

INVESTIGACION PEDAGOGICA (REVISIONES)**Problemas en el proceso docente educativo durante la estancia de cirugía pediátrica del cuarto año de la carrera de Medicina****Problems in the educational process during the pediatric surgery area teaching of fourth year medicine students**

Dr. Sergio Luis González López, ⁽¹⁾ Dra. Zoe Delgado Quintero, ⁽²⁾ Dr. Guillermo Cortiza Orbe, ⁽³⁾ Dra. Berta E. Fonseca Romero, ⁽⁴⁾ Dr. Carlos A. Cabrera Machado, ⁽⁵⁾ Dr. Yordan Ponce Rodríguez. ⁽⁶⁾

¹Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica. MSc. en Educación Médica. Profesor Auxiliar. ²Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica. MSc. en Educación Médica. Profesora Asistente. ³ Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Asistente. ⁴ Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Profesora Instructora. ⁵ Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Instructor. ⁶ Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos.

¹Terminal Professional Degree in Pediatric Surgery. MSc. in Medical Education. Associate Professor. ² Terminal Professional Degree in Pediatric Surgery. MSc. in Medical Education. Associate Professor. ³ Terminal Professional Degree in Pediatric Surgery. Assistant Professor. ⁴ Second Professional Degree in Pediatric Surgery. Instructor. ⁵ Second Professional Degree in Pediatric Surgery. Instructor. ⁶ Second Professional Degree in Pediatric Surgery. Pediatric University Hospital "Paquito González Cueto". Cienfuegos.

RESUMEN

En el Hospital Pediátrico de Cienfuegos existen varias situaciones, propias del Servicio de Cirugía Pediátrica, que interfieren en el buen desarrollo del proceso docente educativo y pudieran, en consecuencia, malograr que los estudiantes dominen los principios de la actuación médica ante las enfermedades quirúrgicas más frecuentes en la edad pediátrica y no puedan aplicarlos en su actividad profesional como médicos generales básicos. Disponer de información más exacta de sus causas se consideró cardinal en el proceso de búsqueda de soluciones prácticas para perfeccionar el proceso y cumplir los objetivos en la formación del estudiante de medicina durante la estancia. En este trabajo se realiza un análisis del contenido de las siguientes fuentes de información: documentos de la carrera de Medicina y de la educación superior; publicaciones y trabajos presentados en eventos científicos, relacionados directa

o indirectamente con la actividad del Servicio de Cirugía Pediátrica y las estadísticas hospitalarias, con el objetivo de valorar las situaciones que inciden desfavorablemente sobre el proceso docente educativo durante la estancia de cirugía pediátrica.

Palabras clave: enseñanza; aprendizaje; estudiantes de medicina; cirugía general; pediatría

ABSTRACT

Very typical situations of the Pediatric Surgery Services in the Pediatric Hospital of Cienfuegos may interfere with the appropriate development of the educational process. Consequently, students might not master the principles of medical practice in the most common surgical diseases in children, thus limiting its further application in their professional performances as basic general practitioners. To obtain more accurate information on

Recibido: 30 de enero de 2011

Aprobado: 22 de febrero de 2011

Correspondencia:

Dr. Sergio Luis González López.

Hospital Pediátrico Universitario

"Paquito González Cueto". Cienfuegos.

Dirección electrónica: sergio@jagua.cfg.sld.cu

the causes of this phenomenon is considered to be paramount in order to search for practical solutions to improve the educational process and to fulfil the goals of the teaching stage. The contents on the following information sources are analyzed in this paper: documents for higher education and for medicine career, publications and papers presented in scientific events (directly or indirectly related to the practice of Pediatric Surgery) and hospital statistics. This review was aimed at analyzing the situations that negatively affect the educational process during the pediatric surgery area teaching of fourth year medicine students.

Key words: teaching; learning; students, medical; general surgery; pediatrics

INTRODUCCIÓN

Durante la Conferencia Mundial de Educación Superior (Paris, 1998) se insistió en que los sistemas en esta enseñanza deberían aumentar su capacidad para vivir en medio de la incertidumbre, transformarse y provocar el cambio, atender las necesidades sociales y fomentar la solidaridad y la igualdad, preservar y ejercer el rigor y la originalidad científicos con espíritu imparcial, por ser un requisito previo decisivo para alcanzar y mantener un nivel indispensable de calidad. ⁽¹⁾

Los retos que en las condiciones socioeconómicas actuales tiene la Universidad Médica para el desarrollo del trabajo educativo orientado a la formación de valores fueron señalados por Pernas Gómez y Arencibia Flores. ⁽²⁾

Los sistemas de salud tienen que hacer frente a desafíos que exigen respuestas novedosas en la búsqueda de idoneidad, calidad, eficiencia y equidad en la atención sanitaria. Esos desafíos no son exclusivos de nuestro país ni del presente milenio. La aún cercana década de los años 90 definió como su característica fundamental la "turbulencia": cambios incesantes, de ritmo mucho más acelerado que en los años 80, creciente globalización de los procesos sociales, transformaciones incalculables de la matriz tecnológica básica mundial – en la que la tecnología farmacológica y de equipamiento médico ocupa un lugar preponderante –, desarrollo vertiginoso de las comunicaciones y de la transferencia de información, inestabilidad de los sistemas geopolíticos, imprevisibilidad de los cambios, deterioro y contaminación ambientales hasta niveles críticos, incertidumbre en el futuro. ⁽³⁻⁵⁾

Altman afirmaba que *"como médicos debemos esforzarnos en este ambiente tumultuoso para proporcionar cuidados de excelencia a nuestros pacientes, ciencia de avanzada y educar las generaciones que siguen"*. ⁽⁶⁾ Los primeros diez años del presente milenio han certificado que los vaticinios sobre

ese entorno no son mucho más alentadores, aunque el contexto cubano difiere mucho del que tiene ante sí el resto de la mayor parte del mundo subdesarrollado. ⁽⁶⁾ Países como Nigeria, con solo 1 cirujano pediátrico por cada 2,2 millones de habitantes, ⁽⁷⁾ o Haití, sin cirujanos pediátricos propios radicados en su territorio, enfrentan, con toda certeza, un reto mayor.

