

Acta Ortopédica Mexicana

Volumen **19**
Volume

Número **2**
Number

Marzo-Abril **2005**
March-April

Artículo:

Reflexiones sobre la residencia de ortopedia en México. Primera parte: La visión del residente de ortopedia

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Ortopedia, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Reflexiones sobre la residencia de ortopedia en México. Primera parte: La visión del residente de ortopedia

Michell Ruiz Suárez, Felipe A. Martínez Escalante, Álvaro Vázquez Vela Echeverría,
Eduardo Acosta Rodríguez, José Carlos Sauri Barraza, Alejandro Salas Morales,
Enrique Villalobos Córdoba, Víctor Romo Dámazo

Todos los ortopedistas tenemos algo en común, aunque algunos quisieran olvidarlo: todos somos o hemos sido residentes en alguna institución de salud pública o privada. La residencia no debe ser vista como un mero rito de paso. Es, por el contrario, la etapa formativa más importante en la vida de un especialista. Es frecuente escuchar que la verdadera curva de aprendizaje comienza al terminar, precisamente, esta etapa. Quizá esta creencia (ya que no existe ningún estudio científico que lo compruebe) sea cierta; pero también es cierto que al no contar con bases formativas sólidas, esta curva se puede llegar a convertir en una pendiente ascendente que no tiene una meseta.

¿Por qué surge la preocupación de reflexionar sobre la residencia de ortopedia, específicamente en el caso de nuestro país? La respuesta es: porque el objeto del proceso educativo (el residente) ha tenido una voz muy baja, o simplemente hemos optado por no tenerla, hasta el momento, en este proceso. La intención de este trabajo no es la de reclamar, sino la de atraer la atención, que como estudiantes (importante recalcar este término) nos corresponde, para mejorar en el mayor grado posible el proceso de enseñanza que debe ser la piedra angular en el desarrollo de un especialista.

Sin el ánimo de ser simplistas, creemos que la intención de una residencia médica se puede resumir en los siguientes puntos: 1) Mejorar el cuidado del paciente, 2) mejorar las habilidades quirúrgicas del médico en formación, 3) fomentar y aumentar el conocimiento científico (y en ocasiones el empírico), 4) mejorar las habilidades y condiciones de comunicación (hacia el paciente, hacia los compañeros, hacia las autoridades, hacia el público en general), 5) fomentar el comportamiento ético y 6) fomentar el comportamiento profesional.

Analicemos brevemente cada una de las situaciones en el contexto de nuestro país.

Mejorar el cuidado del paciente

No es un secreto que en algunas instituciones (por no decir la mayoría) el cuidado del paciente queda a cargo únicamente del residente la mayor parte del tiempo (es decir, en el turno de la tarde y noche o en el fin de semana). Esta situación no es privativa de nuestro país, ya que así sucede en la

mayor parte de los países. Este hecho por sí mismo no es reprochable, después de todo somos médicos cirujanos con cédula profesional y tenemos la capacidad para cuidar a un paciente. Sin embargo, creemos que debiera existir una supervisión un poco más estrecha del involucrando desde el médico responsable del turno hasta el residente de primer año. Esta responsabilidad debe ser compartida y aceptada como tal. Recordemos: *primun non nocere*.

Por otro lado, el escuchar por parte de algunos médicos que la tasas de complicaciones en los hospitales-escuela es debido a la presencia de residentes, sólo demuestra una falta de compromiso del responsable directo hacia el paciente (es decir, el médico tratante). Además demuestra que no es un buen maestro y probablemente tampoco buen médico. Nuevamente, este hecho no es único de nuestro país. Existen trabajos sobre las residencias de ortopedia en publicaciones internacionales, donde se apunta que el número de complicaciones es adjudicado a los residentes. Probablemente, este hecho nos invite a pensar sobre quién es el verdadero responsable de un fracaso diagnóstico o terapéutico en un hospital-escuela.

Como comentaremos un poco más adelante, el proceso de educación no debe ser producto únicamente del cuidado del paciente, por digno que esto parezca. Desafortunadamente, el abrumado sistema de salud de nuestro país favorece este escenario. Analizar este punto va más allá del enfoque de este trabajo, pero debe quedar como inquietud para mejorar un sistema que no trabaja como debería. No sólo en la ortopedia, sino en la medicina como un todo.

