

Formación en patología mamaria de los médicos residentes

Resident training in breast surgery

Sr. Director:

En el número de mayo se ha publicado un trabajo que revisa la formación en patología mamaria (PM) de los médicos residentes (MIR) y muestra, mediante una encuesta, que estos piensan que no reciben una formación adecuada¹.

Este tema ya fue abordado por nosotros en esta misma revista². Para evaluar la formación en PM también llevamos a cabo una encuesta que realizamos a MIR de 5.º año o especialistas recientemente titulados de cirugía general y digestiva (CGD). Se incluyeron cuestiones acerca de la actividad asistencial del servicio y de la valoración de la formación recibida. De los resultados destacamos que el 56% de los encuestados admitía que su formación había sido deficiente (52,5% en el estudio de Fuerte). En el 44% no se contemplaba realizar una rotación específica. En los hospitales donde la PM era atendida por ginecología el 84% percibían su formación como deficitaria. Por el contrario, en los que era atendida por cirugía el 85% la percibía como idónea. En los hospitales en los que existía una unidad específica de PM el 55% manifestaba no haber recibido una formación adecuada, debido a que únicamente en el 39% estaba contemplada la rotación. El estudio evidenciaba una irregular y, con frecuencia, deficitaria formación en PM y sorprende que, a pesar de los años transcurridos y de la modificación de los programas, los MIR la continúen percibiendo como inadecuada.

Entre los motivos de esta deficiente formación podríamos destacar la interferencia entre cirugía y ginecología, la atención predominante hacia la cirugía digestiva, la existencia de unidades asistenciales específicas por las que no está previsto rotar y, por último, la falsa pero extendida creencia entre los cirujanos de la escasa complejidad de la patología quirúrgica de la mama. En este sentido, en el trabajo de Fuerte los MIR consideran a la cirugía mamaria técnicamente poco exigente y, por tanto, menos atractiva.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.09.006

doi:10.1016/j.ciresp.2010.06.005

Respuesta del autor

Author's reply

Sr. Director:

Me complace ver el interés que ha despertado la publicación del artículo «La formación del residente en cirugía de la

Pero si nos atenemos a la realidad asistencial de muchas áreas de salud de nuestro país vemos que un cirujano está obligado a atender problemas mamarios más o menos complejos. Así pues, sin dudar de los beneficios potenciales de la «sub/superespecialización», resulta obvio que una formación senológica básica es imprescindible para el cirujano general.

Es evidente que aunque existen recursos y medios suficientes para impartir una docencia adecuada, estos no se ofertan y distribuyen de la forma más conveniente, desperdi ciándose la capacidad docente del sistema y de aprendizaje del MIR. El programa formativo de la especialidad debería concretar y sistematizar unos objetivos, que fueran asumibles y no excesivamente ambiciosos, convirtiéndolos en un mecanismo para evaluar la calidad docente de forma objetiva.

B I B L I O G R A F Í A

1. Fuerte S. La formación del residente en cirugía de la mama. Cir Esp. 2010;87:282-7.
2. Andrés B, Aguilar J, Lirón R, Pellicer E, Piñero A, Aguayo JL. Formación en patología mamaria de los médicos residentes de cirugía general y digestiva. Cir Esp. 1999;66:529-33.

Bruno de Andrés García*, José Aguilar Jiménez,
Enrique Pellicer Franco y José Luis Aguayo Albasini

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario JM Morales Meseguer, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: brunov.deandres@carm.es
(B. de Andrés García).

mama» en Cirugía Española. Como comenta B. Andrés, la realidad asistencial de muchas áreas de salud de nuestro país conlleva que los cirujanos estén obligados a atender problemas mamarios más o menos complejos, pese a la falsa pero

extendida creencia entre ellos de la escasa complejidad de la patología quirúrgica de la mama.

Me reitero, aunque me pese (ya que yo soy cirujano), tanto en la afirmación de que el programa de ginecología es mucho más completo y actualizado, como en la de que el programa de cirugía nació obsoleto. Efectivamente uno de los pilares de la formación del residente es el programa formativo; leyendo ambos textos, el de ginecología es mucho más completo y detallado. En el año 2007 no se puede concebir un programa donde no se mencione una técnica como el ganglio centinela, que tantas linfadenectomías innecesarias ha evitado y que por entonces ya se encontraba validado en la mayoría de los centros donde se estaba realizando.

También creo que otro de los pilares de la formación son los centros acreditados. Teniendo en cuenta que a veces nuestros residentes se forman en centros donde no hay cirugía de la mama, debería facilitárseles la rotación por unidades específicas que se acerquen lo más posible a los criterios de EUSOMA. Esto no es una utopía sino la búsqueda de una mayor calidad en su formación.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2010.06.005, 10.1016/j.ciresp.2010.05.011, 10.1016/j.ciresp.2010.05.010

doi:10.1016/j.ciresp.2010.06.007

Considero necesario puntualizar que la rotación por cirugía de la mama en el programa de ginecología es obligatoria, mientras en el de cirugía general es opcional. Por ello, su realización dependerá del interés del residente y de las características del centro donde se esté formando. Y, otra puntualización: el Hospital de Getafe en el momento actual, lamentablemente, no oferta ningún curso específico de cirugía de la mama para residentes.

Un último comentario respecto a la carta de M. Prats: es reconocida la importancia y calidad de los másters mencionados, pero el programa de la especialidad no recoge la realización de los mismos durante el periodo de residencia, solo la realización opcional de un curso específico durante el cuarto año.

Sagrario Fuerte Ruiz

Servicio Cirugía, General y del Aparato Digestivo, Hospital de Getafe, Getafe, Madrid, España

Correo electrónico: Sagrario.fuerte@gmail.com