En el II Congreso Internacional de Cirugía Pediátrica (La Habana, 2006) Vázquez Estévez anunciaba que los tremendos cambios que le esperan a la Pediatría en las próximas décadas, cuyas transformaciones levemente pueden ser atisbadas, se fundamentan en la explosión tecnológica, los cambios demográficos y las nuevas fórmulas de gestión clínica. ⁽⁸⁾

A pesar de ello, la intención en la formación profesional en el MINSAP se ha enriquecido, como ha resumido Espinosa Brito de forma extraordinaria: *"La Universidad Médica tiene la extraordinaria responsabilidad de la formación de nuevas generaciones de médicos, no sólo en relación con la educación científico - técnica, sino, sobre todo, en la formación laboral, moral, patriótica, es decir, integral, de los futuros profesionales de la salud. La meta no es enseñar medicina a los estudiantes, sino que hay que enseñarlos a ser médicos"*. ⁽⁹⁾

La importancia de los programas docentes en el progreso de la especialidad de cirugía pediátrica fue hecha notar en varias ocasiones y por varios autores. ⁽¹⁰⁾ Ziegler expresaba que aunque hay muchos aspectos de importancia crítica que conciernen al futuro de la cirugía pediátrica, el más importante de todos es la educación. Subrayó además que la cirugía pediátrica había generado una voluminosa literatura sobre las enfermedades que trata, pero sorprendentemente poco se había escrito sobre la enseñanza de la misma. ⁽¹¹⁾ Para afirmar la opinión de Ziegler, una revisión de los números publicados entre los años 1999 y 2007 en el *Journal of Pediatric Surgery* (la más importante revista de la especialidad, con periodicidad mensual), permitió hallar únicamente siete artículos sobre la actividad docente y, de ellos, sólo uno referido a la enseñanza de pregrado.

Desde la reapertura del Hospital Pediátrico de Cienfuegos en 1987, sometido a reparación y remodelación desde 1983, se han presentado varios trabajos en eventos científicos (jornadas, congresos, *forum* de ciencia y técnica) sobre las afecciones quirúrgicas que aquejan a los niños de la provincia. Sin embargo, ninguno de estos estudios se refería al PDE de la cirugía pediátrica. Recientemente se discutió una tesis que valida el manual o libro de texto complementario elaborado por los profesores para los alumnos de pregrado, que constituye el único trabajo sobre la docencia en el servicio². Previamente fue publicado en formato electrónico en una reconocida revista

²Quintero Delgado Z. Manual de asistencia para "Enfermedades clínico - quirúrgicas en Pediatría" en la docencia médica (tesis). Trabajo para optar por el título académico de Master en Educación Médica. Cienfuegos. Universidad de las Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado"; 2009

biomédica. ⁽¹²⁾

En el plan de estudios de la carrera se especifica que el ciclo clínico comienza en el 6º semestre, incluye estancias en hospitales y áreas de salud, para culminar con el internado rotatorio en el 6º año. El denominado ciclo clínico comprende la etapa de formación que se lleva a efecto en los servicios de salud, donde los estudiantes entran en contacto directo con los pacientes y/o la población y participan en el proceso de atención de salud, jerarquizados por sus profesores. ⁽¹³⁻¹⁸⁾

El ámbito en que la cirugía pediátrica se practica, se desarrolla científicamente y se enseña, ha constituido siempre un reto para los responsables de ejecutar las tres acciones. En el Hospital Pediátrico de Cienfuegos existen varias situaciones propias del Servicio de Cirugía Pediátrica o relacionadas de alguna forma con las actividades del mismo, que interfieren frecuentemente con el buen desarrollo del PDE y pudieran, en consecuencia, malograr que los estudiantes dominen los principios de la actuación médica ante las enfermedades quirúrgicas más frecuentes en la edad pediátrica y luego no puedan aplicarlos en su actividad profesional como médicos generales básicos.

Las dificultades esbozadas no han sido bien documentadas ni sometidas a análisis crítico, pero el contexto que crean tiene como resultado final el paso de los estudiantes por un escenario con pocos pacientes y en ocasiones sin ellos, lo que hasta ahora se ha considerado imprescindible en Medicina.

Por tanto, disponer de una información más exacta de sus causas, demostradas científicamente, se consideró cardinal en el proceso de búsqueda de soluciones prácticas para perfeccionar el PDE y cumplir los objetivos instructivos, educativos y desarrolladores en la formación del estudiante de medicina durante la estancia.

Por tanto el objetivo de este trabajo es valorar las situaciones que inciden desfavorablemente sobre el proceso docente educativo durante la estancia de cirugía pediátrica.

MÉTODOS

Estrategia básica de investigación

Se realizó un análisis del contenido de las siguientes fuentes de información:

1. Documentos rectores u orientadores de la carrera de Medicina y de la educación superior publicados en formato impreso o digital.
2. Publicaciones y trabajos presentados en eventos científicos, relacionados directa o indirectamente con la actividad del Servicio de Cirugía Pediátrica y las estadísticas hospitalarias.

Las búsquedas se hicieron con ayuda de los siguientes localizadores de información en salud y bases de datos bibliográficas: SciELO y Google académico. Se emplearon palabras clave obtenidas del índice de materias disponible en SciELO (*Scientific Electronic*

Library Online; <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IstisScript=iah/iah.xis&base=article^dlibrary&index=KW&fmt=iso.pft&lang=e>). Se emplearon de manera única o en combinación:

- a. Proceso docente educativo (proceso educativo, proceso enseñanza aprendizaje).
- b. Formas organizativas docentes (formas de organización de la enseñanza).
- c. Educación médica.
- d. Educación médica superior.
- e. Educación en el trabajo.
- f. Pase de visita.
- g. Pediatría.
- h. Cirugía pediátrica.

Definición de las categorías para el análisis de contenido

Para categorizar las situaciones del Servicio de Cirugía Pediátrica que interfieren en el buen desarrollo del PDE, se realizó una técnica grupal de "lluvia de ideas" (*brainstorming*), en la modalidad libre o no estructurada. Se instruyó al único especialista no docente del servicio para que actuara como moderador y conductor de la sesión, dirigida a obtener opiniones del colectivo de docentes. Se lanzó como tema motivador de la sesión la pregunta siguiente: ¿Por qué en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto" no siempre puede utilizarse el pase de visita para la actividad docente de pregrado con los alumnos de 4º año?

