

A TRES AÑOS DE LA CREACION DE LA RESIDENCIA EN UROLOGIA

Dres. CARLOS A. SAENZ y JUAN CARLOS IRAZU

Al hacerse cargo uno de nosotros en junio de 1967, de la jefatura interina del Servicio de Urología del Hospital José M. Penna con el objeto de elevar el "nivel científico del mismo" y promover "la formación de profesionales capacitados en un lapso reducido" se solicitó al Departamento de Educación Médica de la Municipalidad de Buenos Aires su evaluación con vistas a la implantación del Sistema de Médicos Residentes. La nota fue elevada a la Dirección del Hospital con fecha 23 de agosto de 1967. Por razones que desconocemos, ese año no se realizó la evaluación.

Al año siguiente, y habiendo sido acordado por el Consejo Técnico del Hospital el traslado del Servicio a otra sala de mayor capacidad (se pasó de 16 camas a 26 camas de internación bisexuada) se reiteró el pedido con la intención de lograr "una mejor asistencia del enfermo y capacitación de los médicos, estables y residentes".

Esta vez el Servicio fue evaluado y aceptada la idea de la creación de una Residencia en Urología.

Fuimos citados por el entonces Jefe del Departamento de Educación Médica Dr. Carlos Gianantonio con el que se discutió el plan propuesto y se acordó fijar en cuatro años el periodo de instrucción. El primer año correspondería a una rotación por cirugía general y los otros tres a urología.

Iniciada el 1º de mayo de 1968 con tres médicos residentes de primer año y uno de segundo año, surgió de inmediato la necesidad de completar la formación clínica de los mismos. Por ello solicitamos que en el primer año se cumpliera una rotación de cuatro meses por clínica médica con una orientación hacia la nefrología y los ocho meses restantes por cirugía general. Así se hizo y se cumplió hasta la fecha.

La incorporación en el año 1969 de un médico residente de segundo año llevó al nombramiento de un Instructor, cargo que desde entonces desempeña el Dr. Juan Carlos Irazu.

Cumplidos los primeros tres años queremos referirnos en especial al plan de trabajo fijado y a la actividad quirúrgica que dentro de ese plan han cumplido los médicos residentes, ya que para evaluar los resultados de un ciclo completo será necesario esperar aún un año más.

Consideramos que el tema resultará hoy de mayor interés, ya que hemos visto con gran satisfacción la creación de sucesivas residencias en la especialidad.

Plan de trabajo

El primitivo plan fue variando de acuerdo a la evaluación continua del método. Siempre se hizo el menor número posible de modificaciones por año. La primera puede decirse que surgió apenas creada la residencia y fue la ya comentada rotación por Clínica Médica. Esta, que se sigue realizando, conduce a una modificación de actitudes frente al estudio del paciente y a una ampliación de su panorama médico.

Prueba de ello fue que un médico que en la entrevista previa se mostró intensamente motivado por la cirugía, en la cual había realizado una experiencia importante a través de un año, se orientó hacia una rama de la Clínica Médica (específicamente la psiquiatría), después de la rotación correspondiente. Ese despertar de la vocación frente al mayor conocimiento dado por la realización de una vivencia es un hecho conocido y nos sentimos satisfechos de haberlo provocado.

En el plan de trabajo se trató de lograr "la ejecución personal de actos médicos de progresiva complejidad adecuadamente supervisados" de acuerdo con las directivas existentes al respecto, y al mismo tiempo que el médico residente tuviera contacto con todos los temas que integran nuestra especialidad.

En términos generales el programa que con pocos cambios rige desde el año 1969, es el siguiente:

I) Todos los Médicos Residentes participan en:

- a) el estudio del paciente internado y confección de su historia clínica;
- b) la recorrida de Sala. Con ese objeto la Sala de internación fue dividida en tres sectores. La recorrida se hace en forma rotativa de manera de dedicar más tiempo a un sector y hacer una somera revisión del resto de los internados;
- c) la reunión de operables el día previo a las intervenciones. En ella se presentan los casos clínicos correspondientes y se discuten las tácticas y técnicas a realizar;
- d) las intervenciones quirúrgicas en la forma que luego se detallarán;
- e) discusión de las intervenciones realizadas y examen de piezas quirúrgicas;
- f) endoscopías, en un día fijado en horas de la tarde. En forma rotatoria participan también en las que realizan otro día fijo los médicos de planta, que asimismo rotan;
- g) una guardia de veinticuatro horas semanal fija y otra rotatoria los domingos;
- h) cirugía en animales (en dos perros una vez por semana);
- i) actividades académicas: ateneo general de la Sala, comité de tumores de la Sala, ateneo bibliográfico y cursos dictados en la Sala.

