

# Nuevos retos en la formación de especialistas en endoscopia digestiva

## Conferencia “Maestros de la endoscopia” Cartagena, Colombia; 16 de marzo de 2012

Paulo E. Archila F., MD

<sup>1</sup> Internista Universidad Nacional, Gastroenterólogo Fucsasud, Expresidente ACED, Miembro de la AIGE y la OMGE, Editor Emérito de la Revista Acta Médica Colombiana

Fecha recibido: 16-03-12  
Fecha aceptado: 15-05-12

Desde hace 38 años, cuando comencé mi formación como gastroenterólogo en la Clínica Médica de la Universidad de Göttingen, es mucho lo que ha cambiado la especialidad y la metodología de la enseñanza, no solo en virtud del progreso de la misma sino del alucinante avance de la tecnología de la información.

Decidí salir de Colombia, pues en esa época todavía no existían programas de residencia en gastroenterología clínica y yo estaba interesado en una educación formal. Al llegar a Göttingen, mi nuevo jefe me asignó una estación en donde practicar, un tutor que se hiciera cargo de mi formación práctica, una sala de endoscopia y un visor lateral de fibra óptica que era el instrumento utilizado para la docencia. Durante los primeros dos meses no podía participar sino como observador, hasta que me llegara el reconocimiento del título de médico por parte de las autoridades correspondientes de salud y me permitieran intervenir con los pacientes. Fue un período de adaptación interesante, pues aprendí cómo se desarrolla la actividad médica en un país extraño, me familiaricé con el idioma, los colegas y el personal auxiliar del hospital. Una vez obtuve la licencia, me asignaron pacientes, turnos de endoscopia y un grupo de investigación sobre hormonas gastrointestinales, con un tutor adicional. La práctica endoscópica estaba centrada en esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia y laparoscopia diagnóstica, así como biopsia hepática, medición de la presión portal y gastroacidogramas. Se acababa de describir la técnica para colangiopancreatografía retrógrada, por lo cual en mi condición de extranjero solo se me autorizó ser observador de los primeros intentos por parte del grupo dedicado a esa práctica. Debía participar como los demás residentes alemanes en la revista del servicio, los clubes de revistas, la reunión de medicina interna, de radiología, de anatomía patológica y el CPC.

La práctica de procedimientos invasivos siempre estuvo asistida por un docente y había una evaluación de conocimientos cada tres meses.

No culminé los estudios formales pues la legislación alemana preveía seis años de Medicina interna y dos de Gastroenterología para otorgar el título de especialista, y no disponía de una beca tan larga.

Al regresar a Colombia, dentro del programa de residencia en Medicina interna desarrollado para completar los estudios de ambas especialidades, hice 1 año adicional de gastroenterología en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Las cosas fueron bien diferentes. La práctica de procedimientos invasivos no era asistida por los docentes, sino que nos indicaban llamarlos en caso de que tuviéramos algún problema. Tampoco había visor lateral para facilitar la enseñanza. Como no era un programa regular, no había lugar a reclamos; más bien la obligación de esmerarnos para salir lo más competentes posible.

Cuando no había recursos técnicos en el hospital, los docentes nos llevaban a su práctica privada a manera de pasantía, que fue la forma como ellos mismos se entrenaron en Europa diez años antes. Una vez se reglamentó la especialidad y la Universidad Nacional aprobó el posgrado en Gastroenterología con un programa estructurado, las cosas cambiaron para los nuevos estudiantes.

Menciono esta historia para ilustrar los comienzos de la formación de especialistas en Colombia, comienzos que fueron vividos y corregidos con el transcurso de los años hasta la situación actual, en la que tenemos poco que envidiar a las escuelas extranjeras en materia de sistema docente y calidad de la enseñanza.

En dicha época, tanto en Alemania como en Colombia era impensable que un cirujano general se entrenara en endoscopia. Eso ya ha cambiado, también tenemos programas de especialización en cirugía gastrointestinal y endoscopia digestiva en todos los países y hemos aprendido no solo a convivir sino a complementar nuestros conocimientos y habilidades para el beneficio de los pacientes. Ya se suman los grupos de pediatras especializados en gastroenterología a los servicios de la especialidad.

Como muestra del beneficio del trabajo en equipo, actualmente mi práctica médica es realizada en la Clínica del Country de Bogotá, donde la Unidad de Gastroenterología está integrada por cirujanos digestivos, internistas y pediatras gastroenterólogos, y todos compartimos la actividad endoscópica y el cubrimiento de los servicios de urgencias y hospitalización.

Gracias al espíritu solidario con el cual trabajamos, hemos logrado suplir las falencias que las diferencias en la formación académica nos aquejan. Cuando un paciente con diarrea, ascitis o encefalopatía hepática es atendido por el cirujano gastrointestinal de turno, acude al gastroenterólogo internista para participar en su atención integral. Igual nos sucede a los internistas si el paciente ingresa con patología quirúrgica. Por eso es maravilloso estar integrados en un mismo equipo. En virtud del entrenamiento diferencial recibido, las habilidades para resolver un problema son distintas. Mientras los clínicos hacemos los estudios de fisiología digestiva, los cirujanos toman la conducta quirúrgica pertinente con una integración total.