Mejorar las habilidades quirúrgicas

Para saber si en verdad un individuo está mejorando sus habilidades quirúrgicas, debe existir una supervisión. ¿Qué tan frecuentemente ocurre esto? Una respuesta en nuestro país la da de forma inicial el Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, quien a partir del examen de certificación del año 2005 solicita una bitácora de cirugías como requisito. Aunque es un inicio y es un requisito susceptible a múltiples mejoras, consideramos que se trata de un loable intento por regular la educación quirúrgica.

Resulta toda una curiosidad leer un artículo de JIP James donde puntualiza todas las fortalezas y las escasas debilida-

des del sistema tutorial para la enseñanza de la ortopedia en Gran Bretaña hacia finales de la década de 1960.¹ Este proceso se centraba únicamente en el entrenamiento de técnicas siempre bajo la supervisión estricta del tutor. Resulta trágico que en muchas instituciones de nuestro país, un residente de ortopedia intervenga quirúrgicamente a un paciente y no sepa si lo hizo bien o no. Esto pudo deberse a que el directamente responsable no le interesó, confía “ciegamente en el residente” o, simplemente, no se encontraba en ese momento en el hospital. Lo importante era resolver el problema en ese momento y el residente lo hizo, a final de cuentas, él está ahí para aprender a operar. Los dos extremos de este espectro son perjudiciales, para el estudiante (en el caso del sistema tutorial, donde sólo podría aprender de un solo maestro) o para el paciente (en el caso de no existir una supervisión).

Por otro lado, en México cada vez se da con mayor frecuencia la existencia de programas de superespecialidad quirúrgica (equivalente a los fellows norteamericanos). La existencia de estos programas en nuestro país como resultado de la mejoría en la atención ortopédica o como deficiencia del mismo será abordado en la segunda parte de este trabajo.

Fomentar el conocimiento científico

¿La residencia es un período de entrenamiento o de educación? El Dr. William Enneking² lo contestó magistralmente comentando en alguna reunión de la American Orthopaedic Association: “La diferencia entre entrenamiento y educación es un concepto fundamental que tiene que ver con la calidad de cada uno de estos procesos. El entrenamiento es la práctica repetitiva de una técnica hasta perfeccionarla. La educación es el resultado intelectual de aplicar principios racionales basados en conceptos científicos”.

El conocimiento debe ser dirigido por hombres y mujeres competentes en el campo de la ortopedia con un gran deseo de transmitir su conocimiento hacia las nuevas generaciones. Quizá éste debiera ser uno de los puntos determinantes para dar un puesto de trabajo como médico especialista en los hospitales-escuela. Como sabemos, esto sucede sólo en contadas ocasiones.

En el proceso del conocimiento primero debemos determinar que los residentes somos adultos y, por lo tanto, debe ser adecuado a nuestras capacidades y necesidades. Miller³ comenta en alguna publicación, que estos principios deben ser: 1) La resolución de problemas, 2) aplicación de la experiencia, 3) que la experiencia sea significativa para el educando, 4) que el educador revise su propia experiencia, 5) que el educador dirija y organice los procesos de búsqueda de información y 6) que el educador provea de retroalimentación acerca de los frutos de este proceso.

La residencia no es una “escuela” en el sentido tradicional del término, en donde el alumno se sienta y escucha; por el contrario, la residencia está pensada como un sistema autodidáctico, pero no por ello, el maestro debe involucrarse menos, como sucede frecuentemente, con la finali-

dad de dejar que el alumno camine solo en busca de la información y la experiencia. Por el contrario, consideramos que el profesor debe involucrarse más y con una actitud más analítica, profunda y decisiva. Los hospitales-escuela deben ser considerados instituciones educativas con todos los derechos y obligaciones aunados a los que tienen en su naturaleza misma de atención al paciente.

Queda el tema pocas veces tratado de la enseñanza de ciencias básicas en la residencia en ortopedia. En estos días, la enseñanza de la genética y de la biología molecular y celular debe ser imprescindible para cualquier residente. Si esto no se cumple no hay forma de asegurar que el cuidado de los pacientes en el largo plazo sea el óptimo. ¿Cómo adecuarnos a un futuro cada vez más cercano en el tratamiento de padecimientos degenerativos, si no somos capaces de entender la génesis y el desarrollo de los mismos? No es una casualidad que las publicaciones ortopédicas de mayor impacto a nivel mundial están incluyendo hasta 25% de su contenido dedicado a las ciencias básicas.⁴ En este caso, lo ideal sería tener un acercamiento con las universidades con el afán de instrumentar programas de colaboración con los distintos programas de residencia en ortopedia en nuestro país y poder actualizar los conocimientos, tanto, de los residentes, como, de los médicos tratantes. Aunque a decir verdad, primero deben existir programas con la finalidad de explicar por qué son importantes las ciencias básicas.

