

Docencia clínica con los residentes de medicina interna: del ámbito hospitalario al ambulatorio

Clinical teaching with the residents of internal medicine: from the hospital setting to outpatient service

Ana Cecilia Olascoaga-Mesía¹ y Pedro José Ortiz-Saavedra¹

RESUMEN

Ante la clásica enseñanza y entrenamiento de los médicos residentes de medicina interna en las salas de hospitalización es necesario un cambio que lleve la docencia hacia la atención de los pacientes en los consultorios externos. Esto no solo va a satisfacer la demanda de los pacientes ambulatorios sino que va a completar el entrenamiento de los residentes quienes cuando terminan el Residentado y durante el resto de su vida profesional van a atender son pacientes ambulatorios predominantemente.

PALABRAS CLAVE. Residentado, medicina interna, docencia, hospitalización, consultorio externo.

ABSTRACT

A change that takes teaching towards the care of patients in the outpatient services is necessary before the classical teaching and training of medical residents in internal medicine in hospital rooms. This will not only meet the demand for outpatients but it will complete the training of residents who when they end the residence and for the rest of his professional life will predominantly serve ambulatory patients.

KEY WORDS. Residency, internal medicine, teaching, hospitalization, external office.

INTRODUCCIÓN

La función del especialista en Medicina Interna ha comprendido siempre la atención integral de adultos tanto en los niveles hospitalario y ambulatorio. En este último nivel, desarrolla labores de prevención y promoción de la salud para evitar la institucionalización y el deterioro de la calidad de vida. En los últimos años el crecimiento y el envejecimiento poblacional, de la mano con la insuficiente

ampliación de los servicios de hospitalización, han hecho que existan listas de espera para las hospitalizaciones ambulatorias y que los servicios de emergencia colapsen por la alta demanda de pacientes que no encuentran camas disponibles para continuar su manejo y estudio en las salas de hospitalización. Es en estos servicios donde existe una permanente auditoría de los días de hospitalización de los pacientes internados lo que ha derivado en el manejo ambulatorio de aquellos casos leves a moderados e inclusive a dar alta en un período precoz de internamiento y continuar con el tratamiento en casa. La falta de camas disponibles para hospitalizar pacientes con procedimientos y cirugías programadas ha motivado convenios entre las instituciones del estado y las particulares para lograr cubrir la alta demanda, y cada vez son menos aquellos pacientes que se hospitalizan para estudio. Todo esto ha derivado en un mayor número de atenciones ambulatorias y la mayoría con una alta complejidad.

En nuestro país, la atención ambulatoria de la población se realiza en diversos tipos de instituciones: en los hospitales y policlínicos de Essalud, bajo un seguro aportado por el trabajador público; en las

1. Médico internista. Departamento de Medicina Interna, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Profesor de la Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.



clínicas privadas con la modalidad de EPS (Empresas Prestadoras de Salud) o de seguros de salud privados, los cuales básicamente se dirigen a los estratos económicos medios y altos; y, en los hospitales y centros de salud del Ministerio de Salud, donde se atienden las personas que no cuentan con seguros de salud privados, EPS o Essalud con la oportunidad de ser atendidos bajo la modalidad del Seguro Integral de Salud (SIS). Aun así existe una gran demanda insatisfecha de atención ambulatoria, la cual es cubierta en su mayoría por los 'hospitales de la solidaridad', centros de atención exclusivamente ambulatoria, autofinanciados, que cuentan con el apoyo de las municipalidades distritales.

LA DOCENCIA EN LAS SALAS DE HOSPITALIZACIÓN

La mayoría de residentes de la especialidad de Medicina Interna que egresan de su formación en hospitales generales, donde la práctica clínica se desarrolla preponderantemente con pacientes internados, no permanece laborando en tales instituciones, sino que son contratados en entidades de salud que ofrecen a los pacientes una atención básicamente ambulatoria, por lo que llegan a desarrollar una escasa o nula actividad hospitalaria.

La necesidad de la sociedad con base en estas megatendencias obliga a que la educación médica evolucione hacia un adecuado entrenamiento en atención ambulatoria tanto en pregrado como en posgrado. La Universidad Peruana Cayetano Heredia, desde hace algunos años ha introducido una serie de rotaciones por centros de atención primaria para alumnos desde el primer año de la carrera con docencia sobre educación en salud, medidas preventivo-promocionales, autocuidado, inmunización, etc; sin embargo, en el postgrado, específicamente en la especialidad de Medicina Interna, el entrenamiento no posee tales ventajas.

