

EDUCACION POSTGRADUADA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Doctores Guillermo López Escobar * y Jorge Villarreal Mejía *

En este breve comentario queremos referirnos tan solo a uno de los aspectos de la Educación de Postgrado en la rama gineco-obstétrica: aquel que tiene por mira la formación de especialistas. Afirmemos antes, como tantas veces se ha hecho, que el especialista tiene que ser ante todo un buen médico general que luego de haber superado esta etapa se ha dedicado a perfeccionar y ahondar sus conocimientos y su ejercicio en una de las ramas de la Medicina, en este caso la Toco-Ginecología.

A) *Puntos básicos para el entrenamiento de un especialista en Obstetricia y Ginecología.*

Por definición, el tiempo dedicado a la Obstetricia y a la Ginecología debe comprender la gran mayoría del período de entrenamiento en esta especialidad. Sin embargo, es de primordial importancia el considerar aquí brevemente la necesidad de incluir dentro de las fases de dicho entrenamiento tres áreas

adicionales que por su muy estrecha relación con la Obstetricia y la Ginecología constituyen conocimientos esenciales para la adecuada práctica de tan extensa disciplina. Estos son: Endocrinología, Anatomía Patológica, Cirugía General.

La Endocrinología representa sin lugar a dudas la base fundamental de la fisiología femenina. Sin un completo conocimiento de las variadas interrelaciones hormonales será virtualmente imposible el comprender y tratar en forma adecuada la casi totalidad de los problemas obstétrico-ginecológicos. Es esta la razón por la cual hoy día se considera que la Endocrinología debe ser parte indispensable del entrenamiento en nuestra especialidad. La mayoría de los programas universitarios le adscriben un mínimo de 6 meses dedicados con exclusividad, generalmente en el curso de los 2 primeros años de entrenamiento.

Si bien es cierto que un sólido conocimiento de la anatomía patológica debe

* De la Sección de Obstetricia y Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.

formar parte del adiestramiento de todo médico, esto es aún más valedero en el caso de una especialidad en cuyo ejercicio quirúrgico el aspecto macroscópico tumoral puede representar la diferencia entre la supervivencia o la destrucción de una vida humana. Por otra parte, el estudio de la histología del sistema genital femenino dará al especialista una más fácil comprensión de la proteiforme patología a que dichas estructuras anatómicas pueden dar lugar. Un período mínimo de 3 a 6 meses parece suficiente en dicha rama.

Por último, el obstetra-ginecólogo tiene la obligación de poseer al final de su entrenamiento, a más del dominio técnico de los problemas quirúrgicos relacionados directamente con los órganos genitales femeninos, un adecuado conocimiento y destreza en el manejo de problemas relacionados con las estructuras anatómicas cuya integridad pueda eventualmente verse atacada en el curso de cualquier intervención en la pelvis femenina. Queremos con esto hacer referencia particularmente al intestino, vejiga y uréteres. El período de tiempo dedicado con exclusividad a la rotación por un servicio de cirugía general dependerá necesariamente de la organización de cada Departamento.

Así mismo, la investigación, la docencia y el interés por las Ciencias Básicas deben ser imbuídas y alentadas a través de todo el tiempo del entrenamiento. Rudimentos de cistoscopia, urología ginecológica, radiodiagnóstico y radioterapia ginecológicas han de tener también un lugar en los años de la Residencia. Porque si bien es cierto que muchos médicos generales, cirujanos,

etc., etc., seguirán "recibiendo niños", "tratando flujos" y "haciendo histerec-tomías y raspados", es indudable que la formación de verdaderos y mejores especialistas será obra de aquellos que ahora están recibiendo o se preparan a recibir en los próximos años un entrenamiento completo en la especialidad. Es ésta la razón fundamental por la cual al residente se le deben dar oportunidades suficientes de docencia, claro está a medida de sus capacidades y entrenamiento adquiridos. Respecto a la Investigación debemos comenzar por reconocer que el campo en este sentido es muy amplio en nuestra especialidad. Muchísimos son los problemas que están por aclarar. Múltiples los aspectos en que podríamos tratar al menos de reducir la mortalidad y la morbilidad. Es claro que en la mayoría de los casos los modestos trabajos de investigación que un residente esté en capacidad de llevar a cabo no irán a representar soluciones fundamentales. Sin embargo, es de gran importancia el considerar brevemente algunas de las muchas ventajas que la asignación de pequeños trabajos de investigación clínica terrena para el obstetra-ginecólogo en formación: Le permitirá al residente que estudie en forma exhaustiva un tema; le subrayará el valor que el buen cuidado de las historias tiene como base fundamental de cualquier trabajo investigativo; finalmente, aunque no menos importante, habrá estimulado su raciocinio, habrá agudizado su criterio dándole gran confianza en sí mismo, capacitándolo al mismo tiempo para la discusión, el análisis y la presentación clara de un tema dado ante una audiencia médica.

