



¿CÓMO ES UN BUEN RESIDENTE DE NEUMOLOGÍA?

V. Sobradillo

Servicio de Neumología. Hospital de Cruces. Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco. Bilbao.

Los avances científicos que experimentan las diversas especialidades médicas y el prestigio de que gozan en la sociedad se deben a la calidad de los miembros que la ejercen. A su vez esta calidad tiene sus raíces en una correcta formación como especialista. Esta realidad hace que en los últimos años se dediquen numerosos esfuerzos para mejorar la calidad de la enseñanza médica en general y de la formación de los especialistas en particular como queda bien plasmado en la reciente declaración de Edimburgo sobre educación médica^{1,2} o en los numerosos artículos en los que se plantean interrogantes^{3,4} o se entablan polémicas^{5,6} sobre la mejor forma de conseguir buenos especialistas.

Actualmente existe un consenso general sobre cómo debe ser un buen residente en neumología, siendo ilustrativa la descripción que del mismo hace la Comisión Nacional de la Especialidad⁷. Debe ser un médico con correcta y actualizada formación en medicina interna, que conozca la patología neumológica, sus técnicas diagnósticas y que esté preparado para ocuparse de los pacientes propios y actuar como consultor de otros profesionales de la medicina. Asimismo debe estar capacitado en los campos de la docencia y la investigación. A su necesaria preparación técnica debe unir unas condiciones personales, sentido de la responsabilidad y dedicación que son necesarias para conseguir una asistencia médica de alta calidad. Estas mismas características se encuentran anunciadas en los programas de formación o en las declaraciones sobre docencia de otros países^{1,8}.

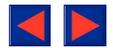
El conflicto surge a la hora de definir el camino para lograr estos objetivos generales. Los programas de formación americanos son un buen ejemplo de esta diversidad de opciones⁸. En los mismos, los tiempos dedicados a la formación clínica, de investigación y docencia son muy variables dependiendo de los centros. A modo de ejemplo, el tiempo dedicado a la formación clínica el primer año de especialidad puede variar entre el 10 % y el 95 % o 100 %. Estos diferentes puntos de vista quedan reflejados en la reciente polémica planteada en los Estados Unidos sobre la forma-

ción de residentes en neumología, en la que se discuten los problemas ligados a la calidad de la docencia, el control de la misma y el posible exceso de especialistas que se forman y todo ello en relación con los recursos existentes^{5,6,9,10}.

Por estas razones esta editorial debe referirse a la forma de conseguir que un residente de neumología salga bien formado en nuestro país, con las prioridades asistenciales que tenemos y los recursos limitados que padecemos. Adelanto que en mi opinión el sistema MIR ha conseguido que hoy dispongamos de especialistas bien formados en neumología. Por lo tanto, más que insistir en las bondades del sistema me fijaré en los aspectos que considero pueden ser mejorados.

Se ha escrito que las facultades de medicina americanas preparan al estudiante para el 90 % de las funciones que debe realizar como residente¹¹. Desgraciadamente, ésta no es la realidad en nuestro país. El médico que comienza su formación como especialista se encuentra perdido, sin saber muy bien lo que se espera de él, con lo que se pierden unos meses importantes. Para paliar este problema es necesario que el hospital tenga organizada la recepción del residente con cursos de urgencias, protocolos de funcionamiento, etc, de forma que se logre la integración rápidamente. A medio plazo es posible que la reforma de los planes de estudio en medicina, en los que se da un mayor énfasis a la formación práctica, mejore esta situación¹².

La formación asistencial, que es el objetivo prioritario en la formación de un residente, se realiza de forma exclusiva en el medio hospitalario, lo que sin duda tiene grandes ventajas pero también presenta algunos inconvenientes que han sido señalados^{13,14}. Como ventajas, el hospital ofrece la disponibilidad del paciente durante 24 horas con la posibilidad de dedicar abundante tiempo a su estudio, la discusión del caso con diversos especialistas que aportan puntos de vista diferentes y enriquecedores, el manejo de pacientes graves y complejos lo que supone un gran estímulo para el aprendizaje, siendo además cierto



que si se es capaz de aprender el manejo de los problemas complejos no habrá dificultad en solucionar los sencillos. Sin embargo, también tiene algunos inconvenientes que en el futuro aumentarán, ya que el alto coste económico y los avances tecnológicos están modificando el tipo de pacientes hospitalarios. Cada vez con mayor frecuencia, los pacientes ingresan diagnosticados o son enviados para realizar una técnica concreta con lo que no se desarrolla la capacidad diagnóstica. La propia dinámica del trabajo hace que con mucha frecuencia el caso clínico neumológico se discuta a partir de la radiografía de tórax, lo que hace que los pasos previos de historia y exploración clínica no estén bien realizados. Los costes elevados hacen que las altas sean cada vez más tempranas con lo que se pierde el seguimiento de los casos. En verdad que esto último se puede solucionar con el seguimiento en consulta pero esta solución es sólo parcial, ya que en las consultas hospitalarias se controlan pacientes con problemas complejos que no son precisamente los casos más frecuentes.

