El tutor de residentes de cirugía general: objetivos y tareas a realizar

Prof. Dr. Antonio Reguera Teba

RESUMEN:

Durante el periodo de especialización sanitaria es necesario una formación postgraduada amplia y esquematizada que se lleva a cabo en el propio contexto laboral en la que el residente alcanza el título de especialista. Este proceso formativo se centra en el desarrollo de habilidades terapéuticas y en la adquisición de competencias a través de la experiencia clínica. La formación de futuros especialistas forma parte de nuestra actividad como profesionales de la medicina. En este proceso formativo el tutor tiene un papel relevante. La especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo tiene una serie de aptitudes, experiencias y conocimientos que hay que conocer para poder revelar a nuestros residentes. El objetivo del artículo es resaltar la figura del tutor de residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo, así como exponer las tareas y objetivos que debe de realizar para asegurarnos una formación adecuada y de calidad.

ABSTRACT

During the period of health specialisation, extensive and schematised postgraduate training is required, which is carried out in the work context in which the resident achieves the title of specialist. This training process focuses on the development of therapeutic skills and the acquisition of competencies through clinical experience.

The training of future specialists is part of our activity as medical professionals. The tutor plays an important role in this training process. The speciality of General and Digestive Surgery has a series of skills, experiences and knowledge that must be known in order to reveal to our residents.

The aim of this article is to highlight the figure of the General and Digestive Tract Surgery resident tutor, as well as to set out the tasks and objectives that must be carried out in order to ensure adequate and quality training.

Palabras clave: Tutor de residentes, formación sanitaria postgraduada, cirugía general.

INTRODUCCION:

La formación quirúrgica es un tema de constante actualidad. En la antigüedad y alta edad media la cirugía era considerada un oficio manual cuyo aprendizaje era parecido a la de otras profesiones técnicas. A partir del siglo XIII en algunas universidades europeas se incorporan nociones quirúrgicas en los planes docentes gracias a la creación de los teatros anatómicos que permitían a los estudiantes de medicina realizar disecciones que condujeron a la implantación de las primeras cátedras de cirugía. En el siglo XIV se amplían los conocimientos teóricos gracias a la obra *Chirurgia Magna* de Guy de Chauliac, en la que se desarrollan temas quirúrgicos, destacando lecciones sobre heridas, úlceras, tumores, fracturas y luxaciones¹.

No será hasta el siglo XVIII en Francia e Inglaterra donde se niveló de categoría a clínicos y cirujanos otorgando privilegios a los miembros del *Royal College of Surgeons*. En esta etapa destaca la figura de John Hunter (1728-1795), cirujano escocés que publicó diversos estudios experimentales en patología quirúrgica creando las bases científicas de la misma². Posteriormente, durante la ilustración, existe un estancamiento de las universidades a favor de las academias científicas que se encontraban a la vanguardia del conocimiento, promocionando esta investigación y contribuyendo a la formación médica. Del mismo modo, los hospitales pasaron de tener una finalidad tradicionalmente caritativa a convertirse en instituciones más específicas médicas. Los fundadores y administradores procuraban

que los hospitales contribuyeran en la formación de médicos y cirujanos mediante la creación de los hospitales clínicos que se encontraban cercanos a las facultades de medicina.

En el siglo XIX se produce un cambio en la forma de aprender medicina debido al contacto de los médicos con los hospitales y los institutos de investigación. Los primeros médicos "internos" surgen en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore (EE. UU.) en 1889. Este sistema cambió la forma en la que los cirujanos se formaban hasta entonces, motivada por el recelo de los grandes cirujanos de la época que preferían la práctica privada a dedicarse a una actividad que les iba a proporcionar competidores bien formados. El cirujano William Halsted (1852-1927) aseguraba que la formación de los médicos debía llevarse a cabo al lado de la cama de los enfermos en lugar de clases magistrales donde no existía contacto con los pacientes³. Este método de enseñanza médica se extendió por Europa principalmente por los países anglosajones.

