



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reflexión

La Anestesiología-Reanimación en la formación académica del médico de familia



Helen María Barreto Quintana*

Profesora Invitada, Departamento de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de septiembre de 2014

Aceptado el 22 de enero de 2015

On-line el 12 de marzo de 2015

Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria
Atención primaria de Salud
Anestesia
Agentes Comunitarios de Salud
Analgesia

R E S U M E N

La formación integral que necesita un médico de familia, debe estar fortalecida en su preparación ética, social y científico-técnica de avanzada. Estas necesidades y exigencias creadas en la atención primaria, llevan a las academias la necesidad de implementar cambios curriculares que garanticen que los futuros médicos de familia adquieran habilidades, permitiéndoles de esta manera, alcanzar una preparación eficaz y eficiente para lograr la formación de un profesional en salud que pueda dar respuesta a los problemas de salud que se presentan en la población.

© 2015 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Anesthesia – Resuscitation in the academic training of the family doctor

A B S T R A C T

The comprehensive education that a family doctor needs should be underpinned by his/her state-of-the-art ethical, social and scientific-technical knowledge. These demands of primary care make it necessary for the academies to introduce curricular changes to make sure that family doctors develop the necessary skills, and hence accomplish an efficient and effective background. As a healthcare professional, the family doctor should be able to respond to any health challenges facing the population.

© 2015 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La Medicina Familiar «es una especialidad que no profundiza en el conocimiento de un área limitada, sino que toma partes de todas las disciplinas de las cuales deriva, para aplicarlas de forma única y global al individuo, la familia y la comunidad».¹

Es una especialidad que comparte mucho con otras disciplinas clínicas, incorporando ese conocimiento compartido y utilizándolo de forma específica para realizar el tratamiento primario¹.

* Autor para correspondencia: Universidad Nacional de Colombia, Carrera 45 No 44-21, Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: helenbarreto65@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2015.01.006>

0120-3347/© 2015 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A su vez la Anestesiología-Reanimación es una «especialidad que tiene como objetivo el uso de técnicas y métodos para hacer insensible al dolor y proteger al paciente de la agresión antes, durante y después de cualquier intervención quirúrgica y obstétrica, de cualquier traumatismo y de exploraciones diagnósticas. De igual forma hace tratamiento del dolor en cualquiera de sus etiologías y realiza reanimación siempre que sea necesario»².

La formación integral que necesita un médico de familia, debe estar fortalecida en su preparación ética, social y científico-técnica. Los programas de estudio han estado determinados por una dimensión científica y la selección de los contenidos a incluir ha tomado como criterio fundamental los temas tradicionales y actuales de una ciencia particular, sin valorar en toda su extensión la relación con otras disciplinas ocasionando no pocas veces contradicciones en el enfoque y forma de abordaje de determinadas situaciones, siendo imprescindible el desarrollo de coordinaciones multi-, inter- y transdisciplinarias, de un trabajo de equipo, y de un colectivo científico-metodológico que garantice la calidad prevista en el egresado.

En Alma-Ata se evidenció que «la sociedad es cada vez más exigente en relación a la garantía de calidad de los servicios prestados por distintos profesionales. Este es el caso de la creciente exigencia por acceso universal a servicios de salud capaces de proveer cuidado integral, continuo y resolutivo a poblaciones definidas»³.

Estas necesidades y exigencias creadas en la atención primaria llevan a las academias a la necesidad de implementar cambios curriculares que favorezcan que los futuros médicos de familia adquieran habilidades que permitan lograr una preparación eficaz y eficiente para lograr la formación de un profesional en salud que posea una preparación ética, social y científico-técnica de avanzada, que le permita dar respuesta a los problemas a los cuales tendrá que enfrentarse.

Existen áreas comunes entre la Medicina Familiar y la Anestesiología-Reanimación entre las que podemos mencionar las relacionadas con el tratamiento del dolor, los cuidados paliativos, la resucitación cardiopulmonar y la formación en técnicas y fármacos utilizados en la anestesia local, tan necesaria en el ámbito rural o de atención primaria en general que deben tenerse en cuenta a la hora de incrementar las competencias del médico de familia.