Por estas razones creo que parte de la formación asistencial debe realizarse fuera del medio hospitalario. La primera conclusión de la declaración de Edimburgo¹ es que los programas de educación médica deben incluir todos los recursos de la comunidad y no solamente los hospitalarios. Ésta es la tendencia actual en la formación de residentes que ha sido propuesta también para la docencia de pregrado^{4,13}. Además, la actual estructura de facultativos de área adscritos al hospital favorece la docencia dándole continuidad y evitando uno de los problemas que se han señalado en la asistencia ambulatoria como es el grado variable de calidad médica¹³. La asistencia en consulta ambulatoria tiene unas ventajas de las que destacaría: el volumen de enfermos superior al que se ve en el hospital, patologías habitualmente menos evolucionadas lo que permite obtener una visión más amplia de las enfermedades, la posibilidad de vivir los aspectos preventivos y sociales de las enfermedades lo que obliga a una medicina más personalizada que es otra de las ventajas de este tipo de asistencia. Finalmente, ayuda a conocer qué tipo de pacientes neumológicos deben ser controlados por los médicos de familia o qué tipo de pacientes y en qué momento deben ser enviados al hospital. Por ello creo que por lo menos la mitad del tiempo dedicado a consulta debe realizarse en medio ambulatorio.

La formación para la investigación es uno de los objetivos importantes que debe tener cualquier plan de formación de residentes^{7,8}. Sin embargo, creo que con excesiva frecuencia se confunde una formación investigadora con publicar o presentar a congresos la mayor cantidad posible de trabajos de forma que cuando se elabore el curriculum se puedan llenar tres o cuatro páginas con referencias de lo más diverso, muchas veces sin el más mínimo interés o con fallos importantes en la realización del estudio. Con frecuencia, cuando se revisan curriculums presentados a plazas de médicos especialistas uno se admira sobre lo que pueden dar de sí cuatro años de formación. Creo

que este afán por publicar, si no está matizado por un auténtico espíritu crítico, es peligroso y con frecuencia contraproducente para la formación e incluso para el valor del propio curriculum.

La enseñanza de la investigación debe comenzar por el aprendizaje de la lectura crítica de las publicaciones médicas¹⁵⁻¹⁷. Este aprendizaje permite conocer la forma de estructurar correctamente un trabajo y ayuda muchas veces a darse cuenta de los errores que deberemos evitar en el futuro. Debe continuarse por revisiones retrospectivas que enseñan la recogida, agrupamiento y valoración de una serie de datos y que sirven además para hacer una crítica del funcionamiento asistencial. Finalmente deben plantearse la realización de estudios prospectivos con la adecuada revisión bibliográfica, objetivos claramente definidos y seguimiento estricto del protocolo escogido. Es posible que de esta forma se publiquen menos trabajos durante la residencia, pero sin duda se habrán creado las bases para que la investigación pueda ser considerada como tal en el futuro. Por estas mismas razones creo que durante la residencia no se debe realizar una tesis doctoral ya que exige un tiempo extenso que debe ser utilizado en la formación asistencial y en proporcionar las bases de la investigación. En cambio, sí me parece adecuado que durante el último año de residencia se comience el trabajo para posteriormente realizar la tesis doctoral.

Con seguridad los aspectos docentes son los más olvidados en la formación del especialista. De hecho, el sistema actual considera al residente un receptor de docencia y en muy pocos casos se plantea que pueda ser un instructor de los estudiantes de medicina como está establecido en otros países^{11,18}. El problema radica en que al residente no se le reconoce su posible aportación a la docencia del pregrado, con lo que falta el estímulo necesario y sólo queda el interés individual por la enseñanza. Sin embargo, el aspecto docente es muy enriquecedor en la formación del especialista como comprobamos diariamente los que de una u otra forma nos dedicamos a la misma. Continuamente las personas en formación plantean preguntas y necesidades que obligan a meditar para ofrecer una solución válida, lo que a su vez aumenta los conocimientos del que enseña. Esta realidad hace que actualmente se intente mejorar la capacidad docente del residente^{19,20}. En nuestro país, la integración del mismo en la docencia del pregrado podría resolverse con facilidad si existiera un reconocimiento de esta labor en el curriculum profesional.

