

REFLEXIONES SOBRE LO QUE EN REALIDAD ES UN PROGRAMA DE RESIDENCIAS EN CIRUGÍA

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

Las Residencias en Cirugía en los Estados Unidos de América se han basado en la experiencia que dejaron dos escuelas: a) aquella que, en los años treinta, siguió el sistema Osler mediante el cual el "estudiante" aprendía cirugía al ser expuesto con frecuencia a los problemas clínicos; y b) aquella otra que, en la siguiente década, comenzó con las llamadas Residencias Halstedianas en las que el "residente" fue sometido a un patrón de enseñanza más rígido pero casi sin contacto con el paciente. Estos dos conceptos contrastan con el de las escuelas modernas para residencias quirúrgicas, ya que ahora éstas se basan esencialmente en lo que se puede llamar, por la menos superficialmente, "entrenamiento durante el trabajo" (1).

Sin embargo, en estos tiempos modernos todavía hay muchos cirujanos y futuros cirujanos, que se preguntan si un buen sistema de residencias, en cualquier rama de la cirugía, debe basarse únicamente en el entrenamiento mientras se trabaja, o debe también incluir un buen plan educativo. De aquí ha surgido la controversia de que las residencias en cirugía deben basarse en el concepto de "entrenamiento durante el trabajo", o ser esencialmente "educativas".

Antes de aclarar estos conceptos, y la controversia que ha surgido debemos mencionar que en la actualidad la mayor parte de las Escuelas de Medicina están graduando médicos que no sólo son extremadamente inteligentes sino que se han prepa-

rado mejor, especialmente en lo que se refiere a las ciencias básicas, por lo que es notorio que su preparación les permite ante todo resolver problemas teóricos y "pasar" exámenes más fácilmente que "resolver" problemas clínicos.

Además, las Escuelas de Medicina parece que tienden a darle más importancia a lo anotado anteriormente y hacen poco por disuadir al estudiante para que solo se preocupe por pasar sus exámenes y obtener un diploma. Esto viene a repercutir en los aspirantes a residentes cuando aplican para entrar a un Programa de Residencias en Cirugía, al encontrarse ellos con el concepto moderno de "entrenamiento durante el trabajo" en el cual se basan la mayor parte de los buenos Programas, y con el hecho de que aparentemente "la Educación" ha sido relegada a un segundo plano.

¿Cómo se podría, entonces, convencer a estos jóvenes médicos, que inician su especialización, de que en realidad ellos están recibiendo una oportunidad de "educarse en cirugía" en vez de que simplemente están venciendo ciertos obstáculos a los que se enfrentan antes de obtener un grado como cirujanos? Y también, ¿cómo podríamos convencerlos de que ese concepto moderno de "entrenamiento durante el trabajo" es en realidad parte de un verdadero y excelente sistema educativo?

Este controversia! concepto moderno ha sido cuestionado (2) por importantes sociedades como la A.M.A. (American Medical Association) al declarar recientemente que....."el hecho de que uno de nuestros pacientes sea operado por otro médico sin su consentimiento, o sin que por lo menos sea notificado de la sustitución, es un fraude

Cirujano General Jefe de Sala y de Guardias, Profesor de Cirugía y Ex-Coordinador del Programa de Residencias en Cirugía General del Hospital-Es cuela de Tegucigalpa, Honduras.

y un engaño así como una violación al concepto básico de la ética médico-profesional ya que el paciente tiene el derecho a ser operado por el médico que escogió y debe, por lo tanto, permitírsele rehusar o por lo menos enterarse y/o aceptar el hecho de que será operado por otro médico; si esa información no es brindada y la operación es practicada por un residente, con o sin la ayuda y/o supervisión del cirujano encargado del caso, la situación se convierte en cirugía fantasma ya que ese residente es, en realidad, el verdadero responsable del acto quirúrgico" El Colegio Americano de Cirujanos, ante esta posición radical de la A.M.A., ha respondido con el concepto que ellos tienen sobre la educación y entrenamiento del Residente quirúrgico, diciendo que..... " se le debe brindar al Residente toda oportunidad posible de realizar procedimientos quirúrgicos mayores bajo supervisión, ya que al responsabilizarlo directamente de! cuidado del paciente, dándole esa oportunidad, lo haremos adquirir los dos requisitos básicos e indispensables que necesita para convertirse en un buen cirujano, es decir destreza y criterio quirúrgico; sin embargo esta experiencia debe, brindarse en forma progresiva y definitivamente supervisada, de tal manera que al finalizar su entrenamiento el Residente sea capaz de asumir la responsabilidad total que conlleva cada procedimiento quirúrgico mayor" Para demostrar que los "temores" de los Internistas son infundados, al creer que sus pacientes serán expuestos a un mayor riesgo quirúrgico cuando son operados por Residentes, analizaremos los resultados observados en una reciente (2) revisión retrospectiva de 300 resecciones selectivas de colon llevadas a cabo en el Hospital Roosevelt de New York, E.U.A., en donde se dividieron los pacientes operados en dos grupos: uno de 117 pacientes privados operados por el cirujano especialista encargado del caso, asistido por un Residente de experiencia, y otro de 183 pacientes privados o no operados por un Residente de experiencia, asistido y/o supervisado directamente por el cirujano especialista encargado del caso, y en donde se probó que la mortalidad no fue significativamente diferente en uno u otro grupo de pacientes, aunque la morbilidad fue menor en el grupo II (Tabla No. 1). Estos dos grupos de pacientes fueron operados por diferentes razones y en ellos se hicieron diferentes tipos de resecciones de colon (Tabla No. 2), similares para ambos grupos.

