

ANTONIO RODRÍGUEZ M.*

**EDUCACION
MEDICA
PRE-GRADUADA
Y SUPERIOR.
INTERNADOS Y
RESIDENCIAS****

EL ADIESTRAMIENTO médico avanzado en México, en forma de internados y residencias, ha tomado un incremento y derrotero que, en algunos aspectos era de esperarse, por las razones que se exponen más adelante. La iniciación más o menos súbita del internado obligatorio, por parte de la mayoría de las Escuelas y Facultades de Medicina, ha tenido importante influencia en el curso presente y futuro de las carreras hospitalarias.

Es necesario dejar establecido desde ahora, que el método educacional que nos ocupa, se encuentra en un período de formación, estudio y ajustes. Período que calculamos abarque, cinco, diez o quince años, para lograr una organización bien cimentada y que implique el mejoramiento "automático" dentro de su misma programación. Por lo que sería provechoso considerar que en esta etapa de proyectos y de adquisición de experiencia en el método, es conveniente disponer de un criterio muy amplio y flexible, en cuanto a las exigencias que nuestras propias experiencias o convicciones pudieran dictarnos como únicas válidas.

La programación de la educación médica superior, debe estar orientada hacia la perfección del método y, por lo tanto, nunca podrá detenerse, pero tal vez sea benéfico tener presente que el resultado útil de este ensayo, será mayor cuanto más concretas, claras y aplicables sean nuestras conclusiones.

* Coordinador del Internado. Fac. de Medicina de la U.N.A.M. Ciudad Universitaria. México, D. F.

** Presentado en el Simposio "Internados y Residencias" Conmemorativo del XXXV Aniversario de la Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez. 12 y 13 de marzo de 1965.

No deberá perderse de vista el amplio panorama nacional, tanto educativo, asistencial, como de necesidades públicas; las facilidades educacionales existentes y las que puedan irse incorporando, y la evolución social, utilización o demanda que tienen y van a tener los productos de esa educación médica superior, que son los profesionistas bien preparados, recipiente de prolongado esfuerzo educacional.

EDUCACIÓN MÉDICA PREGRADUADA Y SUPERIOR NECESIDADES NACIONALES

Resultados de la aplicación del internado obligatorio.

I. ASISTENCIALES

Por medio del internado rotatorio obligatorio, fue posible aumentar la atención continuada del paciente, por lo menos en un 200%, principalmente en hospitales del interior de la República, en donde antes no habían existido "médicos de casa".

II. EDUCATIVAS

a) Se brindó a numerosos hospitales la oportunidad de desarrollar labor docente que aumenta el interés del cuerpo médico y abre posibilidades de investigación clínica, en hospitales de ciudades menores.

b) Las oportunidades educacionales en muchos de estos hospitales "menores", pueden no ser (por ahora) lo suficientemente buenas, como fuera de desearse.

III. PÚBLICAS

Con las adquisiciones anteriores, se ha logrado un pequeño avance en la capacidad científica de hospitales, principalmente civiles y regionales, de localidades pequeñas y medianas, que pudiera contribuir a una medicina mejor, más accesible, "más cercana", a mayores sectores de población.

La aplicación de los "Elementos Disponibles" está en manos de la profesión médica y las instituciones que sepan conducirlos por el camino adecuado, tanto para un aprovechamiento didáctico, como asistencial.

TABLA 1

EDUCACIÓN MÉDICA PREGRADUADA Y SUPERIOR
CONSIDERACIONES

Necesidades Nacionales 1950-1960.

| Asistenciales | Educativas | Públicas | Médicos graduados | Elementos disponibles |
|--|--|--|--|--|
| Atención continua de pacientes. Capacitación de personal médico para utilizar los numerosos hospitales nuevos en forma óptima. | Mejor preparación de médicos generales (internado). Programación más correcta de los estudios en especialización. | Mayor uniformidad en el criterio médico. Extender la buena práctica de la medicina hospitalaria a más sectores del país. Promover la práctica de las especialidades con un respaldo científico apropiado. | Internos y residentes "voluntarios" en la República Mexicana. <i>cifras aproximadas</i> 1955 230 1958 365 1964 860 | Alumnos del 6º año de 18 Facultades de Medicina que deben realizar un año de internado rotatorio, para obtener su título. 1962 1000 1963 1300 1964 1400 |

