

Educación en el postgrado

Dr. José Antonio Carrasco Rojas, FACS

La educación en el postgrado de cirugía tiene su fortaleza mayor en el siglo XIX en la escuela vienesa con Theodor Billroth. Hace poco más de un siglo William Halsted en el año de 1897 inició el modelo de las residencias quirúrgicas que se mantuvo con algunas modificaciones hasta nuestros tiempos.

La evolución de la educación a la par con el de la sociedad es un proceso dinámico, en el cual se asocian elementos fundamentales como la tecnología y es en los finales del siglo XX, en el que en todas las áreas de actividades del ser humano se desarrollan grandes avances que deben ser incluidos en los procesos quirúrgicos, pero también, estos cambios obligan a reflexiones de cuál es el quehacer diario del cirujano, cómo actuar ante la avasalladora tecnología, en conceptos fundamentales como educación, bioética y profesionalismo.

La conformación de las especializaciones médicas es un proceso dinámico, con influencias en el desarrollo social y demográfico y si bien existen intereses comunes universales, cada país dependiendo de sus condiciones demográficas e institucionales ha tenido diferentes procesos, a cirugía general, junto con la medicina interna base de las cuales se han desarrollado otras numerosas especialidades.

En México en la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Facultad de Medicina se promueve una convocatoria nacional para la evaluación de las especializaciones médicas, de este esfuerzo se culmina con el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM), este magno proyecto es en el que actualmente se basan los programas de la mayoría de las residencias médicas en México y en numerosos países de Latinoamérica. Este programa tiene actualmente 78 programas de especializaciones médicas.¹

En los Estados Unidos existe el consejo de acreditación para la Educación Médica de los Graduados (Accreditation Council for Graduate Medical Education ACGME) creado para regular y vigilar los estándares de las diferentes especialidades médicas para asegurar la calidad de la educación médica de los graduados.²

Con el paso de los años se han establecido instituciones que han tratado de vigilar el proceso educativo en las especialidades médicas, es así como se desarrollaron los consejos con el propósito de mantener un nivel de excelencia en la educación quirúrgica.

En México se conformaron los consejos de certificación; con la participación de la Academia Nacional de Medicina y Academia Mexicana de Cirugía se estableció la Comisión Normativa Nacional de Consejos de Especialidad, en ella existen 47 consejos de certificación y en ellas se certifican otros 23 programas de especialidades o subespecialidad.

En Canadá, el órgano regulador es el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, en él se certifican 28 programas de especialidades y 31 programas de alta especialidad.

En los Estados Unidos de Norteamérica el órgano regulador es el American Board of Medical Specialties tiene 24 Boards que certifican 107 programas, 5 sólo certifican un programa, se imparten 8,850 cursos que certifican el Board. El Board de Cirugía certifica 5 programas con 246 cursos.

Uno de los puntos importantes está en conflicto, el futuro de la cirugía general es la presencia de numerosas subespecialidades, que han reducido el campo de acción de la cirugía general como tal, por lo cual es importante definir que es una especialidad como un amplio cuerpo de conocimientos aplicables, con suficientes fundamentos para competencias adicionales, con una evidencia requerida y práctica en diferentes escenarios.

Una subespecialidad tiene un amplio cuerpo de conocimiento aplicable más allá de la especialidad de origen, su contenido y competencias son identificables dependientes de la especialidad de origen.

Dudrick establece la gran importancia de los cambios generacionales con el avance de la tecnología, refiere que en el momento actual se conjugan cuatro generaciones con particularidades específicas y que deben ser tomadas en cuenta para la enseñanza de la cirugía.

La primera generación es la generación tradicionalista con edades arriba de 65 años, están identificados con los valores tradicionales como fe religiosa, lealtad, y orgullo a su país, trabajan bien en un sistema jerárquico y son motivados por elogios verbales.³

La generación Baby Boomers está entre los 46 a 64 años, es una generación definida por los derechos civiles, quieren construir consensos mediante reuniones constantes, les gusta dirigir delegando para una cohesión de grupo.

La generación X se encuentra entre los 27 y 46 años, crecieron con avances tecnológicos, se siente confortable con la diversidad, crecieron con el Internet y los videomusicales, aprecian la comunicación y los recursos tecnológicos, no están motivados por lo que es bueno para la Institución.

