Error en Cirugía. Relato oficial Congreso de Cirugía 2009.
 9. Sttati, M A. Organización, funciones y gerenciamiento de un Servicio de Cirugía. Relato oficial Congreso Argentino de Cirugía 2007.
 10. Gutierrez, L. Educación médica continuada y Recertificación. Relato oficial Congreso Argentino de Cirugía 1986.
 11. Moirano, J.J. Futuro del cirujano general y de los servicios de Cirugía. Relato oficial del Congreso Argentino de Cirugía 1994.
 12. Santángelo, HD. Incumbencia de la Asociación Argentina de Cirugía en la práctica quirúrgica. Relato oficial del congreso Argentino de Cirugía 1999.
 13. Schijvarger, R R. Enseñanza de la cirugía en el postgrado. Relato Oficial del Congreso Argentino de Cirugía 2004.
 14. Horrisberger, G E. Situación del cirujano, falencias y horizontes. Rev. Arg. Ciruj, 2000; 78:131-137.
 15. Salomon, M y col. ¿Qué enseñanza nos dejan 10 años de cirugía Colorrectal laparoscópica? Rev. Arg. Cirug. 2006; 90(3-4):152-162.
 16. Montesinos, M. Currículo oculto en Cirugía. Qué más aprenden cuando enseñamos. Rev. Arg. Cirug. 2012;103(1-2-3):9-15.
 17. Spector, C A. Cherjovsky, M R. Garcia Lavandal, L. Estrategias de afrontamiento por los cirujanos de situaciones profesionales estresantes. Rev. Arg. Cirug. 2016;108(2):70-76.
 18. Raimondi, C; Vaccaro, C A. Investigación Científica y Cirugía. Relato Oficial del Congreso Argentino de Cirugía 2014.
 19. Gofton, Wade, Md , Regehr , Glenn. Factors in optimizing the learning environment for surgical training. Clinical Orthopedics and related research-2006.
 20. Esteva, H. Reflexiones. Reflexiones irreverentes sobre el paternalismo y la evidencia en Cirugía. Rev. Arg. Cirug., 2012; 102(4-5-6):69-73.
 21. Quirarte Cataño, C, Muñoz Hinojoca, J. La Revolución pedagógica en la Cirugía. Parte II. Las teorías del aprendizaje y las bases metodológicas de la de la enseñanza. Cirugía endoscópica. Vol. 14 Supl. Abril-Junio 2013.
 22. Torkington, J, Sgt Smith. The role of simulation in surgical training. AnnR Coll Surg Engl 2000; 82:88-94.
 23. Bustos, F, Díaz, E. Simulación "médico-quirúrgica" Primum non nocere" at "Errare humanum est". Segunda parte. Rev. Educ. Cienc. Salud 2014;11(1):47-53.
 24. Serafini, V. Formación en cirugía abierta en la era Videoscópica ¿Es necesario seguir enseñando cirugía abierta? ¿Qué enseñar? ¿Cómo enseñar? Marco teórico. Relato oficial del 87 Congreso Argentino de Cirugía 2016. Capítulo.
 25. Duhalde, M A. Formación en cirugía abierta en la era Videoscópica ¿Quiénes son los destinatarios de la enseñanza? Evolución hacia un nuevo paradigma. Relato Oficial del 87 Congreso Argentino de Cirugía 2016. Capítulo II.
 26. Ortiz, E. Formación en cirugía abierta en la era Videoscópica. Realidad en Argentina. Relato oficial del 87 Congreso Argentino de Cirugía 2016. Capítulo III.
 27. Padín, R, Dominguez, H. ¿Quién y cómo se debe garantizar la calidad del cirujano? Relato Oficial del 88 Congreso Argentino de Cirugía 2017.
 28. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias del Equipo de Salud, Documento Marco. Año 2011.
 29. Resolución 450/2006. Ministerio de Salud de la Nación. Crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.
 30. Resolución 1342/2007. Ministerio de Salud de la Nación. Reglamenta el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.
 31. Dirección General de Estadística y Censos 2002.