

Hospital Universitario Central Carlos J. Finlay

## **VALORACION DE UNA NUEVA ESTRATEGIA DOCENTE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGIA GENERAL**

\*Dr. Santiago Luis Solís Chávez. Calle 162 núm.6503. Municipio La Lisa. Ciudad de La Habana. Teléfono: 2615932. bhfinlay@infomed.sld.cu

\*\*Dr. Alberto López Reyes. Avenida 35 núm.5217. Playa. Ciudad de La Habana.

\*\*\*Dr. Antonio Santana de la Fe. Calle 114 y 35, Marianao, Ciudad de La Habana. Teléfono: 2609681.

\*\*\*\*Dr. René Borges Sandrino, Avenida 61 núm. 8838. Marianao. Ciudad de La Habana.

\*Profesor Auxiliar de Cirugía General, Investigador Agregado.

\*\*Asistente de Cirugía General.

\*\*\*Profesor Auxiliar de Neurocirugía, Investigador Auxiliar.

\*\*\*\*Instructor de Cirugía General.

### **RESUMEN**

La disminución de casos ingresados que provoca la cirugía ambulatoria repercute negativamente en la enseñanza de pregrado. Para enfrentar este problema se contextualizó el programa de Cirugía General en el Hospital Carlos J. Finlay, incrementándoles la cantidad de consultas externas a los alumnos de cuarto año durante la rotación por cirugía general de 4 a 21, pasando además las dos primeras semanas en la Terapia Intermedia de Cirugía. Las dos primeras rotaciones del curso 2002-03 realizaron más de 20 exámenes físicos entre los del cuello, mamas, abdomen y regiones inguinocrurales, aunque no así con el tórax. Al comparar los casos vistos en la consulta con los ingresados en el mismo período, se aprecia que casi la totalidad de los enfermos fueron atendidos de forma ambulatoria. Las consultas externas brindan la posibilidad de que los

educandos de pregrado adquieran las habilidades mínimas que se requieren en cirugía general.

**Palabras Clave:** Estrategia docente, consultas externas, cirugía general.

## **INTRODUCCION**

La práctica está indisolublemente ligada a la enseñanza de la cirugía y se ha realizado de forma tradicional empleando los pacientes ingresados en las salas, pero desde hace unos años el incremento paulatino de los costos hospitalarios, en los que influyen los ingresos, se ha convertido en una preocupación creciente llevando a adoptar medidas que mejoren la gestión hospitalaria. Una de ellas es la cirugía ambulatoria (CA), que eleva la eficiencia y eficacia de los recursos disponibles, y actúa favorablemente en la evolución de los operados, <sup>1,2</sup> pero con un efecto negativo sobre la docencia. A pesar de ello, no puede renunciarse a los beneficios económicos, sociales y biológicos que aporta la CA, <sup>3,4</sup>, lo que hace necesario adoptar alternativas que aúnen la asistencia y la docencia bajo este régimen, y que se proponga entrenar a los alumnos con simuladores computadorizados <sup>5,6,7</sup> en sustitución de pacientes.

Las consultas externas brindan múltiples ventajas para la docencia de pregrado y en ellas se realiza práctica preclínica y atención al paciente ambulatorio, por lo que se crea un ambiente que permite no sólo la adquisición de habilidades semiotécnicas, sino también que se entrenen en una relación médico-paciente diferente y nuevos criterios de satisfacción de este tipo de enfermo, lo que está acorde con el perfil de nuestros egresados. Ello nos motivó a contextualizar <sup>8</sup> el programa de la asignatura para darle un mayor empleo a las consultas externas y asegurar así el adiestramiento de los educandos de cuarto año de Medicina durante la rotación por Cirugía General de forma tal que pudieran adquirir las habilidades imprescindibles de la especialidad.

