

Encuesta de opinión sobre la cirugía mayor ambulatoria en la formación del residente de especialidades quirúrgicas

Opinion survey of the effect of major ambulatory surgery on the training of surgical residents.

Carlos Martínez Ramos, Rodrigo Sanz López, M.T. Cerdán Carbonero, José Ramón Núñez Peña.

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Clínico San Carlos. Facultad de Medicina. Universidad Complutense.

Introducción: La progresiva implantación en nuestro país de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) puede afectar a la enseñanza de la cirugía, si consideramos el desplazamiento presente y futuro hacia las Unidades de CMA de intervenciones quirúrgicas muy frecuentes, de riesgo medio y bajo, que constituyen la base del aprendizaje quirúrgico. El objetivo del presente trabajo es 1º) conocer la opinión de los residentes de especialidades quirúrgicas sobre la repercusión que la CMA puede tener en su formación quirúrgica y 2º) conocer las posibles soluciones que aportan en este sentido.

Material y Métodos: Se ha realizado una encuesta de 17 preguntas (13 cerradas, 2 abiertas y 1 mixta) a 72 residentes pertenecientes a 7 de las especialidades quirúrgicas que participan en la Unidad de CMA del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Resultados: La encuesta ha sido cumplimentada por el 36,1% de los residentes. De ellos, el 100% considera que: 1) es importante conocer y formarse en este tipo de cirugía. 2) las técnicas quirúrgicas que se realizan en la UCMA del Hospital son fundamentales para la formación del residente. 3) la Cirugía Mayor Ambulatoria debe incluirse en la formación de su especialidad durante el periodo de residencia. El 80,8% considera que tener formación en CMA contribuye a mejorar las expectativas laborales una vez finalizada la residencia.

Conclusiones: Los residentes consideran que es necesaria su participación en la actividad de las Unidades de CMA, necesiándose, en este sentido, la creación de programas bien estructurados, elaborados

y coordinados. Estos han de estar consensuados por todas las partes afectadas y se han de adaptar a las características de cada especialidad.

Palabras claves: Cirugía Mayor Ambulatoria; Formación quirúrgica; Formación del Residente de Especialidades Quirúrgicas; Residencia en cirugía; Enseñanza de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Introduction: The progressive introduction in our country of Major Ambulatory Surgery (MAS) may affect the training of surgical residents. The type of operations that may now be performed at MAS Units (frequent medium and low risk operations) constitute to a large extent the basis of surgical training. The objectives of this study are to assess the opinions of the surgical residents of the likely effects of the advent of MAS on their surgical training, and to record any solutions that they may propose.

Material and Methods: A survey of 17 questions (13 closed, 2 open and 1 mixed) was administered to 72 residents training in seven of the surgical specialties that participate at the MAS Unit at the Hospital San Carlos, Madrid.

Results: The survey was completed by 36.1% of residents. All those that responded considered that: 1) familiarity with, and training in, this type of surgery is important. 2) the surgical techniques performed at the Hospital's MAS Unit are fundamental for the surgical training of the resident. 3) Major Ambulatory Surgery should be included in the training of surgical residents. 80.8% consider that receiving MAS training will improve their employment prospects on finishing their residence period.

Conclusions: Residents consider that their participation

Correspondencia:

Carlos Martínez Ramos
C. Prof. Martín Lagos s/n. 28040 Madrid
Tel. 91 330 34 74 Fax. 91 330 34 42
E-mail: cmartinez.hcsc@salud.madrid.org

in the activity of MAS Units is important and that well-structured, well-coordinated programs are required. All parties involved should participate in the preparation of the programs, which should be adapted to the characteristics of each specialty.

Key words: Major Ambulatory Surgery; Surgical training; Surgical resident

INTRODUCCIÓN

La implantación en España de la Cirugía Mayor Ambulatoria (Cirugía sin Ingreso) se está realizando de manera continua y progresiva, de forma que el número de pacientes y procedimientos quirúrgicos subsidiarios de cirugía sin ingreso es cada vez más elevado en todas las especialidades quirúrgicas, existiendo previsiones que indican que en los próximos años se realizará de esta manera un elevado porcentaje de la cirugía electiva.