Agreguemos a esto el sobresaliente aspecto de las relaciones humanas médico-paciente que el residente debe aquilatar a través del ejemplo de sus profesores, valorando el inmenso papel que juega la psiquis y la parte afectiva en los trastornos femeninos, y tendremos como resultado un aprendizaje orientado a formar un especialista que sea, como dice Mengert, "el médico de la mujer". Sin olvidar que en la iniciación de su adiestramiento el residente debe escudriñar y debe ser ayudado a indagar la motivación altruísta de su especialidad, de por qué quiere ser un Médico Ginecólogo.

B) *Aplicación de estos puntos básicos en nuestro medio.*

Entre nosotros el primer problema presentado fue: es más conveniente un plan "piramidal" o un plan "en columna". Pensamos que para nuestro medio el plan en pirámide, es decir, aquel en el que al final del entrenamiento termina solo la mitad de los que lo iniciaron, es el más adecuado porque: a) permite una mejor escogencia del personal; b) con las dificultades económicas conocidas es más barato, puesto que los sueldos de los primeros años son más bajos; c) siendo así que el volumen de la medicina rural y general en el país está constituido por un 40 o 50% de pacientes gineco-obstétricas, no es inconveniente que al cabo de dos años salgan quienes no lograron terminar su especialización a ejercer una medicina general con bases muchísimo me-

jores en ginecología y obstetricia que las que tenían cuando recién graduados.

El segundo problema fue: tiempo global de entrenamiento y tiempo parcial en cada una de las áreas previamente enumeradas. Creemos que cuatro años de residencia progresiva dentro de la cual el individuo hace por lo menos 18 meses de obstetricia, 18 meses de ginecología, 6 meses de anatomía patológica y 3 a 6 meses de cirugía general y endocrinología, son suficientes para calificarlo como especialista, siempre y cuando los 4 años hayan sido de una dedicación exclusiva. Un período más corto no nos permitiría llenar a cabalidad la meta que nos hemos propuesto y uno más largo sólo estaría justificado en aquellos individuos cuya finalidad sea la carrera del profesorado.

La dedicación exclusiva es indispensable en nuestro sentir no sólo como base ética sino porque disminuye multitud de problemas de toda índole que se suscitarían si los residentes fueran de tiempo parcial, pero ello entraña en que la Sección o Departamento tengan suficiente personal superior de enseñanza por lo menos de tiempo completo si no de dedicación exclusiva.

El Departamento de Obstetricia y Ginecología de un hospital universitario deberá tener una estrecha vinculación con los demás Departamentos para darle al residente la oportunidad de aprovechar al máximo el servicio de interconsultas con personal directivo de las demás Secciones; intercambio que consideramos como de gran significado en la adecuada educación médica del futuro especialista.

C) *Programa de entrenamiento Postgraduado en Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.*

Nuestros programas de especialización están todavía en una fase de formación y sujetos por lo tanto a cambios eventuales. El Departamento de Obstetricia y Ginecología cuenta con 446 camas hospitalarias para el entrenamiento de sus residentes. De éstas, la gran mayoría, o sean 389, pertenecen al Servicio de Obstetricia y solamente 57 al Servicio de Ginecología. Esta gran disparidad en el número de camas para los dos Servicios hace que la integración haya sido un tanto más difícil.

El programa de residencia en nuestra especialidad consta de 4 años precedidos de un año de internado rotatorio. Al primer año de residencia son admitidos un total de 8 médicos. La escogencia de los mismos se hace de acuerdo con su hoja de vida estudiantil y una entrevista por los profesores de ambos Servicios.

Durante los primeros 6 meses, 4 residentes permanecerán en Obstetricia y los 4 restantes en Ginecología para rotar en la segunda mitad de este primer año. Durante esta fase inicial los residentes estarán encargados principalmente de la elaboración de las historias clínicas, atención de partos normales e intervenciones de pequeña cirugía ginecológica, siempre bajo adecuada supervisión.