Las dificultades se resumieron, por consenso del grupo, en tres categorías:

1. Cambios ocurridos en los planes de estudio y organización del trabajo docente.
2. Cambios en la organización del trabajo asistencial en el servicio.
3. Cambios de la morbilidad pediátrica local, por causas diversas.

RESULTADOS

Es tarea fundamental de la Educación Médica Superior preparar al educando para realizar su actividad laboral futura, en cierto contexto social. Por ello la actividad asistencial que ejecutan los servicios de salud sirve de vehículo para formar los recursos humanos que realizarán su labor en el sector, una vez graduados. Estos servicios sanitarios son cada día más complejos, interdisciplinarios, interdependientes, con introducción rápida de avances científico - técnicos y, a la vez, utilizan la ciencia como instrumento de eficiencia y fuente de permanente perfeccionamiento. De ahí que, como expresaran Arteaga Herrera y Chávez Lazo, el PDE tiene que ser laboral y científico a la vez, si quiere reflejar los intereses y necesidades de la sociedad. ⁽¹⁹⁾

Las tres categorías de causas delimitadas, son ampliadas

seguidamente.

Cambios de planes de estudio y organización del trabajo docente

El campo de la cirugía pediátrica es vasto. Abarca el cuidado de los pacientes desde antes de su nacimiento y a través de la adolescencia e incluye un ancho rango de circunstancias: malformaciones congénitas, cáncer, trauma, trasplante, infecciones, etc. En consecuencia, la gama de problemas de salud que suelen incluir los programas de pre y posgrado de cirugía pediátrica es muy amplia y con frecuencia crea preocupación a los estudiantes sobre la posibilidad real que tienen de asimilar el contenido en el tiempo asignado a la estancia.^(20,21)

Youngson y colaboradores consideran que es precisamente esta diversidad de condiciones clínicas y la amplitud del catálogo de soluciones quirúrgicas, inalcanzable para otras especialidades, la que le confiere a la cirugía pediátrica una posibilidad única de adquirir experiencia.⁽²²⁾

En el programa de la asignatura "Pediatria" aprobado en 1986 y que se impartía en el 5º año de la carrera de Medicina, la estancia de cirugía pediátrica de los estudiantes era de 2 semanas.⁽²³⁾ Con el advenimiento de cambios del programa de la carrera de Medicina, se comenzó a impartir la asignatura en el 4º año de la carrera, bien en el 7º o bien en el 8º semestre en dependencia del momento en que a los estudiantes les correspondía la rotación, que alterna con las asignaturas de Cirugía General y Ginecología – Obstetricia. Pero el cambio más importante fue la reducción del tiempo de la asignatura de 552 (18 semanas) a 462 horas totales (16 semanas). A pesar de ello, el contenido correspondiente a la asignatura no se redujo y tampoco cambiaron los "problemas de salud" que debía dominar el médico general una vez graduado. La estancia de cirugía pediátrica se redujo a partir del curso 1999 – 2000 de dos a una semana.^(14,24) Esta contracción del tiempo fue la primera adversidad que enfrentó la actividad docente del servicio.

La reducción del tiempo de la estancia no es exclusiva de los programas cubanos de formación. Una encuesta institucional realizada en 1985 entre escuelas médicas de Canadá, halló que el esquema de rotación por cirugía pediátrica variaba entre una a cuatro semanas y solo en una de ellas era obligatoria.⁽²⁵⁾ Otros centros docentes no contemplan dicha estancia en el programa de pediatría.^(26,27)

Más recientemente las escuelas médicas de Canadá han cambiado el tiempo de rotaciones de sub-especialidades, constriñendo continuamente el mismo para favorecer una educación médica más general. Para evaluar el impacto real, Dutta y colaboradores realizaron entre 1999 y 2002 un estudio prospectivo en estudiantes del *Hospital for Sick Children* de Toronto, empleando un instrumento de autoevaluación proporcionado por la

Canadian Association of Pediatric Surgeons (SELDIE: *Self-Directed Evaluation Tool*), que mide el progreso dentro de una estancia de cirugía pediátrica. Aunque los cirujanos opinaron que la rotación de dos semanas era insuficiente para cumplir los objetivos educacionales, el estudio arrojó que permite cumplir la mayoría de estos y que los estudiantes mostraban una mejora estadísticamente significativa al relacionarse con las temáticas quirúrgicas pediátricas.⁽²⁸⁾

En el modelo formativo cubano del policlínico universitario, su carpeta metodológica especifica que los alumnos desarrollarán el PDE "*básicamente en la Atención Primaria de Salud (APS), utilizando como escenarios principales el policlínico y los consultorios médicos, empleando las instituciones de Atención Secundaria de Salud (ASS) existentes en el territorio para el desarrollo de los contenidos y habilidades identificadas en el programa, que no puedan cumplimentarse en su totalidad en la APS*". "*Si es necesario el uso de instituciones de la ASS u otras áreas de hospitalización (hospitales municipales, hospitales rurales, etc.), no podrán excederse del 25 % del fondo de tiempo de la educación en el trabajo para el semestre en ellas*".⁽²⁴⁾

Aunque estas orientaciones no conciernen a los grupos de estudiantes del modelo de hospital universitario, se considera necesario hacer referencia al mismo, pues trae implicados problemas comunes a los que dan origen a esta investigación y que estarían, con toda seguridad, multiplicados en los escenarios docentes en que se desarrolla este modelo formativo. Díaz Novás y Gallego Machado habían expresado que las atenciones secundaria y terciaria proporcionan al estudiante la concentración necesaria de algunos problemas de salud para adquirir un volumen considerable de experiencias en poco tiempo.⁽²⁹⁾

Los libros son una fuente inestimable de conocimientos para los estudiantes. Los libros de texto básico y complementario de la asignatura "Pediatria" son de autores cubanos y han representado un gran esfuerzo autorial, editorial y económico para que llegue al estudiante.^(30,31) Están disponibles en formato digital en el sitio web de salud (INFOMED; Biblioteca Virtual de Salud; Libros de autores cubanos) y en un CD-ROM distribuido en policlínicos universitarios. Además de que tienen pocas imágenes de pacientes y de exámenes imagenológicos, estos textos no tienen total correspondencia en sus capítulos y temáticas con el contenido del programa de la asignatura. (Tabla 1).

