

Comentarios sobre la propuesta de programa de la residencia de neurología en Cuba

Alfredo Robles Bayón

Unidad de neurología cognitiva. Hospital La Rosaleda. Santiago de Compostela, España

Recibido: 16.1.2015. **Aceptado:** 16.1.2015. **Publicado:** 19.1.2015.

Correspondencia: Dr. Alfredo Robles Bayón. Unidad de neurología cognitiva. Hospital La Rosaleda. Santiago de Compostela, España. Correo electrónico: alfredorobles@hospitalrosaleda.com

Cómo citar este artículo (Estilo NLM): Robles Bayón A. Comentarios sobre la propuesta de programa de la residencia de neurología en Cuba [carta]. Rev Cubana Neurol Neurocir. [Internet] 2015 [citado día, mes y año];5(2):186–9. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/225>

© 2015 Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía – Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía

www.sld.cu/sitios/neurocuba – www.revneuro.sld.cu

Editor: Dr. P. L. Rodríguez García

Commentaries about the proposal of residency neurology program in Cuba

Sr. Editor:

Quien remite estos comentarios es neurólogo y trabaja en España, en el campo de la neurología cognitiva, con actividad mayoritariamente asistencial. Hace algún tiempo fue tutor de residentes y profesor del tercer ciclo universitario (doctorado post-licenciatura).

En respuesta a la invitación a enviar opiniones sobre la propuesta de programa de formación en neurología en Cuba (1), se adjuntan algunas impresiones inducidas por una lectura rápida del texto.

En la “Reseña histórica” (pág. 61) se hace referencia a los avances relacionados con la neurosífilis, tuberculosis del sistema nervioso central, epilepsia, miastenia gravis, enfermedad de Parkinson e ictus. Podría ser adecuado comentar algo sobre la demencia. Siglos atrás preocupaba más la locura que la demencia, porque ésta afecta sobre todo a personas de edad avanzada y la esperanza de vida era muy corta. Desde finales del siglo XVIII, la demencia empezó a cobrar interés. A lo largo del XIX y primera mitad del XX se describieron múltiples causas (enfermedad de Alzheimer, de Pick, de Huntington, de Creutzfeldt-Jakob, con cuerpos de Lewy, demencia por pelagra, sífilis, tumor y un largo etcétera; actualmente se conocen más de 100 causas de demencia). A medida que se fueron descubriendo causas no degenerativas y fenotipos de las enfermedades neurodegenerativas demenciantes, así como las alteraciones genéticas, celulares y moleculares subyacentes, y técnicas para lograr el

diagnóstico clínico (sobre todo a partir de los años 70 del siglo XX), la medicina de las demencias experimentó una traslación paulatina de la psiquiatría a la neurología.

Al referirse a los apartados de la “Función de atención médica” (pág. 61 y 62), en el tercer punto, relativo a la responsabilidad profesional y adherencia a los principios éticos, podría mencionarse la complejidad existente en la tarea de juzgar sobre la capacidad de decidir de los pacientes que sufren deterioro de funciones cognitivas. Este aspecto es necesario para poder respetar el derecho de autonomía del paciente y, en algunas situaciones, induce la activación de procedimientos para que otra persona capacitada defienda sus intereses. Constituye una parte difícil de la actividad del neurólogo, con trascendencia legal no infrecuente (2,3).

En relación con la investigación (Función investigadora [pág. 62] y Trabajo de terminación de la especialidad [pág. 65]), se podría aludir en algún lugar a la importancia de la investigación traslacional (4). Es decir, de que los proyectos que se afronten de tipo básico y clínico sean probablemente útiles en la práctica clínica, en el caso de que obtengan resultado exitoso. Las investigaciones sobre temas sin utilidad práctica o que ya han sido estudiados (y replicados), o con metodología inapropiada (que invalidará cualquier resultado) ocupan inútilmente a muchas personas en todo el mundo.