II) Los médicos residentes de segundo año:

- a) reciben e internan a los pacientes y efectúan las curaciones de los internados;
- b) realizan personalmente los estudios radiológicos de la especialidad que presentan semanalmente en el ateneo de la Sala.

III) Los médicos residentes de tercer año:

- a) concurren al consultorio externo;
- b) atienden el consultorio de esterilidad, fichando los pacientes mediante la confección de una historia tipo y realizando personalmente los seminogramas;
- c) rotan por otros servicios. Durante el año 1971-72 lo hicieron por la Cátedra de Tisiología y por la Sección de Urología de ALPI.

Actualmente un médico residente de tercer año se halla finalizando su tesis de doctorado y uno de segundo año iniciando una encuesta clínica.

Por otra parte desde setiembre próximo pasado, todos los médicos residentes colaboran con el médico becario del Servicio en el estudio de la patología urológica infantil.

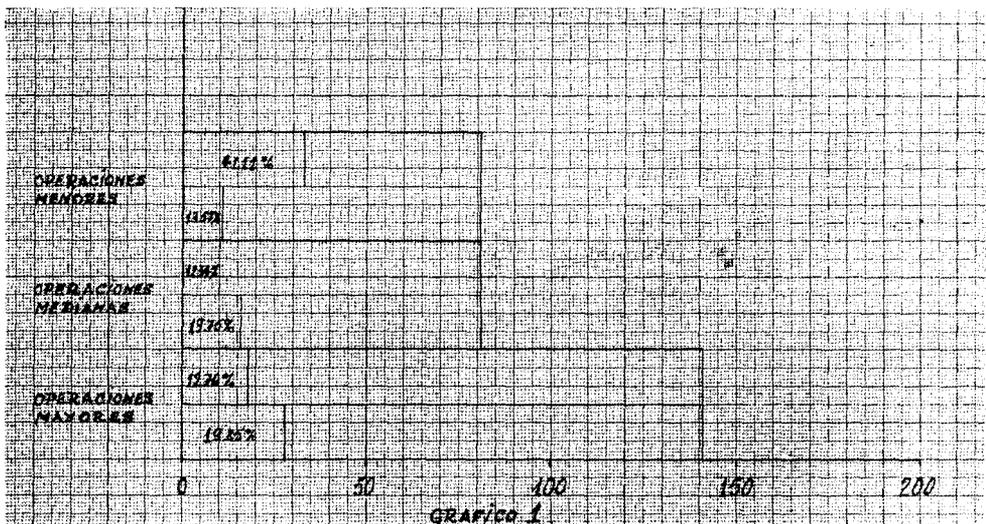
Actividad quirúrgica realizada

A los fines estadísticos hemos dividido la cirugía en mayor, mediana y menor de la siguiente forma:

CIRUGIA MAYOR	CIRUGIA MEDIANA	CIRUGIA MENOR
Nefrectomía total o parcial	Op. de hidrocele	Postoplastia
Nefrostomía	Op. de varicocele	Postectomía
Pielotomía	Epididimectomía	Frenulectomía
Uretero-Pieloplastias	Orquidopexia	Meatotomía
Operaciones sobre uréter	Orquidectomía simple	Vasectomía
Ileocistoplastias	Penectomía simple	Op. carúncula
Cistectomía total o parcial	Plásticas de uretra	Expl. del testiculo
Prostatectomía o adenomectomía	Litotricia	Deferentografías
por cualquiera de sus vías	Resecciones endoscópicas	Quistes del cordón
Fistulas vesico-genitales	Cistostomía	Biopsias de testiculo
Fistulas vesicointestinales	Trat. I.O.E. por vía perineal	Función biopsia de riñón o próstata
I.O.E. vía combinada	Trat. de las eventraciones	Biopsias ganglionares
Cirugía ampliada de testículo o pene	Biopsias quirúrgicas de riñón o próstata.	Canalizaciones