El problema aparece con la enorme cantidad de técnicas y procedimientos de la gastroenterología actual. Es imposible dominarlos todos y es más productivo cubrir las diferentes áreas de la especialidad con un equipo humano más numeroso y de alto nivel.

A la endoscopia diagnóstica se suman ahora técnicas más sofisticadas de exploración, como las coloraciones, las imágenes de banda estrecha (NBI), FICE y la endomicroscopía confocal. Estos desarrollos conllevan técnicas terapéuticas sofisticadas como las mucosectomías, dilataciones,

colocación de prótesis endoscópicas, cirugía endoscópica de divertículos de Zenker, resección de tumores submucosos, polipectomías, técnicas para hemostasia, manejo endoscópico de patología de la vía biliar y pancreática, y más recientemente el auge de la cirugía laparoscópica, de la cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales (NOTES), la cirugía de obesidad y la cirugía robótica. A la par del desarrollo de la radiología con técnicas invasivas, ultrasonido, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM), colonoscopia virtual y de la medicina nuclear con la tomografía por emisión de positrones, aparece la ultrasonografía endoscópica con nuevos métodos ya no solo diagnósticos sino empleados como guía terapéutica.

La exploración del intestino delgado mediante enteroscopia y videocápsula es otra metodología revolucionaria, difícil y prometedora.

Yo creo que hay espacio para todos pero es preciso uniformizar el conocimiento básico, para que luego cada cual escoja el área en la que quiere desarrollar su oficio.

Por ello se ha abierto un gran debate en todos los países de cuál debe ser el entrenamiento ideal para un endoscopista del siglo XXI. Y más importante aún, cuál debe ser el entrenamiento como docentes para el correcto desarrollo de los nuevos programas.

La primera gran herramienta de la que disponemos es la imagen digital de todos los procedimientos en gastroenterología, útiles no solo para la docencia sino para la documentación, revisión y archivo de todos los hallazgos.

Desde 1991, la Organización Mundial de Gastroenterología (OMG) ha mostrado una preocupación creciente por el aspecto educativo a través de los comités de educación y de la vicepresidencia regional, cargo que yo ocupé en representación de América desde 1995 hasta 2001, cuyas conclusiones están resumidas en el volumen X, n.º 1 de la Revista Colombiana de Gastroenterología, como parte del seminario-taller que realizó la Asociación Colombiana de Gastroenterología sobre educación médica en la especialidad, la cual se acoge a los delineamientos de entrenamiento estatuidos por la Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva.

En aras de institucionalizar los criterios, la OMG constituyó la Red Global de Entrenamiento y Educación con especial énfasis en países emergentes, y creó los talleres de entrenamiento al entrenador (*Train the Trainer*) que se han llevado a cabo desde entonces anualmente en diferentes países del mundo. Sus metas han sido:

- Educación
- Enseñanza de destrezas en los procedimientos
- Medicina basada en la evidencia
- Lectura crítica
- Publicaciones

- Presentaciones
- Diseño de estudios de investigación
- Evaluación y proyección
- Acreditación

El último taller se realizó el año pasado en Porto Alegre, Brasil, con asistencia de delegados colombianos.

En ella se imparten conocimientos sobre metodología docente y técnicas de aprendizaje para adultos. Se hace énfasis en las limitaciones de tiempo, por carga de trabajo e intereses variables, financieras y de entorno físico.

Para la enseñanza de destrezas en procedimientos se recomienda la interacción con el paciente, incluidas las técnicas de sedación, la interacción con los colegas y enfermeras y con los instrumentos. Se reconoce la necesidad de combinar destrezas cognitivas y psicomotoras, adquirir habilidades motoras avanzadas así como pensamiento y resolución de problemas.

De acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE, por su sigla en inglés) los cursos cortos no garantizan un entrenamiento adecuado en procedimientos endoscópicos habituales y solo son útiles para aumentar las destrezas técnicas y clínicas en endoscopistas entrenados que ya tengan experiencia.

Los cursos prácticos relámpago, denominados *Hands-on*, aumentan la autoconfianza para técnicas terapéuticas avanzadas pero tienen poco efecto medible sobre el volumen de intervenciones realizadas y no dan suficiente entrenamiento para generar un cambio en la práctica clínica.

Debe exaltarse el aprendizaje del profesionalismo, lo cual incluye los conceptos de competencia, humanismo, relaciones interpersonales, justicia social, ética y capacidad de comunicación. Por *competencia* se entiende el nivel mínimo de capacidades, conocimientos y/o expectativa obtenida de la capacitación y la experiencia requerida para realizar una tarea o procedimiento en forma segura y completa. Hay que tener claro que cuando un paciente se somete a una endoscopia, está poniendo su vida y su futuro en nuestras manos.

