

La Evaluación en un Programa de Residencias Quirúrgicas: ¿Sola de los Residentes?

Por el Dr. Alejandro A. Membreño-Padilla, F.A.C.S. ()*

Al iniciar yo mis "reflexiones" sobre los Programas de Post-Grado en Cirugía comentaba y concluía, en la primera parte de ellas (1), que el éxito de estos dependía de varios factores —todos ellos esenciales e indispensables— finalizando con el inciso h) que literalmente dice:....."de una evaluación periódica, honesta y realística de los Médico-Residentes; así como de los Docentes y del Programa en sí, para mantener con ello el prestigio y la seriedad deseados" Posteriormente, en las partes segunda (2) y tercera (3), analicé los otros dos factores que en mi concepto contribuyen al éxito de cualquier Programa de Residencias en Cirugía, es decir: la "selección" de los candidatos a ingreso al Programa y la "enseñanza" que este último debe brindar a los Residentes; sin embargo, la realidad es que si no se hace una buena "evaluación" en cualquier Programa de Residencias Quirúrgicas será imposible saber si éste camina y/o funciona bien, o está "entrenando" adecuadamente a los Residentes.

Si analizamos detallada y cuidadosamente ese inciso h), mencionado previamente, se verá con claridad que el principal objetivo de la evaluación en un Programa de Post-grado en Cirugía debe ser el de averiguar si los "alumnos" están aprovechando o no las enseñanzas y la oportunidad que se les está brindando de "entrenarse y/o educarse en ci-

rugía mientras trabajan". Al mismo tiempo, otro objetivo básico es el de utilizar esa o esas evaluaciones periódicas de los Residentes para promocionarlos de un año a otro. Asimismo, esa o esas evaluaciones debe(n) ser—como lo dice el mencionado inciso— periódica(s), honesta(s) y realística(s) con el objeto de que se cumplan los dos objetivos básicos mencionados. Tal vez debería haber agregado yo la palabra "justa" —como otro adjetivo más— en el sentido de que lo evaluable y/o evaluado en el Residente debería de ser ante todo los conocimientos básicos y esenciales sobre Patología, Diagnóstico y Tratamiento de aquellas enfermedades quirúrgicas que él ve y trata comúnmente en nuestro medio. Sin embargo, creo yo que este otro objetivo se logra con la inclusión del adjetivo "realística" aunque la otra palabra mencionada— es decir "justa"— podría en realidad ser la más indicada, en especial si se considera el hecho de que ella podría también abarcar ciertos otros parámetros de evaluación como la correlación adecuada y correcta entre el año (o los semestres) y las rotaciones que se estén evaluando, y también el hecho de que nosotros —los Docentes involucrados en el Programa— evaluemos en esa forma (además de "honesto") al o los Residentes asignados a nuestra Sala, para no caer —como lo dice el Dr. Polk (4)— en el error de ser demasiado blandos o condescendientes con ellos (¿por amistad o simpatía?) como para decir:.... "nunca he visto un mal Residente" o ser demasiado duros, rígidos o estrictos con ellos como para decir: "nunca he vuelto a ver otro Residente tan bueno como lo era tal o cual" sino que ser precisamente "justos" en nuestras evaluaciones con todos ellos.

* Cirujano General Jefe de Sala y de Guardias, Profesor de Cirugía y Ex Coordinador del Programa de Residencias en Cirugía General del Hospital-Escuela de Tegucigalpa, Honduras, C. A.

Por otro lado, el mismo inciso h) dice claramente que no sólo debe evaluarse a los Residentes sino que también hay que hacerlo con los Docentes y el Programa en sí, con el objeto de... "mantener con ello el prestigio y la seriedad deseados" lo cual directamente contesta la interrogante planteada en el título de este artículo. Sin embargo, conviene aclarar ahora que la evaluación de los Docentes es secundaria, aunque siempre es necesario, hacerla "ocasionalmente", ya que todas las opiniones de los expertos en la materia así lo dicen en base al concepto de que en realidad el éxito del Programa depende esencialmente de la "calidad" del grupo de Residentes, y no necesariamente de la del grupo de Docentes. Es más, muchos opinan— y yo así lo creo— que es conveniente y/o recomendable que todo Programa de Residencias Quirúrgicas cuente con cirujanos de varios tipos de "categorías de calidad" —como así resulta siendo siempre, por razones obvias— para que los Residentes tengan la oportunidad de trabajar con todos ellos así como de aprender tanto de sus éxitos como de sus errores. ¡Tal vez se aprenda más de los errores de un mediocre o mal cirujano que de los éxitos de los otros!