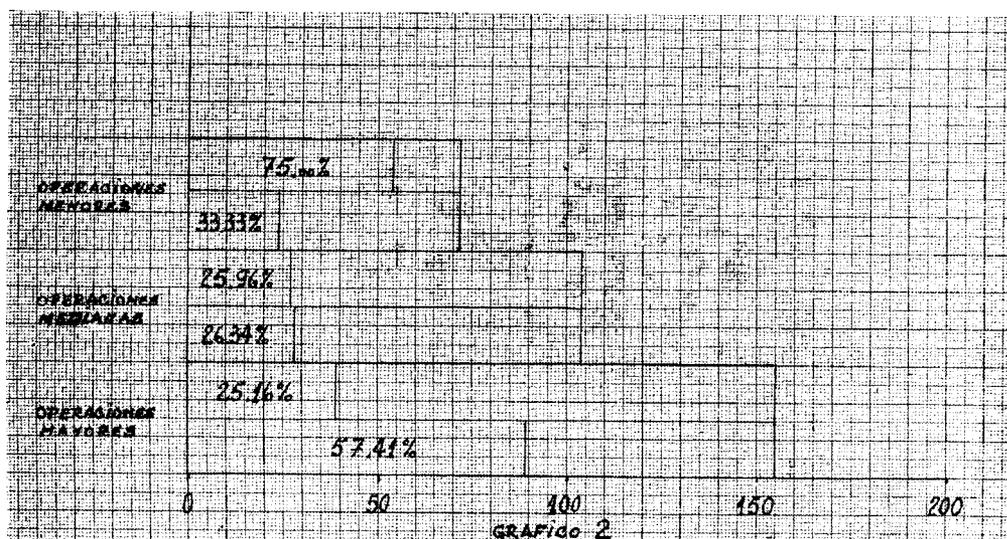
El gráfico N° 1 muestra en la barra superior el número y porcentaje de las intervenciones realizadas por el médico residente de segundo año en 1969. En la barra inferior figuran las intervenciones que efectuó como ayudante.

AÑO 1969



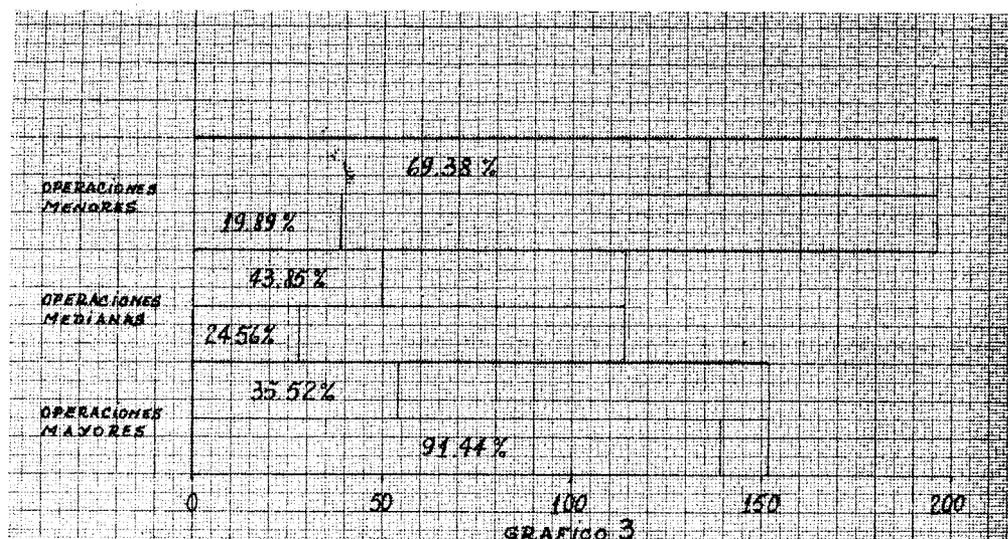
El gráfico N° 2, indica de la misma forma la actividad desarrollada en 1970 por los médicos residentes de segundo año.

