

ARTÍCULOS ESPECIALES

Medicina de familia y medicina de urgencias

A. Caballero Oliver

Médico de Familia. Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del Grupo de Urgencias, Emergencias y RCP. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

En los últimos años, las urgencias vienen cobrando un papel protagonista dentro de las actividades desarrolladas en el marco del Sistema Nacional de Salud. Tal hecho, probablemente no deseado para muchos, obedece a varias razones, entre las que merecen destacarse tres:

— La creciente demanda de atención sanitaria urgente. Por citar un ejemplo, en Andalucía, en el año 1996, se atendieron 2.769.906 de consultas en los servicios hospitalarios de urgencias y 4.461.378 en los dispositivos de atención primaria de urgencias¹.

— La reorganización de los equipos de urgencias. En concreto, y tomando también como ejemplo Andalucía, se ha producido recientemente una integración de los servicios de urgencias con los de cuidados intensivos, con la consiguiente controversia sobre la conveniencia de que las urgencias funcionen con autonomía o de la mano de esos otros servicios.

— El candente debate sobre la necesidad de la creación de una especialidad de medicina de urgencias. Dicha posibilidad, contrapuesta a la consideración de esta disciplina médica como un área de capacitación específica a la que podrían optar distintas especialidades², enfrenta a distintos colectivos profesionales, sociedades científicas y, últimamente, incluso, a asociaciones sindicales.

A esta realidad que ha puesto de moda las urgencias no es ajena la medicina de familia. Buena prueba de ello se encuentra en recientes congresos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC): en 1992, una de las dos ponencias de su XII Congreso se dedicó a la «Organización de las urgencias en atención primaria»; en 1997,

el XVII Congreso reservó una mesa para debatir sobre «La asistencia médica urgente en el marco de la atención primaria», y de nuevo, en el XVIII Congreso, en 1998, se configuró una mesa sobre la «Realidad de la atención al paciente urgente: el papel de la atención primaria». Además de estos actos científicos, en los congresos de la semFYC abundan los talleres y las comunicaciones relativas a urgencias. Todo ello se repite frecuentemente en los encuentros de las distintas sociedades federadas³.

Asimismo, el interés de los médicos de familia por la patología urgente queda también patente en la producción científica que, relacionada con la medicina de urgencias, dichos profesionales publican en revistas de medicina general⁴.

Presencia de los médicos de familia en urgencias

Es indudable que, después de más de 20 años de desarrollo de la especialidad de medicina de familia y comunitaria en nuestro país, se ha consolidado la figura del médico de familia en atención primaria⁵. Su papel en la atención de pacientes a demanda, en consulta programada o con carácter urgente, en dicho nivel asistencial, no es cuestionado.

Siendo esto así, no es menos cierto que, desde la incorporación de los primeros médicos de familia al mercado laboral, el número de ellos que ha elegido trabajar en marcos distintos a la atención primaria viene siendo cada vez mayor. En este sentido, puede constatararse con facilidad la presencia de estos especialistas en puestos de gestión o administración sanitaria, en estructuras docentes (como unidades docentes o, incluso, departamentos universitarios), en servicios hospitalarios de medicina interna, en unidades de hospitaliza-

ción domiciliaria y, en un número muy considerable, en servicios hospitalarios de urgencias^{6,7}.

Las causas que han llevado a los médicos de familia a trabajar en urgencias pueden ser discutidas⁷, si bien es razonable admitir que, tras años de dedicación, los profesionales que permanecen en urgencias hospitalarias lo hacen preferentemente por cuestiones de gusto y voluntad propia. En cualquier caso, es un hecho que distintos organismos (públicos y privados) han recurrido a médicos de familia para configurar el grueso de la plantilla de facultativos de dichos equipos⁶. El buen papel que aquéllos vienen desarrollando ya ha sido defendido por algunas voces⁸ y refrendado por los perfiles requeridos en las ofertas de trabajo que para estos servicios y dispositivos vienen haciendo distintas administraciones.

