

## Formación posgrado: análisis y propuestas

*Sr. Editor:*

Desde hace unos años han venido apareciendo nuevas necesidades y estilos de vida, como las adopciones internacionales, la rapidez en los desplazamientos de viajeros que conectan hábitat diversos, el turismo de aventura, el fenómeno de las migraciones, las enfermedades emergentes y reemergentes, la visualización en directo de guerras y pobreza. Paralelamente, se ha acuñado la idea de globalización, aunque en demasiadas ocasiones utilizada sesgadamente en función de lo que puntualmente conviene. Globalizamos la economía, pero no la lucha contra la indigencia; globalizamos los precios, pero no equilibramos el consumo; globalizamos la circulación de mercancías, pero no la de personas. No obstante, estas nuevas realidades obligan a replantearse ámbitos mejorables a través de proponer nuevas iniciativas.

Desde nuestro marco profesional, la pregunta que emerge con frecuencia es: ¿formación para solucionar qué? Tres aspectos son motivo de reflexión.

Primero, formación MIR. Es principalmente hospitalaria, y es así porque probablemente el nivel de complejidad, variedad y toma de decisiones se encuentra en la institución hospitalaria, que ofrece, además de la enseñanza sobre el paciente ingresado, la rotación por las consultas externas de las diferentes subespecialidades, la familiarización con las sofisticadas pruebas diagnósticas y la obligación de unas guardias que sitúan al médico ante diferentes casos urgentes. El problema surge cuando, casi siempre, la única salida para el médico en formación es ocupar una plaza de atención primaria, aunque su nivel en neuropediatría o hematología infantil sea excelente. ¿Es rentable, en términos sociales, perder la oportunidad de tener un buen especialista? ¿O habrá que reorientar a estos residentes hacia los problemas específicos de la atención primaria? Y si es así, ¿son necesarios 4 años de residencia hospitalaria para llegar a ser un correcto profesional que solucione los problemas que nos ofrecen los registros diagnósticos de primaria? El coste medio de un residente es de 86.918,48 euros (14.462.019 pesetas) durante los 4 años de formación. Paralelamente a esto, la diferencia de complejidad entre los dos niveles de atención sanitaria a la infancia, en una sociedad de renta media/alta como la nuestra, es considerable. Frente a estos hechos habría que formular alguna propuesta todavía poco extendida.

Se debería potenciar el concepto de “hospital permeable” y de “centro de salud permeable”. En este sentido, un profesional que trabaje en atención primaria y formado en una determinada subespecialidad debería poder ejercerla en algún hospital que necesitase un especialista a tiempo parcial (p. ej., un día a la semana gestionando un dispensario). De ser así, podría ser sus-

tituido por un compañero hospitalario que, al aproximarse a la primera línea de la asistencia, complementase su visión holística de la salud y generase además iniciativas. Se establecería así una nueva cultura sanitaria, menos estática y más cercana a políticas sanitarias europeas. Invertir en esta idea de permeabilidad, añadiría algo más, mejoraría la docencia y los estudios de investigación, pero sobre todo, su coste sería cero.

En segundo lugar, formación continuada. Aunque no homogéneamente, ha mejorado en los últimos años. No obstante, habría que aumentar la formación dirigida a profesionales sanitarios sobre nuevos temas que acompañan a fenómenos sociales, que lejos de constituir situaciones coyunturales, se afianzan como estructurales. Es decir, hace falta más información y pautas de actuación sobre medicina tropical, salud internacional, antropología cultural, el niño viajero, así como hábitos y costumbres de las diferentes minorías étnicas. Más aún, harían falta seminarios, compatibles con las obligaciones laborales, sobre aspectos sociales a debate: adopción y homosexualidad, el maltrato institucional, prostitución infantil, el niño manipulado (cursos de televisión) y también los orientados a los aspectos metodológicos de la educación sanitaria. No es suficiente ser un buen especialista, hay que saber, además, transmitirlo; el cumplimiento del tratamiento está relacionado directamente con su comprensión.