También podría ser aceptable que "ocasionalmente" el Programa fuera evaluado seria y objetivamente por los mismos Residentes —y en algunos hospitales así lo hacen— como lo ha demostrado y recomienda un estudio hecho recientemente por el Dr. Cohn (5) al analizar él la opinión de 601 Residentes Quirúrgicos, que estaban por finalizar su entrenamiento, en relación a las experiencias de ellos, como médicos en entrenamiento quirúrgico, tanto en el campo de la investigación como en relación a las enseñanzas obtenidas. Sin embargo, hay que enfatizar ahora que el Programa en sí debe ser evaluado "periódicamente" —y no ocasionalmente— no sólo por el Coordinador y/o el Director sino que también por el o los Comité(s) que exista(n) para su organización, funcionamiento y/o supervisión, así como también "ocasionalmente" por otros Comités que se constituyan —o ya existan— para ese fin aunque no necesariamente tengan que ver con la organización, funcionamiento y/o supervisión del Programa.

Ahora bien, ¿Cómo se podría evaluar si un Programa funciona adecuadamente o está cumpliendo

con sus objetivos? En mi opinión, la manera más sencilla de hacerlo debería de ser, además del método de las encuestas sugeridas por el Dr. Cohn, con el uso periódico de estudios de investigación, del tipo prospectivo, que evalúen los resultados de la atención del paciente— en relación al manejo brindado por Residentes —incluyendo la realización del o los acto(s) quirúrgico(s)— en comparación a la brindada por cirujanos especialistas del mismo hospital, si manejan ellos personalmente —también incluyendo la realización del o los acto(s) quirúrgico(s)— a sus pacientes. Esto ha sido demostrado claramente con los resultados obtenidos en un estudio, hecho recientemente por los Dres. Kurtz y Wise (6), en el cual se evaluó la calidad de cirugía hecha por Residentes al compararse con la hecha por especialistas, en un mismo hospital de los E.U. de A., en relación a parámetros básicos como mortalidad, morbilidad y transfusiones usadas en pacientes a los que se les practicó colecistectomía por diversas razones y en el que se colocó a los pacientes en tres grupos, el primero como control y los otros dos como grupos en estudio, en la siguiente forma: grupo 1) el de pacientes operados por un especialista, asistido por un residente con cierta experiencia; grupo 2) el de pacientes operados por un residente de bastante experiencia, supervisado directamente por un especialista; y grupo 3) el de pacientes operados exclusivamente por residentes de bastante experiencia, sin supervisión directa. Los resultados de este interesante estudio se resumen en la tabla No. 1 y con ellos se concluye fácilmente que la cirugía practicada por los Residentes, con o sin supervisión, tuvo idénticos resultados —o hasta mejores, si se quiere— a la practicada por el grupo de especialistas, lo cual indica que aquellos han sido o están siendo "adecuadamente entrenados" y también por ello se deduce lógicamente que el Programa está funcionando bien. Este tipo de estudios también podrían servir para evaluar una de las cualidades básicas del Residente, es decir la "destreza o habilidad operatoria", ya que al analizar los resultados de operaciones hechas por los Residentes se está evaluando esencialmente esa habilidad.