La modernización de la sanidad española a partir de la década de los 60 del siglo pasado fue paralela a la creación y desarrollo de la formación sanitaria especializada⁴. Hoy todas las facultades de medicina tienen que contar con hospitales de referencia, dotadas de alta tecnología, buenos laboratorios y profesores que al mismo tiempo sean docentes e investigadores. El médico del siglo XXI debe ser un médico polivalente, con capacidad para resolver problemas muy diversos, preparado para asistir de forma personalizada a sus enfermos e impartirle cuidados. Se le exige un aprendizaje continuo, con capacidad creadora para hacer frente a situaciones nuevas y con sentido de autocrítica.

La formación especializada en España es responsabilidad exclusiva del Sistema Nacional de Salud, que cuenta con una estructura docente para regularla, supervisarla y evaluarla^{5,6}. La formación se garantiza a través de un contrato laboral por el que el residente tiene la obligación de prestar un trabajo y el derecho a recibir una formación acorde a lo establecido en los programas nacionales de formación de cada especialidad. Dentro de esta estructura, el tutor es el responsable directo de garantizar la correcta formación del residente⁷. Sin embargo, a pesar de esta gran responsabilidad legal y ética, en ocasiones este desafío se acepta sin tener experiencia y sin tener la formación necesaria para llevar las tareas que requieren tutorización. Este artículo pretende conocer los objetivos y las tareas que el tutor de residentes de Cirugía General debe de efectuar para alcanzar una correcta formación postgraduada que permita obtener cirujanos competentes y profesionales y así hacer frente a los desafíos de la profesión médica.

El Real Decreto 183/2008 actualizó el Sistema Español de Formación Sanitaria Especializada y regularizó la figura del tutor de residentes. Este sistema lo ordena el Ministerio de Sanidad, quien acredita a los hospitales, servicios asistenciales y centros de salud, los cuales son gestionados por las Comunidades Autónomas (gobiernos regionales). Estas son las responsables de acreditar a los tutores y de facilitarles el desarrollo de sus funciones, si bien, no todas las regiones han adoptado las medidas adecuadas para ello, ni han desarrollado un marco normativo tal como obliga ley^{6,8}.

La palabra tutor viene del latín *tueri* que significa, observar y proteger. El tutor es el responsable directo de la formación del residente; implica un compromiso ético y legal con la sociedad y exige un amplio abanico de complejas tareas relacionadas con normativas, planificación, gestión, estrategias pedagógicas y valores profesionales. Ello ha generado la necesidad de su profesionalización, requiriendo apoyo, recursos y el reconocimiento institucional para cumplir con su misión, lo cual no siempre existe. Para poder acreditarse como tutor se necesita poseer el título de médico especialista, encontrarse en activo, realizar actividad asistencial, docente e investigadora, estimar una inquietud

especial por la docencia, así como asegurar una implicación plena con el residente y aunque resulte obvio debe ser una opción totalmente voluntaria.

El tutor de residentes se considera una autoridad docente encontrándose en dicha actividad por encima del jefe de servicio. Si bien es el responsable, no es el único, puesto que en un servicio de Cirugía acreditado para la formación de residentes todos los profesionales asistenciales tienen obligación docente, por lo que nadie puede evadir esta responsabilidad⁹. Las funciones del tutor de residentes son consideradas de gestión clínica y debe de ser reconocido por las autoridades sanitarias⁶⁻⁸.

Aunque el rol del cirujano se ha ubicado tradicionalmente en el quirófano ejecutando una cirugía con habilidad técnica, el papel de la especialidad trasciende este aspecto profesional e incorpora además de conocimientos y destrezas, cualidades y actitudes generales, profesionales y científicas¹⁰. La tabla I recoge algunas de las actitudes que debe poseer un residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

OBJETIVOS Y FUNCIONES DEL TUTOR DE RESIDENTES

Entre las funciones del tutor se encuentra la planificación, gestión, supervisión y evaluación de nuestros residentes. Lo más importante que tiene el tutor es la potestad para adaptarlas al servicio en función de las características del hospital, así como a las singularidades de cada uno de los residentes¹¹.

Los objetivos que debe de aspirar el tutor son garantizar una autonomía del aprendizaje, la adquisición progresiva de responsabilidades y lograr una capacidad investigadora. Las funciones de formación consistirían en la elaboración de una guía e itinerario formativo, la elaboración de un plan individual de formación adaptado a cada residente y año, así como fomentar y alentar la capacidad investigadora y docente de los residentes.

