

## LA DOCENCIA EN MEDICINA DE URGENCIAS

F. J. Montero Pérez\*, L. Jiménez Murillo\*\*

Profesores Asociados al Departamento de Medicina (Área Docente de Urgencias). Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba.

\*Jefe Clínico de la Unidad Funcional de Urgencias del Hospital Regional Universitario «Reina Sofía» de Córdoba.

\*\*Coordinador de la Unidad Funcional de Urgencias del Hospital Regional Universitario «Reina Sofía» de Córdoba.

### Introducción

**Docencia** etimológicamente es la práctica y ejercicio del docente<sup>1</sup>. Es el «arte de enseñar». Engloba a dos elementos fundamentales: el **docente** o el que enseña y el **discente** o el que recibe enseñanza. De ellos, el único indispensable es el segundo, puesto que la ausencia del docente no impide el aprendizaje; esto constituye la **autodocencia**, siendo el autodidacta aquél que se instruye por sí mismo sin auxilio de maestro<sup>1</sup>, práctica que presenta inconvenientes importantes como son la adquisición de un alto porcentaje de vicios que contribuyen a la deformidad profesional si el autodidacta no posee una gran capacidad de autocrítica («Lo que uno aprende mal lo sigue haciendo mal toda la vida»).

### Características de la docencia en Medicina de Urgencias

La docencia de la Medicina de Urgencias durante la **etapa de pregraduado** en nuestro país brilla por su ausencia. La carrera profesional de Medicina no presenta entre sus disciplinas académicas ninguna que se ocupe específicamente de la formación de los alumnos en este campo. Tan sólo se trata en algunas disciplinas aspectos puntuales de temas relacionados con la Medicina de Urgencias, pero generalmente desde un punto de vista teórico y no enfocado al manejo práctico del paciente que demanda una actuación bien ur-

gente o bien emergente. Es sorprendente que un médico que finaliza su etapa de pregraduado frecuentemente no esté capacitado, por ejemplo, para realizar correctamente las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica, máxime si se tiene en cuenta que países sanitariamente más avanzados que el nuestro están consiguiendo que dichas maniobras sean conocidas y realizadas por cualquier ciudadano mediante su enseñanza en escuelas primarias.

No obstante, se vislumbra el cambio de actitud de las autoridades universitarias para que la Medicina de Urgencias sea una de las áreas de aprendizaje del alumno de pregrado. Así un primer paso es la incorporación como profesores asociados, en virtud del Real Decreto 1558/86 de 28 de junio<sup>2</sup>, de profesionales de urgencias para que transmitan sus conocimientos al alumno y de este modo éste tome contacto, durante su formación inicial, con un campo de la Medicina actual y dinámico, cuyo conocimiento es fundamental y básico para cualquier médico independientemente de la especialidad a que posteriormente se dedique.

Pero, desgraciadamente no es suficiente con un cambio de actitud. El aprendizaje de la Medicina de Urgencias exige la dotación por parte de las Facultades de Medicina de material específico para la realización de prácticas sobre las diversas técnicas que se realizan. Así, es fundamental la existencia de material de reanimación cardiopulmonar para que el alumno se enfrente por primera vez a una parada cardio-respiratoria y pueda aprender el ABC de la reanimación cardiopulmonar sobre muñecos-maniqués<sup>3</sup>.

Correspondencia: Dr. F. Javier Montero Pérez. Juan de Torres, 1. 2.º B. Córdoba 14001.

En la **etapa de postgrado** el panorama no es menos desesperanzador. La Medicina de Urgencias no es una especialidad y por tanto no existe formación específica ni reglada de los profesionales que a ella se dedican. Éstos tienen que ir adquiriendo conocimientos fundamentalmente mediante su propia experiencia, siendo generalmente auténticos autodidactas. Por otra parte, en la mayoría de hospitales de nuestro país los Servicios de Urgencias acogen a los médicos internos residentes de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas que, por exigencias de su programa de formación y por necesidades asistenciales de los propios hospitales, se ven obligados a realizar guardias médicas con actividad asistencial plena durante uno o varios años en función de la especialidad de que se trate.

