

Necesidad de evaluar los programas de formación de cirugía en Colombia

Oración Maestros de la Cirugía Colombiana 2016

AUGUSTO CASTRO

Palabras clave: educación médica; cirugía general; historia; garantía de la calidad de atención de salud; seguridad del paciente.

Desde los inicios de los siglos XIX y XX, y especialmente durante este siglo XXI, la cirugía ha evolucionado notablemente y, hoy en día, existe la necesidad de evaluar las competencias de los actuales cirujanos.

No son muchas las ciudades en Colombia –cinco o seis– en las que la tecnología se encuentra a la orden del día con las superespecialidades. En las demás ciudades, el cirujano debe cubrir un mayor espectro de la cirugía.

Cada día se forman otros grupos o competencias para practicar nuevas subespecialidades, en áreas como la cirugía de la pared abdominal, la hepatobiliar, la de colon y recto, la de cabeza y cuello, la oncológica, la vascular periférica, la de tórax, la de trauma y la de urgencias.

Existe un importante obstáculo para la atención oportuna de los enfermos, pues no todas las facultades de Medicina tienen aprobadas las diferentes superes-

pecialidades y, con la vigencia de la Ley 100 de 1993, ciertos pacientes con enfermedades atendidas exclusivamente por cirujanos subespecializados, como aquellos con enfermedades tumorales, deben esperar demasiado tiempo para ser atendidos.

De ninguna manera se puede afirmar que el desarrollo de la tecnología sea negativo; al contrario, cada avance trae nuevos beneficios. No obstante, es necesario solucionar oportunamente las dificultades de los pacientes para acceder a ellos.

Considero relevante, especialmente para los cirujanos jóvenes y para los que se encuentran en entrenamiento, evocar cómo se efectuaba el entrenamiento en los inicios de la especialidad de Cirugía General.

La duración de la especialidad era de cuatro años, de tiempo completo y con dedicación exclusiva. Durante la semana, el trabajo se distribuía así: tres días de cirugía programada; un día de atención en consulta externa y revista del Servicio de Cirugía; un turno de 24 horas en urgencias, incluyendo la consulta de proctología; y los sábados y domingos, un turno rotatorio de 24 horas en el Servicio de Urgencias, que se iniciaba con la formulación de los pacientes hospitalizados.

Otra actividad principal era la “Clínica de decisiones” que se llevaba a cabo de lunes a viernes, de 12 m. a 1 p.m., e incluía casos quirúrgicos de los diferentes sistemas cada día, así: el lunes, gastroenterología (esófago, estómago, páncreas, hígado, vías biliares, intestino

Médico, cirujano general, MACC (Fund.); profesor, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.; médico cirujano, Clínica Nueva, Bogotá, D.C., Colombia

Conferencia honorífica “Oración Maestros de la Cirugía Colombiana”, 42° Congreso Nacional “Avances en Cirugía”, Bogotá, 2016.

Fecha de recibido: 23 de agosto 8 de 2016

Fecha de aprobación: 2 de septiembre 9 de 2016

Citar como: Castro A. Necesidad de evaluar los programas de formación de cirugía en Colombia. Rev Colomb Cir. 2016;31:161-4.

delgado, colon y recto), con asistencia de los servicios de Gastroenterología Clínica y de Radiología; el martes, enfermedades del seno y tumores de tejidos blandos, con asistencia de especialistas del Instituto Nacional de Cancerología; el miércoles, enfermedades de cuello y del sistema endocrino, con participación de la Unidad de Endocrinología Clínica y del Servicio de Radiología; el jueves, enfermedades de tórax y del sistema vascular periférico, con asistencia de la Unidad de Neumología y del Servicio de Radiología (con mención especial de los doctores Camilo Shader y Gilberto Rueda); y el viernes, enfermedades cardiovasculares, con asistencia de los servicios de Cardiología Clínica y de Hemodinamia.

Los días lunes, de 6:30 a.m. a 8:00 a.m., se hacía la revisión del servicio, de los casos operados y el análisis de mortalidad, con presencia del patólogo.

También, era de especial importancia la “Gran revista quirúrgica”, que se realizaba mensualmente, la cual podía ser el viernes de 12 m. a 1 p.m. o los sábados de 10:00 a.m. a 12 m., con asistencia del Departamento de Medicina Interna.