El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria. Afecta a gran parte de las personas en algún instante de la vida. La prevalencia del dolor crónico de causa no oncológica se encuentra entre el 2 y el 40% de la población adulta. En cuanto al dolor oncológico, la prevalencia en el momento del diagnóstico es del 37% de los pacientes y en fases más avanzadas del 67%⁴.

El médico de familia desde épocas remotas ha tratado el dolor, pues la mayoría de los pacientes pueden ser aliviados eficazmente con medidas simples al alcance de cualquier médico. Actualmente las clínicas del dolor están constituidas por equipos interdisciplinarios, donde deben interactuar los médicos de familia con su concepción biopsicosocial y el equipo más especializado, teniendo en cuenta que el tratamiento del dolor no debe incluir solo medicación analgésica, es de vital importancia tratar tanto los síntomas

asociados como los componentes emocional y social del mismo.

Según estudios realizados, «existen múltiples factores psicológicos y físicos que modifican la percepción sensorial del dolor, unas veces amplificándola y otras veces disminuyéndola como son: personalidad, momento o situación de la vida en la que se produce el dolor, relación con otras personas, sexo, edad, nivel intelectual, dolores previos y aprendizaje de experiencias previas»^{4,5}; estos se deben tener en cuenta no solo por los médicos de familia, sino también por los anestesiólogos y otros miembros del equipo que son parte fundamental de las unidades de atención al dolor, brindando el adecuado diagnóstico y tratamiento para alcanzar una calidad de vida apropiada en los pacientes.

Al valorar el conocimiento sobre la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud, vemos que existe un desconocimiento de la misma por parte de considerables médicos de familia. Esta organización mundial plantea en relación a este tema que: «existen pacientes con cáncer y otras enfermedades crónicas que no reciben tratamiento analgésico adecuado, ya sea por un uso inadecuado o por la infrautilización de opioides mayores. Para la Organización Mundial de la Salud el consumo de morfina (de uso médico) es un buen indicador del control del dolor asociado al cáncer en los distintos países»⁶.

Según esta organización «solamente una pequeña minoría de los más de un millón de personas que mueren semanalmente en todo el mundo recibe cuidados paliativos para disminuir su sufrimiento»⁷. A la baja utilización de la morfina se une un uso impropio por la falta de formación y preparación general de los profesionales»^{7,5}. Es imprescindible el conocimiento de los diferentes tipos farmacológicos para un buen manejo y uso de los mismos en el momento adecuado.

Cuando se hace un análisis de la preparación en resucitación cardiopulmonar de los médicos de familia se comprueba que este aspecto constituye una deficiencia a superar en el desarrollo del proceso docente, ya que en los últimos años, «se han producido descubrimientos en relación a la fisiopatología cardiovascular, respiratoria y cerebral, aplicadas al soporte vital y mantenimiento de la vida ante situaciones críticas»⁸. Se considera por tanto que es imprescindible reforzar estos aspectos para obtener uno de los objetivos más anhelados por educadores médicos en el mundo: la integración de las ciencias básicas con las clínicas.

Se reconoce una insuficiente preparación en la atención al paro cardiorrespiratorio, situación esta preocupante, no solo por la frecuencia con que pueda presentarse a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS), sino fundamentalmente porque constituye una situación donde el correcto tratamiento inicial y la inmediatez de las acciones terapéuticas son fundamentales para garantizar la vida del paciente y la continuación exitosa de la atención en el nivel secundario que permita, además de la supervivencia, una recuperación funcional y reinserción a la sociedad, garantías de alcanzar una adecuada calidad de vida después de una situación crítica.

Es de vital importancia, además, valorar los efectos psicológicos de las maniobras de resucitación cardiopulmonar en el personal de salud. Aun en el mejor hospital y en el mejor sistema, cuatro de cinco esfuerzos de resucitación no tienen éxito y fracasan en sus intentos, pudiendo aparecer síntomas

físicos y emocionales muy serios y de larga duración en el personal que trabaja en la reanimación cardiopulmonar sin éxito. La muerte de personas jóvenes y los accidentes con traumas de envergadura son los más difíciles de afrontar.