Con toda probabilidad, el perfil profesional del médico de familia⁹ puede justificar su protagonismo en la atención urgente a los pacientes que acuden a los centros de salud y a los dispositivos y servicios de urgencias: su carácter de clínico con formación generalista y competente para resolver la mayoría de los problemas de salud de los individuos que demandan atención sanitaria urgente; su capacidad para hacer un abordaje biopsicosocial que, en muchos casos, puede ser la solución a una demanda que, al menos desde el punto de vista estrictamente profesional, no parece justificadamente urgente; la consideración permanente del papel que la familia puede representar como generadora de la demanda urgente o, por el contrario, como apoyo para la resolución de la misma; etc. son elementos que, sin duda, sustentan la validez del médico especialista en medicina de familia para el ejercicio de la medicina de urgencias en todas sus facetas y en todos sus niveles asistenciales³.

(Aten Primaria 2001; 27: 58-61)

Papel de los médicos de familia en urgencias

Aceptado lo anterior, esto es, el papel central del médico de familia en la atención de pacientes, sin y con carácter de urgencia, en el ámbito de la atención primaria, no tiene por qué no considerarse igualmente el papel de estos profesionales en la atención urgente en el ámbito hospitalario. Por razones de diversa índole:

Práctica médica

Si bien la práctica hospitalaria constituye, casi por definición, el tipo de práctica médica más alejado de la atención primaria, no implica esto que la actuación profesional del médico de familia no pueda tener cabida en el marco hospitalario; de hecho, en países donde la medicina de familia tiene un amplio calado entre las especialidades médicas, como ocurre en Estados Unidos, los médicos de familia, en su mayoría, prestan a sus pacientes servicios hospitalarios¹⁰.

«Naturaleza de las urgencias»

Sería cuestionable el que las urgencias hospitalarias fueran excluidas del ámbito de la atención primaria, pues, entre otras razones, el propio decreto de creación de la especialidad de medicina de familia afirma, en su artículo tercero, que «tendrá la consideración de “asistencia primaria” la que se presta en los... servicios de urgencia de la Seguridad Social»¹¹. Más aún, al no existir una especialidad en medicina de urgencias, la atención urgente, sea cual sea el lugar donde se preste, debe competir al médico de familia, como ya se ha considerado en Andalucía al regularse los puestos específicos de médicos de familia en equipos de cuidados críticos y urgencias¹². Además, es cada vez más manifiesto que las urgencias constituyen una puerta de entrada al sistema sanitario, lo que la equipara en este aspecto a la atención primaria¹³.

Formación de los profesionales

Los servicios de urgencias deben contar con profesionales médicos bien formados, no sólo en patología médica sino también pediatría, ginecología, cirugía, traumatología y salud mental. Además, no bastaría hoy con un profesional de sólida formación médica tra-

dicional, capacitado para atender patología crítica y patología «banal», sino que también sería deseable que estuviera familiarizado con el abordaje biopsicosocial, ya que muchos de los pacientes que reclaman atención urgente tienen como base un problema de naturaleza no orgánica y que, con mucha frecuencia, al no ser bien diagnosticado, les conduce a la tan denostada hiperfrecuentación. La incapacidad de muchos médicos de urgencias para realizar un abordaje de este tipo pudiera ser la causa de que en muchos informes de alta de los servicios de urgencias se lean diagnósticos como «No se objetiva patología urgente», «Mareos inespecíficos» o «Dolor torácico atípico». Es deseable, también, que el médico de un servicio de urgencias esté familiarizado tanto con las urgencias hospitalarias como de atención primaria, lo que garantizaría que el profesional sabría con seguridad lo que puede o no puede resolverse en el primer nivel asistencial.

Sin duda, el especialista médico que mejor reúna estas características es, actualmente, el médico de familia³, cuyo papel ha sido reconocido, incluso, en el ámbito de las unidades de cuidados críticos¹⁴. La posible creación, en el futuro, de una nueva especialidad o un área de capacitación específica en medicina de urgencias, pasaría inexcusablemente, por considerar estos aspectos que, desde hace años, son atendidos por la medicina de familia: contemplados en el programa docente de la especialidad¹⁵ y desarrollados por un cuantioso número de médicos de familia que realizan su trabajo exclusivamente en servicios de urgencias³.

Estos médicos de familia que trabajan en urgencias pueden y deben tener un papel esencial en la formación del especialista en medicina de familia en lo referente a la atención al paciente con demanda urgente. Su formación les acredita como conocedores de los programas docentes de la especialidad, y les debe permitir sentirse más fácilmente responsables de los residentes que hacen guardias en urgencias; pueden así aminorarse o incluso resolverse las carencias formativas que, en algunos ámbitos, existen en relación con la medicina de urgencias¹⁶.