Los servicios de Urgencias hospitalarios (S.U.H.) son una fuente inagotable de material docente debido a la diversidad de patologías que en ellos se asisten. Sin embargo, no son un marco idóneo para la docencia por los siguientes motivos:

1. Gran carga de estrés para el docente y discente, debido a:

- La existencia de situaciones vitales que exigen la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoces.
- La ansiedad del paciente y/o familiares que demandan asistencia.
- La frecuente masificación de los S.U.H., que dificulta enormemente la relación docente-alumno y estudiante-paciente.

2. La frecuente falta de objetivación de la evolución del paciente que imposibilita realizar una confrontación diagnóstica y valorar la eficacia de la terapéutica administrada.

3. La dificultad para la emisión de un diagnóstico etiológico definitivo, y por lo tanto, de una terapéutica específica.

4. La falta de hábito docente.

### **Principales aspectos docentes en Medicina de Urgencias**

El pre o postgraduado que comienza su labor asistencial en un Servicio de Urgencias debe aprender una serie de aspectos básicos no ya sólo para poder desenvolverse con éxito en este campo de la Medicina sino también en su quehacer profesional sea cual sea la especialidad que posteriormente realice. Nos referiremos fundamentalmente a la Medicina de Urgencias hospitalaria, dando finalmente también algunas pinceladas a la extrahospitalaria:

**A. Aprendizaje de la relación médico-paciente y médico-familiares:** pues en ellas recae buena parte del

«efecto terapéutico» del médico. Aprender a no transmitir a los pacientes y familiares la incertidumbre diagnóstica que frecuentemente es fuente de ansiedad para aquéllos, es fundamental para el manejo del paciente con patología urgente; así como la información de pronósticos funestos y de exitus, situaciones a las que tarde o temprano todo médico va a enfrentarse.

**B. Realización de historia clínica y exploración física de urgencias.** Puesto que ambas tienen sus peculiaridades; la historia clínica en urgencias debe ser breve y concisas, señalando los antecedentes personales más importantes del paciente, el motivo principal de consulta y una clara exposición de la enfermedad actual. La exploración física, que siempre debe ser completa, prestará especial atención al órgano, aparato o sistema presumiblemente afectado en función de la sintomatología objeto de consulta.

**C. Diferenciación de la patología emergente, urgente, no crítica y no urgente.** Esto es de vital importancia para una práctica eficaz de la Medicina de Urgencias tan frecuentemente masificada por la alta incidencia de consultas motivadas por patología banal.

Los profesionales de un Servicio de Urgencias tienen como misión prioritaria la de discernir si la enfermedad causante de la demanda asistencial es emergente, urgente no crítica o no urgente:

- La **patología emergente** requiere un diagnóstico y tratamiento rápidos, pues del tiempo que transcurre desde el inicio de la sintomatología hasta la demanda terapéutica dependerá el pronóstico del paciente.
- La **patología urgente no crítica** requiere, en la mayoría de ocasiones, un diagnóstico sindrómico del que se derivará un tratamiento sintomático, siendo necesario habitualmente un posterior estudio del enfermo en búsqueda del proceso etiológico responsable.
- La **patología no urgente** no es subsidiaria de ser atendida en los Servicios de Urgencias sino en los Centros de atención primaria.

**D. Aprendizaje de las maniobras de Reanimación cardiopulmonar (RCP):** Para ello es fundamental la práctica de dichas maniobras en situaciones lo más reales posibles lo cual se consigue inicialmente mediante la práctica de las mismas en cadáveres<sup>4</sup>.

**E. Reconocimiento y tratamiento de choque de patologías emergentes:** infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón, etc.

**F. Reconocimiento y tratamiento de choque de patologías urgentes:** crisis convulsivas, hemorragia digestiva alta, síncope, traumatismo craneo-encefálico, reacciones extrapiramidales, etc.

**G. Aprendizaje de una serie de maniobras diagnóstico-terapéuticas** como punción lumbar, paracentesis, toracocentesis, sondaje vesical, canalización de vía venosa periférica y central, entre otras.