Mejorar las habilidades y condiciones de comunicación

Uno de los papeles que debe cumplir un residente como parte de su desarrollo es el de ser también un maestro. La responsabilidad no debe recaer únicamente en el maestro. Existe un adagio latino que a la letra dice: *Docendo ergo discoco* (Yo enseño, por lo tanto, aprendo).⁵ Es importante saber que los residentes también pueden cumplir con el papel de maestro. Esto se debe al hecho de que un residente aún sigue los pasos secuenciales de un proceso sin omitirlos, porque no tiene la experiencia suficiente. También, al ser considerado un igual entre los demás residentes puede aclarar preguntas que los médicos experimentados podrían considerar como “tontas”. A pesar de todas las limitaciones que pudieran pensarse al considerar a un residente como potencial maestro, esto sucede y sucede todos los días, especialmente en aquellas instituciones en las que no hay condiciones para que el proceso de la enseñanza se ejecute de forma satisfactoria. Pero bien, si esto sucede, se debe fomentar que los residentes de ortopedia cumplan parte de este proceso.

Asimismo, se debe hacer hincapié que en la actualidad la mayoría de los desacuerdos entre el médico y su paciente son por falta de comunicación, por lo que es importante instrumentar la supervisión de la relación que el residente establece con los pacientes.

No se puede dejar de lado la relación que el residente debe establecer con sus maestros, personal de enfermería, compañeros, pacientes, personal de apoyo, etc. Aunque no

se puede enseñar cómo establecer una comunicación efectiva, creemos que existen muchos vicios o actitudes que son susceptibles de corrección, si tan sólo se observaran. Como parte del proceso formativo, todas estas conductas del residente hacia las personas de su entorno debieran ser supervisadas y en caso necesario, corregidas o fomentadas.

Fomentar el comportamiento ético

A este respecto, el Dr. Augusto Sarmiento⁶ alguna vez preguntó: ¿El mal comportamiento de algunos residentes es consecuencia del mal ejemplo que encuentran en sus maestros? Esta pregunta levantará gran polémica, estamos seguros. Si bien es cierto que los residentes somos médicos titulados y adultos capaces de afrontar las consecuencias de nuestros actos, y que probablemente ya sea demasiado tarde para corregir vicios y costumbres, la condescendencia o la omisión en la corrección de los mismos, hace a los maestros partícipes y cómplices de las acciones negativas que en alguna ocasión, algún residente, pudiera realizar.

Como comenta el doctor Ruy Pérez Tamayo: La ética o el “comportamiento ético” no se aprende en cursos, se aprende con el Ejemplo del profesor, del médico, en todos los ámbitos del desempeño profesional. El comportamiento ético de un residente y para fines prácticos de cualquier médico se puede resumir en los siguientes puntos: 1) No hacer daño; 2) aplicar las habilidades individuales sólo para el beneficio del paciente; 3) respetar la autonomía del paciente; 4) tratar a todos los pacientes como iguales y evitar los sesgos por prejuicio; 5) ser honesto con uno mismo y con los pacientes; y 6) respetar la confidencialidad del paciente.⁷⁻⁹

Éste es un buen momento para preguntarnos como maestros y alumnos si estamos cumpliendo de forma ética con nuestra labor. En algunas ocasiones, los residentes vemos al paciente como un medio para lograr nuestro desarrollo (un reto diagnóstico o quirúrgico) y los médicos adscritos en algunas ocasiones los ven como una gran carga de trabajo. ¿Puede llegar a ser la gran carga de trabajo motivo de despersonalización? Probablemente, pero nosotros escogimos esta profesión. Nunca he escuchado a un médico decir que estudió medicina porque es una buena “chamba”. Por el contrario, todos lo hicimos por vocación de servicio. De lo contrario, debemos preguntarnos si estamos haciendo lo que nos gusta y si nuestra profesión es causa de satisfacción o de desgracia.

Fomentar el comportamiento profesional

Primero debemos determinar si un residente es un estudiante o un empleado, ya que esta simple distinción puede determinar uno u otro comportamiento. Esta pregunta no es única para nuestra especialidad ya que todas las especialidades médicas se deben preguntar lo mismo. Lo cierto es que existe una ambigüedad, ya que el residente debe proveer cuidado y bienestar a un paciente, al mismo tiempo que está aprendiendo a hacerlo.

