

FORMACIÓN POSTGRADUADA

COMUNICACIONES ORALES

9 NOVIEMBRE 2006
12.30 – 13.00

SALA JARDÍN
O-350 – O-352

O-350

ENSEÑANZA EN LA REALIZACIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINALES POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN UN CENTRO EXPERIMENTAL DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

J.C. Manuel Palazuelos, M. Gómez Fleitas, J. Alonso Martín, S. Revuelta Álvarez, M.J. Fernández Díaz, J.C. Rodríguez Sanjuán, L. Herrera Noreña y D. Morales García
Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: 1. Evaluar la progresión técnica de los residentes quirúrgicos mediante un programa estructurado de formación laparoscópica. 2. Analizar la definición en progresión según la especialidad.

Material y método: 11 residentes de cirugía (2R2-2R3-2R4 y 5R5), 7 residentes de ginecología (3R3 y 4R4) y 2 residentes de urología (1R3-1R4) participaron en un estudio prospectivo realizando en un endotrainer que contenía estómago e intestino porcino dos tipos de anastomosis gastroentérica o enteroenterica, ambas apoyadas sobre puntos sero-serosos en cara posterior y en realización continua de dos mitades partiendo de la cara posterior. La cámara del equipo de laparoscopia estaba fija al endotrainer a través de un trocar central de 10 mm, por otras dos puertas de 10 con disector y portaagujas, el alumno realiza la anastomosis laparoscópica. Evaluábamos de 0 a 3 la correcta ejecución de esta, siendo 0 la dehiscencia y 3 la anastomosis correcta.

Resultados: Se han realizado 277 anastomosis, de ellas 181 por residentes de cirugía, 29 por residentes de urología y 67 por residentes de ginecología. Los tiempos medios de realización para las anastomosis gastroentéricas comparándolas con las enteroentericas, eran de 85,7-70,1 minutos, 122,7-111 y 104,2-102,1 según fueran residentes de cirugía, ginecología o urología. Por otra parte, si evaluamos de 5 en 5 y de forma consecutiva las anastomosis en los distintos grados de residentes de cirugía, observamos que aunque inicialmente los tiempos son similares, a partir de la 6ª anastomosis los R5 mejoran el tiempo con respecto a sus compañeros de menor grado, (65,6-81,1 minutos) y esta mejora se acentúa hasta la anastomosis 25ª, (43,3-57,5 minutos). La puntuación de las anastomosis en residentes de cirugía fue de 0 en el 9,39% y 3 en el 75,7%, en urología de 6,9% y 82,8% y en ginecología de 16,4% y 80,6%.

Conclusiones: 1) Los tiempos mejoran a partir de la 6ª anastomosis hasta la 25 progresivamente. 2) Existen diferencias temporales entre los residentes de distintas especialidades quirúrgicas. 3) Hay diferencias entre los R5 de cirugía y el resto de residentes de esta especialidad. 4) La calidad de la anastomosis es mejor en los residentes que más dedicación quirúrgica refleja su especialidad.

O-351

EL RESIDENTE COMO MAESTRO: LA EXPERIENCIA DE LA UAM EN LA INICIACIÓN A LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA DE ALUMNOS DE PREGRADO

J. Trébol López¹, A. Díez Montiel¹, A. Touza Fernández², N. Ogando Portilla², H. Guadalajara Labajo¹, I. Pascual Migueláñez¹, M.D. Herreros Marcos¹ y D. García Olmo¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Introducción y objetivos: Muchas facultades de medicina españolas carecen de programas estructurados y de laboratorios para el aprendizaje y entrenamiento técnico de habilidades quirúrgicas básicas (suturas, anestesia local, etc.) en pregrado, confiándose dicha formación a lo que pudieran aprender los alumnos en sus rotaciones por los servicios quirúrgicos; rotaciones cuyas condiciones impiden en muchos casos dicha docencia.

Esta deficiencia era conocida por el Departamento de Cirugía de la UAM y reclamada su solución por los alumnos. Para ello nació en 2002 el proyecto de INICIACIÓN A LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA (IPQ) cuyos objetivos fundacionales fueron: 1) crear un Programa formativo (formato cursillo) apoyándose en Residentes y Alumnos Internos y 2) habilitar un Laboratorio de Habilidades. El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados docentes, de satisfacción y de evaluación de la necesidad de dicho programa.