## **METODOS**

Se realizó un estudio prospectivo con los alumnos de cuarto año de Medicina de las dos primeras rotaciones de Cirugía General del curso 2002-03 en el

Hospital Carlos J. Finlay, previa contextualización del programa de asignatura y con adecuaciones al plan calendario para que durante las dos primeras semanas hicieran los pases de visita en Terapia Intermedia de Cirugía y para incrementar la cantidad de consultas externas de 4 a 21, distribuidas de la siguiente forma: 7 consultas generales, 4 de tiroides, 4 de enfermedades de mamas, 2 de cirugía de mínimo acceso, 1 de proctología y 1 de angiología, repartidas en las mañanas de martes y miércoles y en las tardes de martes y viernes, con una afectación de 6 horas semanales de los tradicionales pases de visita matutinos en las salas. El resto del plan calendario se mantuvo de la forma habitual (conferencias, pases de visita, trabajo en salas, guardias y otras). En cada sesión de consulta, estaba al menos un docente para supervisar las diferentes actividades de los educandos (interrogatorios, exámenes físicos e interpretación de complementarios entre otras). Tanto los casos vistos como los examinados por cada alumno fueron recogidos en un modelo individual y avalado por el docente. Al final de cada rotación, se hizo el examen práctico en las consultas externas y constó de la confección de una Historia clínica ambulatoria, el examen físico del paciente y su discusión ante un tribunal interno, el cual consideró un patrón de calificación validado previamente por un grupo de profesores (1 titular, 2 auxiliares y 2 asistentes). En la nota final del examen práctico se consideró de forma integral los tres aspectos anteriores. Se seleccionó del libro de ingresos de la Sala la cantidad de casos, cuáles enfermedades presentaban para conocer y poder comparar los que habían ingresado en la Sala durante ese tiempo. Los datos fueron volcados y procesados a una computadora *Pentium II* en el programa *Access*, y se confeccionaron las tablas.

## **RESULTADOS**

El total de educandos que participó en la prueba fue de 35; fue visto un promedio de 13 pacientes por consulta externa (Tabla 1), de los cuales 6 eran operados y el resto acudía por primera vez o estaba en trámites para ser operado. En cuello, todos los educandos examinaron pacientes con nódulo de tiroides, adenomegalias y bocio (Tabla 2), mientras que algunos pudieron ver otras

afecciones como fístulas tiroglosas, enfermedad de Graves Basedow y quiste branquial. En Sala, durante el mismo período, sólo ingresó un enfermo con una enfermedad del cuello (nódulo de tiroides).

Entre las afecciones de las mamas y del tórax (Tabla 3), los nódulos de mamas, la enfermedad displásica y la gigantomastia fueron las afecciones examinadas por cada alumno, pudiendo ver algunos también neoplasia maligna de las mamas con signos clínicos, fístulas mamarias y lipomas de partes blandas. No fueron vistas otras enfermedades del tórax, excepto los quistes de partes blandas. En Sala, sólo ingresaron en este período 3 pacientes: dos con neoplasia maligna de pulmón y uno con un absceso de partes blandas.

En el abdomen (Tabla 4) la mayor cantidad de casos que vieron y examinaron fueron los que presentaban hernias inguinales o umbilicales, así como enfermedades ginecológicas, tales como el cistocele con o sin rectocele y el fibroma uterino. Aunque no todos, algunos vieron o examinaron quistes de ovario, quistes del epidídimo y varicocele. Los tumores y quistes de partes blandas, las várices de los miembros inferiores y otras afecciones proctológicas (Tabla 5) fueron también vistas por todos los alumnos. No hubo ningún ingresado en Sala con estas enfermedades durante estas dos rotaciones.

En la Tabla 6, se muestran las notas que obtuvieron en el examen físico. Excepto un alumno que logró 3, el resto de las calificaciones estuvieron entre 4 y 5. Sin embargo, en la nota final del práctico casi todos alcanzaron 5, excepto el que había obtenido 3, quien en su nota final alcanzó 4. (Tabla 7).