Pacientes frecuentadores

Diversos estudios han tratado de establecer la relación entre ciertos fac-

tores y la frecuentación a urgencias hospitalarias. Parece ser que un escaso nivel educativo, ingresos económicos reducidos, violencia familiar, ambiente doméstico sin adecuadas condiciones de higiene, alcoholismo habitual y situaciones de soledad y marginación social son determinantes socioeconómicos que condicionan una mayor asistencia a urgencias de los hospitales¹⁷. La solución definitiva a estas situaciones no está en manos de los médicos de familia de urgencias ni de atención primaria. Sin embargo, el acceso de estos pacientes al sistema de salud por la vía de urgencias puede aprovecharse para practicar determinadas intervenciones preventivas primarias y secundarias¹⁷, así como para «conectar» al paciente con su equipo de atención primaria y situarlo en una hipotética línea de salida que le lleve a una solución, al menos parcial, de su problemática.

Organización y coordinación de la atención

Dejando aparte la dependencia funcional de los servicios de urgencias (en concreto, en Andalucía, se ha optado por un modelo que los vincula a las unidades de cuidados intensivos, en lo que se ha denominado servicios de cuidados críticos y urgencias), la organización interna del servicio, tomando como base la presencia de los médicos de familia del propio servicio, debiera velar porque la presencia en el mismo de médicos residentes —por definición, con escasa experiencia— no resulte en un uso desproporcionado de pruebas complementarias, en posible daño de la relación entre médico de atención primaria y paciente, en cambios de pautas de tratamientos de enfermos crónicos, en ingresos poco procedentes, etc.^{18,19}.

En otro orden de cosas, sería conveniente que se produjera una coordinación entre los equipos de atención primaria y los servicios de urgencias. Esto podría producirse por diversas vías, entre las cuales debieran considerarse:

— La participación de los médicos de familia que trabajan en atención primaria en labores asistenciales en el propio servicio de urgencias, reforzando la plantilla de dicho servicio (lo que ya se hace en algunos hospitales andaluces).

— La puesta en práctica de sesiones conjuntas entre ambos niveles, que pudieran informar y formar a los profesionales de uno y otro ámbito acerca de las posibilidades y carencias de cada uno.

La deseada coordinación entre atención primaria y urgencias²⁰ debe ser siempre cuidada, teniendo como base la estrecha colaboración entre médicos de familia de urgencias y de atención primaria; ésta, y no otra, debería ser la llave que facilite la entrada al hospital de los pacientes que no admiten demora²¹.

En definitiva, en consonancia con lo que ya defienden algunos autores, estos cambios irían en la línea de hacer los servicios de urgencias más adecuados a los pacientes, en lugar de intentar inútilmente hacer a los pacientes más adecuados a los servicios de urgencias²².

Las sociedades de medicina de familia y la medicina de urgencias

Con los antecedentes expuestos, puede comprenderse que el médico de familia que, por el propio origen de la especialidad, es el responsable, entre otras cosas, de la atención sanitaria urgente en el marco de los equipos de atención primaria, constituye ya hoy un especialista fundamental en la atención médica urgente a todos los niveles: en los hospitales, en los equipos de emergencia y en los dispositivos de urgencias de atención primaria. En estos ámbitos, mientras llega la especialidad o se establece la capacitación específica, y sin ánimos de exclusivismo, la consolidación de la figura del médico de familia es y debe ser cada vez mayor.

Por tales razones, las sociedades de medicina de familia (española y autonómicas) deben implicarse, como ya ha sido públicamente solicitado⁷, en los debates que en la actualidad se plantean en relación con la medicina de urgencias y que interesan sobremanera a los médicos de familia que en ella ejercen.

La creación y consolidación de grupos de urgencias en dichas sociedades sería un instrumento útil que posibilitaría abordar, inicialmente, una serie de tareas prioritarias:

1. La invitación permanente a los médicos de familia que se dedican a la medicina de urgencias a participar

en los foros de encuentro de la sociedad (congresos, jornadas, escuelas de verano, publicaciones, etc.). En la actualidad, un elevado número de estos especialistas entiende que las sociedades de medicina de familia no son un marco adecuado en el que se aborden sus problemas, habiendo renunciado prácticamente a ellas y buscando otras sociedades en que esto sí ocurre.

