

El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas

L. Arribas Mir^a, E. Bailón Muñoz^b y B. de la Iglesia López^a

Planteamiento del problema

Fue normal que los médicos de cabecera atendieran los embarazos y asistieran los partos. Pero la aparición de las especialidades y la degradación que experimentó la medicina general en nuestro país a lo largo de décadas casi acabó con esta práctica. Hoy la recuperación de las competencias del médico de familia ha sido importante en muchas facetas, pero transcurre de modo más lento en el área reproductiva de la mujer. En 1995 realizamos varias encuestas para valorar el papel del médico de familia en este ámbito. En las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria (UDMFYC), en sólo un 65% de ellas los residentes de segundo año realizaban una estancia en consulta prenatal, y en el tercer año sólo en un 42,5% de los centros de salud (CS) docentes se realizaba el control del embarazo (CE)¹. Entre los médicos de familia socios de la semFYC con práctica asistencial y no residentes, realizaban en su práctica diaria la determinación de la altura uterina un 46,4%, la auscultación de latidos fetales un 41,2% y las maniobras de Leopold un 45,3%, a pesar de que la mayoría había sido adiestrado en estos 3 procedimientos². Nuestra «biblia» de la prevención, el PAPPS, no contemplaba recomendaciones específicas para el embarazo en su actualización de 1999. Si aparecerán en la actualización de 2001.

¿Cuál es la situación actual? Algunos modelos están ya muy consolidados y son de sobra conocidos. Desde un control exclusivo de matronas y/u obstetras (Cataluña, Valencia) hasta modelos con gran participación del médico de familia (Andalucía). Pero para una región puede haber diferencias entre sus provincias, en una misma provincia las hay entre distintas áreas, en un área entre diferentes centros de salud, y en un centro de salud hay médicos de familia que hacen CE y otros que no. La información del año 2001 se ha obtenido mediante entrevista telefónica a las UDMFYC de las comunidades autónomas y creemos que refleja la realidad (fig. 1). Sólo en Andalucía, Cantabria, Murcia y Ceuta parece existir una implicación mayoritaria del médico de familia en los programas del CE.

Posicionamiento de los autores

La mayor parte de los embarazos son de bajo riesgo (EBR) y en ellos la mayoría de las visitas prenatales deben ser realizadas por el médico de familia, aunque puede ser conveniente que el obstetra realice algún control. Los embarazos de alto riesgo (EAR) deben ser atendidos de manera individualizada, compartida y muy coordinada, entre obstetra y médico de familia. En el EAR la gestante y su familia pueden beneficiarse aún más del abordaje biopsicosocial del médico de familia.

Argumentos a favor

– Elevada rentabilidad de las medidas preventivas en el embarazo. Pocas actuaciones preventivas hacemos en nuestra consulta con tan favorable relación coste/beneficio.
– desmedicalizar. el embarazo puede llegar a parecer una enfermedad, cuando sólo es una etapa más en la faceta reproductiva de una mujer sana. el médico de familia, considerándolo como una actividad preventiva, puede ayudar a desmedicalizarlo. hay evidencias para reducir el número de vistas prenatales³.

LECTURA RÁPIDA

Planteamiento del problema

▼ La recuperación de las competencias del médico de familia ha sido importante en muchas facetas, pero transcurre de modo más lento en el área reproductiva de la mujer.

▼ En las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria (UDMFYC) en el tercer año sólo en un 42,5% de los centros de salud docentes se realizaba el control del embarazo (CE).

▼ Sólo en Andalucía, Cantabria, Murcia y Ceuta parece existir una implicación mayoritaria del médico de familia en los programas del CE.

^aCentro de Salud Universitario de La Chana. España.

^bCentro de Salud Universitario de La Cartuja. España.
Distrito Sanitario Granada. Unidad Docente de Medicina Familiar de Granada. España.

Correspondencia:
Lorenzo Arribas Mir.
Centro de Salud de La Chana.
Avda. Virgen de la Consolación, s/n.
18015 Granada. España.

