



LAS RESIDENCIAS MÉDICAS



Hospital San Juan de Dios. San José. Costa Rica. Fundado en 1845

ISSN
2215-2741

Recibido: 30/09/2014
Aceptado: 26/11/2014

Freddy Henríquez Varela¹
Luis Fernando Briceño Rodríguez²

¹Médico Especialista en Medicina Interna y Neurología. Coordinador de Docencia Sección de Medicina – Hospital San Juan de Dios. Profesor Licenciado Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: freddyhv@gmail.com

²Ex-Miembro Sección de Medicina – Hospital San Juan de Dios. Profesor Asociado Universidad de Costa Rica (pensionado). Correo electrónico: lbriceno@racsacosta.ac.cr



Figura 1. Edificio Sección de Medicina del Hospital San Juan de Dios (HSJD).

Fotografía: Arq. Alonso Briceño Rodríguez

ASPECTOS GENERALES

Los médicos residentes son profesionales incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, *por ende*, con todos los deberes y derechos propios de nuestra profesión.

Como médicos residentes, tienen una función dual, siendo funcionarios de la Caja Costarricense de

Seguro Social (CCSS) y estudiantes de posgrado universitario del Sistema de Estudios de Posgrado (SEP) de la Universidad de Costa Rica (UCR) y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS).

Como funcionarios de la CCSS, están regidos por todos los reglamentos y normativas propias para todo trabajador de la Institución ⁽¹⁾.



Como estudiantes de posgrado universitario, están regidos por el Reglamento de la Actividad Clínica Docente en la CCSS ⁽²⁾, por el Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado ⁽³⁾ y por el Reglamento del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas ⁽³⁾ del CENDEISS / UCR.

Por lo tanto, al igual que todo funcionario de la CCSS, debe acatar y responder ante las reglamentaciones administrativas, disciplinarias y contractuales institucionales. Como estudiantes de posgrado universitario, debe acatar y responder ante las reglamentaciones académicas y disciplinarias universitarias.

FILOSOFÍA

La realización de una Residencia Médica es una de las experiencias más hermosas que puede vivir un médico. Su realización debe ser completamente comprometida y entusiasta, ya que al término de la misma tendrá las “*armas*” académicas y profesionales para el resto su vida.

Con qué alegría y satisfacción personal se vive el conocerse elegido para la Residencia de su pasión, sentimientos que deben perdurar a lo largo de todo el programa académico a ejecutar.

Una Residencia Médica no debe ser vista sólo como “el asegurarse un trabajo” por unos cuantos años. Es mucho más que eso, es una formación académica, profesional y personal, que no sólo involucra un significado remunerativo que asegura su futuro personal.

Conociendo el significado de que se está realizando un verdadero posgrado universitario, en una Universidad de prestigio, debe entregarse toda la energía y voluntad para la formación académica que le llevará a ser un excelente Médico Especialista, buscando siempre “ser el mejor”.

El sistema y el país se lo reconocerán.

El médico residente debe incrementar su experiencia clínica, adquirir conocimientos científicos adecuados y mostrar capacidad de perfeccionamiento profesional.

Debe poseer un sinnúmero de habilidades, actitudes y capacidades que le permiten ser parte

fundamental en el funcionamiento de los hospitales donde se llevan a cabo las Residencias Médicas.

Durante su formación, el médico residente va experimentando una gran serie de cambios que le llevarán a una transformación esencial, principalmente un efectivo cambio de actitud. Su pensamiento y visión profesional serán diferentes, muy diferentes.

No sólo se aprenderá de los libros, de la literatura médica, de la docencia directa en las lecciones de sus programas académicos, de la docencia tutorial en los Servicios, de las sesiones de los servicios de rotación, de las Sesiones Clínicas y Anatómo-Clínicas generales, sino *–mandatorio y obligatoriamente–* de poseer una aguda e intensa capacidad autodidacta que le impulse a investigar y a explorar el por qué de las enfermedades y los fenómenos a los que se enfrenta cotidianamente.

El médico residente aprenderá por qué, cómo y dónde buscar la información que necesita, no simplemente buscar. Entenderá los detalles que le lleven a las soluciones más acertadas. Aprenderá a escudriñar la información, a valorar lo preciso e impreciso de lo que se encuentra, a tener su propio criterio. Tendrá un criterio para saber qué es lo que tiene o no valor científico real, aprendiendo el significado de la “evidencia”.

Aprende a “*buscar el libro en el paciente*”, y no al paciente en el libro ⁽⁴⁾.

Porque “*La docencia y la investigación son piedra angular en el quehacer diario en un Hospital Universitario*” (LF. Briceño).

Debemos ver las Residencias Médicas como una fuente de conocimiento, de formación profesional y académica; como lo que realmente son: POSGRADOS UNIVERSITARIOS.

Ser médico residente es un privilegio, que conlleva responsabilidad personal y con el país; y así debe también ser visto por las instituciones empleadoras y formadoras de éstos hombres y mujeres que le darán engrandecimiento y prestigio a la Medicina Costarricense en un plazo no muy lejano.

Entre médico y estudiante de posgrado, debe existir un verdadero “equilibrio”.