2. El asesoramiento a la propia sociedad sobre el rol que los médicos de familia deben desempeñar en el desarrollo de la medicina de urgencias. La organización de las urgencias en atención primaria, y también en hospitales, no puede completarse sin que los especialistas que resuelven el 90% de los problemas de salud de los ciudadanos decidan cuál debe ser su papel y hasta qué punto deben implicarse en la atención sanitaria urgente. Asimismo, la sociedad debe manifestarse sobre la necesidad de la creación de una especialidad de medicina de urgencias o la idoneidad de que sean los propios médicos de familia (de atención primaria y hospitales) los que asuman este tipo de atención médica, como los facultativos especialistas mejor cualificados para ello.

3. La participación de los grupos en aquellas actividades, encuentros, comisiones, etc., relativas a urgencias, a los que la sociedad sea llamada. En este sentido, sirve como ejemplo la actividad que, desde el año 1996, el Grupo de Urgencias de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) realiza en diversas comisiones de trabajo (protocolos, historia clínica, transporte sanitario, calidad...) del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (Servicio Andaluz de Salud) en colaboración con otras sociedades convocadas.

De mayor envergadura sería la participación de la semFYC (a través de un grupo de urgencias nacional) en el recientemente constituido Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Este organismo es paralelo al prestigioso Consejo Europeo de RCP, que junto a la American Heart Association emite recomendaciones internacionales sobre el manejo de las situaciones de parada cardiorrespiratoria. El Consejo Español de RCP (que se ha constituido con la integración de 3 miembros fundadores: la Sociedad Española de Medicina Crítica y Unidades Coronarias [SE-

MICYUC], la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos y la Cruz Roja Española), en contestación a una petición de la SAMFYC de integrarse en él, ha invitando a la integración preferente de la semFYC, dando su ámbito estatal.

4. La oferta de actividades científicas regladas al amplio colectivo de médicos de familia que se dedican de forma exclusiva o especial a las urgencias. Esta oferta debería integrarse en la que globalmente ofrecen las sociedades de medicina de familia (semFYC, SAMFYC, etc.) a sus socios, sin que en ningún momento representara una escisión —sino al contrario— del colectivo de médicos de familia «urgenciólogos».

5. La formación de monitores e instructores de RCP avanzada que sean médicos de familia, así como de monitores de RCP básica.

En la actualidad, la docencia en RCP en el Estado español está liderada (y validada por los Ministerios de Educación y Sanidad) por el Plan Nacional de RCP, inicialmente diseñado por la SEMICYUC y ahora «integrado» en el Consejo Español de RCP. En nuestro país, son pocos los médicos de familia que son instructores de RCP. Es deseable que este número aumente, y que las técnicas de soporte vital avanzado sean habilidades bien dominadas por todos los médicos de familia, en el mismo plano que hoy lo son la entrevista clínica, la cirugía menor, etc. A su vez, estos profesionales deberían estar en condiciones de enseñar técnicas de soporte vital básico a los no sanitarios (policías, taxistas, bomberos, profesores de escuelas, familiares de cardiopatas...) a los que diversas sociedades internacionales recomiendan instruir en esta materia. Los médicos de familia que ejercen en atención primaria son, desde luego, la mejor vía para llegar a este núcleo de población y ya existe una iniciativa de colaboración en este terreno entre la SAMFYC y la Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SAMIUC).

6. La elaboración/actualización de guías de práctica clínica en urgencias y emergencias de la propia semFYC, confeccionadas por médicos de familia para médicos de familia.

El objetivo prioritario de esta tarea debería ser analizar las pruebas disponibles sobre las distintas actuaciones médicas en urgencias y hacer recomendaciones en tal sentido. Fun-

damentalmente, estas guías deberían orientar al médico de familia que ejerce en atención primaria sobre cómo actuar ante los casos más graves y sobre cuáles deben considerarse señales de alarma en las demandas sanitarias planteadas como urgentes.