Para garantizar la cobertura total de estas actividades, la Unidad de Cirugía General contaba con cinco niveles de soporte: 1) un profesor con las más altas calificaciones; 2) un profesor jefe; 3) un instructor; 4) tres residentes de cuarto año; 5) dos residentes de primer año; 6) un grupo de internos, y 7) un grupo de estudiantes.

Estos grupos practicaban cirugía de cuello, de tórax, de seno, de tumores de tejidos blandos, de abdomen y vascular; el único grupo exclusivo era el de cirugía cardiovascular, donde rotaban obligatoriamente los residentes y docentes jóvenes.

Después de siete u ocho años de funcionar este programa para residentes de Cirugía, se reorganizó conformando grupos por especialidades, por los cuales debían rotar obligatoriamente todos los residentes y los docentes jóvenes.

Eran cinco los grupos de rotación: 1) el de cirugía de cuello y de endocrinología; 2) el de cirugía de tórax y cardiovascular; 3) el de cirugía vascular; 4) el de cirugía de abdomen, y 5) el de cirugía de seno y de tumores de tejidos blandos.

Esta modificación se hizo para la cirugía electiva, ya que las urgencias se prestaban de la forma acostumbrada.

La consulta externa se fue orientando hacia las diferentes especialidades en forma progresiva. Las rotaciones en el Hospital San Juan de Dios se llevaban a cabo en los servicios de Urología, Cirugía Plástica, Ortopedia, Neurocirugía, Patología y en la Unidad de Cuidados Intensivos. Las rotaciones extramurales se efectuaban a nivel de residentes de segundo y tercer año, en el Instituto Nacional Cancerología y en los hospitales San Carlos y Santa Clara, para la Cirugía de Tórax.

La rotación en zonas rurales, en la mayoría de las ocasiones se realizaba en la ciudad de Ibagué, donde habitualmente ejercía un cirujano egresado del programa de la Universidad Nacional.

El sistema era de tipo piramidal. El número de residentes con que se iniciaba oscilaba entre 10 y 12, y tan solo cinco terminaban el cuarto año de residencia. Un residente de estos grupos debía ser jefe por un periodo no menor de 8 a 10 meses, y dirigir todas las actividades de tipo académico y quirúrgico.

Actualmente, con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, endoscópica y robótica –que se deben considerar como herramientas de la cirugía y no como una superespecialidad–, en la residencia de Cirugía General se ha hecho necesaria la inclusión de simuladores, pues hoy en día, se sabe que los jóvenes residentes tienen mayor facilidad para adquirir estas destrezas.

Sin embargo, el tiempo semanal que se dedica a los pacientes y a las diferentes actividades, como consulta externa, cirugía programada, reuniones clínicas, urgencias, etc., no puede exceder las 66 horas y, después de un turno de urgencias de 24 horas, los médicos residentes deben tener un descanso obligatorio el día siguiente. Esta modalidad de trabajo llevará, posiblemente, a aumentar el tiempo de permanencia en la residencia.

En este contexto, existe un problema que es la falta de remuneración del residente: los altos costos de las matrículas han promovido que el residente, cuando no está en las labores propias de su especialidad, se dedique a trabajar en otros sitios buscando lograr la financiación de la residencia.

En Bogotá —que es la ciudad donde ejerzo—, no hay disponibilidad de superespecialistas en forma permanente en todas las clínicas y hospitales. Cuando a un médico se le presenta un paciente con alguna complicación de tipo intestinal, vascular, etc., no cuenta con la ayuda del cirujano general debido a que, según la Ley 100 de 1993, este campo es exclusivo del superespecialista.

Con la creación de las superespecialidades, el cirujano general, que antes podía practicar varicectomías, cirugía vascular arterial (incluso de aorta) o cirugía de cuello (como la de tiroides, la de glándulas salivares incluyendo la parótida y quemodectomías), ya no puede hacerlo, y los pacientes no son remitidos al cirujano general sino al subespecialista en cada área. Esta misma limitación afecta la cirugía de cáncer de estómago, la de colon y otras.

En la zona rural se agrava aún más esta situación, debido a que allí no existen los superespecialistas. Dichas enfermedades quirúrgicas son atendidas a destiempo, ya que se requiere esperar a que los pacientes sean remitidos a los centros que cuenten con el personal dedicado a las correspondientes subespecialidades.