El Dr. Swick¹⁰ comentó en alguna reunión de la American Orthopaedic Association (AOA) con un tono cómico, que “El profesionalismo es como la pornografía: es difícil de definir, pero fácil de identificar”. El compromiso de un profesional de la salud debiera comprender los siguientes puntos: 1) Procurar, prioritariamente, el bienestar del paciente, 2) Comprometerse con la especialidad y con la institución en la que se labora, 3) Cooperar a todos los niveles y 4) Demostrar integridad intelectual y personal.^{11,12}

Creo que es importante preguntarnos si existe una vigilancia o promoción de un comportamiento profesional en la residencia. Debemos preguntarnos como alumnos o maestros si existe una supervisión en la interacción diaria con las distintas personas con las que hay contacto. La residencia no es sólo para aprender ortopedia, es para aprender a ser un profesional.

Las presentes reflexiones no tienen como propósito ser una crítica mordaz a personas o instituciones. Como lo comentamos anteriormente, esperamos que sirvan como un punto de partida objetivo para un debate mucho más completo y fructífero en todos los niveles de este proceso educativo, desde futuras generaciones de residentes, hasta aquellos que han tenido la oportunidad de ver pasar muchas otras de los mismos, o a quienes han buscado evitarlos. Sólo nos gustaría dejar algunas reflexiones que ojalá pudieran ser respondidas en grandes foros ortopédicos:

- ¿Ha mejorado o empeorado la residencia de ortopedia en México en forma general?
- ¿Todas las instituciones que cuentan con un programa de residencia tienen la infraestructura y el personal indicado para desarrollarla?
- ¿Existe un espacio digno para el descanso o resguardo de los objetos personales en las instituciones donde se desarrollan los programas de residencia? (el sentimiento de seguridad juega un papel importante en el desarrollo personal)
- ¿Los programas de ortopedia en México procuran el tiempo de formación integral como ortopedistas, profesionales de la medicina y personas?
- ¿Dónde acaba la responsabilidad del maestro y dónde empieza la del alumno?
- ¿Debe evaluarse la calidad de trabajo de los médicos, por parte de los residentes, como parte de la evaluación institucional? (sin ningún ánimo revanchista)
- ¿Debemos impulsar a la ortopedia desde la etapa de pregrado?
- ¿La ortopedia mexicana es competitiva a nivel internacional?

Todas estas preguntas tendrán múltiples respuestas, dependiendo de quién las responda. Esa es la finalidad de este trabajo, hacer que nazca la inquietud, primero, por reconocer la importancia de la etapa de residente de cualquier especialista e

involucrar a todos los especialistas de este país en el desarrollo de y ejecución de programas de residencia que trabajen por el bienestar del paciente, del residente y del especialista mismo. No es fácil sacar conclusiones de un trabajo que pretende ser el inicio de una larga serie de debates acerca de todos los puntos que hemos expuesto. Lo único que nos queda por decir es gracias a todos aquellos que de forma voluntaria o involuntaria han sido nuestros maestros.

Bibliografía

1. James JIP: An orthopedic training program. *J Bone Joint Surg Br* 1968; 50-B(4): 701-707.
2. Enneking WF: The education of future orthopedists. *J Bone Joint Surg Am* 1984; 66-A: 1139-1142.
3. Miller WE: Techniques of medical education in orthopedic residency. *Clin Orthop* 1971; 75: 65-79.
4. Chapman MW: Basic-science education: A challenge for orthopaedic leadership. *J Bone Joint Surg Am* 2002; 84-A(10): 1886-1889.
5. Wilson F: Residents as teachers. *J Bone Joint Surg Am* 2001; 83-A(9): 1441-1443.
6. Sarmiento A: The education of future orthopedists: A need for improvement. *J Bone Joint Surg Am* 2001; 83-A(9): 1427.
7. Kane R, Saleh K: Ethics in practice: Residency training. *J Bone Joint Surg Am* 2000; 82-A(10): 1510-1511.
8. Committee on Ethics, American Academy of Orthopedic Surgeons: Guide to the ethical practice of orthopedic surgery. Ed. 2. Park ridge, Illinois, American Academy of Orthopedic Surgeons, 1992.
9. Council on ethical and judicial affairs, American Medical Association: Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations. Chicago, American Medical Association, 1997.
10. Swick HM: Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75: 612-616.
11. Cornwall R: Teaching professionalism in orthopaedic residency. *J Bone Joint Surg Am* 2001; 83-A(4): 626-628.
12. Lippert FG, Farmer J, Schafer M: Professional Behavior in the orthopedic resident. *Clin Orthop* 1983; 174: 188-192.