La Cirugía Mayor Ambulatoria presenta unas claras, evidentes e indiscutibles ventajas, pero comporta la aparición de algunos problemas como es el de la enseñanza de la cirugía, sobre todo si tenemos en cuenta el desplazamiento presente y futuro hacia las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria de un importante volumen de actividad quirúrgica, muy frecuente, de riesgo medio y bajo, que constituye la base del aprendizaje quirúrgico.

Una de las primeras condiciones para abordar el análisis y la solución de este problema es conocer la opinión de los protagonistas del mismo, es decir de los residentes de especialidades quirúrgicas. El objetivo del presente trabajo es el de saber, por un lado, la opinión de estos residentes sobre la Cirugía Mayor Ambulatoria en general, y sobre la repercusión que la misma puede tener en su formación quirúrgica y, por otro lado conocer y analizar las posibles soluciones que aportan los residentes en este sentido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una encuesta a un total de 72 residentes pertenecientes a las siguientes especialidades quirúrgicas que participan en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid: Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología,

Tabla I. Número de residentes por especialidad.

Especialidad	n	%
Cirugía General y del Aparato Digestivo	17	23
Cirugía Ortopédica y Traumatología	15	21
Otorrinolaringología	5	7
Obstetricia y Ginecología	16	22
Cirugía Maxilofacial	4	6
Urología	10	14
Angiología y Cirugía Vascolar	5	7
TOTAL	72	

Otorrinolaringología, Obstetricia y Ginecología, Cirugía Maxilofacial, Urología y Cirugía Vascolar. En la Tabla I se expone el número de residentes por especialidad. La encuesta se realizó en el año 2001, dos años después de la puesta en funcionamiento de la UCMA del hospital Clínico San Carlos de Madrid. Esta UCMA pertenece al tipo de *Unidades Hospitalarias Separadas*, con instalaciones, recursos humanos y circuito asistencial independientes.

La encuesta consta de un total de 17 preguntas de las cuales 13 son *preguntas cerradas*, 2 son *preguntas abiertas* y otras 2 son *preguntas mixtas*.

Las *preguntas cerradas* obligan a contestar eligiendo entre las opciones que se presentan y tienen la ventaja de proporcionar una mayor facilidad para su registro y para la comparación de datos. De las 13 *preguntas cerradas*, 6 son *dicotómicas puras* ofreciendo solo dos opciones de respuesta y 3 ofrecen además la fórmula "no sabe / no contesta". De las 4 preguntas restantes, 3 son *de opción múltiple*, con alternativas mutuamente excluyentes, y 1 es una *pregunta de respuestas múltiples* de las que pueden seleccionarse varias.

Las *preguntas abiertas* (dos en la encuesta) dan la libertad al encuestado para contestar con sus propias palabras. Aunque tienen la ventaja de reflejar la verdadera opinión de cómo perciben los encuestados un aspecto concreto presentan, sin embargo, la importante limitación de que son difíciles de registrar y de comparar.

Las *preguntas mixtas* (dos en la encuesta) plantean una *pregunta cerrada* en la que se añade al final una *alternativa abierta* con el fin de que el encuestado tenga libertad para matizar con sus propias palabras aspectos que con la pregunta cerrada no podrían contestar.

Se han utilizado *preguntas filtro* para crear una secuencia adecuada, así como *preguntas en batería*

Tabla II. Número de residentes por especialidad que han cumplimentado la encuesta.

Especialidad	n	%
Cirugía General y del Aparato Digestivo	10/17	59
Cirugía Ortopédica y Traumatología	9/15	60
Otorrinolaringología	4/5	80
Obstetricia y Ginecología	1/16	6
Cirugía Maxilofacial	2/4	50
Urología	0/10	0
Angiología y Cirugía Vascular	0/5	0
TOTAL	26/72	36,1

que están relacionadas con un mismo aspecto del contenido y que se van complementando entre sí.

Del total de las 17 preguntas de la encuesta, siete están encaminadas a valorar el nivel de conocimiento de los residentes sobre la Cirugía Mayor Ambulatoria. Nueve preguntas exploran la opinión de los residentes sobre la relación de la Cirugía Mayor Ambulatoria con la enseñanza de la cirugía y, finalmente, una pregunta explora la opinión sobre la relación entre formación en Cirugía Mayor Ambulatoria y expectativas laborales al finalizar la residencia.