En tercer lugar, formación global. En una sociedad “bien vacunada”, metáfora de estar sana en términos generales, nuestras enfermedades más prevalentes ocupan sólo una parte de nuestros libros de texto y de nuestras consultas ya sean hospitalarias o de atención primaria. La realidad de nuestro entorno no es una muestra representativa de la realidad del resto del mundo, aunque es cierto que nos la van acercando de manera paulatina los grupos de inmigrantes presionados por la necesidad a que obliga un mundo con graves desigualdades. Los nuevos estilos de vida, los viajes turísticos a países llamados exóticos o las estancias obligatoriamente largas en geografías de baja renta, añaden al fenómeno de la inmigración la necesidad de una formación más global del residente y de otros profesionales. Habría que estudiar la incorporación en los planes rotatorios de los residentes, la opción de permanecer unos meses en un centro hospitalario de un país en vías de desarrollo que ofreciese seguridad y una estancia digna. Se debería conseguir que el lugar elegido compatibilizase el trabajo hospitalario y de asistencia primaria y que la tarea del residente se enmarcase dentro de un determinado programa de salud. Todo ello consensuado a partir de un convenio de colaboración entre el hospital sede del residente y las autoridades sanitarias del país escogido. Sería deseable también que existiera estabilidad en el tiempo entre ambos centros, que se ejerciera la reciprocidad (ambos centros reciben y ofrecen), que hubiera beneficios mutuos para la población local, al igual que para nuestros médicos. La propuesta pretende conseguir un modelo más académico, científico, pro-

fesional y basado en la reciprocidad y no tanto en la idea clásica de organización no gubernamental (ONG): cooperación y solidaridad. Si para vender corbatas, cualquier profesional se matricularía en el Máster de una escuela de negocios, para tratar las enfermedades de ciertos grupos humanos desconocidas para nosotros, es conveniente no improvisar. La poliomielitis, la desnutrición, las malformaciones, las deshidrataciones graves, el cólera, el paludismo, la lepra o el tumor de Burkitt están a sólo 2 h de vuelo. Reconocer además que en el país en vías de desarrollo hay que trabajar con recursos escasos y con muchos pacientes (sobre todo niños), estimula la imaginación y amplía además el análisis de nuestra realidad global. Desde hace años, algunos países anglosajones están llevando a cabo esta última propuesta, con programas específicos para estudiantes de pre y posgrado.

### O. Vall Combelles

Servicio de Pediatría.

Hospital del Mar. Barcelona. España.

**Correspondencia:** Dr. O. Vall Combelles.  
Servicio de Pediatría. Hospital del Mar.  
Pº Marítim, 25-29. 08003 Barcelona. España.  
Correo electrónico: 89861@imas.imim.es

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez MC. Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios. Publicacions d'Antropologia Cultural. Universidad Autònoma Barcelona. Barcelona, 2001.
- Bateman A, Baker T, Hoornenborg E, Ericsson U. Bringing global issues to medical teaching. *Lancet* 2001;358:1539-42.
- Cots F, Castells X, Vall O, Ollé C, Manzanera R, Varela J. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2002;16:376-84.
- Educating doctors for world health (edit). *Lancet* 2001;358:1471.
- Memoria 2000. Institut Municipal d'Assistència Sanitària. Barcelona, 2001.
- Vall O. El niño inmigrante. En: Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ, editors. El entorno social, niño y adolescente. Barcelona: Laertes, 1998; p. 137-43.
- Vall O, García O, Puig C. Proyecto docente salud y desarrollo (S + D). *Revista Universitaria Sanidad* 2000;1(3):7-9.

## ¿Pubertad precoz mediada por betagonadotropina coriónica humana?

*Sr. Editor:*

La pubertad precoz en el varón ha causado siempre inquietud en el pediatra debido a su frecuente relación con un origen tumoral.