Cualquier plan de educación intenta conseguir calidad, aunque éste sea un vocablo difícil de valorar. La calidad en la formación del residente se asienta sobre tres pilares: centro que la imparte, un programa adecuado de formación y una forma objetiva de valorar el aprendizaje realizado. La Comisión Nacional de la Especialidad realiza una selección de los centros de acuerdo a unos parámetros objetivos, lo que asegura que la docencia pueda realizarse convenientemente. Además, tenemos un programa de formación con rotaciones razonables y con unos requerimientos míni-



mos para la formación práctica que parecen suficientes en la mayoría de los casos. Sin embargo, desearía un mayor control de la Comisión Nacional sobre la docencia impartida en los diversos centros de forma que se asegure el cumplimiento del programa. Esta supervisión serviría además de estímulo a los diferentes responsables de las unidades para mejorar la docencia impartida^{10, 21}. En este sentido, la supervisión ejercida por las comisiones locales de docencia no me parecen suficientes. La valoración del aprendizaje realizado por el residente, que lleva a la obtención del certificado de Médico Especialista, está previsto que se haga mediante un examen⁷. Puede discutirse si éste es el mejor modo de valoración pero no cabe duda de que es el más utilizado^{10, 18, 21}. Por otro lado es inevitable, ya que en breve nos deberemos equiparar a los países de nuestro entorno.

Creo que la formación actual de nuestros residentes en neumología es buena. Nuestro deber es mejorarla ya que representa el futuro de nuestra especialidad.

BIBLIOGRAFIA

1. The Edinburgh declaration. *Lancet* 1988; 2:264.
2. Warren K. World conference on medical education. Edinburgh. *Lancet* 1988; 2:462.
3. Schroeder JA, Showstack JA, Gebert B. Residency training in internal medicine: Time for a change. *Ann Intern Med* 1986; 104:554-561.
4. Goodsen JD, Goroll AA, Barsky AJ. The training of physicians outside the hospital. *Arch Intern Med* 1986; 146:1.805-1.809.
5. Petty TL. New initiatives in pulmonary subspecialty training: Quantity or quality? *Am Rev Respir Dis* 1987; 135:780-781.
6. Ingram RH. More on training: Quantity, quality and questions. *Am Rev Respir Dis* 1987; 136:3-4.
7. Neumología: Comisión Nacional de la Especialidad. Guía de formación de Médicos Especialistas. Centro de Publicaciones, Documentación y Bibliografía. Ministerio de Sanidad y Consumo 1988; 111-114.
8. Training programs in adult respiratory disease and training programs in pediatric respiratory disease. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138:1.331-1.357.
9. Withcomb ME. Pulmonary medicine: Time to pull in the reins. *Chest* 1986; 90:473-475.
10. Hudson LD, Benson JA. Evaluation of clinical competence in pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138:1.034-1.035.
11. Geme JW. General clinical education: A worthy challenge. *J Med Educ* 1986; 61 (part. 2):89-92.
12. Oliva Aldamiz H. La reforma de los planes de estudio en las facultades de medicina españolas. *Rev Clin Esp* 1987; 181:445-452.
13. Matorras R. El entorno de la docencia médica. *Med Clin (Barc.)* 1989; 93:175-177.
14. Morgan WL. The environment for general clinical education. *J Med Educ* 1986; 61 (part. 2); 47-58.
15. Herranz Rodríguez G. ¡Más respeto al lector! *Med Clin (Barc)* 1984; 82:259-260.
16. González de Zárate P, Acha V, Aguirre C. Respeto al lector y seminario de comunicación médica. *Med Clin (Barc)* 1984; 83:734.
17. Korcok M. The facts of medical education. *Can Med Assoc J* 1983; 128:1.468-1.471.
18. Edwards JC, Marier RL (Eds). *Clinical teaching for medical residents: Roles, techniques and programs*. New York: Springer Publishing Company 1988.
19. Kassebanm DG. Teaching residents how to teach. *J Med Educ* 1988; 63:660.
20. Edwards JC, Kissling GE, Brannon JR. Study of teaching residents how to teach. *J Med Educ* 1988; 63:603-610.
21. Evaluation of clinical competence in pulmonary disease. Portland, O.R.: American Board of Internal Medicine 1987.