RESULTADOS

Del total de los 72 residentes a los que se les entregó la encuesta, la han cumplimentado 26 lo que supone un 36,1 %. En el Tabla II quedan recogidos los porcentajes de cumplimentación de la encuesta por especialidades. Las especialidades con mayores porcentajes han sido Otorrinolaringología (80%), Cirugía Ortopédica y Traumatología (60%) y Cirugía General y del Aparato Digestivo (59%). Las de menor han sido Urología y Cirugía Vascular, ambas sin cumplimentación de la encuesta por ningún residente.

Un 84,6% de los residentes conocen el sistema de Cirugía Mayor Ambulatoria mientras que un 15,4% no lo conocen. Estos últimos corresponden a Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) (1/10 residente, 10%) y Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) (3/9 residentes, 33,9%). Del resto de las especialidades todos los residentes conocían el sistema de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Un 76,9% de los residentes cree que el sistema de Cirugía Mayor Ambulatoria es una forma de hacer cirugía muy bien consolidada y que tiene una fuerte y progresiva implantación. Un 3,8% considera que es

una forma de hacer cirugía todavía no muy bien consolidada. El 19,3% restante "no sabe / no contesta".

Un 96,2% conoce la existencia de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) del Hospital Clínico. Un 84,6% de los residentes manifiesta que ha visitado la UCMA del Hospital Clínico alguna vez, mientras que 15,4% no lo ha hecho nunca (esto corresponde a 4 residentes, 2 de Cirugía General y del Aparato Digestivo (R3 y R5) y 2 de Cirugía Ortopédica y Traumatología (ambos R1).

El 65,4% de los residentes ha participado alguna vez en este tipo de cirugía en la UCMA del Hospital Clínico. El 34,6% restante no lo ha hecho nunca (4 residentes de CGAD: R2, R3 y dos R5), (3 de COT dos R1 y R2) y (2 de ORL, R1 y R2). De los residentes que han participado alguna vez en este tipo de cirugía el 17,6% lo ha hecho de forma regular y el 82,4% de manera esporádica.

El 7,7% manifiesta que no conoce los procesos quirúrgicos de su especialidad que se realizan en la UCMA del Hospital (R5 de CGAD y R1 de COT). El 92,3% restante sí los conoce. De estos el 95,8% ha podido citar tres de estos procesos mientras que el 4,2% restante solo ha podido citar dos.

El 100% de los 26 residentes que han cumplimentado la encuesta considera que en su especialidad es importante conocer y formarse en este tipo de cirugía. El 34,6% considera que lo fundamental de esta formación es únicamente el aspecto de técnica quirúrgica. El 26,9% considera que lo fundamental es la asociación de varios aspectos: técnica quirúrgica + tipos de anestesia y criterios de recuperación postoperatoria + forma de efectuar una buena selección de los pacientes + infraestructura física necesaria para realizar este tipo de cirugía. El 11,5% considera que lo fundamental es: técnica quirúrgica + selección de los pacientes + infraestructura física. El 7,7% la selección de los pacientes + infraestructura física. El 3,8% técnica quirúrgica + tipos de anestesia + selección de los pacientes. El 3,8% técnica quirúrgica + infraestructura física. El 3,8% solo infraestructura física. El 7,7% "no sabe / no contesta".

El 100% de los 26 residentes que han cumplimentado la encuesta considera que las técnicas quirúrgicas que se realizan en la UCMA del Hospital son fundamentales para la formación del residente. El 80,8% considera que tener formación en Cirugía Mayor Ambulatoria contribuye a mejorar las expectativas laborales una vez finalizada la residencia.

El 100% de los 26 residentes que han cumplimentado la encuesta opina que la Cirugía Mayor Ambulatoria debe incluirse en la formación de su

especialidad durante el periodo de residencia. Respecto a la duración que consideran debería abarcar la rotación por esta Unidad, el 15,4% propone entre 1-2 meses. El 42,3% mas de 2 meses. El 15,3% propone entre 6 meses y 2 años. El 19,2% propone mas de 2 años. El 7,7% "no sabe / no contesta".

Respecto al momento en que los residentes consideran que debería producirse la rotación por esta Unidad, el 34,6% considera que debe efectuarse entre el 1^{er} y 3^{er} año de residencia. El 19,2% en el 3^{er} año y el 11,5 en el 5^o año. Finalmente, el 19,2% considera que la rotación debe efectuarse regularmente durante todos los años que dure la residencia participando según el grado de experiencia alcanzado en cada uno de ellos.