VACANTES DISPONIBLES (INTERNADOS EN TODA LA REPÚBLICA) Más de 1500
Cifra total de internos, sub-residentes y residentes que en 1964 ocuparon puestos

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Internos | 1300 |
| Sub-residentes y residentes | 1800 ± |
| Total | 3100 ± |

INTERNADOS Y RESIDENCIAS. CUALIDADES NECESARIAS

I. INTERNADO. Adiestramiento en Medicina General.

a) Deberá brindarse oportunidad de adiestramiento en las cuatro ramas fundamentales de la medicina:

MEDICINA, CIRUGÍA, OBSTETRICIA, PEDIATRÍA,
ASÍ COMO MEDICINA PREVENTIVA Y REHABILITACIÓN

b) Quedará claramente estipulado que la labor del interno es un privilegio que se brinda al joven médico para adquirir conocimientos; privilegio al que deberá corresponder con un alto sentido de responsabilidad y seriedad que implica el manejo de pacientes.

c) Las labores asignadas al interno, deberán ser fundamentalmente, labores hospitalarias, *que tienen que hacerse* y no, actividades académicas del llamado programa de enseñanza. Si un hospital no puede brindar adiestramiento clínico que llene el 80% del tiempo laborable del interno, no debe ofrecer internado.

Se mencionan las actividades principales que deben exigirse al interno durante su ejercicio:

1. Elaboración de historia clínica y examen físico, con impresión diagnóstica y comentario relativo al manejo inmediato. Primeras doce horas de admisión.

2. Escritura de notas de evolución.

3. Transcripción de órdenes y en algunos casos, órdenes rutinarias.

4. Escritura de notas especiales. Nota de admisión, nota de operación, nota de cambio de servicio, nota de defunción. Resumen de baja. Notas de revisiones periódicas.

5. Transcripción de informes de laboratorio y de gabinete al expediente.

6. Asistencia a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de sus pacientes, (primero o segundo ayudante en cirugía).

7. Vigilancia de enfermos graves.

8. Asistencia a las autopsias, estudios macroscópicos y revisión de laminillas de patología quirúrgica de sus pacientes.

9. Presentación de la visita diaria.

10. Preparación del material para sesiones clínicas.

11. Asistencia a sesiones clínicas, clínico-patológicas, bibliográficas y científicas del hospital y participación activa en algunas de ellas.

12. Participación en los programas médico-sociales del hospital. Obtención de autopsias, donadores de sangre, programas de salud pública y rehabilitación.

d) Del número de pacientes por interno.

Se ha calculado que un promedio de 10 a 12 pacientes por interno, permite una oportunidad de contacto clínico adecuado. Estas cifras son solamente aplicables a hospitales o servicios, con un movimiento activo de paciente, cuyos promedios de estancia no sobrepasen a diez días. Una guía más correcta es el número que resulte del cálculo de que un interno pueda estudiar un mínimo de tres pacientes y un máximo de seis pacientes diarios de hospitalización.

e) De la asignación de los internos a los servicios.

El adiestramiento fundamental del internado se basa en la observación estrecha, debidamente conducida, del curso pre-hospitalario, trans-hospitalario y post-hospitalario de los pacientes, para lo cual se debe contar con los servicios de consulta externa, urgencia y hospitalización. Las rotaciones, horarios y asignación de obligaciones deben estar equilibradas en lo que a rendimiento asistencial y aprovechamiento educacional concierne y se harán todos los esfuerzos administrativos posibles, para que, tanto internos como residentes, puedan observar estrechamente el curso antedicho del paciente.

La asignación del interno rotatorio a servicios especiales o servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, como radiología, patología, laboratorio, anestesia, etc., es indeseable, puesto que distrae el objetivo fundamental del internado que es el estudio integral de pacientes y el curso de su padecimiento. El estudio de técnicas de laboratorio, radiológicas o patológicas, deberá impartirse al interno como parte del manejo de los enfermos a su cuidado y durante todo el año, obteniéndose en esta forma, un aprovechamiento mayor.

En los hospitales en donde existe multiplicidad de servicios de especialidades y sub-especialidades de las ramas fundamentales de la medicina, puede lograrse una rotación adecuada, si no se pierde de vista el objetivo del internado mencionado antes. Las facilidades educacionales *a nivel del internado*, son iguales en un servicio de ortopedia que de urología o de ginecología, ya que son fundamentalmente quirúrgicos.