En un intento de compensar esta insuficiencia y ayudar a los estudiantes en su preparación, los profesores del servicio elaboraron e imprimieron (y publicaron) un manual complementario con los temas del programa, que se facilita en préstamo a los estudiantes durante su estancia, además de facilitarles copia digital del mismo a los que lo desean.⁽¹²⁾ El manual prácticamente no tiene

imágenes, aunque su uso fue validado recientemente por una investigación de una profesora del servicio.^a La propia organización de la asignatura - marcada por la relativa rigidez del programa - y por las soluciones que se han dado en la cátedra al problema originado por la contracción del tiempo de rotación, hace que en la práctica los estudiantes solo asistan a la sala en horario de la mañana. Los alumnos tienen al menos dos tardes de la semana comprometidas con actividades fuera del

hospital pediátrico (idioma, actividades extracurriculares). La programación de las conferencias "introdutorias" de otras estancias se hace de forma general para todos los estudiantes, por lo que no coincide con la estancia de la mayoría de los alumnos en ese momento. El alumno que está en cirugía pediátrica puede tener hasta 3 veces de su semana, en horario vespertino, conferencias de temas poco o nada relacionados con la estancia. (Tabla 2).

Tabla 1. Contenido de los programas de la estancia de cirugía pediátrica de la asignatura Pediatría y capítulos correspondientes en el texto básico de la asignatura

Temas de cirugía pediátrica en el programa del modelo hospital universitario (15,23)	Temas de cirugía pediátrica en el programa del modelo del policlínico universitario (24)	Temas de cirugía pediátrica en el libro de texto "Temas de pediatría" (31)
Tema 21 en el programa de 1986 en el de 2008	Tema 9	Capítulo 6: Accidentes y maltrato. Capítulo 21: Tumores malignos.
1. Abdomen agudo.	1. Abdomen agudo.	1. Tumor de Wilms.
2. Tumores abdominales en el niño	2. Estenosis hipertrófica del píloro.	2. Neuroblastoma.
3. Malformaciones urogenitales en las niñas de la niñez.	3. Invaginación intestinal.	3. Linfomas no Hodgkin.
4. Politraumatizado en pediatría.	4. Apendicitis aguda.	4. Enfermedad de Hodgkin.
5. Estenosis hipertrófica del píloro	5. Megacolon agangliónico.	Capítulo 22: Cirugía pediátrica.
6. Invaginación intestinal.	6. Tumores abdominales en el niño.	5. Abdomen agudo quirúrgico en el niño.
7. Apendicitis aguda.	7. Malformaciones urogenitales externas de la niñez.	6. Apendicitis aguda.
8. Megacolon agangliónico.	8. Accidentes en pediatría.	7. Estenosis hipertrófica del píloro.
9. Imperforación anal.	9. Maltrato infantil.	8. Invaginación intestinal.
10. Quemaduras en el niño.	10. Politraumatizado en pediatría.	9. Atresia esofágica.
	11. Quemaduras en el niño.	10. Agangliosis congénita del intestino.

Tabla 2. Programa de los alumnos de 4º año de Medicina. Curso 2009 – 2010. Servicio de Cirugía Pediátrica

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
08.00 - 09.00	Clase teórico práctica "Atención inicial del niño quemado" [2 h]	Conferencia "Abdomen agudo quirúrgico" [1 h]	Trabajo independiente (evolución médica y confección de historia clínica) [1 h]	Trabajo independiente (evolución médica y confección de historia clínica) [1 h]	Trabajo independiente (evolución médica y confección de historia clínica) [1 h]	Trabajo independiente (evolución médica y confección de historia clínica) [2 h]
09.00 - 10.00	-	Trabajo independiente (evolución médica y confección de historia clínica) [1 h]	Pase de visita "Estenosis pilórica" [1 h]	Pase de visita "Invaginación intestinal" [1 h]	Pase de visita "MAR" y "Agangliosis intestinal" [1 h]	-
10.00 - 11.00	- Pase de visita "Atención y curación del niño quemado" [2 h]	Pase de visita "Afecciones urogenitales" [2 h]	Pase de visita "Apendicitis aguda" [1 h]	Discusión diagnóstica "Tumores abdominales" [2 h]	Seminario "Abdomen agudo" [2 h]	Examen de la estancia (teórico)
11.00 - 12.00	-	-	Pase de visita "Politraumatizado" [1 h]	-	-	-
01.00 - 04.00	-	Trabajo independiente "Politraumatizado" [3 h]	-	-	-	-
04.00 - 08.00	- Guardia médica [4 h]	-	-	-	-	-

Conferencia	1 hora (abdomen agudo)
Clase teórico práctica	2 horas (quemaduras en el niño)
Seminario	2 horas (abdomen agudo)
Educación en el trabajo	15 horas (guardia médica 4 horas, discusión diagnóstica 2 horas, pase de visita 9 horas)
Trabajo independiente	10 horas (evolución y confección de historia clínica en sala 7 h, estudio independiente 3 h)
Total de horas estancia	30 horas

Cambios en la organización del trabajo asistencial

En las últimas 2 décadas del siglo XX, la cirugía ambulatoria impuso su ritmo no solo en las instituciones hospitalarias con salas de internación, sino en la construcción y diversificación de clínicas para cirugía ambulatoria para una o varias especialidades quirúrgicas. ⁽³²⁾ En la propia ciudad de Cienfuegos se inauguró un Centro de Especialidades Ambulatorias con varios quirófanos para operaciones menores y mayores, incluyendo dos de cirugía vídeo-endoscópica. ⁽³³⁾ La cirugía ambulatoria ha devenido una revolución en los servicios operatorios, por el impacto que ha tenido en la reducción de los costos hospitalarios y por las bondades que para el paciente y su familia presupone la recuperación y convalecencia en el ámbito doméstico.