Hoy en día, la residencia quirúrgica cuenta con una muy buena base en biología molecular, epidemiología y otros aspectos que fortalecen la formación en investigación clínica. Sin embargo, en las rotaciones por servicios especializados, se evidencia la competencia con cirujanos generales que se encuentran especializándose y, además, con aquellos residentes de otras facultades que también son enviados a estos hospitales.

En relación con lo expuesto anteriormente, es evidente que gran parte de la población colombiana no tiene acceso oportuno a ningún servicio quirúrgico especializado. Estas cirugías tardan mucho en programarse.

Una luz de esperanza es que las facultades de Medicina con sus programas de posgrado, así como el Estado (Ley 100 de 1993), incorporen en sus planes de formación programas que preparen cirujanos generales competentes para cumplir con la meta de atención oportuna de diferentes procedimientos quirúrgicos. En muchos casos, el principal estímulo para que los cirujanos generales quieran ser superespecialistas es la mejor remuneración que les reconocen las entidades prestadoras de servicios (EPS). En este aspecto, la retribución de los cirujanos

generales que tengan estas habilidades debería ser igual a la de los superespecialistas:

“Por tal razón, se requiere nivelar la balanza por lo alto y velar para que el cirujano general considere o no la opción de convertirse en superespecialista”.

En nuestro país, en las ciudades intermedias y en las de menor población, debería existir la posibilidad de que el cirujano general solucione la mayor cantidad de enfermedades quirúrgicas, con el fin de evitar el traslado de los pacientes a las ciudades más grandes, donde ejercen los cirujanos superespecialistas.

Por tal motivo, y como reflexión final en este espacio, considero que el Estado y las facultades de Medicina deben promover la formación de cirujanos generales de las más altas competencias para dar solución a esta problemática.

De la misma manera, creo que ningún cirujano de cualquier especialidad puede ser capacitado en hospitales que no sean regidos por facultades de Medicina y Cirugía General. Hago extensivo este compromiso a la Asociación Colombiana de Cirugía.

Gracias por su atención.

Lecturas recomendadas

- Bermúdez CH, Monroy A, Torregrosa L, Henao F. Estado actual de la formación de residentes de Cirugía General en Colombia. Rev Colomb Cir. 2006;21:225-39.
- Britt LD. Graduate medical education and the residency review committee: History and challenges. Am Surg. 2007;73:136-9.
- Ludmerer KM. Learning to heal: The development of American medical education. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1996. p. 346.
- Mason ML. Significance of the American College of Surgeons to progress of surgery in America. Am J Surg. 1941;1:280-1.
- Nguyen L, Brunicki FC, Dibardino DJ, Scott BG, Awad SS, Bush RL, *et al.* Education of the modern surgical resident: Novel approaches to learning in the era of the 80-hour workweek. World J Surg. 2006;30:1120-7.
- Pellegrini CA, Warshaw AL, Debas HT. Residency training in surgery in the 21st century: A new paradigm. Surgery. 2004;136:953-65.

- Pellegrini CA. Addressing surgeon fatigue and sleep deprivation. Bull Am Coll Surg. 2015;100:72-3. Fecha de consulta: julio de 2016. Disponible en: <http://bulletin.facs.org/2015/08/addressing-surgeon-fatigue-and-sleep-deprivation/>.
- Pellegrini CA. Safety culture is a great fit for the OR. Bull Am Coll Surg. 2015;100:30-1. Fecha de consulta: julio de 2016. Disponible en: <http://bulletin.facs.org/2015/09/safety-culture-is-a-great-fit-for-the-or/>.
- Polavarapu HV, Kulaylat AN, Sun S, Hamed O. 100 years of surgical education: The past, present, and future. Bull Am Coll Surg. 2013;98:22-7. Fecha de consulta: julio de 2016. Disponible en: <http://bulletin.facs.org/2013/07/100-years-of-surgical-education/>.
- Sachdeva AK. The changing paradigm of residency education in surgery: A perspective from the American College of Surgeons. Am Surg. 2007;73:120-9.
- Vassiliou MC, Kaneva PA, Poulou BK, Dunkin BJ, Marks JM, Sadik R, *et al.* Global assessment of gastrointestinal endoscopic skills (GAGES): A valid measurement tool for technical skills in flexible endoscopy. Surg Endosc. 2010;24:1834-41.

Correspondencia: Augusto Castro, MD

Correo electrónico: info@ascolcirugia.org

Bogotá, D.C., Colombia