Las funciones de supervisión y evaluación constan de establecer una serie de reuniones o entrevistas estructuradas con el residente de manera trimestral en la que se pautan los objetivos a cumplir, así como evaluar posibles problemas o dificultades que puedan surgir durante las diversas rotaciones. Las entrevistas deben ser planificadas y realizarse en un ambiente de privacidad y de confianza mutua. Durante la entrevista se monitoriza la progresión del residente, se revisa el cumplimiento de los objetivos de anteriores entrevistas reforzando logros de aprendizaje y corrigiendo los déficits que pudieran aparecer. Para eso es muy importante que haya una relación de seguridad entre tutor-residente. Al finalizar la entrevista es importante orientar y motivar al residente, programando futuros objetivos. Estos objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales. Un ejemplo podría ser aconsejarle a un residente de primer año que realice cinco apendicectomías y que envíe además una comunicación al congreso nacional de cirugía durante su rotatorio en urgencias.

En la evaluación se elabora un protocolo de supervisión en el que revisamos el libro del residente, se desarrolla un seguimiento y evaluación continuada del proceso de aprendizaje y se realiza un informe de evaluación anual y final de residencia que es el que el médico residente necesita para convertirse en especialista.

Las funciones de organización se fundamentan en la elaboración de una memoria del plan docente del periodo formativo y una memoria anual docente de tutorías.

Desde un punto de vista cronológico podemos clasificar las tareas del tutor de residentes en cuatro etapas:

1. Proceso de acreditación o reacreditación del tutor: Realizar una memoria del plan docente.

2. Antes de la llegada del residente: Planificar una guía o itinerario formativo y el protocolo de supervisión.
3. Bienvenida del residente: Desarrollar un manual de acogida en la que se presenta el hospital y el servicio de Cirugía General. Entrega del plan individual de formación y el calendario de rotaciones.
4. Durante el periodo formativo: Supervisar una evaluación continua, destacando las tutorías y el libro del residente. El libro del residente sirve para simplificar el registro de la actividad, realizar informes fiables y detallados para la evaluación y mejora de la formación del servicio. En el libro debe aparecer reflejados datos quirúrgicos, así como la producción científica y de formación continuada.

El tutor de residentes debe ser y actuar como un referente profesional. Otras funciones del tutor son la realización de un plan de acogida en el que se recibe no solo a los residentes de nuestra especialidad, sino a todos aquellos que rotan en nuestro servicio. Debe de informar al centro sobre todas las actividades que requieran permisos y que complementen la formación postgraduada, así como fomentar y colaborar con el residente en la participación en las actividades docentes del hospital, tales como sesiones clínicas, comités y otras actividades formativas.

Otras capacidades que debe poseer un tutor de residentes son tener la cualidad de saber escuchar, dialogar y reflexionar, animar en las dificultades, ayudar a superar el fracaso, ejercitar el sentido del humor, ilusionar y cultivar la vivencia ética de nuestra profesión.

PROYECTO DOCENTE

El proyecto docente es el manual donde aparece reflejado la guía o itinerario formativo que necesita ser aprobado por la comisión de docencia del hospital o centro sanitario para poder estar acreditado como tutor de residentes. En este documento el tutor recoge de manera estructurada las actividades para llevar a cabo la acción tutorial y las tareas docentes necesarias para lograr los objetivos establecidos en el plan de formación de la especialidad¹².

La elaboración del proyecto docente es un trabajo reflexivo en el que se pretenden reflejar todas nuestras pretensiones como docentes, plasmando las mejores estrategias que permitan a los residentes acceder a los contenidos y completar su formación en las diferentes competencias de forma eficiente y activa^{13,14}.

La redacción del proyecto docente debe ser estructurada. Comienza enunciando los recursos humanos y técnicos que dispone nuestro servicio. Definimos el ámbito sociosanitario en el que nos encontramos, el nivel asistencial de nuestro hospital, así como el número de camas de hospitalización. Explicamos los recursos físicos de la unidad docente, si dispone de aulas o material docente o didáctico. Desarrollamos las características asistenciales de nuestro servicio o unidad de gestión clínica con sus diferentes secciones y cartera de servicios.