Por otro lado, si lo primordial a evaluar en un Programa de Residencias Quirúrgicas es el Residente, ¿Qué es lo que debemos evaluar en él? —Según el Dr. Lawrence (7), las áreas básicas a evaluar los

Residentes pueden acomodarse en tres categorías; a) habilidades, b) actitudes y c) conocimientos. La primera incluye varias habilidades psicomotoras—pero ante todo la ya mencionada "destreza, habilidad o técnica quirúrgica"—observables en el quirófano o en otras áreas hospitalarias al realizar ellos —los residentes— actos quirúrgicos mayores y/u otros tipos de procedimientos de cirugía menor, de diagnóstico o auxiliares para el diagnóstico y/o tratamiento —es decir el manejo— del paciente quirúrgico. Un ejemplo importante de esto último lo constituye el hecho de que recientemente, en los E.U. de A., el llamado "American Board of Surgery" está exigiendo la rotación obligatoria por el Servicio de Endoscopías Quirúrgicas (8) como parte del entrenamiento básico para los Residentes de los Programas de Cirugía General, con el objeto de que ellos aprendan a realizar bien todo tipo de endoscopías gastrointestinales. La segunda incluye aquellos parámetros de evaluación, o cualidades evaluables, que realmente no son medibles por ser cualitativos o cualitativas —por lo tanto esencialmente subjetivos o subjetivas— y podrían ser incluidos o incluidas en el grupo de los llamados por nosotros "factores imponderables" (2); es decir, "actitudes" como dedicación, responsabilidad, motivación, disciplina, humildad, compasión, relaciones humanas, etc. etc. Finalmente, la tercera está orientada a "conocimientos teóricos básicos" sobre Patología, Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico, con énfasis en la patología hondureña para cualquier Programa que se realice en nuestro país. En base a este "currículum quirúrgico básico" que debe evaluarse en los Residentes, es que el Dr. Lawrence y sus colaboradores hicieron una encuesta enviando 1683 cuestionarios (del tipo auto-evaluación) a Directores de Programas, Profesores, Especialistas y Residentes de los cuales 775, es decir un 460/o, fueron contestados. El objeto del estudio fue el de investigar el grado de importancia que estas personas le otorgaban a la primera y la tercera de las áreas mencionadas —es decir, a 46 tipos de habilidades y 84 áreas de conocimientos teóricos— así como para determinar cuáles de éstas creían ellos podrían servir más para la preparación de los Residentes. Un estudio como éste podría servir también para indagar que es lo más importante— y por lo tanto en lo que debemos enfatizar—en relación a la evaluación de esas dos áreas básicas.

Ahora bien, ¿Cómo llevar el control de la evaluación periódica de las áreas básicas mencionadas como parte del proceso de enseñanza-aprendizaje de los Residentes? La realidad es que la única forma posible de hacerlo es con el uso de las llamadas "hojas de evaluación", de las cuales existen numerosos ejemplos (4,9,10) en las que se les incluye, pero fácilmente se podría afirmar que ninguna de ellas es perfecta y/o completa ya que existen diversas opiniones en su elaboración, así como discrepancias en relación a cual de las áreas evaluables —o a evaluar— darle más importancia o como calificarlas. Cada Coordinador de Programa debe elaborar la hoja de evaluación que él crea o estime sea la mejor y/o la más apropiada para su Programa, para que sea aprobada por el Director del Programa o por el o los Comités supervisores de éste, si es necesario. Lo esencial es que en dicha hoja se incluyan, dándoles la importancia necesaria a cada una de ellas y el puntaje de calificación justo, esas áreas básicas mencionadas así como la otra cualidad básica e indispensable —y posiblemente la más importante (3)— que debe adquirir todo Cirujano en formación, es decir: el "juicio o criterio quirúrgico". Esta cualidad, en muchas hojas de evaluación consultadas (4,9,10) no es tomada muy en cuenta o aún hasta es olvidada por otro autor (7). Ha sido, sin embargo, el Dr. Clarke uno de los pocos autores que si le ha dado la importancia que se merece esa otra cualidad básica —como evaluable— al analizar en un artículo publicado (11) recientemente por él, los resultados de un estudio que evaluó a 72 Residentes (Tabla No. 2) del Programa de Post-Grado en Cirugía General del Hospital de la Universidad de Pennsylvania, en relación al papel e importancia de la "toma de decisiones" —es decir, la base del juicio o criterio quirúrgico— mediante la comparación de los porcentajes de decisiones correctas de los Residentes (Tabla No. 3) al resolver ellos un examen escrito con cinco problemas quirúrgicos solucionables, si se tomaba la decisión correcta, con los porcentajes de decisiones correctas de 50 especialistas —al resolver estos los mismos 5 problemas— obtenidos en los cuestionarios devueltos y contestados por todos ellos. Otro estudio que ha enfatizado la importancia que puede tener el "criterio quirúrgico", en la enseñanza y evaluación de los Residentes Quirúrgicos, es uno hecho recientemente en Inglaterra por el Dr. Ruckley y Colaboradores (12) en el que se evaluó el criterio o la