El uso de simuladores en la educación médica, específicamente en la reanimación cardiopulmonar es de vital importancia, esta forma de enseñanza no pretende reemplazar el contacto del residente con el paciente sino prepararlo adecuadamente para el encuentro con la realidad, dándole mayor seguridad y habilidad en la realización de procedimientos clínicos en sus futuros pacientes. Entre los beneficios para el uso de la simulación médica se encuentran, el entrenamiento en situaciones difíciles o poco frecuentes, practicar en un entorno en que los errores están permitidos y se puede aprender de ellos, situaciones idénticas pueden repetirse cuantas veces sea necesario y con bajo costo y que no se presentan daños en el paciente ni complicaciones derivadas de la inexperiencia.

De igual forma ha sido señalado, que los médicos y demás miembros del personal de salud que participan en maniobras de reanimación no reciben adecuado entrenamiento, aspecto que se debe lograr con la adquisición de habilidades a través de la relación multi- o interdisciplinaria.

La formación en técnicas y fármacos utilizados en la anestesia local, tan necesaria en el ámbito rural o de atención primaria en general, reviste de igual forma un aspecto a tener en cuenta en la formación del residente en Medicina Familiar. Existen procedimientos quirúrgicos sencillos en los cuales es imprescindible el uso de anestésicos locales y en los que participa el médico de familia. Debemos tener presente que cuando se precisa la colaboración del paciente, este debe estar preparado psicológicamente para aceptar el procedimiento propuesto y por este motivo el conocimiento adecuado del médico de atención primaria es imprescindible por ser el que más vínculo mantiene con el paciente. Es necesario conocer la dosis exacta que se puede usar y las posibles reacciones adversas que pueden aparecer y brindar toda la información que sea necesaria para la tranquilidad y seguridad del paciente.

Dentro de estos, el fármaco más utilizado es la lidocaína, ya que se utiliza con mucha frecuencia junto con la epinefrina que reduce el flujo sanguíneo local y retrasa la absorción del anestésico local alargando su efecto, razón por la cual se debe tener precaución, pues en exceso, produce necrosis isquémica. Este anestésico es utilizado comúnmente en la APS, por este motivo el médico de familia debe estar familiarizado con su uso, dosificación y contraindicaciones que en muchos instantes, lamentablemente, se desconocen. En este aspecto el anestesiólogo juega un papel fundamental a la hora de la formación del residente.

Un aspecto a señalar y en el cual los anesthesiólogos-reanimadores desempeñan un papel formativo importante para los médicos de familia es el concerniente a la realización de ecografía para el diagnóstico precoz de complicaciones en el paciente politraumatizado. El tiempo para realizar una ecografía en situaciones de accidente es muy corto porque la vida del paciente está en juego, se sabe que en innumerables ocasiones el primero en brindar atención al accidentado es el médico de familia, y la adecuada actuación del mismo es fundamental para evitar la muerte por mal manejo del paciente.

Existen muchos ecógrafos fuera del ambiente hospitalario que utilizados de forma apropiada llevan a un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto pues se puede no solo establecer prioridades de atención sino también estabilizar apropiadamente al paciente para su traslado al nivel adecuado de atención.

Los cambios ocurridos en la APS con la incorporación de nuevos servicios y tecnologías, condicionan la necesidad de una mayor preparación en técnicas y manejos de situaciones especiales, en las cuales es importante la integración y abordaje multi- e interdisciplinario en la formación del egresado de medicina familiar, con una vinculación temprana a acciones a nivel de la comunidad y la incorporación creciente de habilidades para la atención de situaciones que así lo requieran.

A partir de la precisión de los niveles de actuación, será complementar la puntualización de los conocimientos y las habilidades que habría que desarrollar en el egresado de Medicina Familiar para el desempeño previsto en la APS, lo que tendría su concreción en un trabajo de coordinación interdisciplinaria y con orientaciones metodológicas coherentes con un proceso desarrollador, pertinente y centrado en el residente, buscando lograr un abordaje multi- e interdisciplinario que asegure, en primer lugar, la participación coordinada de diferentes disciplinas a lo largo de la carrera y niveles crecientes de integración de contenidos y desarrollo de habilidades.