Los objetivos de formación detallan cómo se forma un cirujano. En este epígrafe se desarrollan las competencias específicas que aparecen en el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. El programa formativo aparece regulado por ley y expone aquellos conocimientos teóricos que hay que saber, así como las habilidades clínicas y técnicas que hay que saber hacer¹⁵. La tabla II recoge las intervenciones quirúrgicas mínimas que debe realizar un cirujano al finalizar la residencia.

Además de las competencias específicas de nuestra especialidad existen otras competencias generales o esenciales que son comunes al resto de especialidades sanitarias. Son la capacidad de poseer habilidades comunicativas, razonamiento clínico, capacidad investigadora, análisis crítico y manejo de la información, capacidad docente y autoaprendizaje, competencias personales en valores profesionales de servicio, bioética, gestión de recursos, salud pública y trabajo en equipo.

En el itinerario formativo se definen las actividades asistenciales, de docencia e investigación. El residente puede y debe participar en la formación de estudiantes de grado mediante el nombramiento de colaboración docente por parte de la universidad.

Se desarrolla un cronograma en el que aparecen reflejadas las diversas rotaciones que se desarrollan durante la residencia adaptadas a cada residente y a las peculiaridades del servicio u hospital. La tabla III muestra una orientación sobre las rotaciones que debe realizar el residente durante su periodo formativo.

Se recoge la actividad mínima que debe realizar un residente, así como los niveles de complejidad que debe asumir según el año de residencia. Las diferentes actividades asistenciales consisten en sala de hospitalización, consultas externas y quirófano.

En el pase de planta de hospitalización el residente, acompañado por un facultativo y por el enfermero responsable del paciente, efectuará la visita médica. Los pasos por seguir con cada consulta de paciente hospitalizado son: Interrogatorio sucinto, examen físico e inspección de la hoja de constantes, solicitud de exploraciones complementarias o de hojas de interconsulta, anotación de la evolución clínica y de las órdenes de tratamiento, contribuyendo, posteriormente a informar a los familiares. En su caso, el residente formalizará los informes de alta, que deben incluir: resumen de la historia clínica, expresando claramente el diagnóstico principal, los procedimientos quirúrgicos, la existencia de comorbilidad o de complicaciones y las recomendaciones al alta¹⁵.

El residente debe participar activamente en la programación quirúrgica de la unidad docente con responsabilidad creciente a lo largo de su periodo formativo. Además de su contribución al acto quirúrgico propiamente dicho, participará en la confección del juicio clínico preoperatorio, la obtención del consentimiento informado, la orden de operación, la cumplimentación de la hoja operatoria, la solicitud de estudios anatomopatológicos o de otro tipo y la información a familiares. El residente participará en los turnos de guardia del servicio. Las actividades incluyen: asistencia a los enfermos sobre los que se pide consulta desde el servicio de urgencia, contribuyendo a las decisiones de ingreso, alta, traslado u observación; realización de las intervenciones de urgencia de los pacientes que lo precisen, tanto externos como internos; y atención continuada de los pacientes ingresados. Particularmente importante es la realización de cuidadosas historias clínicas, incluyendo interrogatorio, examen físico, revisión de exploraciones complementarias, etc., hasta la formulación de un juicio sobre indicación o no de intervención quirúrgica urgente¹⁵.

En cuanto al nivel de responsabilidad se distinguen 3 niveles¹⁵:

- El nivel 1 es aquel que permite al residente realizar una actividad sin necesidad de una tutorización inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente, informa.
- El nivel 2 posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del staff.
- El nivel 3 se corresponde con actividades en las que el residente simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

Las tablas IV y V recogen respectivamente el grado de complejidad de las intervenciones a realizar durante la residencia, así como los niveles de responsabilidad que debe asumir en su actividad asistencial.

El residente participará en el área de consultas externas, verdadero laboratorio de relación con la atención primaria y de control del resultado de las terapéuticas quirúrgicas. Durante la visita, el residente realizará el interrogatorio, el examen físico, la formalización de la historia clínica y el plan de actuación. Si el caso es quirúrgico, solicitará el estudio preoperatorio y la consulta preanestésica, según el protocolo del centro. Cumplimentará los documentos de inclusión en lista de espera y el consentimiento específico. En su caso, realizará informe de alta en consulta externa¹⁵.