Correo electrónico:
l.arribas@teleline.es

Palabras clave: Embarazo. Médico de familia.
Atención primaria.

LECTURA RÁPIDA

Argumentos a favor

- Elevada rentabilidad de las medidas preventivas en el embarazo.
- El embarazo puede llegar a parecer una enfermedad.
- El médico de familia, considerándolo como una actividad preventiva, puede ayudar a desmedicalizarlo.
- Atención integral. Riesgo obstétrico no es sinónimo de derivación.
- El Programa Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar contempla el papel del médico de familia en el CE y su formación específica para ese ámbito.
- Se han obtenido tan buenos resultados obstétricos en las comunidades autónomas en el CE como en las que recae en otros especialistas.
- Satisfacción de las mujeres cuando el médico de familia hace CE.
- No hay que abrir un paréntesis porque una mujer quede embarazada. Hay que seguir siendo su médico.
- Los obstetras se pueden dedicar más al EAR y a otras facetas de la ginecología de más complejidad, reduciendo demoras.

FIGURA 1

Comunidades autónomas donde el control de embarazo es realizado mayoritariamente por el médico de familia.



– Tarea de baja complejidad. Su manejo no requiere exploraciones sofisticadas ni destrezas difíciles de conseguir. La mayoría las realiza a diario el médico de familia, que debe seguir protocolos basados en la evidencia científica disponible⁴, y consensuados con los obstetras.

– Atención integral. Riesgo obstétrico no es sinónimo de derivación. Una gestante fumadora, y/o con una infección respiratoria o urinaria, y/o con problemas psicosociales, puede ser mejor seguida por el médico de familia que por otros especialistas.

– Buenos resultados obstétricos, apoyados en evidencias científicas, cuando el CE lo hacen médicos de familia. Resultados similares a los obtenidos por los obstetras⁵.

– Número de motivos de consulta gineco-obstétricos de mujeres en edad fértil por año y por médico de familia significativo, hasta 421 consultas ginecoobstétricas/año⁶, lo que permite mantener las habilidades.

– Es una práctica habitual entre los médicos de familia de los países desarrollados. Hay zonas de Inglaterra donde los médicos de familia controlan hasta un 98% de todos los embarazos⁷.

– El Programa Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar contempla el papel del médico de familia en el CE y su formación específica para ese ámbito.

– Existen programas oficiales de control de embarazo en algunas de nuestras comunidades autónomas en los que se asigna al

médico de familia la responsabilidad de CE de las mujeres de sus cupos. Hay CS que acumulan ya una larga experiencia⁸.

– Se han obtenido tan buenos resultados obstétricos en las comunidades autónomas con gran implicación de los médicos de familia y enfermeras de los CS en el CE como en las que recae en otros especialistas.

– Satisfacción profesional del médico de familia. Aunque en nuestro medio los estudios al respecto son escasos, parece que casi todos los médicos de familia que practican CE suelen mostrarse satisfechos con esta actividad. Se trata de una actividad muy gratificante.

– Satisfacción de las mujeres cuando el médico de familia hace CE. Hay evidencias de más satisfacción con el médico de familia que con el obstetra⁵.

– El CE crea unos fuertes lazos entre el médico de familia y las familias. Pocas mujeres olvidan qué médico les «llevó» sus embarazos. Cuando cambian de domicilio y de médico, pasamos unos años sin verlas, un nuevo embarazo las trae con frecuencia de nuevo a nuestra consulta.

– Atención longitudinal. No hay que abrir un paréntesis porque una mujer quede embarazada. Hay que seguir siendo su médico. Como dicen los GP ingleses, «de la cuna a la tumba».

– Accesibilidad. Es nuestra virtud eterna estar siempre ahí, sin demora. Conservé-

mosla. Ofrezcamos además consulta telefónica a la embarazada.

– Optimizar recursos. Los obstetras, al quedar el CE en manos del médico de familia, se pueden dedicar más al EAR y a otras facetas de la ginecología de más complejidad, reduciendo demoras.