La internación u hospitalización de "corta estadía" ha demostrado ser segura en niños operados y es aplicable a la mayoría de los procedimientos quirúrgicos electivos, con una aceleración de la convalecencia y mayor satisfacción del paciente y sus familiares. ⁽³⁴⁾

Vázquez Estévez hace notar que el aspecto asistencial de reciente actualidad que marca el desarrollo de los nuevos hospitales y en concreto los dedicados al ámbito de la Pediatría es la esfera ambulatoria. Expresa: "*La cirugía mayor ambulatoria, la cirugía de mínimo acceso, los Hospitales de Día, la hospitalización a domicilio, etc. marcan el camino de hospital abierto*". "*Los nuevos hospitales pediátricos inclinan la balanza hacia las actividades sin ingreso (70 %), dedicando un 30 % del espacio al ingreso hospitalario de complejidad y que precisa de la alta tecnología*". "*La tendencia es hacia la disminución del ingreso, evitar estancias innecesarias, reducción del número de camas y paradójicamente se incrementarán las estancias medias*". Asegura que "*el paciente pediátrico ingresado será exclusivamente complejo: trasplantes, cardiopatías, enfermos oncológicos, cirugía, traumatología, etc*". "*El hospital pediátrico debe combinar la alta tecnología con la actividad ambulatoria, la hospitalización individual con el hospital de día, la investigación molecular y genética con la prevención, la cirugía con la robótica, el aula de docencia con la telemedicina*". ⁽⁸⁾

Pero los beneficios que en materia de satisfacción de pacientes, recuperación posoperatoria y reducción de costos hospitalarios ofrecen ambas modalidades de tratamiento, ponen en riesgo la continuidad del propio PDE, al disminuir la posibilidad de que el alumno se familiarice con el tratamiento pre y posoperatorio de diversas enfermedades quirúrgicas que tendrá que enfrentar una vez graduado.

La experiencia cubana de fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la APS, contribuye en parte a paliar este inconveniente, que tiene antecedentes en otras latitudes. Ya en Edimburgo (1993), la Federación Mundial para Educación Médica recomendaba formular políticas basadas en las realidades epidemiológicas y financieras del país poniendo atención en la elevación del *status* del médico de APS. ⁽³⁵⁾ En España, Vázquez Estévez explica que "*en este cambio de enfoque asistencial, mandatorio por la presión social, entra a jugar un papel crucial la medicina extrahospitalaria, que debe formar parte del hospital como un todo*". "*Muchos procedimientos preventivos y terapéuticos se practicarán fuera del hospital y los centros de referencia serán un escalón en la asistencia integral del niño*". ⁽⁸⁾

En Cuba, los cambios de la capacidad resolutoria de las instituciones asistenciales de la APS, ocurridos en el siglo XXI y vinculados a un programa gubernamental para el fortalecimiento de la atención comunitaria, han reafirmado las recomendaciones de Edimburgo y las apreciaciones futuristas hechas por Vázquez Estévez.

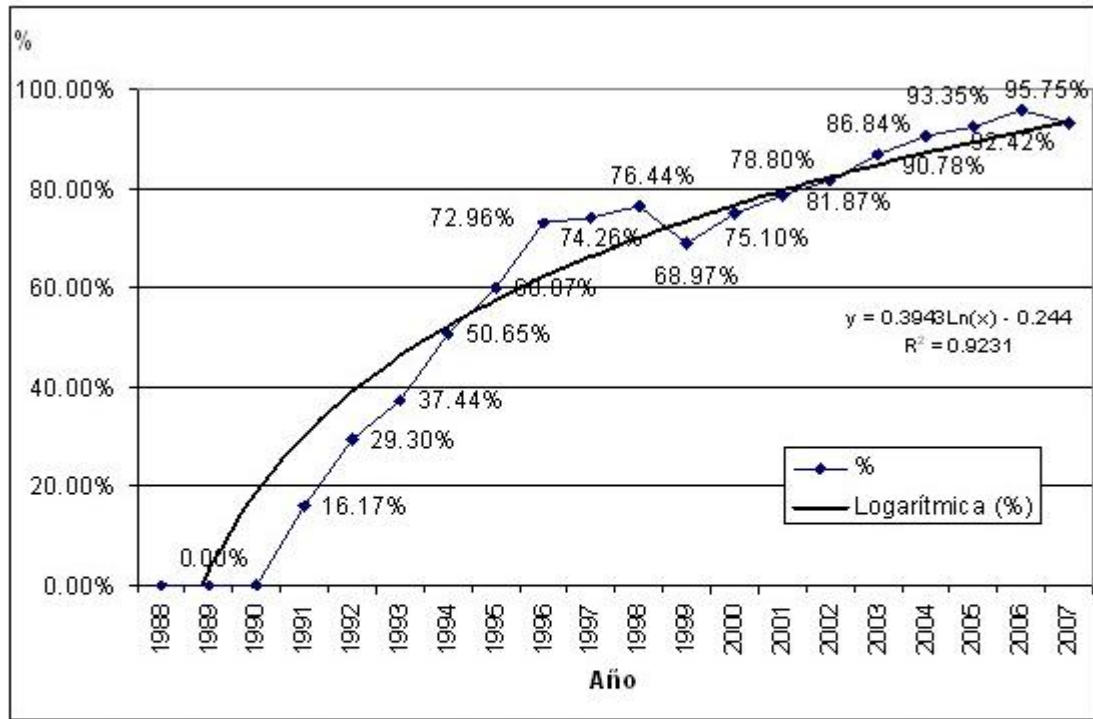
En el Servicio de Cirugía Pediátrica de Cienfuegos ha ocurrido un aumento exponencial de las operaciones realizadas de forma ambulatoria a partir del año 1991, en que se inicia esta modalidad de asistencia médico – quirúrgica. (Gráfico 1).

A la vez, hay una disminución inversamente proporcional de la cifra de hospitalizaciones. (Gráfico 2).

Por otra parte, hay una reducción de la estancia hospitalaria para la mayoría de las afecciones quirúrgicas, muchas de ellas realizadas en la modalidad de "corta estadía", con menos de 48 horas de hospitalización, incluso en la mayoría menos de 24 horas. (Gráfico 3).