## **DISCUSION**

En nuestro servicio de cirugía más de 75% de los pacientes operados durante los últimos años han sido por CA; pacientes con hernias externas, enfermedades del cuello, ginecológicas y otras muchas más no se ven prácticamente antes de la operación en las salas y permanecen en ellas apenas unas horas después de la intervención, lo que repercute negativamente en el entrenamiento no sólo de los estudiantes de Medicina, sino en los de Enfermería también. La consulta externa permitió no sólo adiestrar a los educandos en los exámenes físicos de cuello,

mamas, abdomen (incluyendo las regiones inguinocrurales) y en el examen de las afecciones angiológicas y proctológicas más frecuentes, tales como hemorroides y várices de los miembros inferiores, sino también en una relación médico-paciente diferente a la que se establece en las salas y que se adapta mejor al perfil del egresado. Todos los educandos hicieron más de 20 procedimientos físicos de las diferentes regiones anatómicas, viendo un número mayor de enfermos que presentaban disímiles enfermedades y que corresponden en su mayoría a las contempladas en el programa de la asignatura. Se cumplió, de esta forma, el entrenamiento en la semiotecnia de cuello, mamas, abdomen y regiones inguinocrurales, lo que complementa a la guardia médica en relación con los objetivos docentes propuestos en este programa. Sólo en las afecciones torácicas hubo una baja incidencia en las consultas.

Ningún alumno desaprobó el examen físico; sólo uno obtuvo un 3, mientras que el resto estuvo entre 5 y 4. La nota final predominante del examen práctico fue el 5 (uno sólo obtuvo 4) debido a que influye el resto de los componentes del examen (confección de la Historia clínica ambulatoria y su discusión).

## **CONCLUSIONES**

1. Las consultas externas permiten a los alumnos de cuarto año alcanzar los objetivos semiotécnicos propuestos en el programa de la asignatura de Cirugía General durante la rotación en lo referente al examen físico de cuello, mamas y abdomen, incluyendo las regiones inguinocrurales.

2. La consulta externa los adiestra además en una relación médico-paciente que se ajusta más al perfil del egresado como futuros MGB.

## **RECOMENDACIONES**

Incrementar la cantidad de consultas externas, a las que deben asistir los alumnos de pregrado durante la rotación por Cirugía General y valorar si en otras asignaturas quirúrgicas pudiera hacerse lo mismo para lograr los objetivos educativos propuestos en los diferentes programas.

## **ABSTRACT**

The decrease of entered cases that it causes the ambulatory surgery it rebounds negatively in the pregrado teaching. To face this problem the program of the general surgery in the Hospital Finlay was increased them the quantity from external consultations to the medicine students during the rotation for general surgery of 4 at 21, also spending the first two week in the Therapy of Surgery. The first two rotations of the course 02-03 carried out more than 20 exams physique among those of the neck, you suckle them, abdomen and regions inguinocruales although was not similar with the thorax. When comparing the cases done in the consultation with those entered in the same period it is appreciated that almost the entirety of the sick persons was assisted in an ambulatory way. The external consultations offer the possibility that the pregrado educandos acquires the minimum abilities that are required in general surgery.

**Key words:** Ambulatory surgery, pregrado teaching, external consultations.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1 Steiner C, Elixhauser A, Schnaier J. The healthcare cost and utilization project: an overview. *Eff Clin Pract.* 2002;5(3):143-51.

2 Sieber TJ, Leibundgut DL. Operating room management and strategies in Switzerland: results of a survey. *Eur J Anaesthesiol.* 2002;19(6):415-23.

3 Higgins PP, Chung F, Mezei G. Postoperative sore throat after ambulatory surgery. *Br J Anaesth.* 2002;88(4):582-4.

4 Corrigan JM, Thompson LM. Involvement of health maintenance organisations in graduate medical education. *Acad Med.* 1991;166:656-61.

5 McGee JB, Neill J, Goldman L, Casey E. Using multimedia virtual patients to enhance the clinical curriculum for medical students. *Medinfo*. 1998;9(2):732-5.

Lin WT, Robb RA. Dynamic volume texture mapping and model deformation for visually realistic surgical simulation. *Stud Health Technol Inform*. 1999;62:198-204.

7 Haluck RS, Krummel TM. Computers and virtual reality for surgical education in the 21st century. *Arch Surg*. 2000;135(7):786-92.