Lo mismo puede aplicarse en servicios derivados de la medicina interna, como cardiología, neumología, dermatología, etc. Es por lo anterior, que no deberá buscarse una variedad de casuística en perjuicio de la oportunidad de observar cursos hospitalarios completos y el movimiento de los internos no deberá ser más frecuente que cada dos meses. Por otra parte, en el internado directo, o sea en una especialidad, deberán buscarse servicios típicos que llenen las necesidades educacionales de ese internado. Sin embargo, en nuestro medio, el internado directo deberá ser la excepción.

f) Del programa de enseñanza del internado.

El programa de enseñanza consiste en el aporte de medidas de organización administrativa hospitalaria que permitan:

La observación estrecha, dirigida y supervisada de enfermos, por los internos, en todos los aspectos de su curso extra e intrahospitalario.

Una de las actividades más valiosas en el adiestramiento, tanto de internos como de residentes, es la visita diaria didáctica. Esta actividad es obligatoria, tanto para promover el estímulo en el estudio de los pacientes, como para la buena marcha en el tratamiento de los mismos.

El programa educacional está por lo tanto, formado por medidas administrativas, medidas de organización interna, medidas de aplicación de la jerarquía, de revisión de resultados, (de la eficiencia hospitalaria, etcétera.

Lo que con mucha frecuencia es llamado Programa de Enseñanza y que, es una lista de las conferencias o lecciones que se imparten al cuerpo de internos y residentes, es sólo una pequeña parte de lo que debe ser el programa y de ninguna manera, substituye a la organización educativa mencionada antes.

El interno, no adquiere la experiencia que requiere a través de la conferencia o la lección magisterial. La formación de un criterio sano y equilibrado y el acervo de conocimientos que se retienen al final del internado, está representado por el acúmulo de experiencias que el propio interno adquirió en el contacto estrecho con los enfermos, en una conducción personal de médicos de mayor experiencia, en la que debe haber amplios períodos de meditación, de estudio y de revisión de cada problema clínico.

RESIDENCIAS

No puede discutirse un programa de internado, sin abarcar los aspectos de íntima conexión que las residencias tienen con el mismo.

Podría decirse que el internado es más eficiente en todos sus aspectos, cuanto más eficiente sea el sistema de sub-residencias y residencias del hospital. Sería deseable que no existieran internados donde no hay residencias, en el sentido completo que la denominación implica.

La conducción educativa cotidiana y personal del interno, descansa fundamentalmente en sub-residentes y residentes. El proceso educacional del hospital se fundamenta precisamente en una escala jerárquica que va desde estudiantes de medicina y enfermería, pasando por internos, sub-residentes, residentes, adjuntos, adscritos, consultantes, jefes de división, etc., hasta el mismo director del hospital. La adquisición diaria de conocimientos del interno está formada por el aporte de pequeñas o grandes experiencias, que el joven adquiere por medio de la observación y estudio de los pacientes, con la pequeña o gran orientación que durante el día o la noche pueda recibir de cualquiera de los miembros del personal médico de jerarquía inmediata o mediata superior y a veces, inferior. Un ejemplo podría ilustrar mejor el sentido de la idea.

Un interno puede aprender en forma satisfactoria a realizar una laringoscopia indirecta de estudio rutinario, conducido por un sub-residente que apenas es un año superior al primero en jerarquía. No es necesario y tal vez, es menos útil que el jefe de otorrinolaringología, diga una conferencia teórica, sobre laringoscopia indirecta. Lo que sí es necesario, es que dicho jefe de otorrino, sea responsable de que, tanto residentes como sub-residentes sepan realizar y demostrar larongoscopías indirectas.

El ejemplo anterior podría aplicarse casi a todas las eventualidades del trabajo cotidiano de los hospitales.

PROPÓSITO DE SUB-RESIDENCIAS Y RESIDENCIAS

Un joven médico, que tiene entre 25 y 30 años de edad, que ha adquirido experiencia médica general, que podría ya tal vez, por medio del ejercicio de su profesión, brindar la utilidad pública para la cual se preparó, que podría ya significar un aporte económico para su familia y para él, decide voluntariamente ampliar sus conocimientos médi-

cos en determinada rama de la medicina. El motivo de su decisión no lo discutiremos.