No se trata de introducir un tubo y mirar a ver qué se encuentra. Consiste en un proceso clínico inteligente que después de un análisis completo de su historia nos permita llegar a un diagnóstico detallado de lo que le sucede al paciente y de tomar la opción terapéutica correcta en forma rápida y eficiente.

Por ello, la gastroenterología debe ser vista como una especialidad integral y la endoscopia es una de sus mejores herramientas, no una especialidad aparte. No basta con ser médico general, internista, pediatra o cirujano general para alcanzar la competencia requerida por un endoscopista.

Se pueden aprovechar los conocimientos que traen los especialistas para completar una formación endoscópica en menor tiempo y aparte de recibir el entrenamiento en

los procedimientos básicos, debe conocer la multitud de recursos científicos con que cuenta la gastroenterología para decidir su línea de acción definitiva. La habilidad para realizar los procedimientos no es igual en todos los estudiantes. Se requiere de tiempos variables para adquirir destrezas y ser eficiente. No todos aprenden a bailar al mismo tiempo todos los ritmos y no todos lo hacen bien.

Como estas variables no se pueden estandarizar, los programas de formación de especialistas deben ser universales y permitir que todos los que los tomen puedan entrenarse en forma adecuada. Por tal razón, los diferentes países recomiendan tiempos diferentes de formación así como un número mínimo de procedimientos a realizar antes de su acreditación.

En Estados Unidos, la mayoría de programas exige tres años de posgrado en Medicina interna y tres de Gastroenterología; para otros especialistas, mínimo 18 meses de Gastroenterología clínica, de los cuales 5 son en Hepatología, para que todos puedan participar en actividades académicas de investigación y un número variable de procedimientos según la escuela, con aprobación de su certificación de competencia por el director del programa y acreditación de su especialidad con un examen específico.

Posteriormente se continúa con programas de recertificación con el objeto de obligar a la actualización de conocimientos y destrezas y al mejoramiento de la calidad.

En Canadá se requieren tres años de especialidad básica y tres de capacitación avanzada. En Europa son dos años de Medicina interna y cuatro de Gastroenterología.

Para una mejor nivelación de los programas, la OMG sugiere la consideración de dos niveles:

- El nivel 1 comprende 130 procedimientos por endoscopia digestiva alta que incluyan 25 con sangrado no varicoso y 20 con sangrado por várices. También 140 colonoscopias con 30 polipeptomías y procedimientos de hemostasia.
- El nivel 2 comprende 200 colangiopancreatografías retrógradas y 150 ultrasonografías, además de procedimientos de dilatación, colocación de endoprótesis, extirpación de tumores, mucosectomía, gastrostomía, terapia fotodinámica, enteroscopia, videocápsula, etc.

En resumen, tanto los internistas y los cirujanos como los pediatras deberían ser gastroenterólogos para acreditarse en endoscopia; solo se deja la opción de no hacer gastroenterología para aquellos países con pocos especialistas y para hospitales regionales pequeños de difícil acceso.

Precisamente para completar las destrezas en procedimientos poco convencionales, la OMG ha creado centros de entrenamiento para endoscopia en diferentes instituciones de países en desarrollo. En nuestro caso, el centro de entrenamiento de la OMG está en la Clínica Reina Sofía

de Bogotá, a donde llegan aspirantes de los países del área donde carezcan de centros altamente especializados.

### **EN SÍNTESIS, ¿CUÁLES DEBERÍAN SER LAS METAS EDUCATIVAS PARA ENDOSCOPISTAS EN COLOMBIA?**

Internistas, cirujanos o pediatras especializados en gastroenterología en los programas que para ello deben implementar las facultades de Medicina, con una capacitación en endoscopia que les permita conocer las indicaciones y contraindicaciones de los procedimientos actuales así como las complicaciones y el consentimiento informado, adquirir las habilidades cognitivas e interpretativas igual que las habilidades técnicas, que incluyan la interpretación radiológica e histopatológica de los casos.

Los médicos dominarán las diferentes aproximaciones terapéuticas médicas y endoscópicas, y los cirujanos estarán debidamente capacitados en la terapéutica endoscópica y quirúrgica de acuerdo con los nuevos desarrollos de la especialidad.

Lo más esencial es que aprendan a trabajar en equipo y que quienes hagan mejor un procedimiento o una técnica, lo hagan. Un sistema de salud como el nuestro solo puede salir adelante si aprendemos a compartir nuestra experiencia y a aprovechar los conocimientos de nuestros colegas, lejos del afán de lucro. Al fin y al cabo, cada vez se dificulta más la subsistencia económica del médico.

Unidos podemos más para beneficiar a nuestra única razón de ser: el paciente.