DISCUSION

De los resultados obtenidos en este trabajo destaca, en primer lugar, la baja respuesta de los residentes a la encuesta, lo cual podría interpretarse como falta de interés respecto a los aspectos relacionados con la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Es así mismo destacable la existencia de un significativo grupo de residentes (15,4%) que desconoce el sistema de CMA. Además un 23,1% de residentes desconoce que este tipo de cirugía está muy bien consolidada en la actualidad y que, por otra parte, tiene una fuerte y progresiva implantación en nuestro medio. Estos resultados podrían explicarse, en primer lugar, por el relativo poco tiempo de funcionamiento de la UCMA de nuestro hospital en el momento de realizarse la encuesta y, en segundo lugar, por la escasa participación de los residentes de especialidades quirúrgicas en la actividad de dicha Unidad.

Por otra parte, hay que resaltar la total unanimidad de los residentes en considerar que, dentro de sus respectivas especialidades, es muy importante conocer y formarse en este tipo de cirugía. Además todos ellos consideran que las técnicas quirúrgicas que se realizan en la UCMA son fundamentales para su formación.

En este sentido la totalidad de los residentes consideran que la CMA debe incluirse como parte de su formación durante la residencia en periodos de tiempo que, para la inmensa mayoría, debe superar como mínimo los dos meses. Para algo mas de la mitad de los residentes (53,8%) se tendría que rotar por la UCMA en los tres primeros años de residencia aunque para el 19,2% dicha rotación debería efectuarse durante todos los años que dure la residencia, participando regularmente en ella según el

grado de experiencia quirúrgica que hayan alcanzado a lo largo de este tiempo.

Actualmente se considera y se acepta que la Cirugía Mayor Ambulatoria es una forma de asistencia sanitaria que constituye una de las mejores opciones para incrementar la eficiencia de los sistemas de salud. La introducción de modalidades de asistencia como la CMA y la Cirugía de Corta Estancia reduce la estancia hospitalaria en un importante y creciente porcentaje de pacientes. Este progresivo aumento de la CMA es debido tanto a la constante incorporación de nuevos procedimientos quirúrgicos, cada vez de mayor complejidad, como a los continuos avances en el campo de la anestesiología.

A esto hay que añadir el elevado nivel de satisfacción de los pacientes que se intervienen en las Unidades de CMA. Todo ello ha originado un gran cambio en el enfoque de la CMA la cual hasta ahora había sido considerada como una alternativa a la cirugía con hospitalización. Quizás uno de los nuevos enfoques estratégicos que probablemente se produzcan en los próximos años sea el de considerar a una gran parte de los pacientes quirúrgicos como "ambulatorios" mientras no se demuestre lo contrario. Es decir la CMA será considerada, para muchos procesos, como la forma de cirugía de primera elección y dejará de ser entendida simplemente como una alternativa ^{1,2}.

Uno de los pilares del éxito de la Cirugía Mayor Ambulatoria, ha sido la creación de Unidades Hospitalarias Separadas o Autónomas, evitando de esta manera que la CMA se realice de forma "residual", es decir complementando o "rellenando" los partes operatorios de cualquier Servicio quirúrgico. Además el haber dotado de autonomía a la gestión de las Unidades donde se realiza esta cirugía ha dado lugar a que se consiga un óptimo funcionamiento de las mismas, por parte de un personal dedicado a esta actividad y especialmente involucrado y motivado en esta tarea.

El incremento de la CMA y su realización en Unidades hospitalarias separadas puede originar, sin embargo, un conflicto en la formación de los residentes de especialidades quirúrgicas ya que en ellas se realizan gran parte de las intervenciones que constituyen la base de su aprendizaje quirúrgico. Actualmente los residentes suelen centrar su formación únicamente en la actividad quirúrgica hospitalaria tradicional y, hasta la fecha, participan poco en la actividad de CMA de los respectivos servicios. Todo esto hace completamente necesaria la creación de programas de formación en CMA para

residentes de especialidades quirúrgicas, que solucionen estas actuales carencias.