La aceptación de este individuo como sub-residente en un hospital, implica un inmenso compromiso, tanto para él, como para los pacientes del hospital, la comunidad y el progreso de la medicina.

La planeación de carreras hospitalarias para estudios superiores, por medio de sub-residencias y residencias, deberá tener como premisa inmutable, las preguntas:

1. ¿Tenemos las facilidades educacionales necesarias para impartir la educación que en la actualidad se considera satisfactoria?

2. ¿Podemos mover nuestra maquinaria didáctica de modo que estas facilidades puedan aplicarse?

3. En caso de no contar con las facilidades ideales, ¿hasta dónde podemos colaborar con eficiencia en la escala gradual del adiestramiento de internos, sub-residentes y residentes?

El principal propósito de sub-residencias y residencias, debe ser siempre:

Impartir enseñanza médica superior, organizada y tendiente a dar el mejor armamentarium científico posible para el ejercicio de la medicina o alguna de sus ramas.

La planeación de estos estudios y sus programas tendrán que verse influenciados por los conceptos nacionales y mundiales que se tengan respecto de las necesidades que existan y el beneficio que obtenga y rinda el científico ya formado. Esta planeación no debe obedecer a tendencias transitorias insuficientemente estudiadas o deseos de los educandos que pudieran no tener la orientación debida.

Los resultados colaterales durante la carrera hospitalaria son fundamentalmente los que resultan de la disponibilidad de personal médico, con grados variables de experiencia; con horarios largos de permanencia en el hospital, en quienes se puede depender para la realización de trabajo asistencial de grados variables de responsabilidad; *este trabajo asistencial es de donde el interno, sub-residente y residente, adquieren la parte más valiosa de su adiestramiento* y de ello haremos las consideraciones siguientes:

La realización de ese trabajo asistencial, significa un beneficio mutuo. Para que el beneficio se mantenga en equilibrio, se hará la planeación más cuidadosa posible, en cuanto a distribución de labores del personal en sus diferentes jerarquías. Las bases de la distribución deben partir del concepto de que, el trabajo asistencial realizado por el edu-

cando, es *resultado colateral de la carrera hospitalaria* y no el propósito de la misma. Por otra parte, internos, sub-residentes y residentes, deben percatarse que ese trabajo asistencial, es fundamental en su adiestramiento y que si existen labores hospitalarias tediosas, tal vez de poco atractivo o interés educativo, estas labores forman parte de la medicina y no fueron incorporadas para su desaliento. Son simplemente: Cosas que tienen que hacerse.

Los responsables de la buena marcha de internados y residencias en los hospitales que son: Dirección o Administración, Jefatura de Enseñanza y el Cuerpo Médico del Hospital, pueden lograr, si lo desean, que las labores que, para la mayoría de educandos son tediosas o insufribles, sean aprovechables en su real valor educativo.

Ejemplo típico: Interno que realiza cinco o seis historias diarias que nadie le comenta, corrige o elogia, y que se van a la basura al salir el enfermo; esta situación mina el entusiasmo del mejor de los internos.

CONCLUSIONES

1. Consideramos importante el difundir el razonamiento que ha llevado a 18 Escuelas y Facultades de Medicina a incorporar en su currículum el internado rotatorio de un año. Este paso que ha sido un gran aporte al progreso de la medicina en el país, tiende a satisfacer las necesidades nacionales delineadas en el cuadro No. 1.

2. Consideramos que el cumplimiento del internado en la forma que lo ha delineado la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. llena las necesidades educacionales por las que fue creado y permite en muchos casos por ahora, tal vez en todos los casos en el futuro, prescindir de un segundo año de internado rotatorio como graduado.

3. Consideramos que es necesario continuar con un gran esfuerzo por parte de las instituciones hospitalarias y la Facultad de Medicina, con el fin de lograr los propósitos para los que el internado fue planeado.

REFERENCIAS

- Alarcón Donato G. y colaboradores: "El Internado Rotatorio en 1963". Revista de la Fac. de Medicina. Vol. V. Año 5. No. 3.
- Alarcón Donato G.: "La Educación Médica Hospitalaria". En prensa.
- Rodríguez M. Antonio: "Internado Rotatorio". Folletos publicados por la U.N.A.M. 1964 y 1965.
- Rodríguez M. Antonio y colaboradores: "Manual del Médico Interno". Comisión Nacional de Internados y Residencias. México, 1964.