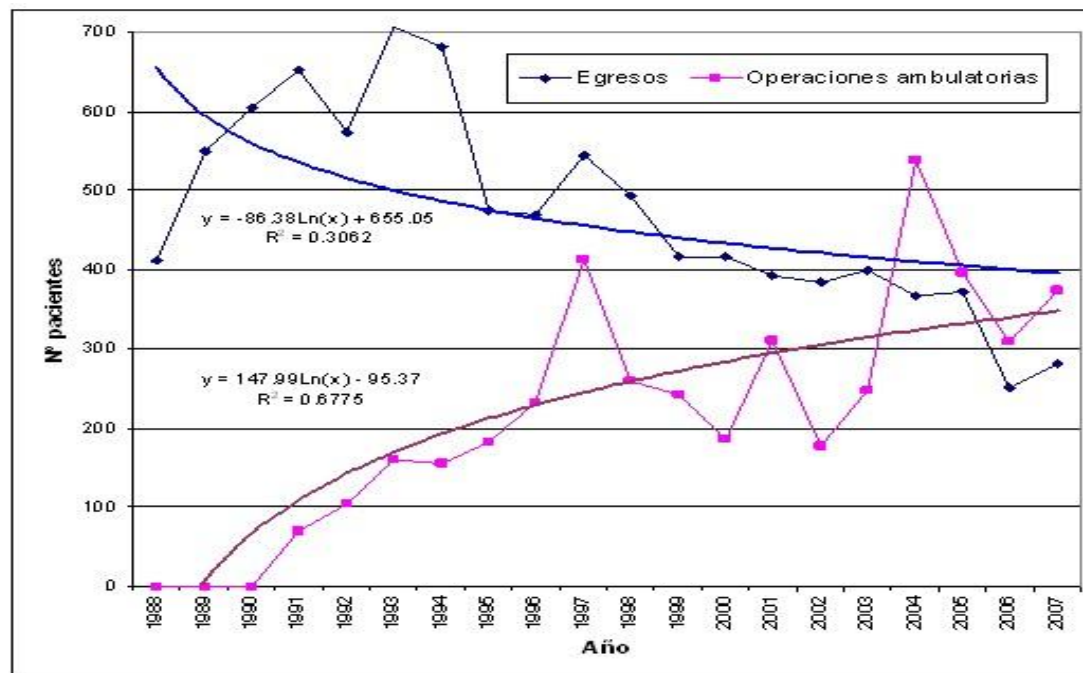
Ambas "innovaciones" traen aparejado que de forma general haya pocos o ningún paciente en la sala de cirugía. Recordemos que en Pediatría las FOD fundamentales son el pase de visita en sala y la discusión diagnóstica, y las estancias son organizadas tomando como eje central el trabajo en la sala hospitalaria en el horario matutino. ⁽¹⁶⁾ Otras asignaturas, como Ginecología – Obstetricia y Cirugía general, organizan la estancia alrededor de la atención de urgencia (cuerpo de guardia) y la consulta externa.

La consulta externa se consideró como escenario alternativo para la estancia de cirugía pediátrica, pero fue descartada por varias razones. Ha ocurrido una disminución del número de consultas y la mayoría de ellas se realizan en horario matutino, por falta de



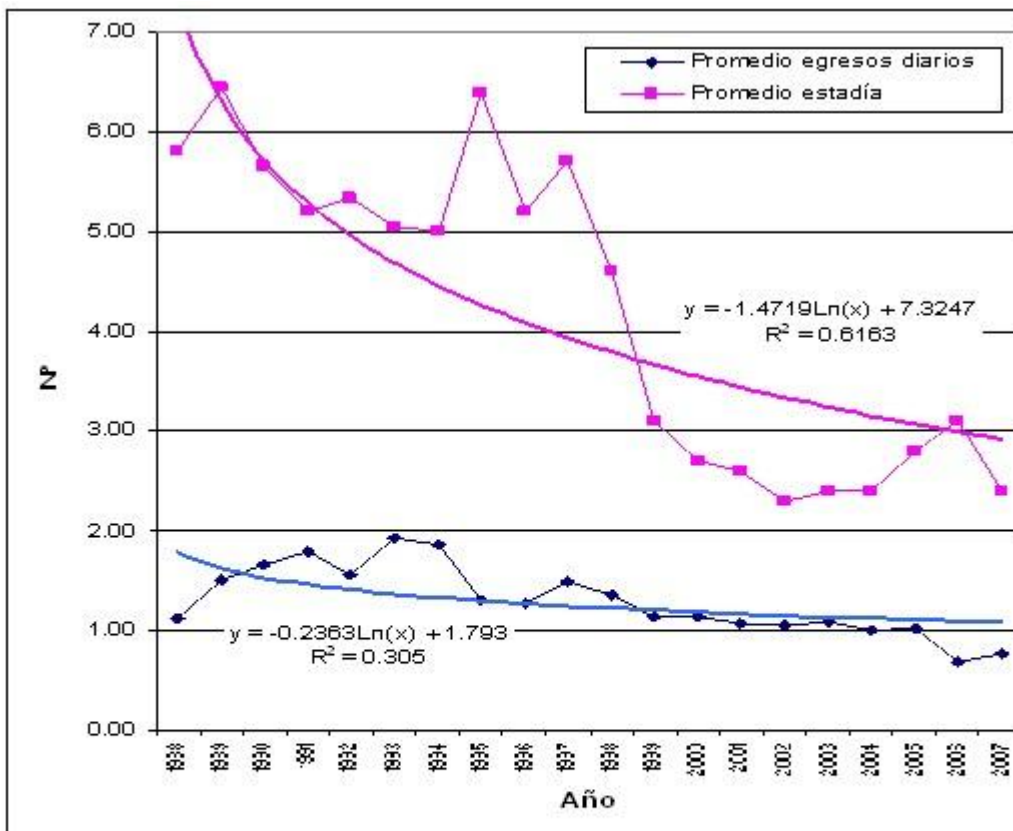
Fuente: González López SL, del Castillo Palmero N, Quintero Delgado Z, Cabrera Machado CA, Cortiza Orbe G, Pérez Romano L. Evolución histórica de algunos indicadores de la actividad del Servicio de Cirugía Pediátrica; Cienfuegos 1988 - 2007. Ponencia presentada en el VI Forum de Ciencia y Técnica. 20 al 24 de mayo de 2008. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos.

Gráfico 1. Porcentaje de operaciones electivas ambulatorias con relación al total de operaciones electivas. Cirugía Pediátrica. Cienfuegos 1988 - 2007



Fuente: González López SL, del Castillo Palmero N, Quintero Delgado Z, Cabrera Machado CA, Cortiza Orbe G, Pérez Romano L. Evolución histórica de algunos indicadores de la actividad del Servicio de Cirugía Pediátrica; Cienfuegos 1988 - 2007. Ponencia presentada en el VI Forum de Ciencia y Técnica. 20 al 24 de mayo de 2008. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos.