Se comunica el caso de un niño de 7 años y 8 meses remitido por su pediatra al servicio de endocrinología pediátrica en agosto de

1999 al haber observado acné importante y marcado desarrollo genital. Entre los antecedentes personales constaba un leve retraso psicomotor. La exploración física mostró acné facial intenso, hábito musculado, testes de 6 ml, pene en estadio IV de Tanner (longitud 9,5 cm, circunferencia de 9 cm), axilarquia y pubarquia ausentes. El resto de la exploración fue normal. La familia refería un cambio en el carácter y aumento en el tamaño de los genitales de unos meses de evolución, sin que existiera historia de cefalea, vómitos, edema de papila u otras alteraciones de la visión o hallazgos indicativos de hipertensión intracraneal.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica general, estudio tiroideo, suprarrenal, prolactina, estudio genético, y ecografía abdominal normales, salvo la presencia de una testosterona libre de 2,31 ng/ml (DE, +9) y una testosterona total de 1,96 pg/ml (DE, +31), con una globulina fijadora de las hormonas sexuales normal, y una edad ósea acelerada (9<sup>6/12</sup>). Se realizó un test de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), y una secreción nocturna de hormona luteinizante (LH), que muestra un eje totalmente frenado; y una eco testicular que muestra una imagen quística en polo superior de teste izquierdo. Se consultó al servicio de oncopediatria, el cual aconsejó determinación de alfafetoproteína y fracción beta de la coriagonadotropina humana ( $\beta$ -hCG), que son normales (alfafetoproteína; 1,56 ng/ml; valores normales  $\leq$  10;  $\beta$ -hCG: 5 mU/ml; valores normales  $\leq$  5), y una radiografía de tórax, que también es normal, procediéndose a la extirpación, y correspondiendo la lesión a un quiste de epidídimo, con resto de tejido testicular normal. Se cursa petición de RM, realizándose en este intervalo de tiempo una TC cerebral (por la demora existente en RM), que es informado como normal. Se establece la sospecha de testotoxicosis y se decidió instaurar tratamiento con ketoconazol (con el objeto de inhibir la esteroidogénesis testicular) y triptorelina (para evitar la activación secundaria del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal y que se produjera una pubertad precoz mixta), consiguiéndose normalizar los valores de testosterona (total; 0,06 pg/ml y libre: 0,07 pg/ml). En febrero de 2000 aparece una diabetes insípida, que es tratada con desmopresina intranasal. Se practicó RM cerebral, que no revela ningún hallazgo patológico. Durante los siguientes meses fue controlado clínica y analíticamente, permaneciendo el desarrollo puberal frenado, los mismos valores de testosterona y gonadotropinas, y sin ningún otro signo o síntoma reseñable. En mayo de 2001 inició leve cefalea, que cedió con analgésicos, y una semana más tarde presenta un rápido deterioro neurológico, y dos crisis tonicoclónicas. Se le realizó una TC cerebral urgente, que mostró una hidrocefalia secundaria a un tumor pineal. Se le colocó una válvula de derivación ventriculoperitoneal, pasando al servicio de oncopediatria, el cual realiza determinaciones de alfafetoproteína y  $\beta$ -hCG en plasma y líquido cefalorraquídeo (LCR). Ambos marcadores se encontraban elevados ( $\beta$ -hCG en suero de 37 mU/ml y en LCR de 196 U/l; alfafetoproteína en suero de 150,03 ng/ml y en LCR de 141,8 ng/ml), por lo que se establece el diagnóstico de tumor germinal secretor, realizándose una RM que muestra diseminación tumoral en hipotálamo.

Nuestro paciente presenta una pubertad precoz periférica o gonadotropina independiente<sup>1</sup>, entidad de etiología variada (tabla 1). La aparición de los caracteres sexuales secundarios en la pubertad periférica suele producirse de forma distinta que en la pubertad central<sup>1</sup> (nuestro caso presentaba acné intenso, pene en estadio IV pero testes de 6 ml, y axilarquia y pubarquia ausentes) y con cifras de gonadotropinas disminuidas. Una de las causas de pubertad precoz en varones puede ser la secreción tumoral de hCG<sup>2</sup>. Muchos tumores suelen producir únicamente  $\beta$ -hCG<sup>3</sup>, por lo que si determinamos hCG completa dará valores normales<sup>1</sup>. La hCG puede dar reacción cruzada con la hormona luteinizante (LH) en el RIA<sup>1</sup>, lo que podría explicar algunos casos con LH y hCG elevadas y FSH bajas que aparecen en