A la vista de los resultados de este trabajo está claro que los residentes de especialidades quirúrgicas necesitan y demandan, por un lado, aumentar su participación en la actividad quirúrgica en las Unidades de CMA, lo cual es esencial para su aprendizaje quirúrgico y, por otro lado, necesitan aumentar sus conocimientos sobre esta forma de asistencia sanitaria, es decir los aspectos conceptuales, el análisis de las diversas formas de acceso, la gestión de sus listas de espera, los criterios de selección de pacientes, el funcionamiento del circuito asistencial, las peculiaridades anestésicas, los criterios de alta, el control postoperatorio domiciliario, las continuas innovaciones en esta forma de realizar la cirugía, etc.

Respecto a la participación de los residentes en la actividad quirúrgica en las Unidades de CMA, hay que tener en cuenta que en las primeras experiencias sobre la puesta en marcha de dichas Unidades, se consideraba importante que todo el personal sanitario fuera suficientemente experto, en un intento por alcanzar una mayor eficiencia³. En principio se daba por sentado que los cirujanos de plantilla con experiencia podrían realizar intervenciones quirúrgicas con menor duración, menor número de complicaciones y, por tanto, mas rápida recuperación postoperatoria. Es decir, en teoría, utilizarían mucho mejor el tiempo en las áreas quirúrgicas destinadas a esta actividad en las UCMA.

Algunos autores se han manifestado en este mismo sentido, afirmando que las Unidades de CMA no son los lugares mas adecuados para la enseñanza de la cirugía⁴. Esta situación no está tan clara para otros autores. Así Rudkin y col.⁵ después de encuestar en 1997 a médicos y diplomados de enfermería de Unidades de CMA, encontraron que solo el 18,4% manifestaban que su labor se había visto enlentecida por la participación de personal en formación, mientras que el 81,6% restante afirmaba que esta situación no se había producido.

También en 1997, se realizó un estudio comparativo entre pacientes operados por cirujanos de plantilla ayudados por residentes, y por residentes ayudados por cirujanos de plantilla. En este estudio no se encontraron diferencias significativas respecto al número de complicaciones entre ambos grupos. Únicamente se incrementó discretamente el tiempo quirúrgico en los pacientes intervenidos por los residentes⁶.

Actualmente parece estar fuera de toda duda la necesidad de que los residentes participen en la

actividad quirúrgica de las Unidades de CMA, siendo imprescindible para ello la creación de programas muy bien estructurados, elaborados y coordinados para que esta participación no interfiera lo mas mínimo ni en el normal funcionamiento de las Unidades de CMA a todos los niveles, ni en la consecución de los estándares de calidad establecidos y alcanzados actualmente en las mismas.

Al margen de la estricta actividad quirúrgica, los residentes necesitan aumentar su nivel de conocimiento sobre los diferentes aspectos de esta nueva forma de asistencia sanitaria que es la Cirugía Mayor Ambulatoria. De entrada el aspecto asistencial en este tipo de cirugía es muy distinto al que se realiza en la hospitalización convencional, existiendo una forma de relación médico/paciente diferente. En la CMA el contacto con el paciente es completamente distinto tanto en el pre como en el postoperatorio. Desaparece por completo la estancia hospitalaria preoperatoria y con ella la posibilidad para el residente de efectuar en ese momento la historia clínica y la exploración del paciente. También desaparece la estancia postoperatoria hospitalaria con lo cual todo lo referente al control postoperatorio: tratamiento del dolor, cuidados de la herida, detección de posibles complicaciones, etc., se realiza de forma totalmente distinta.

Además en la Cirugía Mayor Ambulatoria existen una serie de aspectos estructurales y organizativos que el residente ha de aprender ya que, una vez finalizado su periodo de residencia, su actividad futura va a tener que realizarla, en un porcentaje muy importante de casos, mediante este tipo de cirugía. En este sentido tiene que aprender no solo las características estructurales de las UCMA sino también todo lo referente al circuito asistencial protocolizado de estos pacientes. Así mismo tiene que conocer las posibles aplicaciones de las nuevas tecnologías de la comunicación en el desarrollo de programas de telemedicina en CMA, aplicados a situaciones relacionadas tanto con las consultas preoperatorias como con el control postoperatorio domiciliario.

Respecto a los programas de formación de residentes en CMA existen actualmente muy pocas referencias en la literatura. Posiblemente sea la Sociedad Americana de Anestesia Ambulatoria (SAMBA) la única que posea un programa para residentes de anestesiología⁷. Son mas frecuentes las publicaciones que analizan la implantación de programas de formación en CMA para estudiantes de pregrado que para residentes^{8,9}.