– «Aumento de clientes» entre los médicos de familia que controlan embarazos, que incluso atraen población de fuera de su zona básica. A pesar de la disminución de la natalidad, no bajan proporcionalmente los embarazos/año controlados por algunos CS, e incluso aumentan sus coberturas.

Argumentos en contra

– Ya lo hacen las matronas. Si ya existe un dispositivo que funciona, para qué cambiar. «No quiero pelearme con nadie.» «Además las gestantes estarían en medio de la refriega y les crearía ansiedad.» «Sigo como estamos.» «Firmo las recetas de los tratamientos de la matrona, que además no me tiene como referente para sus dudas, para eso se dirige al ginecólogo.» Pero este modelo no es válido. El referente para las matronas que trabajan en atención primaria debe ser el médico de familia y no el obstetra. La atención clínica de la embarazada en atención primaria la debe realizar un médico de familia, preferentemente en estrecha colaboración con las enfermeras de las unidades de atención familiar (UAF) del CS o con las matronas, allí donde las haya. Hay que potenciar el papel de la enfermera de la UAF en el embarazo.

– Para eso están los obstetras. En Estados Unidos hubo un duro conflicto entre médicos de familia y obstetras⁹. Hay que hacer CE a la vez que ellos. Un modelo compartido parece excelente. Sobre 10 visitas prenatales, 2-3 del obstetra y 7 del médico de familia es una buena fórmula seguida ya en muchos centros. Así se utiliza mejor este recurso especializado para otras tareas más complejas.

– Hay un uso significativo de servicios privados para CE. Pero podemos captarlos para nuestra consulta, podemos competir con éxito.

– Cultura de la población, convencida de que «el médico de familia no controla el embarazo». En muchas zonas es así, o ha sido así, pero se ha cambiado. La población llega a confiar en los médicos de familia

para el CE, incluso en situaciones de gran conflicto auténtica médico de familia/obstetra/matrona, que las ha habido y habrá.

– Miedo a errores médicos. Es normal tener algo de miedo a lo que no se hace habitualmente. Pero el CE no es muy complejo. Los médicos de familia que realizan CE y asisten partos en Estados Unidos reciben en general menos demandas por su práctica profesional que los que no tienen estas prácticas¹⁰.

– Formación insuficiente. Si los tutores no lo hacen, cómo lograr que los residentes aprendan. ¿Si se lleva tiempo sin llevarlo a cabo, se ha olvidado? Pero es fácil de retomarlo ya que hemos visto que no es una tarea compleja. Se debe insistir en la formación¹¹. Las UDMFYC deben velar para que la reciban los residentes.

– Perfil de luchador para hacer CE. Se necesita todo un «carácter» para ponerse a controlar embarazos en determinadas zonas. No todos los médicos de familia lo tienen¹².

– Los médicos de familia están ya bastante ocupados. Falta tiempo. Es y no es cierto. Seguiremos asumiendo nuevas tareas, la cartera de servicios siempre estará enriqueciéndose con las aportaciones de la ciencia, con las nuevas tecnologías. Recientemente incorporamos el manejo de la cirugía menor, anticoagulación oral, luego vendrá... el genoma... ¿Y del embarazo qué?

– Desinterés de los médicos de familia. Hay algún médico de familia que «no quiere» controlar embarazos. Es así de duro y es lo peor. Hay que incentivar el CE en el médico de familia.

– Políticas sanitarias opuestas a la participación del médico de familia en el CE. Hay comunidades autónomas que desarrollan programas de CE que no cuentan con el médico de familia, y es difícil luchar contra esto, pero hay que hacerlo.

– Oposición de otras sociedades científicas. A algunos les han asustado los «mensajes» lanzados desde sectores «duros» de la ginecología. Pero los pacientes están más cerca del médico de familia que de ningún otro especialista.

– Falta de medios. ¿Y la ecografía? Hoy sabemos que la ecografía sistemática en el EBR no mejora los resultados obstétricos. No obstante, hay evidencias de que los médicos de familia que se han adiestrado en

LECTURA RÁPIDA

Argumentos en contra

• Ya lo hacen las matronas. Si ya existe un dispositivo que funciona, para qué cambiar.