TABLA No. 1
RESULTADOS DE COLECISTECTOMIAS HECHAS POR RESIDENTES EN COMPARACION A AQUELLAS HECHAS POR CIRUJANOS ESPECIALISTAS (6)

PARAMETROS EVALUADOS	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	TOTALES
MORTALIDAD	0/90	2/199	0/41	2/330
	0 o/o	1 o/o	0 o/o	0.6 o/o
MORBILIDAD	15/90	30/199	6/41	51/330
	16.7o/o	15.2o/o	14.6o/o	15.4o/o
TRANSFUSIONES	5/90	11/199	3/41	19/330
	6o/o	6 o/o	7 o/o	6 o/o
E.V.B.*	20/90	36/199	9/41	65/330
	22 o/o	18 o/o	21 o/o	20 o/o

* Exploración de vías biliares: factor técnico agregado que podría afectar en todos los grupos los resultados de los parámetros evaluados.

TABLA No. 2

EVALUACION DE RESIDENTES DE CIRUGIA GENERAL SEGUN SU NIVEL Y LAS RESPUESTAS DADAS POR ELLOS A CASOS PROBLEMAS (11)

NIVEL DE LOS RESIDENTES (1)	NUMERO DE RESIDENTES	NUMERO DE OPINIONES	NUMERO DE OPINIONES CORRECTAS	PORCENTAJES OPINIONES CORRECTAS
R-1	35	170	126	74 o/o
R-2	23	110	76	69 o/o (2)
R-3	14	68	54	79 o/o
TOTALES:	72	348	256	73 o/o

(1) Modificados del trabajo de Clarke, para adaptarlos a un Programa de 3 años como el nuestro.

(2) Según este resultado, se observa un descenso de las habilidades cognitivas en el nivel intermedio que posteriormente se mejoran y/o recuperan.

TABLA No. 1

RESULTADOS DE COLECISTECTOMIAS HECHAS POR RESIDENTES EN COMPARACIÓN A AQUELLAS HECHAS POR CIRUJANOS ESPECIALISTAS (6)

TABLA No. 3

COMPARACION DE RESULTADOS ENTRE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS
EN RELACION A LA TOMA DE DECISIONES CORRECTAS EN 5 CASOS PROBLEMAS (11)

PROBLEMAS CLINICOS	PORCENTAJES DE DECISIONES CORRECTAS	
	RESIDENTES (1)	ESPECIALISTAS (2)
No. 1	61 o/o	84 o/o
No. 2	82 o/o	85 o/o
No. 3 (*)	58 o/o	52 o/o
No. 4 (**)	37 o/o	59 o/o
No. 5	82 o/o	98 o/o

(1) Porcentajes adaptados, según mis cálculos, del trabajo de Clarke.

(2) En general se puede decir que el juicio quirúrgico de los Especialistas es superior al de los Residentes, lo cual es lógico y de esperarse.

(*) Caso problema raro, del cual se supone deben estar más al tanto los residentes que los Especialistas.

(**) Caso problema difícil, tanto para Residentes como para Especialistas.

toma de decisiones que un grupo de Cirujanos del Hospital del Oeste de Londres tuvo en varios aspectos relacionados con la atención de 1045 pacientes que fueron ingresados y operados en el Servicio de Cirugía General.