La generación de los Nexters es la generación tecnológicamente más capaz e inteligente, con autosuficiencia para realizar multitareas, siguen a un líder fuerte, pero no al incompetente, su excelencia depende de qué tan motivados puedan estar.

Esta generación está más interesada por su bienestar y su vida personal, es de gran importancia y no están dispuestos al sacrificio en la residencia.

Cedtfeldt et al, realizaron en un hospital un cuestionario confidencial a 675 residentes, analizaron la respuesta cuando son informados de su disponibilidad de tiempo para sus necesidades personales tienen un mejor rendimiento y mayor satisfacción en su trabajo.⁴

Ante la reducción por ley de las horas de trabajo de las residencias médicas que en los Estados Unidos de Norteamérica es de 80 h por semana y en Europa de 48 h. Se ha buscado la forma de poder entrenar mejor a los residentes para optimizar sus tiempos y se ha difundido el uso de simuladores para facilitar la adquisición de destrezas, previas a la realización con pacientes.

Aggarwal et al, realizaron con el uso de simulador laparoscópico virtual un estudio comparativo entre inexpertos, intermedios con 20-50 colecistectomías, y un grupo de expertos con más de 100. Se demostró en un inicio las diferencias de los diferentes grupos por su experiencia, pero ya con un entrenamiento estructurado no hubo diferencia, en las habilidades, con lo que demostraron que con un método científico estructurado es posible reducir los riesgos y mejorar las habilidades.⁵

Botezatu y col ha demostrado que la simulación virtual es un buen instrumento para evaluar el aprendizaje cuando se compara con los exámenes regulares.

Otro instrumento para evaluar el aprendizaje del residente quirúrgico es el portafolio, con mayor aplicación que los exámenes de conocimientos y la apreciación de los profesores, el portafolio es una historia documental del trabajo del estudiante que permite observar sus logros de aprendizaje, destrezas, actitudes, compren-

sión y desarrollo profesional a través de un proceso de reflexión.

Con el portafolio se identifican experiencias significativas, se identifica que se aprendió por la experiencia, como es demostrado por la práctica y la identificación de necesidades adicionales de aprendizaje. El portafolio evalúa el trabajo y las actitudes del estudiante con comentarios reflexivos de su aprendizaje y por consiguiente a su profesor.

Uno de los problemas más graves que está presente es la falta de profesionalismo, la palabra se deriva del latín profeso que consiste en ejercer una ciencia arte u oficio, enseñar una ciencia o un arte, las residencias son la oportunidad más grande para reforzar en los jóvenes el profesionalismo, es de capital importancia una selección adecuada de los profesores, ya que ellos son los líderes conductores de los nuevos profesionales.⁷

La evaluación del profesionalismo por métodos alternativos, en áreas de contenido donde se analiza la ética, características personales, profesionalismo comprensivo y diversidad.

La educación de postgrado en cirugía ha tenido avances notables debido a la tecnología, sin embargo no debemos soslayar los principios y valores que son el fundamento de la profesión médica.

Referencias

1. Plan único de especialidades médicas. Página de la división de postgrado. Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México.
2. Accreditation Council for Graduate Medical Education Chicago: 2009. www.acgme.org
3. Dudrick S. Evolución de la educación quirúrgica del siglo XX al XXI. *Cirugía y Cirujanos* 2011 (en prensa).
4. Cedfelt A, Bower E, English CL et al. Personal time off and residents career satisfaction, attitudes and emotions. *Medical Education* 2010; 44: 977-984.
5. Aggarwal R, Crochet P, Diaz A et al. Development of a virtual reality training curriculum for laparoscopic cholecystectomy. *Brit J Surg* 2009; 96: 1086-1093.
6. Botezatu M, Hakan H. Virtual patient simulation for learning and assessment: Superior results in comparison with regular course exams. *Medical Teacher* 2010; 32: 845-850.
7. Carrasco RA. Profesionalismo En: Gutiérrez SC, Carrasco RA. La bioética en el ejercicio quirúrgico. *Clin Quirur Acad Mex Cir* 2010; 16: 177-183.