INSATISFACCIÓN EN SU ESPECIALIDAD

Los médicos generales con pocos años de graduados así como los médicos desempleados (parte de una profesión saturada en el país), han sentido por años la presión académica y social de realizar una especialidad médica, aunque no esté plenamente seguro o convencido de su escogencia.

Hay varios ejemplos de médicos con varias especialidades (incluso no afines una de otra), lo que lleva a pensar que la elección de una u otra rama es a veces errada o dubitativa.

Fuera de nuestras fronteras, NerdWallet publica a través de *Medscape* que cerca del cuarenta y cinco por ciento de los residentes estadounidenses hubieran escogido otra especialidad⁽⁵⁾, lo que nos hace replantearnos el por qué de esta situación en nuestro medio. ¿Qué hacer para que el médico tome la mejor escogencia?

Como indicado por Briceño, LF. *“Muchos hombres y mujeres de habilidad poco común no han tenido éxito, no porque no estaban bien preparados y no hicieron duros esfuerzos, sino porque cometieron errores al elegir su Residencia”*⁽⁶⁾.

Cabe señalar que estas decisiones de ser médico y qué especialidad escoger vienen influenciadas más por el altruismo inherente del médico, que por la simple búsqueda de una compensación económica⁽⁷⁾. Lo que hace pensar que las razones profesionales y académicas pesan más en la satisfacción del médico residente que la parte económica.

PRIVACIÓN DEL SUEÑO

Muchos artículos científicos han debatido, desde hace varios años, sobre el efecto de las extensas horas de trabajo en los médicos residentes^(8,16).

Deprivación del sueño y trastorno del círculo circadiano fisiológico, es causa de fatiga, una queja común entre estos profesionales en formación de posgrado.

Diversos errores podrían ser atribuidos a la deprivación del sueño, ya que la fatiga deteriora el adecuado funcionamiento mental de un individuo.

Se ha demostrado que el efecto de la deprivación del sueño sobre una determinada tarea es equivalente al efecto de una intoxicación alcohólica (veinticuatro horas sin dormir son equivalentes a funcionar con una concentración sanguínea de alcohol de 0.10%)⁽⁸⁾. Además el efecto de la deprivación crónica de sueño en médicos se ha relacionado con aumento del riesgo de fibrilación auricular y mayor incidencia de apnea obstructiva (independiente de otras variables más que ser médico y dormir menos)⁽¹⁷⁾.

Muchos profesionales médicos, especialmente los residentes, trabajan más allá de los límites aceptables para otros sectores de la sociedad, práctica que no es compatible con la seguridad de un sistema de cuidado de salud de alta calidad⁽⁸⁾.

Tanto en la capacidad receptiva de recibir, percibir e interpretar la información, como en la formación misma, nos obliga a ser conscientes de ello y ponerle una cuidadosa atención.

A los médicos residentes no sólo se les debe dar todos los medios adecuados para la cumplimiento de sus labores, sino facilitarles que la ejecución de sus labores institucionales y académicas se puedan llevar a cabo de la mejor manera, ya que no es un problema únicamente nuestro, sino también allende a nuestras fronteras.

“La excelencia académica debe ser el norte que dirija nuestra formación y nuestra profesión.”

LF. Briceño R.



Figura 2. Edificio Sección de Medicina – HSJD 1964-1993.

Fotografía cortesía de Dra. Marta Sánchez Molina (MQC).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. <http://www.ccss.sa.cr/>
2. Reglamento de la Actividad Clínica Docente en la Caja Costarricense de Seguro Social.
3. <http://www.cendeiss.sa.cr/informaciongeneral.html>
4. Briceño LF. *Aprendamos a aprender medicina*. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2014;4(3): 44-45.
5. NerdWallet Healtanalysis. *Medscape Physician Compensation Report*. 2013.
6. Briceño LF. *Internado Universitario en Medicina*. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD 2014;4(5): 30-32.
7. Padilla J Vindas L Villalobos A. *Decisión de estudiar medicina: Factores determinantes y elección de especialidad*. Acta méd. Costarric. 2012;54(2):109-113.
8. Daugherty S Baldwin D Rowley B. *Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship: a national survey of working conditions*. JAMA 1998;279:1194-1199.
9. Dawson D Reid K. *Fatigue, alcohol and performance impairment*. Nature. 1997; 388:235.
10. Editorial. *Residents' hours of work. We need to assess the impact of the new US reforms*. BMJ. 2002;325:1184-1185.
11. Gaba D Howard S. *Fatigue among clinicians and the safety of patients*. NEJM. 2002;347:1249-1255.
12. Lamberg L. *Long hours, little sleep: bad medicine for physicians in training?* JAMA. 2002;287:303-306.
13. Petersen L Brennan T O'Neil A Cook E Lee T. *Does house staff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events?* Ann Intern Med 1994; 121:866-872.
14. Steinbrook R. *The debate over residents' work hours*. NEJM. 2002;347:1296-1302.
15. Veasey S Rosen R Barzansky B Rosen I Owens J. *Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal*. JAMA 2002;288:1116-1124.
16. Weinger M Ancoli-Israel S. *Sleep deprivation and clinical performance*. JAMA. 2002;287:955-957.
17. Khawaja O Sarwar A Albert C Gaziano J Djoussé L. *Sleep duration and risk of atrial fibrillation (from the Physicians' Health Study)*. Am J Cardiol. 2013; 111(4):547-551.