Por años, la docencia de residentes de Medicina Interna se ha desarrollado en los hospitales generales, sin tomar en cuenta el verdadero valor del entrenamiento en atención ambulatoria; la práctica clínica en consultorio externo de un residente de Medicina Interna representa el 5% del total de su labor asistencial, e inclusive la docencia en este escenario muchas veces es nulo o mínimo, por lo que los residentes difícilmente tienen la oportunidad de adquirir destrezas para atender pacientes en atención ambulatoria, a pesar de que al egresar de la residencia, el 90% del trabajo del especialista es a nivel ambulatorio.

LA DOCENCIA EN EL CONSULTORIO EXTERNO

Los pacientes de consultorio de atención ambulatoria difieren de los hospitalizados en múltiples aspectos: los pacientes ambulatorios tienen enfermedades menos graves y menos agudas; muchos tienen enfermedades crónicas y requieren de controles periódicos; para evidenciar el resultado del tratamiento prescrito se requiere seguimiento en una nueva consulta; la adherencia al tratamiento por parte del paciente es una interrogante para el médico; el tiempo de contacto es escaso, lo que obliga al médico a optimizar y hacer eficiente el tiempo y realizar una toma de decisiones compartida con el paciente; esto último implica un mejor conocimiento por parte del residente de las preferencias del paciente, y dejar de lado el ánimo paternalista al cual siempre se está acostumbrado a actuar en las salas de hospitalización y que puede ser extrapolado al ámbito ambulatorio de forma inconsciente.

Factores como el escaso tiempo y el espacio reducido donde se pueda llevar a cabo han determinado que no se preste atención a la docencia a nivel ambulatorio. Inclusive, una dificultad real y observable es que el tutor impide el aprendizaje del residente poniéndolo en el lugar de observador pasivo y no, como debería ser, de participante activo, debido a problemas y miedos propios de su labor asistencial, lo que hace que se rompa la relación paciente-residente-tutor. El tutor no le otorga responsabilidad y libertad de acción al residente.¹

La docencia en consultorio de atención ambulatoria proporciona a los residentes los siguientes beneficios: atender pacientes con enfermedades crónicas estables, observar la evolución de las enfermedades bajo tratamiento, practicar medidas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, lidiar con aspectos económicos, sociales y éticos de la práctica médica, mejorar las habilidades de comunicación eficaz con el paciente y finalmente practicar la toma de decisiones compartida. Existen factores que actúan en contra del desarrollo de docencia en consulta ambulatoria, algunos de ellos han sido ya descritos en la literatura médica y se basan en experiencias previas en otros países y algunos otros son problemas propios de cada hospital.²

- En primer lugar, el médico que cumple las funciones de médico asistente de un hospital y a su vez docente sufre un conflicto al tratar de compatibilizar ambas labores. Este médico normalmente tiene 15 minutos para atender a un paciente de consulta ambulatoria y tiene un número establecido de pacientes para atender en un tiempo fijo; si a la vez este médico

tiene que hacer docencia a un residente, este tiempo será insuficiente. Esto conllevaría a que el médico se vea obligado a prolongar su tiempo de atención en consultorio, acción que no siempre será posible porque los consultorios serán utilizados por otros médicos. En suma, la docencia en consultorio afecta la productividad e incrementa los costos y el tiempo de trabajo.³ Una revisión sistemática de estudios de costos publicados entre 1970 y 1997 encontró que la mayoría de ellos mostraba una disminución de la productividad, menor número de pacientes atendidos e incremento del tiempo de trabajo de los médicos, ya sea antes o después de la consulta.⁴ Solo un estudio menciona un incremento en el número de pacientes atendidos y se atribuyó el hecho a que los docentes habían realizado entrenamiento en docencia ambulatoria, razón que justifica dicha capacitación si se desea adaptar el modelo a nuestra realidad.⁵