TABLA No. 1

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN DOS GRUPOS DE PACIENTES SELECTIVOS A LOS QUE SE LES PRACTICO COLECTOMIAS

MORBILIDAD	Grupo I (117 ptes.)	Grupo II (183 ptes.)
Infección de la herida	20.5o/o	11.4o/o
Dehiscencia de herida	1.7o/o	1.1o/o
Dehiscencia anastomosis	13.7o/o	3.8o/o
SOSPECHADA	6.9o/o	2.2o/o
CONFIRMADA	6.8o/o	1.6o/o
MORTALIDAD	2.6o/o	3.3o/o

TABLA No. 2

TIPOS DE RESECCIONES COLONICAS Y CAUSAS EN DOS GRUPOS DE PACIENTES SELECTIVOS A LOS QUE SE LES PRACTICO COLECTOMIAS

TIPO DE RESECCION	Grupo I (117 ptes.)	Grupo II (183 ptes.)
Colectomía derecha	19o/o	31o/o
Colectomía izquierda	12o/o	11o/o
Resección de sigmoide	34o/o	30o/o
Resección baja de sigmoide	25o/o	13o/o
Resección abdominoperineal	5o/o	10o/o
Otras resecciones	5o/o	5o/o
CAUSAS	100o/o	100o/o
Carcinoma	71o/o	69o/o
Enfermedad diverticular	21o/o	17o/o
Enfermedad inflamatoria	4o/o	7o/o
Misceláneas	4o/o	7o/o

Entonces surge otra interrogante: ¿Qué es una residencia quirúrgica?, o mejor ¿Cómo debe ser? Estas interrogantes las podemos contestar simplemente diciendo que una "residencia quirúrgica" debe ser una oportunidad educativa para el principiante, y

como tal es imperativo que nosotros, "los cirujanos profesores", ofrezcamos a "los residentes" un concepto real y verdadero de lo que creemos debe ser un "Programa de Residencias en Cirugía". En realidad este es el momento oportuno para también aclarar ciertos conceptos ya mencionados para así deducir si se está haciendo mal o no, de tal manera que o se continúa con el mismo concepto de "entrenamiento durante el trabajo" o se cambia, y en éste último caso ¿por cual? y/o ¿cómo?. ¡ ¡Mi opinión personal es de que no se debe cambiar!!

En un reciente y excelente editorial del Dr. Olivier (3) se menciona que un Programa de Residencias en Cirugía no solo debe gozar de todas las facilidades técnico-administrativas que necesitan tanto el paciente como el residente, sino que también los cirujanos participantes deben estar dispuestos a cultivar y desarrollar la mente y orientación del residente hacia los múltiples problemas quirúrgicos; y además deben participar en la dirección y desarrollo de un Programa en el que el "alumno, estudiante o residente" de Cirugía pueda convertirse en el futuro en un nuevo "cirujano-profesor", así como en un cirujano bien entrenado y con aspiración a continuar mejorando al iniciar su práctica, y ríe simplemente "un cirujano más" que finaliza su entrenamiento en un Programa y sale contento por terminar su residencia ya que se sentía frustrado ante la baja calidad del Programa y la indiferencia de los Cirujanos participantes.- Además, todo Programa de Residencias en Cirugía debe contar con un Director que no solo tenga el poder, el derecho y los medios para seleccionar, animar o limitar a un futuro residente, sino que también debe tener la "sabiduría" e interés, así como la seguridad en sí mismo y el entusiasmo, para "aconsejar y educar" al Residente.