En materia de “Habilidades específicas” (pág. 63 y 64), las relacionadas con los pacientes de

neurología cognitiva se expresan escuetamente como “Realizar e interpretar el examen del estado Minimental”. Esta frase parece dar a entender que hay que enseñar al residente a realizar bien un “minimental” (quizás el de Folstein, de 1974), lo cual da pie a insertar aquí algunas consideraciones personales. En las últimas décadas ha mejorado mucho la formación de los médicos de atención primaria, que son la base más adecuada para lograr una detección precoz de las personas que comienzan a deteriorarse. Estos médicos deben conocer bien la evolución de los “tests de detección”. Entre ellos, el de Folstein (conocido como “el minimental”) es el más universal, pero ha sido superado en los últimos años por otros, que obtienen resultados más fiables en personas con cualquier grado de formación académica, sin aumentar el tiempo necesario de aplicación (5). Una vez detectado el caso con deterioro, se envía a una consulta de neurología, con el fin de investigar la causa. Es decir, que en la tarea del neurólogo van a ser poco útiles los tests de detección.

En neurología hay que realizar a este enfermo una historia clínica completa (como a los demás pacientes neurológicos). Hay matices diferentes, como que la anamnesis se debe obtener a partir de la entrevista al enfermo y, necesariamente, a otra persona fiable conocedora del paciente. O que en la exploración debe incluirse un examen de todas las funciones cognitivas adaptado a las condiciones laborales y académicas del enfermo, lo suficientemente extenso como para obtener un patrón de alteración, utilizando deseablemente pruebas normativizadas y validadas en el idioma en el que se administran. Hay que saber qué pruebas complementarias están indicadas en cada caso de deterioro cognitivo ligero y de demencia, cuáles de forma universal (recomendadas por consenso internacional para esas situaciones) y cuáles de forma individualizada, según las características específicas del enfermo. El residente tendrá que aprender a explorar las funciones cognitivas, igual que las motoras, sensitivas, sensoriales y cerebelosas. Y deberá saber interpretar el significado del patrón de alteración que obtenga, a partir de la información que aporta la anamnesis, la exploración (neuropsicológica, neurológica y sistémica) y las pruebas complementarias. Quedarse corto en las actuaciones incrementa el riesgo de errar en el diagnóstico etiológico, o de diferir la detección de un proceso que podría haber sido susceptible de mejorar o revertir, si se hubiera diagnosticado en la fase inicial. En otros casos, la formación insuficiente del facultativo induce a solicitar pruebas no indicadas, a veces tratando de suplir su sentimiento de inseguridad. Estas reflexiones finales pueden entenderse implícitas en los seis puntos complementarios que se expresan

al final del apartado de las “Habilidades específicas”, pero parece necesario expandir y mejorar el contenido del sexto de los puntos específicos precedentes.

En este programa podría ser adecuado modificar ligeramente el área 4 del plan temático: “Función de atención médica” (pág. 65 y 66). Siguiendo la trayectoria precedente, parece más lógico situar en primer lugar las enfermedades desmielinizantes, a continuación las de la médula espinal, y finalmente las del sistema neuromuscular. Además, quizá fuera conveniente añadir como tema aparte las “Ataxias y paraplejas hereditarias” e insertar a continuación el de las enfermedades medulares (“Otras enfermedades de la médula espinal”).

Sobre las rotaciones en Medicina interna o Medicina intensiva cabe considerar lo que ya se describe en el tercer párrafo del apartado “Rotaciones o estancias externas” de la pág. 67 y en el apartado “Rotación preliminar de medicina” de la pág. 89. Son útiles si se llevan a cabo antes de iniciar la residencia o en el primer año de ésta; si se efectuaran más adelante, provocarían una detención temporal indeseable de la inmersión en neurología. Sin embargo, si el residente va a ser instruido específicamente en neurología crítica e intensiva, sí es procedente realizar la rotación en el segundo o tercer año de residencia.