Gráfico 2. Relación entre el número de egresos y el número de operaciones ambulatorias. Cirugía Pediátrica. Cienfuegos 1988 - 2007



Fuente: González López SL, del Castillo Palmero N, Quintero Delgado Z, Cabrera Machado CA, Cortiza Orbe G, Pérez Romano L. Evolución histórica de algunos indicadores de la actividad del Servicio de Cirugía Pediátrica; Cienfuegos 1988 - 2007. Ponencia presentada en el VI Forum de Ciencia y Técnica. 20 al 24 de mayo de 2008. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos.

Gráfico 3. Indicadores de movimiento hospitalario: promedio diario de egresos y promedio de estadía. Cirugía Pediátrica. Cienfuegos 1988 - 2007.

espacio en las sesiones vespertinas en el área de consulta externa del hospital. Adicionalmente, en la remodelación hospitalaria acometida entre 1983 y 1987, al diseñar las consultas estas fueron concebidas (y construidas luego) de pequeñas dimensiones. Cuando la estancia era de dos semanas, los alumnos eran divididos en dos subgrupos para que pudieran asistir a las consultas, de modo que solo hubiese dos o tres cada vez. Al disminuir la estancia a una semana, fue necesario que asistieran todos, y llegó a haber hasta 10 alumnos dentro de un local donde además estaba el paciente, al menos un familiar acompañante y el médico. Se hizo muy difícil la asistencia médica y fue necesario suspender la actividad docente en la consulta ambulatoria. En el capítulo referido a la "Organización de la Enseñanza", del programa de la asignatura, al referirse a los alumnos que rotan por el policlínico en la atención ambulatoria, se especifica que no habrá más de 3 por consulta. ⁽¹⁵⁾

Por otra parte, los niños suelen intimidarse ante muchos observadores, lo que dificulta la relación médico paciente. En el caso de escolares mayores o adolescentes, la necesaria alusión o indagación de

problemas que estos consideran muy privados, se entorpece y puede malograrse por la presencia de muchos alumnos.

Finalmente existe la posibilidad de utilizar las horas de guardia médica, que es una de las FOD de educación en el trabajo, para impartir contenidos correspondientes a cirugía pediátrica, pues una parte de ellos son propios de la urgencia pediátrica. Hasta el momento, este escenario no ha sido empleado suficientemente.

Cambios de la morbilidad pediátrica local, por causas diversas

Desde hace varios años se ejecuta un programa de detección prenatal de enfermedades congénitas y errores congénitos del metabolismo, basado en pruebas serológicas, citohistopatológicas y estudios ecográficos prenatales. Es fiscalizado por el Centro Provincial de Genética Médica, dependiente administrativamente del hospital pediátrico. El programa en la provincia de Cienfuegos ha sido elogiado por su eficiencia. Esta ha conducido a una disminución de pacientes con enfermedades congénitas, que, de nacer, serían tributarios de tratamiento quirúrgico: hernia diafragmática congénita, atresia de esófago,

obstrucciones intestinales, gastrosquisis, onfalocele, etc. (Ocaña Gil MA. Resultados del programa de detección precoz de malformaciones congénitas. Provincia de Cienfuegos. Trabajo presentado en el XVII Forum de Ciencia y Técnica. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto"; 2009. Trabajo no publicado).

A la disminución de pacientes en el Servicio de Cirugía Pediátrica podrían haber contribuido dos factores adicionales no estudiados ni cuantificados estadísticamente aún: disminución de la incidencia de otras afecciones quirúrgicas por causas no bien conocidas (estenosis pilórica hipertrófica, malformaciones anorrectales, aganglionsis intestinal congénita, invaginación intestinal, otras oclusiones intestinales adquiridas, etc.) y disminución de lesionados, quizás influida por el fortalecimiento y estabilización del programa de prevención de accidentes en menores de 20 años. ⁽³⁶⁾

Lo que sí es un hecho probado es que hay un decrecimiento de la población infantil de la provincia de Cienfuegos. Esta población se estimaba en 84 051 habitantes de 0 a 14 años al finalizar 1997 y en el 2008 se estimó en 69 139 niños. ⁽³⁷⁾ Esto debe traer aparejado un decrecimiento en la incidencia de las enfermedades que habitualmente enfrentan los cirujanos pediátricos de la localidad, lo que se añade a los factores precedentes en la reducción de las hospitalizaciones en el servicio.

CONCLUSIONES

De acuerdo a las ideas obtenidas de los análisis previos podemos asumir que:

1. La contracción de la estancia de cirugía pediátrica reduce la oportunidad del estudiante de ponerse en contacto con enfermos con diferentes enfermedades médico quirúrgicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNESCO. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. París 5-9 de octubre de 1998. Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: Visión y Acción. *Educ Med Super.* 2000;13(1):23-32.
2. Pernas Gómez M, Arencibia Flores L. El trabajo educativo en el ISCM-H: algunas consideraciones acerca de las premisas para el desarrollo de un plan de acción. *Educ Med Super* [revista en Internet].1999 [citada: 23 de diciembre de 2009];13(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol13_1_99/ems05199.pdf
3. Díaz Socarrás AJ, Romagosa Socarrás JM. Retos para la universidad en el siglo XXI. *Rev Ciencias Medicas La Habana* [revista en Internet]. 2002 [citada: 12 de enero de 2010]; 8(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol8_2_02/hab08203.htm
4. Anderson KD. Pediatric surgery: past, present, and future. *J Pediatr Surg.*2001;36(1):1-6.
5. Bickler SW. Pediatric surgery in the developing world. [Editorial]. *J Pediatr Surg.*2005;40:1969-70.
6. Altman RP. The good old days. *J Pediatr Surg.* 2004;39(3):253-7.
7. Ameh EA, Olusanya Adejuyigbe O, Nmadu PT. Pediatric surgery in Nigeria. *J Pediatr Surg.* 2006;41(3):542-6.
8. Vázquez Estévez J. El futuro de la hospitalización pediátrica: estructura y función de los hospitales [Internet]. Tenerife: AEP; 2000 [citado 20 Mar 2006]. Disponible en: http://www.scpfte.com/microsites/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/J_Vazquez_Estevez.htm
9. Espinosa Brito A. La formación social del médico. *Rev Cubana Salud Pública.* 2005;31(4):327-31.
10. Little DC, Yoder SM, Grikscheit TC, Jackson CCA, Fuchs JR, McCrudden KW, Holcomb III GW. Cost considerations and applicant characteristics for the Pediatric Surgery Match. *J Pediatr Surg.*2005;40:69-74.
11. Ziegler MM. Pediatric surgical training: an historic perspective, a formula for change. *J Pediatr Surg.* 2004;39(8):1159-72.