Sin embargo, autores como los Drs. Zuidema (13) y Eiseman (14) —ambos de renombre mundial— son los que, en mi opinión, han recalado la importancia de esa cualidad básica e indispensable de todo cirujano en formación, la cual debe ser "definitivamente evaluada periódicamente" de alguna manera, talvez en la forma objetiva que ha sugerido el Dr. Clarke. Vale la pena anotar y enfatizar ahora que el método evaluativo sugerido por este último autor no sólo evalúa el criterio quirúrgico del grupo de Residentes, sino que también sirve para evaluar esa cualidad en el grupo de Docentes involucrados en el Programa; y es más, también podría decirse que evalúa al mismo tiempo al propio Programa ya que si los porcentajes obtenidos por los Residentes

están muy por debajo de los obtenidos por los Docentes —o viceversa— se podría deducir que "algo" está fallando en el proceso de enseñanza aprendizaje de éste. Asimismo, dicho método evaluativo también podría servir para evaluar la habilidad cognoscitiva de los Residentes en relación a si ellos están realmente en contacto con la bibliografía, ya que es en base a ella que las respuestas correctas a problemas clínicos —en relación a la toma de decisiones— son formuladas y aceptadas por la mayoría de los expertos.

De todo lo expuesto se deduce, en forma lógica y razonable, que la evaluación de los Residentes Quirúrgicos debe hacerse en relación a los cuatro parámetros básicos involucrados en el proceso de enseñanza-aprendizaje de ellos, es decir: a) el juicio o criterio quirúrgico, lo que en la práctica significa "la toma de decisiones"; b) la habilidad o técnica quirúrgica —es decir: "la destreza"— que tenga, demuestre y/o desarrolle progresivamente cada resi-

dente; c) los llamados "factores imponderables"; y d) los "conocimientos teóricos", así como el interés y la asistencia demostrada en las sesiones clínicas por los Residentes.

Entonces, ¿Cómo podríamos nosotros los Cirujanos-Docentes evaluar esos parámetros básicos? En primer lugar, la manera más adecuada con que nosotros contamos— aunque infortunadamente es subjetiva— para evaluar el primer parámetro es "definitivamente" el contacto diario y directo — para intercambio de opiniones— con el o los Residente(s) asignado(s) a nuestras Salas o Servicios. Secundariamente, la revisión periódica de los expedientes clínicos nos permitirá leer, analizar, aprobar y/o criticar las notas de progreso relacionadas con opiniones de ellos sobre el manejo de cada caso. También, la evaluación de ese primer parámetro podría hacerse con la inclusión de "casos problemas", para resolverlos mediante la toma —es decir la escogencia— de la decisión correcta, en los exámenes escritos periódicos que se les hacen a los Residentes. Finalmente, los mismos Residentes podrían "autoevaluarse", en relación a ese primer parámetro, como lo ha sugerido —con mucha lógica y razón— el Dr. Bartlett en su clásico artículo sobre la enseñanza del juicio quirúrgico (15) al afirmar que todo Programa de Residencias en Cirugía debería de realizar "periódicamente" —anualmente, por lo menos; o mejor después de cada rotación, si es posible, sugeriría yo— este tipo de autoevaluaciones, para lo cual él ha diseñado una hoja especial (Fig. No. 1) a la cual yo le he hecho ciertas modificaciones para adecuarla a nuestro medio hospitalario y tipo de Programa. Dicha autoevaluación debe ser posteriormente cotejada con la que el Cirujano haga del Residente sobre el mismo o cada caso. En segundo lugar, la única manera que existe de parte nuestra para evaluar en forma honesta y justa, así como correcta, periódica y adecuadamente —aunque también infortunadamente en forma subjetiva— a los Residentes, en relación al segundo parámetro básico mencionado, es "definitivamente" con nuestra observación directa y periódica del desenvolvimiento de cada residente en aquellos actos quirúrgicos en los que estos actúen como ayudantes nuestros o como cirujanos, aclarando que en este último caso debe ser con nuestra ayudantía y supervisión directa —preferiblemente— o por lo menos con una supervi-