AÑO 1970



El gráfico N° 3, muestra la actividad quirúrgica efectuada por los médicos residentes de segundo y tercer año durante 1971.

AÑO 1971

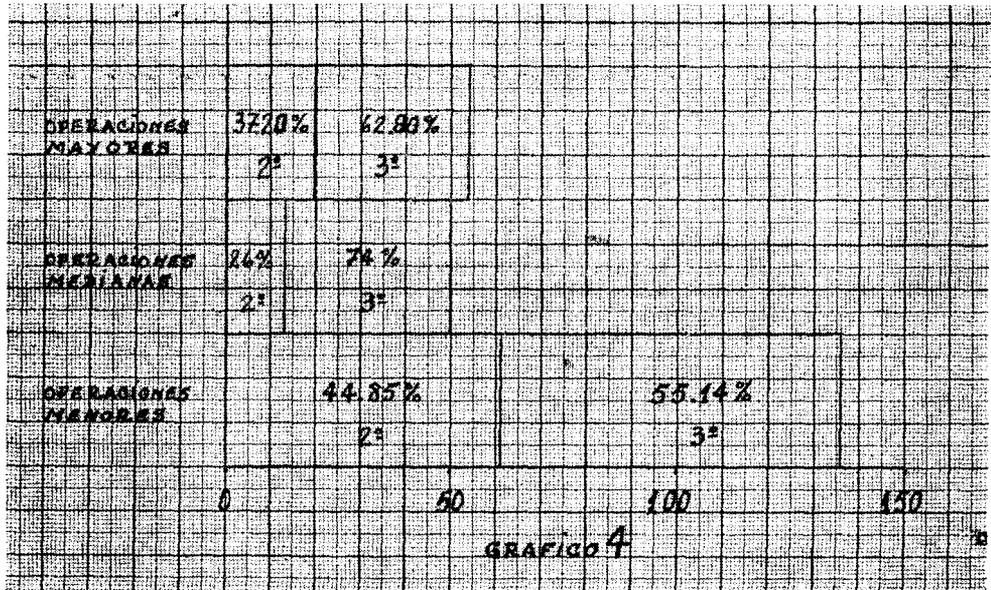


El aumento del número de intervenciones menores en el año 1971, se debe a que en el mismo figuran las meatotomías, vasectomías, deferentografías, punciones biopsias y canalizaciones que no habían sido consignadas en los años anteriores.

En el gráfico N° 4, se discrimina la actividad de los dos grupos de médicos residentes mencionada en el gráfico N° 3.

Para finalizar esta exposición parcial de lo que es la residencia en el Hospital al cual concurrimos y considerando que todo método es perfectible.

AÑO 1971



hacemos votos para que se establezca una íntima relación e intercambio de ideas entre las residencias creadas. Creemos que un primer paso podría darlo la Sociedad Argentina de Urología, propiciando reuniones matutinas, clínicas y de organización hospitalaria, el día de la reunión ordinaria mensual. Esto equivaldría a un esbozo de Auditoría Médica que con la mejor buena fe podríamos hacer los urólogos en beneficio de nuestra especialidad.

DISCUSION

Dr. Ghirlanda. — Quisiera realizar un aporte a la interesante comunicación de los doctores Sáenz e Irazu.

Hace un año se inició en el Hospital Escuela José de San Martín la residencia de Urología y por razones de organización, el servicio se vio en la necesidad de seleccionar los candidatos para ocupar el segundo año de la residencia, es decir, el primer año la residencia específica en Urología para el primer año es una rotación de tres ex residentes de cirugía.

Merced a esa situación y para obviar una serie de dificultades que se presentaban por contar con un staff sumamente reducido, nos vimos ante el hecho de tener que trabajar con tres residentes que habían hecho la residencia completa de Cirugía.

Como experiencia ha sido muy interesante porque en un breve período de tiempo estuvieron capacitados para realizar toda la cirugía urológica.

Pienso que vamos a tener que pensar muy bien si con un solo año basta para que los tres residentes puedan absorber todo lo que se pretende en los residentes de nuestra especialidad.