12. Quintero Delgado Z, Cortiza Orbe G, Cabrera Machado C, Fonseca Romero B, González López SL, Pérez Romano L. Temas de cirugía pediátrica. Material de apoyo a la docencia de alumnos de medicina. Medisur [revista en Internet]. 2005 [citada: 23 de diciembre de 2009]; 3(1): [aprox. 50 p.]. Disponible en: <http://medisur.cfg.sld.cu/pArticle.php?articleid=107>
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios. Carrera de Medicina. Centros de Educación Médica Superior. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2008.
14. Arteaga Herrera JJ, Fernández Sacasas JA. El proceso docente educativo en el ciclo clínico. En: Arteaga Herrera JJ, Fernández Sacasas JA. Enseñanza de la clínica. Vol. XXXII. La Paz: Biblioteca de Medicina; 2000.
15. Cuba. Ministerio de Salud Pública; Área de Docencia. Instrucción VAD N° 3. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1990.
16. Cuba. Ministerio de Salud Pública; Área de Docencia. Instrucción VAD N° 5. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1991.
17. Ilizástigui Dupuy F. Educación en el trabajo como principio rector de la Educación Médica Cubana. Actas del Taller Nacional "Integración de la Universidad Médica a la organización de salud: su contribución al cambio y al desarrollo perspectivo"; 3-6 mayo de 1992. La Habana, Cuba. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1993.
18. Arteaga Herrera JJ, Fernández Sacasas JA. Los métodos y formas de enseñanza en el ciclo clínico. En: Arteaga Herrera JJ, Fernández Sacasas JA. Enseñanza de la clínica. Vol. XXXII. La Paz: Biblioteca de Medicina; 2000.
19. Arteaga Herrera JJ, Chávez Lazo E. Integración docente-asistencial-investigativa. Rev Cubana Educ Med Super. 2000;14(2):184-95.
20. Adzick NS, Nance ML. Medical Progress: Pediatric Surgery (First of Two Parts). New England J Med. 2000;342(22):1651-7.
21. Dutta S, Wales PW, Fecteau A. The Two-Week Pediatric Surgery Rotation: Is it Time Wasted?. J Pediatr Surg. 2004;39(5):717-20.
22. Youngson GG, Adams S, Winton E. Paediatric surgery: trends in UK surgical trainees' operative experience. J Pediatr Surg. 2006;41:372-6.
23. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de preparación de la asignatura Pediatría. Ciudad de La Habana: Poligráfico MININT; 1986.
24. Pichs García LA, González Ponce de León R, Pérez Recio R, Quesada Rodríguez M, Álvarez Bustamante G, Abreu Suárez G, Holder Piedra R. Orientaciones Metodológicas Generales para el desarrollo del VII Semestre de la Carrera de Medicina en el Policlínico Universitario. Carpeta Metodológica Séptimo Semestre Medicina (CD-ROM). Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2007.
25. Postuma R. The pediatric general surgery undergraduate medical curriculum: what should medical students learn? J Pediatr Surg. 1987;22:746-9.
26. Universidad de Salamanca. [página web en Internet]. Salamanca: Universidad de Salamanca; ©2009 [actualizado 2009; citado 12 Ene 2010]. Programa de la asignatura Pediatría. 5º curso Disponible en: <http://campus.usal.es/~ogyp/Programas%20Pdf/Pediatria.pdf>
27. Programa de la asignatura Pediatría [Internet]. Extremadura: Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura; 2008 [citado 12 Ene 2010]. Disponible en: <http://med.unex.es/asignaturas/asig.php?id=97>.
28. Dutta S, Wales PW, Fecteau A. The Two-Week Pediatric Surgery Rotation: Is it Time Wasted? J Pediatr Surg. 2004;39(5):717-20.
29. Díaz Novás J, Gallego Machado BR. Algunas ideas y reflexiones sobre la atención primaria y el Médico de Familia. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2004 [citada: 12 de enero de 2010]; 20(5-6): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi185_604.htm
30. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A, editores. Temas de pediatría. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
31. Pediatría. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
32. Zasa RJ, Pierson MR. 10 key factors to improve operations in ambulatory surgery centers. MGMA Connex. 2002;2(5):62-8.
33. Barreras Ferrán R. Favorables resultados iniciales en nuevo hospital cienfueguero. 5 de septiembre [Internet]. 2009 [citado 3 May 2010]: [aprox. 1p] Disponible en: http://www.5septiembre.cu/index.php?option=com_content&view=article&id=2769:favorables-resultados-iniciales-en-nuevo-hospital-cienfueguero&catid=37:noticias&Itemid=265.
34. Reismann M, von Kampen M, Laupichler B, Suempelmann R, Schmidt AI, Ure BM. Fast-track surgery in infants and children. J Pediatr Surg. 2007;42:234-8.
35. Federación Mundial para la Educación Médica. Conferencia Mundial sobre Educación Médica. Recomendaciones para la acción. Edimburgo: FMEM; 1993.

36. Dirección Nacional Materno Infantil. Programa Nacional para la Prevención de Accidentes en menores de 20 años. Ciudad de La Habana: MINSAP – UNICEF; 1999.
37. Cuba. Proyección de la Población. Nivel Nacional y Provincial. Período 2007-2025. [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas de la República de Cuba; 2009 [citado: 21 de abril de 2009]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IscScript=anuario/iah.xis&tag5001=mostrar^m1603&tag5009=STANDARD&tag5008=10&tag5007=Y&tag5003=anuario&tag5021=e&tag5022=2007&tag5023=1603>