sión indirecta, según el nivel o la experiencia del Residente. Si nosotros no hacemos esto será imposible evaluar este parámetro en la forma que se ha sugerido. En tercer lugar, vale la pena aclarar y enfatizar que posiblemente la evaluación de los llamados "factores imponderables" sea la más difícil, y a la vez controversial, de llevar a cabo ya que todas esas cualidades —o actitudes, como las llama el Dr. Lawrence— imponderables son esencialmente subjetivas o cualitativas, como ya se ha dicho en varias ocasiones, y por lo tanto es muy difícil medirlas lo que las hace igualmente difíciles de calificar objetiva o cuantitativamente en forma justa, honesta e imparcial. Sin embargo, se debe aclarar ahora que talvez, y en cierta forma, la evaluación de estas cualidades básicas del Cirujano en formación sea la única manera posible de diferenciar y/o catalogar a los Residentes para así poder encontrar y/o distinguir al o los residentes "excelescentes, sobresalientes o superiores".de un determinado grupo, generación o Programa como lo razona con lógica el Dr. Bosk en su excelente análisis filosófico, en un artículo suyo recientemente publicado (16), al referirse a los que él llama los "residentes superiores" como aquellos que durante su entrenamiento sólo cometen errores llamados por él "comprensibles y/o aceptables" , y que también se caracterizan por tener la "humildad" para reconocerlos, aceptarlos y además notificarlos a tiempo para ser corregidos. Finalmente, el último parámetro básico a evaluar en los Residentes Quirúrgicos —es decir: los conocimientos teóricos adquiridos, o "habilidades cognoscitivas"— probablemente sea el más sencillo y justo de realizar, como lo reconoce el Dr. Wiíman (17), ya que es un factor verdaderamente objetivo y/o cuantitativo y por lo tanto fácil de medir y/o calificar mediante el uso periódico de exámenes escritos —del tipo de respuesta múltiple— elaborados, supervisados y calificados por el Coordinador del Programa. Vale la pena aclarar en este momento, sin embargo, que al evaluar esos conocimientos teóricos se debe ser "realista" en el sentido de tratar de evaluar ante todo conocimientos sobre Patología Quirúrgica que se ve con frecuencia en nuestro medio ambiente y, por el contrario, evaluar menos aquellas patologías o enfermedades quirúrgicas que no se observan o son muy raramente vistas en nuestro país. Por otro lado, la asistencia y el interés que los Residentes demuestran por

FIG. No. 1

HOJA DE AUTOEVALUACION PARA EL USO DE LOS RESIDENTES EN UN PROGRAMA CUALQUIERA DE RESIDENCIAS EN CIRUGIA, ADAPTADA DE LA DEL DR. BARTLETT. (15)

NOMBRE DEL RESIDENTE:
 NIVEL DE RESIDENCIA:
 CASO No.: CIRUJANO ENCARGADO DEL CASO:
 DIAGNOSTICO INICIAL DEL CASO:
 OPERACION(ES) PRACTICADA(S):

 COMPLICACIONES:
 EVOLUCION DEL CASO:
 DIAGNOSTICO FINAL DEL CASO:

INTERROGANTES	<u>SI</u>	<u>PARCIALMENTE</u>	<u>NO</u>
1.- ¿Llegué al diagnóstico correcto preoperatorio?	_____	_____	_____
2.- ¿Razoné bien ese diagnóstico?	_____	_____	_____
3.- ¿Orienté y planifiqué bien el manejo y tratamiento(s) de este caso?	_____	_____	_____
4.- ¿Me dí cuenta del o los posibles riesgos operatorios en este caso?	_____	_____	_____
5.- ¿Estaba el paciente en su mejor estado posible como para minimizar el o los posibles riesgos operatorios?	_____	_____	_____
6.- ¿Estaba calificado yo para hacer la operación planeada en este caso?	_____	_____	_____
7.- ¿Erré en el diagnóstico, en el manejo o en el acto quirúrgico en este caso?	_____	_____	_____
8.- ¿Anticipé y/o previne las posibles complicaciones en este caso?	_____	_____	_____
9.- ¿Atendí al paciente rápida y eficazmente cuando fué necesario?	_____	_____	_____
10.- ¿Me dí cuenta, reconocí y notifiqué rápidamente los errores o fallas (si los o las hubo) en este caso?	_____	_____	_____