Material y métodos: *Docentes:* un profesor de cirugía, médicos Internos residentes (MIR) de varias especialidades quirúrgicas y alumnos Internos que sirven como nexo con el alumnado y se encargan de la organización. *Discentes:* Alumnos de segundo ciclo de cuatro promociones de la UAM (n = 150). *Material:* Creación de un laboratorio de habilidades dotado, material para audiovisuales, modelos animales (pata de cerdo para suturas,...), maniqués de prácticas y/o simuladores para las técnicas más complejas y un doble CD-ROM creado con el material audiovisual. *Cursillo:* Se oferta de forma libre (sin reconocer créditos) con estos bloques: 1) conducta en quirófano, asepsia y antisepsia, 2) instrumental, 3) anestesia local, 4) agujas, hilos, nudos y suturas, 5) sondas y drenes, 6) inmovilizaciones, vendajes, yesos y manejo de heridas, 7) canalización vascular, 8) manejo de vía aérea: cricotirotomía, traqueotomía, intubación y mascarillas laríngeas. *Feedback:* encuesta de satisfacción y examen inesperado para el alumnado (N = 75)

Resultados: Excelente respuesta del alumnado: asistencia de prácticamente todos a los que se ofertó (99%). *Encuesta:* 100% de los que responden consideran que un curso como éste es imprescindible y debería figurar en los planes de estudios y que el nivel preexistente es nulo o bajo casi siempre. 84% considera que el momento ideal es al inicio de las rotaciones clínicas (4º curso). Un 59% no sabía nada y un 23% sabía algo antes; tras el curso 35,9% considera que lo haría bajo supervisión, 30,8% lo haría él solo y 12,8% haría parte (N = 39). En la evaluación inesperada la tasa de acierto medio fue mayor al 85%.

Conclusiones: Los alumnos de pregrado de medicina exigen formación práctica en habilidades quirúrgicas y que ésta se considere como un contenido fundamental para su formación, tal y como se recoge en el libro blanco de la formación de medicina (Conferencia Española de Decanos de Medicina). Por ello es fundamental que este tipo de actividades se consolide y generalice.

Este tipo de estructura docente, apoyada en médicos residentes y alumnos internos, ha demostrado una gran eficiencia y una excelente acogida y satisfacción por nuestros alumnos.

O-352

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN EL HOSPITAL DE SABADELL

S. Montmany Vioque, J. Serra Aracil, E. Artigau Nieto, J.M. Moreno Matias, O. Aparicio Rodríguez, J. Hermoso Bosch y S. Navarro Soto
Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: Evaluar los conocimientos aprendidos por cada residente y detectar sus puntos más débiles, que necesita mejorar, mediante una base de datos informatizada que recoge la actividad diaria de cada residente, un examen teórico realizado al final de cada rotación y un análisis práctico.

Material y métodos: La base de datos informatizada plasma la actividad diaria asistencial, científica y quirúrgica del residente. La asistencial refleja el número de guardias mensuales; la científica evidencia el número de cursos, congresos, trabajos, comunicaciones, presentaciones,... realizados y la quirúrgica recogen cada intervención donde ha asistido el residente puntualizando la fecha, el adjunto responsable, si ha ejercido de 1º o 2º ayudante o de cirujano, el tipo de intervención y el nivel de dificultad de ésta. Los resultados son analizados por el propio residente diariamente, con el tutor de residentes y el responsable de la unidad donde está rotando al final de dicha rotación y en una sesión del servicio de cirugía cada 6 meses presentando los resultados personales y globales.

La evaluación teórica al final de cada rotación se basa en 4 casos prácticos y 5 preguntas escritas sobre cada uno. Finalmente, la evaluación

diaria de las habilidades prácticas se recogen en un cuestionario completado al final de la rotación por todos los componentes de la unidad. Estas evaluaciones se analizan al final de cada rotación con el tutor de residentes y el responsable de la unidad.

Resultados: Ejemplo de los resultados obtenidos en la última evaluación (de junio a diciembre del 2005): En el servicio de cirugía, se realizaron 1.012 intervenciones quirúrgicas. El residente asistió a 817 de éstas (78%), dónde ejerció de cirujano en 416 (51%): 75 de 99 asistidas en el centro mayor ambulatorio (75,76%), 221 de 316 en urgencias (69,94%), 42 de 114 en coloproctología (36,84%), 31 de 88 en esofagogástricoduodenal (35,23%), 30 de 103 en hepatobiliopancreática (29,13%) y 4 de 16 en cabeza-cuello-mama (25%). Según el grado de complejidad, el residente realizó 40 de las 46 intervenciones

asistidas (86,9%) en las de grado 1, 232 de 380 (61%) en grado 2, 110 de 254 (43,3%) en grado 3, 26 de 104 (25%) en grado 4 y 8 de 33 (24,2%) en grado 5. El residente de 5º año asistió a 168 intervenciones, de las cuales fue cirujano en 123 (73%) todas de complejidad media-alta.

Conclusiones: El sistema de evaluación diseñado permite controlar la formación individual y de grupo, evaluando los conocimientos que se van adquiriendo y los que necesitan de un mayor esfuerzo. Además es una motivación para los adjuntos para continuar formando a cada uno de los residentes, ya que también es una evaluación de la formación proporcionada. La generalización de la base de datos en todos los centros de formación permitiría comparar constructivamente los resultados, de modo que aprendiendo de otros se pudiera mejorar en el propio centro.