- Segundo, muchos pacientes que se atienden en consultorio de atención ambulatoria desearán ser atendidos por el médico asistente más no por un residente en entrenamiento, a pesar de conocer que el residente también es un profesional. La docencia en consulta ambulatoria requiere la comprensión y aceptación por parte de los pacientes, hecho que se puede lograr en el tiempo; además podría ser una oportunidad para mejorar la atención al hacerla más académica. Al respecto, existe un estudio que encontró 85% de satisfacción con la atención por parte de residentes de medicina en consulta ambulatoria.⁶
- Tercero, se ha observado que existen médicos docentes que no observan a sus residentes mientras realizan su atención debido a que los docentes evalúan a otros pacientes o realizan otras actividades; a algunos docentes les puede incomodar el presenciar la consulta, otros pueden pensar que interrumpen el desempeño del residente. La calidad del docente, la preparación que reciba para la docencia ambulatoria y la calidad de la institución de salud donde se presta la atención determinan el desempeño de la docencia en consultorio. Se ha visto, asimismo que los residentes que requieren mayor dirección, que tienen más interrogantes y demandan más tiempo al docente son los residentes de primer año, seguidos por los de segundo año, mientras que los de tercer año son más independientes. Irby, en su revisión sistemática, encontró que el tiempo promedio de interacción de los residentes con los docentes para la discusión del caso era de 8 minutos, con un intervalo de 3 a 15 minutos en centros con docentes capacitados

en docencia; los residentes de tercer año son los que requerían el menor tiempo.¹

- Cuarto, en muchos hospitales no existe un espacio adecuado para la realización de docencia en consultorio, los consultorios solo constan de un escritorio, una silla para el médico, una camilla y una silla para el paciente. La docencia en consultorio requiere de la sala de examinación y de un espacio para la discusión confidencial de los casos, la implementación de estas áreas es parte del costo adicional que representa la docencia en consultorio.
- Quinto, la docencia en consultorio corre el riesgo de ser un espacio en que el residente solo conozca el estilo individual y personal de atención médica del docente, en vez de aprender la manera correcta de enfocar un paciente ambulatorio y realizar las medidas de prevención. La docencia ambulatoria es mejor en lugares donde existe un modelo de atención adecuado, sistematizado y completo y, para su desarrollo, en muchos lugares se ha implementado modelos de atención y docencia.⁷
- Sexto, los residentes no tienen la oportunidad de compartir experiencias con sus pares al no existir espacios para discutir casos clínicos de consulta ambulatoria ni otras actividades académicas que toquen temas de medicina ambulatoria. Por ello se sugiere que el currículum contemple estos temas, desde habilidades de comunicación, ética, enfermedades comunes en la práctica ambulatoria, hasta temas de prevención y demás

¿Es posible diseñar un plan de docencia clínica para residentes de medicina interna en consultorio de atención ambulatoria en un hospital general o en cualquier escenario en nuestro medio?

Una amplia literatura y múltiples experiencias publicadas están a favor de que es posible realizar la docencia en atención ambulatoria; uno de ellos genera una salida viable a la problemática descrita.^{3,8,9} Wolpaw TM y col., en un estudio publicado en 2003, proponen la metodología SNAPPS, una técnica de presentación del caso al tutor en consulta ambulatoria, la cual resulta ser la más útil y reproducible para escenarios como el nuestro, ya que permite luchar contra uno de los grandes impedimentos en el tema: el escaso tiempo del que se dispone para la docencia en la atención ambulatoria. Otorga a los docentes una técnica de como economizar el tiempo y hacerlo más favorable para la docencia. Los docentes a su vez, deben conocer que existen características que deben poseer y que



les permitirán hacer que el aprendizaje sea eficaz, como ser el modelo de rol, el supervisor efectivo, un docente dinámico y servir de apoyo ante dudas y cuestionamientos.¹⁰

PROPUESTAS

El objetivo a corto plazo debe ser instaurar la docencia en consulta ambulatoria para los residentes de Medicina Interna, y que esta ocupe por lo menos entre 15% y 20% del tiempo de capacitación del residente como mínimo. Pueden existir diversas propuestas, particularmente proponemos las siguientes:

- Diseñar un Modelo de Atención y Docencia Ambulatoria para consulta ambulatoria en Medicina Interna en el Hospital General que vaya de la mano con un currículum que contemple la formación en medicina ambulatoria. Para ello se debe elegir un modelo de docencia que sea efectivo, que no prolongue la atención, que sea centrado en el estudiante y que garantice una atención adecuada y completa; se puede proponer el modelo SNAPSS de docencia ambulatoria como el más útil de acuerdo a nuestra realidad.
- Se debe capacitar a los docentes y a los alumnos en este modelo de atención antes de ponerlo en práctica; es necesario hacer una introducción previa que otorgue reglas y principios básicos. La docencia en consultorio debe estar apoyada por guías de práctica clínica, recursos de aprendizaje que pueden ser previamente elaboradas y tomadas como estándares de atención para evitar subjetividades durante el aprendizaje sin dejar de lado las particularidades propias de cada paciente. Por otro lado, el currículum debe ser enriquecido con actividades docentes en medicina ambulatoria, discusiones de casos y revisiones de temas en conjunto con residentes de medicina familiar y de administración de la salud.
- Realizar las prácticas de Docencia ambulatoria en instituciones de salud externas al hospital general, que dependan de la red de salud, donde se cuente con docentes capacitados, mejores ambientes físicos, y además modelos de atención adecuados. Una alternativa viable es la consulta en centros de atención primaria, llamados centros de salud, donde existe la oportunidad de realizar atenciones de casos comunes y no tan complejos como en un hospital general, de realizar medidas preventivas y de promoción de la salud. Con esta medida se aprovecharía de infraestructura y los sistemas de atención ya existentes para introducir a los residentes en la práctica ambulatoria.

- Otorgar herramientas de docencia clínica y metodología de enseñanza ambulatoria a los docentes que participan en la práctica ambulatoria para que el aprendizaje sea eficaz. Así mismo desarrollar y otorgar guías de práctica clínica, modelos de atención y de presentación de casos así como guías para los tutores que hagan óptimo el uso del tiempo y faciliten el aprendizaje.
- Modificar el tiempo y las citas de los pacientes para permitir un mejor entrenamiento, para permitir las labores asistencial y docente a la vez. Una medida que implica un costo adicional sería la de adaptar los consultorios para la docencia, lo cual permitiría un ambiente mucho más adecuado para el aprendizaje.

CONCLUSIÓN

La docencia en consulta ambulatoria durante la residencia de Medicina Interna es una necesidad, tanto desde el punto de vista de la atención de los pacientes como del punto de vista particular del médico en entrenamiento. Las características del sistema de salud y de la universidad otorgan el terreno apropiado para que se desarrolle un buen entrenamiento, el cual tendrá éxito en la medida que se organice y planifique ordenada y consistentemente con la participación activa de los docentes previamente capacitados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Irby, D. Teaching and learning in ambulatory care settings: a review of the literature. *Academ Med.* 1995;70:898-931.
2. Junod Perron N, Humair JP, Gaspoz JM. How to fulfill resident's training needs and public service missions in outpatient general internal medicine? *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13620.
3. Ferenchick, G, Simpson D, Blackman J, DaRosa D, Dunnington G. Strategies for efficient and effective teaching in the ambulatory care setting. *Academ Med.* 1997;72:277-80.
4. Adams M, Eisenberg J. What is the cost of ambulatory education? *J Gen Intern Med.* 1997;12(suppl2):s104-s110.
5. Bowen J, Irving D. Assessing quality and costs of education in ambulatory setting. *Acad Med.* 2002;77:621-80.
6. McLeod P, Meagher T. Ambulatory care training during core internal medicine resident training: the Canadian experience. *Can Med Assoc J.* 1993;148(12):2143-7.
7. Reagan M, Young W, Keller A. An efficient and effective teaching model in ambulatory education. *Academ Med.* 2002;77:593-9.
8. Bharel M, Jain S, Hollander H. Comprehensive ambulatory medical training for categorical internal medicine residents. *J Gen Intern Med.* 2013;18:288-93.
9. Leiva I, Bitran M, Saldías F. Evaluación de un módulo de docencia ambulatoria en enfermedades respiratorias en currículo de pregrado de medicina. *Rev Med Chile.* 2012;140:616-24.
10. Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPSS: A learner centered model for outpatient education. *Academ Med.* 2003;78:893-8.

CORRESPONDENCIA A: Dra. Ana Cecilia Olascoaga Mesía
ana.olascoaga.m@upch.pe

FECHA DE RECEPCIÓN: 5 de febrero de 2014.

FECHA DE APROBACIÓN: 5 de marzo de 2014.

FINANCIAMIENTO: por los autores.

CONFLICTO DE INTERÉS: ninguno, según los autores.