En el apartado “Distribución y duración de los períodos de formación” (pág. 66) puede ser susceptible de debate el acceso a través de la neurología a una especialidad de Neurofisiología o de Neurorradiología intervencionista. Parece correcto considerar la instrucción del residente en las técnicas neurofisiológicas tal como lo expresa el Dr. Gutiérrez Gil en su artículo (6). Todos los neurólogos deberían ser capaces de realizar e interpretar un estudio básico de electroencefalografía, electroneuromiografía y potenciales evocados. Si el paciente es complejo, se deriva a una unidad especializada de epilepsia, de trastornos del sueño o de enfermedades neuromusculares y ahí, si se estimase necesario, le realizarán las pruebas a otro nivel (holter de electroencefalografía, polisomnografía, estudio de latencias múltiples del sueño, electromiograma con estudio de fibra única, etc.).

En algunos lugares, debido a motivos operativos diversos, no se permite que los neurólogos realicen exploraciones instrumentales a sus pacientes, y se agrupan estas exploraciones rutinarias en un servicio de neurofisiología. En este caso, es dudoso (debatible) que una persona que se va a dedicar únicamente a realizar o informar unas pruebas concretas tenga que ser especialista en neurología. Algo parecido sucede con la neurorradiología

intervencionista. Teniendo en cuenta que, para lograr un alto grado de eficacia, el profesional debería dedicarse en exclusiva a esa tarea, parece más lógico que sea una subespecialidad de la neurorradiología.

En cuanto a las rotaciones, podría ser cuestionable la necesidad de realizar una rotación obligatoria de un mes de duración en un servicio de neuropatología. Sin menospreciar el valor de esta disciplina, es posible que la parte que compete al neurólogo clínico pueda integrarse en las sesiones docentes (seminarios, sesiones clínico-patológicas, etc.) y a través de la asistencia a algunas autopsias (realización y presentación posterior) a lo largo de los años de residencia.

Se echa en falta una mención como categoría aparte a las cefaleas, por ser un padecimiento de muy alta prevalencia. Curiosamente, en el programa de formación las cefaleas se consideran al abordar la semiología clínica neurológica (punto 4 de la pág. 72) y posteriormente se incluyen como un apartado de la neuro-oftalmología (punto 6.b de la pág. 84). Parece incorrecto considerar esos trastornos (migraña, otros tipos de cefaleas, síndromes clínicos con dolor y pérdida de la sensación facial, neuropatía trigeminal, neuropatía mentoniana, neuralgia del trigémino, dolor facial atípico) como “trastornos neurooftalmológicos”.

En el módulo 6 (pág. 73) resultaría más apropiado que el título fuera el que ahora figura entre paréntesis: Neurología cognitiva y de la conducta. Si se está proponiendo una formación para optar al título de neurólogo, se está reconociendo que la neurología es independiente de la psiquiatría, aunque tengan aspectos de solapamiento (como también los hay con otras especialidades). Este módulo afronta una de las partes más apasionantes de la neurología, la que estudia y trata, siguiendo los procedimientos de las otras áreas neurológicas, las alteraciones de “funciones cerebrales superiores”. Se comprueba fácilmente que el contenido de este módulo es nítidamente diferente del que figura en la “Rotación de psiquiatría” (pág. 88 y 89). Por otra parte, el neuropsicólogo puede servir de apoyo al neurólogo en algunos aspectos de la historia clínica, y algunos psicólogos intervienen para aplicar estimulación cognitiva, pero ni estos profesionales ni los psiquiatras pueden asumir la titularidad de una actividad que va a estar bajo la responsabilidad del neurólogo.

En la rotación de psiquiatría (pág. 88) se expresa la necesidad de desarrollar habilidades relacionadas con las emergencias psiquiátricas, y en una lista de ellas se incluye la demencia. El paciente con demencia es propenso a desarrollar situaciones urgentes diversas, psiquiátricas y de otros tipos,

pero la demencia en sí misma no es una emergencia psiquiátrica.