• La atención clínica de la embarazada en atención primaria la debe realizar un médico de familia, preferentemente en estrecha colaboración con las enfermeras de las unidades de atención familiar (UAF).

• Un modelo compartido parece excelente. Sobre 10 visitas prenatales, 2-3 del obstetra y 7 del médico de familia es una buena fórmula seguida ya en muchos centros.

• Formación insuficiente. Se debe insistir en la formación. Las UDMFYC deben velar para que la reciban los residentes.

• A algunos les han asustado los «mensajes» lanzados desde sectores «duros» de la ginecología. Pero los pacientes están más cerca del médico de familia que de ningún otro especialista.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

Conclusiones

▼
En Andalucía, Murcia, Cantabria y Ceuta los médicos de familia realizan gran parte de los CE protocolizados.

ecografía obstétrica pueden realizarla satisfactoriamente. Se necesitan pocos medios.

Conclusiones

En Andalucía, Murcia, Cantabria y Ceuta los médicos de familia realizan gran parte de los CE protocolizados. En el resto de comunidades autónomas su implicación es baja. Los argumentos para no hacerlo son poco consistentes y no obedecen a razones científicas, sino a políticas y organización de cada comunidad autónoma, pero hay obstáculos evidentes. El balance global de elementos a favor y en contra se inclina claramente a favor del manejo del embarazo por el médico de familia. Hay que superar la situación actual.

Pocas cosas hay tan hermosas como la sonrisa de una mujer cuando entre las paredes de la consulta suenan los latidos de una nueva vida.

Agradecimiento

A las unidades docentes de medicina familiar que nos facilitaron la información.

Bibliografía

1. Delgado A. Formación y desempeño asistencial de los médicos de familia en la atención a la mujer. Comunicación XV Congreso Nacional semFYC. Playa de Aro, 1995. Aten Primaria 1995;16(Supl 1):106-8.
2. Alguacil AI, Navarro I, Ruiz A, Arribas L. Procedimientos básicos ginecoobstétricos y su práctica por los médicos de familia españoles. Comunicación XV Congreso Nacional semFYC. Playa de Aro, 1995. Aten Primaria 1995;16(Supl 1):172-6.
3. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, et al, for the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. Lancet 2001;357:1565-70.
4. Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A. Embarazo y puerperio. Protocolo de actuación. Grupo de trabajo semFYC de atención a la mujer. FMC en Aten Primaria. Protocolo 2000/4. Barcelona: Doyma, 2000.
5. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3. Oxford: Update Software, 2001.
6. Navarro I, Ruiz A, Alguacil AI, Taboada P, Arribas L. Consultas ginecoobstétricas de mujeres en edad fértil en medicina familiar. Comunicación XV Congreso Nacional semFYC. Playa de Aro, 1995. Aten Primaria 1995;16(Supl 1):237.
7. Smith LFP. Provision of obstetric care by general practitioners in the south western region of England. Br J Gen Pract 1994;44:255-7.
8. Baena L, Padial MJ, González AR. Evaluación del programa de control de embarazo del centro de salud de La Chana en 1989. Comparación con años anteriores. Aten Primaria 1991;8:682-6.
9. Klein M. Obstetrics is too important to be left to obstetricians. Fam Med 1987;19:167-9.
10. Larimore WL, Sapolsky BS. Maternity care in family medicine: economics and malpractice. J Fam Pract 1995;40:153-60.
11. Scherger JE, Levitt C, Acheson LS, Nesbitt TS, Johnson CA, Reilly KE, et al. Teaching family-centered perinatal care in family medicine, part I. Family Medicine 1992;24:288-98.
12. Planes A. Quiero, ¿debo?, ¿sé? Pero... ¿puedo?, ¿quiero? Competencias perdidas, competencias ganadas. Comunicación XIX Congreso Nacional de la semFYC. Tenerife, 1999. Aten Primaria 1999;24(Supl 2):93.