

Ideas en torno a avances en la enseñanza de la cirugía

SANTILLANA, Miguel*.

Thomas C. King, Jefe del Departamento de Cirugía de Colombia, PBS, New York, EE.UU., plantea que el sistema de educación médica continua, se caracteriza usualmente por un número excesivo de clases magistrales, mucho aprendizaje memorístico, marcada actitud pasiva de los estudiantes y escaso énfasis en el desarrollo de las habilidades del razonamiento clínico. Él cree que ello tiene algo que ver con el conflicto entre algunos supuestos básicos del proceso de enseñanza-aprendizaje y las teorías educativas en competencia consecuentes a estos supuestos.

El conflicto, en esencia, vendría, según él, desde la antigüedad, con el enfoque diferente de dos filósofos griegos del siglo VI después de Cristo: Parménides y Heráclito, sobre todo el rol apropiado de estudiantes y profesores. Para el primero, la realidad es estable y la aproximación a la verdad se logra en la medida en que se adquiere experiencia. La relación profesor-alumno es el reflejo de la convicción de que la persona más experimentada, el profesor, es poseedora de la verdad. En tal contraste, el modelo de Heráclito plantea que el conocimiento es un fenómeno cambiante y la verdad, una incógnita. De profesores con esta visión del conocimiento puede anticiparse una conducta muy diferente: menos dogmáticos, más receptivos de puntos de vista alternativos.

El modelo Heraclítico de desarrollo curricular surgió temprano en este siglo, con las enseñanzas de John Dewey. El diseño curricular estaba centrado en el estudiante orientado a problemas y actividades. La información se obtenía por la activa participación del estudiante ante la necesidad de absorber un problema. Fue un currículum basado en preguntar, averiguar, investigar; basado en la experiencia, la práctica, el conocimiento experimental. El modelo lógico resultante de este punto de vista del aprendizaje, ubica al profesor no como un proveedor de información, sino como el analista del comportamiento del estudiante y como captador del proceso de retroalimentación.

El Dr. King pone énfasis en que “los estudiantes aprenden habilidades y destrezas practicando los que nosotros queremos que ellos desarrollen y no observando el despliegue intelectual de las habilidades del profesor”. Este debería estar escudriñando las habilidades y destrezas de los estudiantes. El propósito primario de la educación médica, es permitir que el estudiante se independice del profesor. “Cuando el estudiante o residente ya no nos necesita, podemos certificar que ha sido adiestrado”.

Nuestro esfuerzo como profesores debe estar orientado a convertirnos en no necesarios para el estudiante. La paradoja de la enseñanza efectiva radica en nuestro éxito en cuanto hagamos superfluo nuestro rol.

La retroalimentación positiva representa la prioridad fundamental para el profesor. Para el educador médico el enfoque no debería circunscribirse en cómo preparar mejores dispositivos para organizar una charla, sino más bien, en desarrollar las habilidades para obtener la mejor retroalimentación y análisis del rendimiento e iniciar una interacción constructiva con los estudiantes.

Las teorías contemporáneas del proceso de enseñanza – aprendizaje sugieren fuertemente que el trabajo del profesor debería ser similar al trabajo diagnóstico de un médico, quién, justamente, inicia el proceso diagnóstico escuchando y observando. El educador médico debería percibir y ordenar los puntos débiles del estudiante, comprender la naturaleza de su confusión y diseñar programas apropiados para corregir las diferencias diagnosticadas.

En la Facultad de Medicina Alberto Hurtado, el primer intento de diseño pedagógico del curriculum de cirugía, en particular, ocurrió en 1974, tomando como base las enseñanzas aprendidas en los Cursos Internacionales de Formación Pedagógica para Docentes, organizados por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), cuando el autor de este artículo desempeñaba la Dirección Ejecutiva. Desde entonces no se ha realizado ningún cambio trascendente, razón por la cual el curriculum vigente ha devenido obsoleto.

Continuamos con la enseñanza de cirugía a nivel de pregrado, con programas sobrecargados, pro la repetición de tópicos ya enseñados en otros departamentos, hasta el empleo de largas horas en la exposición detallista de técnicas quirúrgicas, pasando muy a la ligera los conceptos de asepsia y antisepsia, manejo del pre y post operatorio, manejo inmediato del politraumatizado, sutura de heridas, debridación de abscesos, aplicación de anestesia local, etc. En suma continuamos sin una idea clara de lo que debe enseñarse a este nivel. Todavía no identificamos claramente los objetivos educacionales de la enseñanza de la moderna cirugía a nivel de pregrado.

Fué por aquella época que pusimos a disposición de las Facultades de Medicina del Perú, seis por entonces, toda la información sobre organización, experiencias y funcionamiento de las oficinas de educación médica que, con tanto éxito, se venían desarrollando en México, Colombia y Venezuela. Estas oficinas, completamente autónomas e integradas por conocedores de la educación médica tenían como uno de sus objetivos la revisión, evaluación y actualización permanente del curriculum para adecuarlo al perfil profesional del producto final en formación. Estas oficinas no se desarrollan entre nosotros con el éxito y vigor de otros países.