Actualmente es necesaria la creación de programas de formación de residentes en CMA y en este aspecto ha existido total unanimidad en los residentes encuestados en este trabajo. Estos programas deben consensuarse por todas las partes afectadas y deberán adaptarse a las características de cada especialidad. Las formas de estos programas pueden ser muy discutibles. Los residentes encuestados en este trabajo ofrecen probablemente las tres mejores opciones posibles: 1. Una rotación mas en su formación. 2. Formación continua a lo largo de toda la residencia y 3. Formación mixta, es decir rotación inicial seguida de una formación continua a lo largo de toda la residencia.

Si nos atenemos al Programa Nacional de Especialidades vigente en la actualidad¹⁰, posiblemente esta última formula sería la mas adecuada. En este sentido, y en el caso de la Cirugía General y del Aparato Digestivo, debería existir una primera fase de rotación por la UCMA en el primer año de residencia, para que el residente cumpla los objetivos propuestos para ese año, no solo en la cirugía con hospitalización sino también en la cirugía ambulatoria con sus propias peculiaridades.

Esta rotación podría tener, en principio y dependiendo de los resultados de la misma, una duración de dos meses en los que se realizarían, en el ámbito de la cirugía ambulatoria, las tareas previstas en el Programa Nacional, *“para la progresiva integración del residente en la práctica de la especialidad: realización de la historia clínica, el examen físico y la investigación complementaria del paciente quirúrgico. Considerar en toda indicación quirúrgica así como en la opción técnica escogida para el tratamiento, la relación riesgo/beneficio para el paciente, así como los resultados que puedan ser obtenidos, a medio y largo plazo, por la intervención quirúrgica planteada, facilitando la mayor información posible al paciente, seguimiento de los pacientes operados, etc.”*

Es decir tendría que aprender y familiarizarse con todos los aspectos del circuito asistencial de las Unidades de CMA que tengan que ver con los aspectos antes referidos, es decir: formas de acceso desde atención primaria, criterios de inclusión y selección de pacientes, selección de procedimientos, información pre y postoperatoria, tipos de anestesia, criterios de alta, analgesia postoperatoria, control postoperatorio domiciliario, revisión y evaluación de resultados, programa de calidad, etc.

Una vez finalizada esta rotación, el resto del primer año el residente debería participar de manera

regular en la actividad quirúrgica ambulatoria de su servicio en la UCMA, para así conseguir los objetivos respecto a su formación técnica marcados por el Programa Nacional, es decir *“participando como segundo ayudante en cirugía electiva en intervenciones quirúrgicas de grado 3, 4 y 5 (colecistectomía simple, tiroidectomía subtotal, cirugía laparoscópica....), y como primer ayudante en intervenciones quirúrgicas mas simples de grado 1 y 2 (tumores cutáneos y subcutáneos, biopsia ganglionar, hemorroidectomía, fisurectomía anal, extirpación de sinus pilonidal, reparación de una hernia...), para que de esta manera, al final del primer año el residente pueda realizar directamente como primer cirujano intervenciones de grado 1 y también algunas de grado 2, aunque estas ultimas asistido por un cirujano tutor”*.

Los años restantes del periodo de residencia de los residentes de especialidades quirúrgicas deberán asistir regularmente a la actividad quirúrgica ambulatoria de su servicio en la UCMA para conseguir una formación continuada en el aspecto técnico, participando bien como ayudante o bien como cirujano ayudado por un cirujano tutor, en las intervenciones quirúrgicas previstas por el Programa Nacional para estos años en cada especialidad.

Los programas de formación de residentes en CMA necesitan estar muy bien estructurados, elaborados y coordinados para que no interfieran en el normal funcionamiento de las Unidades de CMA ni en la consecución de los estándares de calidad establecidos y alcanzados en las mismas. Para que se cumplan estos objetivos es necesario contar en las UCMA con un personal especialmente preparado, mentalizado y motivado en este tipo de docencia. En cualquier caso es fundamental analizar y evaluar los resultados de estos programas para introducir en los mismos las acciones de corrección y mejora que se precisen.