las sesiones clínicas, que periódicamente se llevan a cabo —según un calendario bien planificado— en las Salas o Servicios del Departamento Quirúrgico del o los Hospitales involucrados en el desarrollo del Programa, también son fáciles de medir y/o calificar —es decir evaluar— periódicamente si el Coordinador lleva el control adecuado, tanto de la asistencia a las sesiones como del interés y participación activa de cada uno de los Residentes en ellas, así como también de la calidad de las presentaciones que ellos hagan en la discusión de casos clínicos y/o en charlas, o conferencias científicas, que se les asigne.

En resumen, estos cuatro parámetros o cualidades básicas deben ser "definitivamente" evaluados en forma periódica, honesta y justa por nosotros, usando para ello —como control de las evaluaciones— la o las hojas de evaluación que elabore el Señor Coordinador o el Comité Departamental encargado de la supervisión del funcionamiento de cualquier Programa de Residencias en Cirugía.

NOTA DE AGRADECIMIENTO: Por este medio dejo constancia de mi agradecimiento a la Sra. Trinidad Pineda por su eficaz y desinteresada cooperación sin la cual, la publicación de los cuatro artículos sobre este tema no hubiera sido posible. El autor.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Membreño-Padilla, A.A.: "Reflexiones sobre lo que en realidad es un Programa de Residencias en Cirugía"; Rev. Med. Hond., 51:117,1983.
- 2.- Membreño-Padilla, A.A.: "¿Cómo seleccionar candidatos a ingreso en un Programa de Residencias en Cirugía?"; Rev. Med. Hond., 51:208,1983.
- 3.- Membreño-Padilla, A.A.: "¿Qué debemos enseñarle al Residente de Cirugía?"; Rev. Med. Hond., 52: 46, 1984.
- 4.- Polk, H.C.: "The evaluation of Residents"; Bull. Am. Coll. Surg., 68/3: 7, 1983.
- 5.- Ritchie, W. P. and Cohn, L. H.: "Surgical residencies reviewed by surgical residents"; SURGERY, 88/2: 315, 1980.
- 6.- Kurtz, L. M. and Wise, L.: "A Study of the impact of resident participation on the results of surgery for cholecystitis"; SURGERY, 86/4:530, 1979.
- 7.- Lawrence, P. F. and Cols.: "Determining the content of a Surgical curriculum"; SURGERY, 94/2: 309, 1983.
- 8.- Smale B.F., Reber H.A., Terry B.E. and Silver D.: "The creation of a surgical endoscopy training program. Is there sufficient clinical material?"; SURGERY, 94/2: 180,1983.
- 9.- Lazar H- L., DeLand E. C. and Tompkins R. K.: "Clinical performance versus in-training examination as measures of surgical competence"; SURGERY, 87/4: 357,1980.
- 10.- Albo D., Taylor C. W., Page B., Chang F. C. and Moody F. G.: "Multifactor evaluations of surgical trainees and teaching services"; SURGERY, 80/1: 115,1976.
11. Clarke, J. R.: "The role of decision skills and medical knowledge in the clinical judgement of surgical residents"; SURGERY, 92/2:153,1982.
- 12.- Ruckley C. B., Ferguson J.B.P. and Cuthbertson G: "Surgical decision making"; Brit. J. Surg., 68:837, 1981.
13. Rutkow I. M., Gittelsohn A. M. and Zuidema G. D.: "Surgical decision making: the reliability of clinical judgement"; Ann. Surg., 190/3:409, 1979.
- 14.- Eiseman B. and Watkins R. S.: "Surgical Decision Making"; W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1978
15. Bartlett, R. M: "The teaching of surgical judgement" Am.J. Surg., 121:220,1971.
16. Bosk, Ch. L.: "Superior surgical residents; who are they?";Bull. Am. Coll. Surg., 68/3:11, 1983.
17. Willman, V. L.: "Teaching and measuring core knowledge in surgery"; Bull. Am. Coll. Surg., 63/ 3:6.1978.