8 Rosell W. La enseñanza integrada en las ciencias médicas. *Rev Cub Educ Med Sup*. 1998;12(2):45-8.

## ANEXOS

**Tabla 1. Estado de los pacientes, vistos por cada educando en la consulta externa. Primer semestre del curso 2002-03**

Situación del paciente	Promedio de pacientes vistos por consulta
Casos nuevos	6
Operados o en trámite para operarse	7

**Tabla 2. Enfermedades del cuello, valoradas por los educandos en la consulta externa. Primer semestre del curso 2002-03**

Enfermedad	Rango de casos vistos en la consulta externa	Cantidad de casos ingresados en salas	Rango de casos en examinados por alumno
Nódulo de tiroides	[7-13]	1	[3-4]
Adenomegalia	[2-9]	0	[4-5]
Bocio	[3-5]	0	[1-3]
Quiste tirogloso	[0-1]	0	[0-1]
Fístula tiroglosa	[0-1]	0	[0-1]
Enfermedad de Graves- Basedow	[0-2]	0	[0-1]
Quiste branquial	[0-1]	0	[0-1]



**Tabla 3. Enfermedades de la mama y del tórax, valoradas por los educandos en la consulta externa. Primer semestre del curso 2002-03**

Enfermedad	Rango de casos vistos en consulta externa	Cantidad de casos ingresados salas	Rango de casos en examinados por alumno
Nódulo de mama	[7-11]	0	[2-4]
Enfermedad displásica mamaria	[6-9]	0	[4-6]
Neoplasia maligna con signos clínicos	[1-2]	0	[0-1]
Gigantomastia	[3-4]	0	[1-2]
Otras	[3-6]	3	[1-3]

**Tabla 4. Enfermedades del abdomen, valoradas por los educandos en la consulta externa. Primer semestre del curso 2002-03**

Enfermedad	Rango de casos vistos en la consulta externa	Cantidad de casos ingresados salas	Rango de casos en examinados por alumno
Hernia inguinal	[5-12]	1	[3-5]
Hernia umbilical	[4-9]	0	[3-4]
Hernia crural	[0-2]	0	[0-1]
Hernia epigástrica	[2-5]	0	[1-2]
Cistocele y/o rectocele	[2-5]	0	[1-2]
Quiste de ovario	[1-3]	0	[0-1]
Fibroma uterino	[2-6]	0	[0-2]
Otras	[3-7]	3	[1-3]

**Tabla 5. Enfermedades misceláneas, valoradas por los educandos en las consultas externas. Primer semestre del curso 2002-03**

Enfermedad	Rango de casos vistos en la consulta externa	Cantidad de casos ingresados salas	Rango de casos en examinados por alumno
Quiste sebáceo	[4-7]	0	[3-4]
Lipoma subcutáneo	[5-7]	0	[2-3]
Hemorroides externas	[2-3]	0	[0]
Fístula anal	[0-2]	0	[0]
Quiste pilonidal	[0-1]	0	[0-1]
Fisura anal	[0-2]	0	[0]
Várices de miembros inferiores	[2-3]	0	[1-2]
Insuficiencia arterial periférica	[1-2]	0	[0-1]

**Tabla 6. Habilidad del examen físico, explorada en el examen práctico en los educandos . Primer semestre del curso 2002-03**

Técnica del examen físico de:	Calificación			
	5	4	3	2
Cuello:				
-con nódulo de tiroides	4	1	1	0
-con bocio	3	1	0	0
Mamas:				
-con nódulo de mamas	5	1	0	0
-con displasia	5	2	0	0
Abdomen:				
-con hernia inguinal	7	2	0	0
-con hernia umbilical	3	0	0	0

**Tabla 7. Nota final de cada componente del examen práctico, obtenida por los educandos . Primer semestre del curso 2002-03**

Componentes del examen práctico:	Calificación			
	5	4	3	2
-Examen físico	27	7	1	0
-Confección de la Historia clínica	35	0	0	0
-Discusión del caso	34	1	0	0
-Nota final	34	1	0	0