¡ ¡Nosotros, los "educadores de la cirugía*", debemos aceptar el hecho de que somos los "modelos y ejemplos" para nuestros residentes!!. Sin embargo, debemos recordar que: "uno no puede enseñar bien lo que no hace bien"; de tal manera que debemos convencernos que tenemos la "responsabilidad" de ser cirujanos y profesores al mismo tiempo, lo que significa que debemos saber algo sobre educación, así como sobre los objetivos de esa oportunidad educativa que estamos ofreciendo. También debemos saber cuando, como y donde to-

da la nueva información científica, que el residente necesita para su educación como cirujano, debe ser brindada.- Además debemos tener la suficiente experiencia y capacidad para hacer lo que queremos enseñar, es decir demostrarle al Residente nuestros conocimientos clínico-quirúrgicos, tanto al lado del paciente en su cama como en la sala de operaciones, con el objeto de que, además de brindar al paciente un mejor cuidado, le enseñemos al Residente a tener "buen criterio quirúrgico", para lo cual necesitamos dar un poco más de lo necesario de nuestro tiempo, paciencia y tolerancia.

En todo Programa de Cirugía es necesario que los tres pilares de la enseñanza que se le brinda al Residente -que son: a) el cuidado clínico o la atención del paciente, es decir la labor asistencial; b) la educación continuada; y c) la investigación- siempre caminen de la mano en vez de ir por caminos separados durante el periodo de enseñanza; y es más, nosotros los "educadores de la cirugía" somos los que estamos obligados a poseer la habilidad para mantener siempre unidos o amarrados el uno con el otro a estos tres aspectos indispensables de la educación total del residente, o si esto no es posible, el Director del Programa debe contar con el suficiente número de "cirujanos especialistas" en determinadas áreas o campos, como para que los residentes puedan gozar de una verdadera oportunidad educativa total al mismo tiempo que hacen labor asistencial.

De tal manera que si el Programa cumple con lo que se ha mencionado, las interrogantes que se han planteado pueden contestarse satisfactoriamente y tal vez lo único que convendría modificar, en el concepto de "entrenamiento durante el trabajo", es la forma como se ha estado escribiendo y usar mejor el de que el Residente está "educándose mientras trabaja", basándose ante todo en otro decir popular: "la cirugía es un deporte de contacto" (4).

Definitivamente, y con seguridad, podríamos decir que si alguno de estos factores es alterado, voluntaria o involuntariamente, por una de las partes el Programa no caminará bien y podría fracasar; y no digamos si varios de ellos andan mal, ya que entonces el Programa irremediamente sería un completo desastre. Sin embargo, en mi opinión, puede

decirse que talvez el factor más importante sea el que se refiere a la "responsabilidad" de las partes involucradas en el Programa ¿Por qué me atrevo a hacer esta aseveración? j ¿Porque en innumerables otras experiencias de diversas índoles, pero en especial en el desarrollo de otros Programas de Residencia, se ha comprobado que si "el equipo" (los Residentes) no es responsable en el desempeño de sus funciones, aunque el "Cuerpo Técnico" (los Cirujanos-Profesores) trate de hacer un buen y responsable papel al "entrenar" y/o "educar" a los miembros del equipo, no logrará hacerlos triunfar sino que fracasará en su intento!!

Por supuesto que lo mismo podría decirse de un buen equipo que es "entrenado" y/o "educado" por un Cuerpo Técnico irresponsable. Este concepto también es compartido por autoridades en La materia, como recientemente lo expresó el Dr. Hardy (5).

En resumen, ¿de qué en realidad depende el éxito de un Programa de Residencias Quirúrgicas?. Yo diría que de todo lo siguiente:

- a) de una organización, dirección y coordinación eficaz y responsable;
- b) de una selección adecuada y justa de los candidatos al ingreso en el Programa, haciendo énfasis en que se prefiera calidad a cantidad;
- c) de una buena implementación científica, técnica y administrativa de todas las Instituciones involucradas en el desarrollo del Programa;
- d) de una colaboración efectiva de todos los Cirujanos-Profesores que participan en una u otra forma en el Programa;
- e) del grado de responsabilidad que demuestren tanto los Cirujanos al supervisar a su(s) residente(s), como los Residentes en sus labores;
- f) de la capacidad científica, pedagógica y receptiva de los Profesores y de los Médico-Residentes para participar adecuadamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje que conlleva consigo el Programa;
- g) de la mística o motivación que se logre infundir, tanto a los Cirujanos-Profesores como a los Residentes; y
- h) de una evaluación periódica honesta y realística de los Médico-Residentes, así como de los Docentes y del Programa en si, para mantener con ello el prestigio y la seriedad deseados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ward, O. G.: "Surgical residency: On-the-Job training or Education?"; Am. J. Surg., 140:720, 1980.
2. Dailey, T.H. and Leef, E, I.: "Resident Surgery, is it safe?"; Diseases of the Colon and Rectum, 21:85, 1978.
3. Olivier, A.F.: "To be or not to be: a thoracic trainee or a flunky?"; Ann. Thorac. Surg. 29: 195, 1980.
4. Bosk, Ch. L.: "Forgive and Remember"; University of Chicago Press, Chicago. 1979.
5. Hardy, J.D.: "The residents responsibility"; Bull. Am. College of Surg., March, 1980.