Si centramos la atención en la neurología cognitiva, debemos reconocer que el residente no puede ser experto en esta materia al terminar el período de formación. Pero es erróneo terminarlo pensando que esta parte de la neurología no tiene importancia si se compara con otras como, por ejemplo, las que se centran en los ictus, la epilepsia o los trastornos del movimiento. En la actualidad, tampoco parece correcto desviar la responsabilidad formativa en neurología cognitiva a una rotación en psiquiatría. Más bien deben ser los residentes de psiquiatría y geriatría quienes roten, para este fin, en la consulta de neurología cognitiva.

En una visión global, da la impresión de que se programa una formación neurológica demasiado breve. Si se añadiera un primer año extra, introduciendo en 6 u 8 meses las rotaciones contempladas en el apartado “Rotación preliminar de medicina” (pág. 89 y 90), y en el resto del tiempo algunos módulos de formación neurológica básica (teórico-práctica), se estaría extendiendo un 33 % el periodo formativo y, a la vez, se habría enriquecido al garantizar una instrucción básica necesaria en las materias de la medicina interna.

Además, el programa aparenta ser excesivamente “generalista”. Parece dejar apartada la especialización real en áreas de especial competencia (o subespecialidades), que se ofrecen al residente en forma de clases, seminarios o rotaciones breves en unidades específicas. En un programa de formación de 3 años, probablemente debe ser así. Pero sabe a poco. Sería preferible extender el tiempo de formación y permitir que el residente tenga un contacto directo lo suficientemente prolongado con la práctica de cada parte de la neurología como para que pueda afrontar cualquier enfermedad como un verdadero especialista cualificado. Lo cual no es óbice para que los pacientes con enfermedades muy complejas o refractarias al tratamiento convencional sean derivados a unidades monográficas más especializadas, o para que algunos neurólogos decidan tras finalizar la residencia centrar toda su actividad en una de esas unidades.

La propuesta de programa publicada es exhaustiva. Su minuciosidad y el hecho de abrirla a discusión externa es muestra de un gran interés por optimizar la neurología en Cuba. Los comentarios vertidos en este escrito no deben interpretarse en modo alguno como una crítica, sino como una mera sugerencia personal de matizar algunos aspectos puntuales. En realidad, el que redacta este escrito tiene poco conocimiento sobre el contexto médico cubano, por

lo que es posible que algunas de esas sugerencias no sean apropiadas en ese entorno.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez García PL, García García RJ, Betancourt Nápoles R, Bender del Busto JE, Aguilera Pacheco OR, Ortega Santiesteban O, et al. Propuesta de programa de la residencia de neurología en Cuba. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* [Internet] 2015 [citado 15.1.2015];5(1):56–98. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/202>
2. Boada M, Robles A, eds. Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Barcelona: Glosa SL; 2009. Disponible en: http://www.sen.es/pdf/2009/Documento_Sitges2009.pdf
3. Boada M, Robles A, eds. Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: "Documento Sitges". Barcelona: Glosa; 2005. Disponible en: http://demencias.sen.es/wp-content/uploads/2013/02/documento_sitges_2005.pdf
4. Helmers SL, Phillips VL, Esper GJ. Translational medicine in neurology. The time is right. *Arch Neurol.* 2010;67(10):1263–6. doi: 10.1001/archneurol.2010.253.
5. Carnero-Pardo C. ¿Es hora de jubilar al Mini-Mental? *Neurología.* 2014;29(8):473–81. doi: 10.1016/j.nrl.2013.07.003.
6. Gutiérrez Gil JV. Comentario sobre la propuesta de programa de la residencia de neurología en Cuba. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* [Internet] 2015 [citado 15.1.2015];5(1):99–100. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/213>