Las actividades docentes corresponden a la formación postgraduada desarrollada durante la residencia. Realización de cursos propios de la especialidad, otros cursos del plan formativo transversal común (Bioética, Gestión, Metodología en Investigación...)¹⁶. Participación en sesiones clínicas del servicio u hospitalarias, sesiones bibliográficas, de morbimortalidad.

La formación en investigación consiste en la colaboración en proyectos de investigación, publicaciones, comunicaciones a congresos. Se debe alentar al residente en su formación continua con la posibilidad de realizar la tesis doctoral durante el periodo formativo.

En el proyecto docente se debe reflejar la metodología docente. Consiste en explicar cómo vamos a hacer la docencia, cómo vamos a evaluar y cómo vamos a supervisar. En la metodología describimos las herramientas formativas de las que disponemos. Ejemplos de material docente podría ser el aprendizaje basado en tareas, la realización de cursos, talleres o seminarios, interpretación o role-playing, trabajos grupales o el aprendizaje basado en problemas o incidentes críticos. Otras herramientas formativas son las prácticas supervisadas con feed back formativo, la aplicación de herramientas informáticas, la fomentación del autoaprendizaje, presentación de sesiones temáticas, discusión de casos clínicos o sesiones bibliográficas.

La evaluación y supervisión de la docencia es prioridad del tutor de residentes. Aunque no es el único, puesto que cada rotación externa tendrá que ser evaluada por un responsable en formación que podrá ser un adjunto o el propio jefe de servicio y en última instancia la evaluación anual la realizará la comisión de docencia del hospital presidida por el jefe de estudios¹⁵. La formación especializada en España se encuentra regulada por la Comisión Nacional de Especialidad. También hay que reconocer el enorme interés de la Asociación Española de Cirujanos a través de su sección de formación con la realización continua y actualizada de cursos, *webinars*, concesión de becas para la realización de estancias externas y de investigación, así como programas de colaboración con países latinoamericanos.

La manera de supervisar la formación durante el periodo de residencia se realiza mediante la programación de entrevistas estructuradas, supervisando el cumplimiento del libro de residente, realizando un seguimiento en la asunción progresiva de responsabilidades, valorando el cumplimiento y adecuación del itinerario formativo, así como la realización de las rotaciones y los objetivos de estas. Hay que comprobar la ejecución de las actividades docentes registrando el número de sesiones impartidas en sus diversas modalidades, así como la participación en las distintas actividades de investigación. Durante esta fase es muy importante detectar acciones de mejora y deficiencias en el proceso formativo.

CONCLUSIONES

La figura del tutor de residentes cobra especial relevancia ya que sobre él recae toda la responsabilidad de la planificación, gestión, supervisión y evaluación de todo el proceso de formación del residente, para lo cual es imprescindible que se regule su dedicación para mantener la calidad del especialista formado y por tanto del sistema sanitario.

La formación especializada debe tener una visión multidisciplinar y multiprofesional más acorde con la realidad de nuestros días. Los diversos Sistemas Nacionales de Salud deben garantizar un alto nivel de calidad del sistema de formación sanitaria especializada.

El desarrollo de una formación troncal implicará importantes modificaciones en el sistema formativo actual con la necesidad de adecuar e incrementar los recursos docentes a los nuevos programas formativos y a los correspondientes requisitos de acreditación en consonancia con los periodos troncal y específico que integrarán la formación completa de las especialidades de ciencias de la salud.

Conflicto de intereses: Ninguno

Agradecimientos: Nuestro agradecimiento a la unidad de docencia del Hospital Universitario de Jaén por encontrarse disponible en todo momento y su constante interés en la formación de los futuros especialistas.

Datos de Autor**Título**

El tutor de residentes de cirugía general: objetivos y tareas a realizar

Autor

Prof. Dr. Antonio Reguera Teba

Departamento de Cirugía. Hospital Universitario de Jaén. Universidad de Jaén. (España)