En octubre de 1993, durante el Congreso Anual del “American College of Surgeons” en la ciudad de San Francisco, California, EE.UU., dentro de ese vastísimo programa sobre tantos y variados problemas de la cirugía moderna, interesado como siempre en los temas de educación médica, el autor asistió a una conferencia muy amena e impactante sobre la materia. Los planeamientos y reflexiones formulados por el conferencista han dejado en mí una inquietud permanente.

En un momento de su intervención se hizo la pregunta “¿somos cirujanos generales y formamos cirujanos generales?, o somos cirujanos residuales y eso es lo que estamos formando...?”. Ello, tras hacer un análisis y enumeración de una serie de procedimientos y asombrosos adelantos tecnológicos, mucho de ellos ejecutados por otros especialistas, pudiendo así circunscribir notablemente las acciones del cirujano general a la solución de problemas, hasta ayer, de su absoluta competencia. Es el caso, por ejemplo, de la cirugía endoscópica en el tratamiento de la litiasis residual del colédoco, o de la hemorragia digestiva ulcerosa, inclusive en su forma masiva. El Dr. Daniel Becerra de la Flor, mi maestro, con quien operamos exitosamente más de 200 casos de hemorragia masiva gastroduodenal empleado la gastrectomía subtotal amplia, indicada en aquel

entonces, no podría menos que maravillarse ante los magníficos resultados que se obtienen con un endoscopio. Lo mismo podríamos decir del tratamiento de las hemorragias por várices esofágicas y del tratamiento de la hipertensión portal en sí, mediante la elaboración de derivaciones portosistémicas introduciendo catéteres por vía yugular.

Otra área de reflexión es el hecho de que cada día más pacientes están siendo derivados del centro de salud académico a un ambiente de cuidado ambulatorio. En un futuro cercano se espera que el 75% de toda la cirugía de un hospital comunitario se lleve a cabo en forma ambulatoria, en el consultorio médico o fuera de las áreas tradicionales de tratamiento. Este hecho presenta un importante desafío para la enseñanza y supervisión en este nuevo escenario. Y que decir del uso de las suturas mecánicas y sobre todo de la cirugía considerarse una especialidad, sino un procedimiento más al servicio del cirujano general. Así, en la reunión de Consenso de Bethesda, Maryland, en 192, se concluyó que el tratamiento de la colecistitis calculosa debe ser laparoscópico. Son más de 300 colecistectomías que se efectúan diariamente en los Estados Unidos, siendo pues, uno de los procedimientos más frecuentes de la cirugía general.

Cada día vemos que la cirugía laparoscópica amplía su horizonte y pareciera no tener límite en sus aplicaciones. Ya hay causísticas importantes, sobre sonduplicaturas por reflujo gastro-esofágico, vaguectomías parietales y cirugía tumoral de colon. Su empleo está ya muy difundido en el tratamiento de la patología quirúrgica más frecuente, las hernias de la pared abdominal.

Por otro lado, hay problemas quirúrgicos en los cuales deberíamos poner mayor énfasis en el conocimiento de su manejo. Me refiero a la cirugía del trauma, aquella “enfermedad descuidada” del mundo contemporáneo, primera causa de muerte entre uno y cuarenta y cuatro años en los Estados Unidos, segunda causa en este grupo de edad entre nosotros. La capacitación en el manejo primario del trauma debe ser imprescindible en todo programa de estudios, tanto en pre como en postgrado, debiendo ser requisito indispensable para obtener la especialización en cirugía mediante el sistema de residentado, como ya sucede en los Estados Unidos, Israel y algunos países hispanoamericanos. La cirugía de los trasplantes y la cirugía oncológica son otras áreas en las que el cirujano general deber estar mejor capacitado. La ecografía intraoperatoria es un método diagnóstico de rutina en toda sala de operaciones de un hospital moderno. El cirujano general debe tener el suficiente adiestramiento para su manejo e interpretación.

En suma, con estos planteamientos debemos redefinir el perfil profesional del cirujano general del presente y del futuro, a las puertas del siglo XXI, y, a la luz del pensamiento de Heráclito, emprender el desafío de la elaboración del nuevo curriculum dentro del marco, además, de una sólida formación ética y moral y del espíritu de proyección social.

Necesitaremos de una gran dosis de ingenio y apoyo institucional para poder contar con el equipo costoso que permita el adiestramiento en estas tecnologías modernas. Como, a su vez, deberemos poner especial énfasis en el adiestramiento del manejo primario del trauma, en los sistemas y diseños de atención ambulatoria, en el manejo y conocimiento profundo de la fisiopatología del pre y post operatorio, de las modernas técnicas de

nutrición enteral y parenteral, del manejo del paciente crítico y la sepsis y la falla orgánica múltiple, etc.

“Vivir es renovarse y renovarse es cambiar”.