En cuanto al porcentaje de intervenciones quirúrgicas que hicieron, el mismo oscila alrededor del 85 % de las intervenciones realizadas en el servicio ya sea, de cirugía mayor como mediana o menor.

Dr. Scorticati. — Yo he podido comprobar la diferencia existente entre los residentes de Cirugía que optaban por Urología cuando estaba el Dr. Pagliere en el Policlínico José de San Martín y los residentes que han cumplido los tres años de Cirugía.

Hay una diferencia muy notable y significativa. Este año, los seis residentes que han rotado por Urología tenían una formación quirúrgica muy amplia, tanto es así que uno de ellos, durante su periodo de actuación, ha realizado todas las intervenciones con suma eficiencia.

Por comparación de un proceso con otro, no sé si no sería conveniente que la residencia de Urología tenga una base más amplia en Cirugía General que la que generalmente se le asigna.

Dr. Quintana. — Quiero hacerle una aclaración al doctor Scorticati: que algunos residentes que pasaron por el Servicio donde está él, han hecho tres meses de rotación en Urología, porque habían pasado por nuestro Servicio.

Sr. PRESIDENTE (*Dr. Pagliere*). — Al reconocer que la experiencia en residencias urológicas es bastante nueva como para que no se puedan extraer conclusiones de las mismas, en el futuro podría tenerse en consideración cuál es el destino posterior de esos residentes, en qué forma actúan y en qué servicio se desempeñan.

En este momento no se puede responder a esos interrogantes. Las residencias, de las que soy francamente partidario, lamentablemente se limitan un poco en la perspectiva al periodo en que el residente desempeña su aprendizaje, sin tener en cuenta la posibilidad profesional del mismo. Eso es esencial en el espíritu de las residencias.

Les solicito a los comunicantes que levanten una encuesta para determinar el destino de esos residentes.

Dr. Sáenz. — Agradezco la intervención de los colegas en este debate.

A los doctores Ghirlanda y Scorticati les diré que hemos tenido en nuestro Servicio residentes con experiencia quirúrgica. Tanto es así, que el primero que ingresó había hecho una residencia completa en Cirugía donde incluso había llegado a ser Jefe de Residentes de Cirugía.

Contestando a los preopinantes les expresaré que no sé hasta qué punto es tan importante ese antecedente tan frondoso en cirugía general. Es muy importante, sí, pero no al extremo de permitir en ocho meses capacitarlo en cirugía general para luego, poder iniciar la especialidad.

A lo que se ha dicho, podría dar la contrapartida de residentes de Clínica Médica que han rotado por nuestro Servicio, y a los que hemos llegado a admirar como cirujanos. Existe en la actualidad un ex residente de Clínica Médica del Hospital de Clínica que se desempeña en el interior del país, con suma habilidad y que durante el tiempo que estuvo en nuestro Servicio demostró que el conocimiento teórico y la aplicación práctica le permitió adquirir una habilidad grande en la cirugía, lo que sin duda, es más importante que haberse desempeñado durante mucho tiempo en la Sala.

También hemos tenido una experiencia anterior en la creación de la residencia de la especialidad con residentes que provenían de servicios de cirugía de otros hospitales. Siempre he sostenido que vale más la capacidad del individuo que lo que haya podido realizar con anterioridad.

Con respecto al porvenir de las residencias, a lo que se refirió el doctor Pagliere, tuve la satisfacción de intervenir en una Comisión creada por la Facultad sobre las especialidades llamadas críticas, de las que existe un número reducido en el interior del país. Fue así como pudimos comprobar que en muchas zonas del interior hay una carencia absoluta de médicos especializados en Urología y por poco que uno haya observado habrá podido verificar que nos llegan enfermos urológicos operados en el interior por cirujanos generales quienes, tocan un poco de oído, como decía el doctor R. de Surra Ganard.

La perspectiva de los médicos residentes va un poco más allá de la Avenida General Paz y se proyecta al interior de nuestro país, donde tiene amplio campo de acción.

Ultimamente, hemos dictado dos años consecutivos cursos intensivos de Urología dedicados a médicos del interior de la República y hemos podido así apreciar que esos profesionales pueden llegar a desarrollar una actividad muy interesante en los centros en que actúan.