Los aspectos señalados anteriormente no se alcanzan incorporando una nueva disciplina en el plan de estudios de la residencia de Medicina Familiar, sino logrando una mayor integración y trabajo conjunto de todas las unidades curriculares, aumentando los escenarios formativos prácticos, utilizando nuevas formas de organización de la enseñanza, más participativos, productivos y polémicos, cercanos a la realidad, incorporando, cuando se considere, períodos o estancias prácticas, en instituciones de cualquier nivel del sistema de salud, que propicien el desarrollo de las habilidades requeridas, insistiendo en la responsabilidad personal del residente en lograrlas, aspectos todos que pueden alcanzarse con la estructuración de una estrategia curricular.

En los últimos años se ha presentado una transformación en el paradigma de la enseñanza de la medicina y sus diferentes especialidades⁹. «Esta transformación invita a repensar estrategias adecuadas que permitan mantener una metodología de educación médica, que desarrolle competencias adecuadas al perfil. Se debe privilegiar los enfoques fisiopatológico y de riesgo para establecer las características del entorno del paciente, que incidan en el pronóstico; la medicina preventiva debe apuntalar la APS»¹⁰.

«La Anestesiología-Reanimación es una especialidad médica que engloba un conjunto de conocimientos científicos y de técnicas propias»². La medicina actual requiere de la participación de múltiples profesionales, con los que se debe buscar siempre la máxima sintonía, dentro de estos los especialistas en Medicina Familiar pues son los que proporcionan cuidado a pacientes de todos los niveles de atención, la capacitación del médico de familia reviste importancia porque, en ocasiones, es el primer contacto con el paciente³. Facultar a los médicos de familia para que, basados en el conocimiento, destrezas y juicio clínico aprendidos sean capaces de ejercer y evaluar con un criterio autónomo a la población por

ellos atendida, es rol de todos los especialistas que participan en su formación, incluidos los anestesiólogos. Se deben formar médicos plenamente capaces del manejo integral de los pacientes en cualquier situación, que sean capaces de asumir toda la responsabilidad en el ejercicio profesional.

«La atención en el primer nivel tiene que dar respuesta a la mayoría de los problemas de salud de la población atendida, por lo que sus profesionales deben desarrollar un amplio perfil y ser la base del sistema sanitario»¹¹.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Díaz Novás J, Gallego Machado B, Durán-Cortina M. Caracterización del médico de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en Internet]. 2005;21(5-6). [citado 6 Sep 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500016&lng=es
2. Tian J, Atkinson NL, Portnoy B, Gold RS. A systematic review of evaluation in formal continuing medical education. *J Contin Educ Health Prof*. 2007;27:16.
3. OMS-Unicef. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, Unión Soviética, 6-12 septiembre. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978. Serie «Salud para todos», n.º 1. [Consultado 6 Sep 2014]. Disponible en: URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
4. Calsina-Berna A, Moreno-Millán N, González-Barboteo J, Solsona-Díaz L, Porta-Sales J. Prevalencia de dolor motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2011;43:578-676.
5. ONU: poner fin al sufrimiento innecesario, Cartas al director. *Rev Soc Esp Dolor* 16. 2009;3, 0-0.
6. Historia de los orígenes de la escalera analgésica de la OMS., In S Meldrum F M Ed., *The ladder and the clock: cancer pain and public policy at the end of the twentieth century.*, [La escalera y el reloj: dolor por cáncer y directivas públicas a finales del siglo, XX]. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29: 41-54.
7. 20 Aniversario de la publicación de la escalera analgésica de la OMS. *Cancer Pain Release*. 2006;19.
8. American Heart Association. Textbook of advanced cardiac life support. Texas: ACLS Training Center; 2004. p. 3-51.
9. Fritz E, Gempeler R. Educación en anestesia. ¿Cambio de un paradigma? *Rev Colomb Anesthesiol*. 2014;42:139-41.
10. Ospina JM, Manrique-Abril FG, Martínez-Martin AF. La formación de médicos generales según los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2012;40:124-6.
11. Arévalo-Pérez C, Arnal R, Font M, Garrigo-Barral A, Gómez-Gascón T, Illana-Robles F, et al. La Atención Primaria en la comunidad de Madrid: reflexiones y propuestas de futuro. C Documento de consenso. Madrid; octubre-diciembre. *Revistas de Administración Sanitaria*. [Consultado 6 Sep 2014]. Disponible en: http://www.semap.org/docs/atencion_primaria_comunidad_madrid_futuro.pdf