Durante el segundo año, se repetirá la rotación de los mismos individuos

por los dos Servicios, y en este segundo año tendrán oportunidad de dedicar buena parte de su tiempo a la consulta externa así como a prestar junto con el residente de tercer año varios turnos semanales de urgencia en ginecología y de sala de partos en obstetricia. Las oportunidades de practicar cirugía mayor así como la atención de partos complicados empezarán a ser permitidas a los residentes solamente en el segundo año de entrenamiento.

En el tercer año, el número de residentes se reduce automáticamente a la mitad, quedando así solamente 4 en entrenamiento. Durante este tercer año y mientras permanece en el Servicio de Ginecología, el residente rota durante 3 meses por el Departamento de Anatomía Patológica. Ya durante este año, en Ginecología se le permitirá tomar parte como cirujano en intervenciones de cirugía mayor siempre bajo la directa supervisión de un instructor con 4 años previos de residencia. En Obstetricia sus funciones serán igualmente las de vigilancia y control de los residentes a su cargo, y desde el punto de vista asistencial, la práctica de operaciones cesáreas y la atención (bajo supervisión del residente de cuarto año) de partos complicados.

También y durante este tercer año, el residente deberá conducir pequeñas sesiones de docencia junto con personal docente de mayor antigüedad.

Llegados al cuarto año de entrenamiento, consideramos que al término del mismo estos residentes deben estar capacitados en forma muy completa para el adecuado ejercicio de la espe-

cialidad. Durante este último año los residentes, que son realmente Jefes de Residentes, tendrán prácticamente la totalidad de la cirugía mayor en Ginecología, serán los encargados de controlar la Consulta Externa en forma directa, decidirán la mayoría de las conductas siempre bajo la supervisión de los Instructores o de los Profesores Asistentes, etc., etc.

En lo concerniente a obstetricia, sobre los residentes de cuarto año recaerá la mayor responsabilidad del correcto funcionamiento de los servicios asistenciales al tiempo que tomarán una parte cada vez más activa en la docencia.

En el curso de los 4 años todos los residentes han tenido oportunidad de recibir instrucción en el manejo de los diferentes problemas endocrinos y urológicos cuya importancia ya hemos recalorado.

Anualmente cada residente en sus diferentes niveles está obligado a preparar y presentar para el personal científico del Departamento un trabajo de investigación que ha sido elaborado bajo la dirección de alguno de los miembros del personal docente.

Así mismo, todos los residentes durante los 4 años están continuamente estimulados a informarse de la literatura médica de la especialidad por medio de reuniones semanales de revistas bibliográficas. Es obvio que ellos participan en los Seminarios, Discusiones, Conferencias Clínico-patológicas y diferentes reuniones científicas, colaborando también en la elaboración de las ayudas visuales para la enseñanza.

Todo el programa de especialización en obstetricia y ginecología está estructurado en la enseñanza progresiva de la especialidad, bajo una constante supervisión que permite la delegación de responsabilidades cada vez más grandes en el cuidado de las pacientes hospitalarias.

La evaluación progresiva de los residentes se hace trimestralmente en base al concepto del personal docente, al estudio de las historias clínicas, etc. Stanley Crosbie ha sugerido que dicha evaluación debe realizarse sobre a) concepto de jefes, b) concepto de enfermeras, c) concepto de los pacientes según cuestionario especial, y d) estudio de las historias clínicas; pero creemos con él que en última instancia estos cuatro puntos se reducen a los conceptos del personal docente y al estudio cuidadoso de las historias clínicas, puesto que los otros dos puntos son muy aleatorios.

Para terminar, queremos repetir que nuestro programa de entrenamiento post-graduado en Obstetricia y Ginecología está aún en formación. Las energías y el tiempo básico que en Departamentos más antiguos y por ello más organizados puede dedicar el personal directivo a la investigación, nosotros debemos por necesidad dedicarlo a la organización, a la administración por así decirlo y a la enseñanza de principios elementales que como la correcta elaboración de las historias clínicas constituyen la base primera de cualquier servicio hospitalario. Confiamos en que gracias al esfuerzo continuado logremos en un futuro la consecución del ideal que nos hemos forjado.