Con los programas en Cirugía Mayor Ambulatoria se llenaría un importante vacío en la formación de los residentes de especialidades quirúrgicas que repercutiría importantemente en la calidad de los futuros cirujanos. Además esta formación redundaría indudablemente en un mejor funcionamiento de la propia CMA ya que cuanto mejor conozcan los futuros cirujanos esta nueva forma de asistencia en todas sus facetas, mayores serán las posibilidades de avance y de progreso.

Todo ello redundará, sin duda, en la mejora continua de las ventajas y de la calidad de esta forma de asistencia quirúrgica, de la que los principales

beneficiarios serán los pacientes, cumpliéndose así el objetivo básico y primordial de cualquier forma de asistencia sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín Morales J. Presente y futuro de la CMA en España. En "Guía de actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria". Coordinador J.V. Ferrer Valls. Valencia. 2002. pag. 15-28.
2. Colomer J. La cirugía convencional una alternativa a la cirugía sin ingreso. Ponencia V Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria. Vitoria. 2001. pag. 225-6.
3. Hartman DTA; Patel MI; Yiing D; Warden JC. The unplanned admission: a review of the day surgery experience. *Ambul.Surg.* 1997. 5:21-4.
4. Ogg TW; Watson BJ. Aspects of day surgery and anaesthesia: a multidisciplinary approach. Macclesfield, Cheshire, England. The Medicine Group (Education) Ltd. 1995.
5. Rudkin GE; O'Driscoll CME; Carty VM; Maddern GJ. Teaching in day surgery: Does it affect efficiency? 2nd International Congress on Ambulatory Surgery. London. Programme and abstracts. International Association for Ambulatory Surgery. 1997. 1-16.
6. Larrañaga E. Resultados de la CMA con participación MIR. *Cir.M.Ambulatoria.* 1997. 2 (Supl 1): 289-92.
7. Twersky RS. Educational protocols in ambulatory anaesthesia. *Ambul.Surg.* 1997. 5:117-19.
8. Rudkin GE; O'Driscoll CME; Carty CME. Does a teaching programme in day surgery impact on efficiency and quality of care? *Aust.N.Z.J.Surg.* 1997. 12:883-7.
9. O'Driscoll CME; Rudkin GE; Carty VM. Day surgery: teaching the next generation. *Med.Educ.* 1998. 32:390-5.
10. Programa Nacional de la Especialidad: Cirugía General y del Aparato Digestivo. Asociación Española de Cirujanos. Febrero de 2004. <http://www.aecirujanos.es/programanacionalespecialidad.php>

agenda

2nd Asia-Pacific Medical Education Conference

Fecha: 7-10 December 2004

Lugar: Singapore The National University of Singapore

Tema: Assessment TIPS - Trends Issues Priorities Standards.

Contacto:

<http://www.med.nus.edu.sg/events/apmec/index.shtml>

Tercer Encuentro de Profesores de Ciencias de la Salud

Fecha: 7-9 Febrero 2005

Lugar: Facultad Farmacia. Universidad de Barcelona

Temas:

- Situación actual de la convergencia europea de los estudios de las Ciencias de la Salud.
- Nuevos planteamientos didácticos.
¿Al innovar, mejoramos el aprendizaje?
- Interculturalidad y formación en Ciencias de la Salud

Contacto: <http://www.ub.edu.3atrobada>

ASME Annual Scientific Meeting 2005

Fecha: 11-13 Julio 2005

Lugar: Newcastle upon Tyne, UK

Contacto: www.asme.org.uk email: info@asme.org.uk

IAMSE Annual Meeting 2005

Lugar: Los Angeles, California, USA

Fecha: 16-19 Julio 2005

Contacto: www.iamse.org

Association for Medical Education in Europe: AMEE 2005 Meeting

Lugar: Amsterdam, Netherlands,

RAI Congress Centre in Amsterdam

Fecha: 30 Agosto-2 Septiembre 2005

Contacto: www.amee.org email: amee@dundee.ac.uk

XVII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)

Lugar: Facultad de Medicina. Universidad de Castilla La Mancha, Albacete

Fecha: 26-28 octubre 2005

Tema: Convergencia Europea en Educación en Ciencias de la Salud

Contacto: www.sedem.org e-mail: jpales@ub.edu

AAMC Annual Meeting 2005

Lugar: Washington DC, USA

Fecha: 4-9 Noviembre 2005

Contacto: www.aamc.org