Epílogo

Si bien toda la resumidísima tarea antes reseñada es esencial, dos puntos deben considerarse urgentes: la recuperación de muchos socios que se sienten olvidados y el posicionamiento de la semFYC (y el resto de sociedades federadas) ante los debates actuales sobre urgencias.

Puede decirse que, en urgencias, la polémica está servida. Es, pues, el momento de que los médicos de familia, que en este país han liderado valientemente la reforma de la atención primaria, decidan si quieren o no luchar por una parcela que es de su competencia. Probablemente, ese posicionamiento claro de las sociedades de medicina de familia (con la semFYC a la cabeza) ante la idoneidad o no de considerar las urgencias hospitalarias como parte de la atención primaria, la necesidad o no de crear una especialidad de medicina de urgencias, la conveniencia o no de que las urgencias sean coordinadas por otros especialistas distintos a los médicos de familia, etc. sea el móvil que recupere a muchos médicos de familia para nuestra sociedad científica y ayude a aclarar las ideas a otras sociedades científicas, a algunas asociaciones sindicales y a la propia Administración; que recupere y ayude, en definitiva, a las personas en las que los médicos de familia somos especialistas.

Bibliografía

1. Pérez I et al. Análisis de las derivaciones desde los dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU) de Andalucía a los hospitales. Libro de Comunicaciones. IV Jornadas Científicas de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (Agrupación Andaluza). Ronda, 1996; 30.
2. De Lorenzo R, Gracia S, Aulló M. La medicina de urgencias y su relación con el entorno jurídico (I). En: Medina Asensio J, editor. Manual de urgencias médicas (2.^a ed.). Madrid: Díaz de Santos, 1996; 3-12.
3. Caballero A, Trillo C, Muñoz L, García JJ, Montero E. El médico de familia en los distintos niveles de la atención urgente. Libro de Ponencias y Comunicaciones. IX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla, 1998; 1-24.
4. Delgado A, Hidalgo C, Giménez JR, Caballero A. La producción científica en medicina de urgencias vista a través de publicaciones de medicina general. Libro de Ponencias y Comunicaciones. IX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla, 1998; 214.
5. Velázquez A. Atención primaria y medicina de familia. Aten Primaria 1999; 23: 1-2.
6. Rodríguez F, Fernández C, Cimas J, Valdés C, De Alaiz T. Situación laboral de los especialistas en medicina familiar y comunitaria formados en una comunidad autónoma. Libro de Ponencias. XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: semFYC, 1994; 40.
7. Lisa V. Papel del médico de familia en las urgencias hospitalarias. Aten Primaria 1998; 21: 509-510.
8. Soler JM, Martín JC. Medicina de familia y práctica hospitalaria en España. Aten Primaria 1994; 14: 799.
9. Gallo FJ et al. Perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria 1999; 23: 236-248.
10. Taylor RB. Medicina de familia en los Estados Unidos. Libro de Ponencias. XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: semFYC, 1994; 29-32.
11. Real Decreto 3303/78 de 29 de diciembre. Regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad profesional. BOE 1979; 326.
12. Orden de 9 de febrero de 2000 por la que se regulan las plazas de médicos de familia y de enfermeros/as en las unidades de cuidados críticos y de urgencias. BOJA 2000; 21: 2290-2291.
13. Cantalejo M, Mir M, Capilla R, Garcés C. Atención primaria: ¿es realmente la puerta de entrada al sistema sanitario? Aten Primaria 1998; 21: 646-647.
14. Goldmann RW. The role of the family physician in critical care. J Fam Pract 1985; 21: 231-232.
15. Programa Docente de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
16. Forés D. La formación del especialista de medicina de familia y comunitaria en la atención al paciente con demanda urgente. Aten Primaria 1995; 16: 310-312.
17. Marín et al. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. Med Clin (Barc) 1997; 108: 726-729.
18. Planes A. Por favor: ¡cierren las urgencias! JANO 2000; 58: 671.
19. Buitrago F, Vergeles JM. Impacto de una óptima atención primaria en la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios. Med Clin (Barc) 1997; 109: 565-566.
20. Martín A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Aten Primaria 2000; 25: 48-57.
21. Duque A. Gripe y urgencias del año 2000. Aten Primaria 2000; 25: 291.
22. Murphy AW. «Inappropriate» attenders at accident and emergency departments II: health service responses. Fam Pract 1998; 15: 33-37.