**H. Conocimientos generales de áreas específicas.** el médico de urgencias debe ser un «médico generalista» entrenado en patología urgente, entendido éste como aquél que tiene conocimientos básicos de la mayoría de las especialidades médico-quirúrgicas, una visión integral del paciente muy distinta a la que tiene el «especialista» para el que las entidades nosológicas de su especialidad son el eje sobre el que gira el diagnóstico del paciente; así, todos los que desarrollamos nuestra labor en urgencias escuchamos con cierta frecuencia la expresión «esto no es mío» cuando realizamos una interconsulta a un especialista ante un paciente con un diagnóstico todavía incierto.

Además de los conocimientos básicos de las especialidades médicas, el médico de urgencias debe saber manejar aspectos de cirugía menor como sutura de heridas, reducción de hernias abdominales..., traumatológicos (inmovilización y reducción de fracturas y luxaciones básicas, indicaciones quirúrgicas...), oftalmológicos (extracción de cuerpos extraños corneales, examen de fondo de ojo, diagnóstico y tratamiento de queratitis y conjuntivitis, úlceras corneales, reconocimiento de situaciones verdaderamente urgentes como desprendimiento de retina, glaucoma agudo...), otorrinolaringológicos (cauterización y taponamiento de epistaxis, cricotiroidotomía, manejo correcto de la otoscopia para el diagnóstico de las otitis externas y medias...), pediátricos (cuestiones básicas de puericultura, tratamiento de las afecciones gastrointestinales y respiratorias...), obstetricoginecológicos (asistencia al parto, manejo de las hemorragias del primer y tercer trimestre del embarazo...), entre otros.

En relación al medio extrahospitalario, Morgan<sup>5</sup> ha señalado las principales ventajas e inconvenientes del ámbito docente, destacando entre las primeras la asistencia de patologías más sencillas y comunes de mayor interés a la formación generalista y entre las segundas el variable grado de calidad médica, aspecto éste que según Matorras<sup>6</sup> sea posiblemente el que condicione o determine en mayor grado la posibilidad de formación extrahospitalaria.

Las Urgencias extrahospitalarias en nuestro país van tomando un papel cada vez más relevante aunque en general siguen adoleciendo de medios técnicos apropiados y de un reciclaje del personal, por lo que los profesionales que a ellas se dedican tienen aún escasa credibilidad por parte del paciente y/o familia-

res. Ello es debido a que estamos inmersos en un mundo cada vez más tecnificado y del que no escapa la Medicina con medios diagnósticos y tratamiento rápidos. Todo ello hace que el paciente pretenda que para solucionar su problema se utilicen todos los medios disponibles y ve en el hospital el arsenal diagnóstico-terapéutico ideal a donde consultar independientemente de la patología que presente.

El médico de urgencias extrahospitalarias debe saber manejar bien la patología. El médico de urgencias extrahospitalarias debe saber manejar bien la patología, generalmente banal, que a ella acude y debe conocer perfectamente los criterios de derivación hospitalaria, aspectos a los que debe estar enfocada la docencia.

### **Principales errores en Medicina de urgencias**

En nuestra opinión, el principal error que se comete cuando se comienza a prestar asistencia en un Servicio de Urgencias es que el principiante pretende a toda costa llegar a un diagnóstico definitivo de todos y cada uno de los pacientes que atiende cuando en la mayoría de casos sólo es necesario un juicio diagnóstico sindrómico y, únicamente cuando la patología es emergente (aquella con riesgo vital para el paciente si no se realiza una actitud terapéutica precoz) es preciso un diagnóstico definitivo. De ello se deriva la realización innecesaria de exploraciones complementarias para intentar «que no quede ningún cabo suelto» en un claro ejemplo de «Medicina defensiva», esto es, aquella enfocada a salvaguardar las posibles consecuencias legales que un error diagnóstico pueda ocasionar; tipo de actuación médica que encuentra numerosos seguidores en los Servicios de Urgencias y que, según nuestro criterio, constituye una de las causas de la saturación de los mismos.

El temor a equivocarse constituye para el médico novel casi una obsesión, que le impide inicialmente razonar con lógica ante la resolución de un determinado caso. Ello quizás deriva de la alta resonancia que los fallos diagnósticos cometidos en Urgencias tienen en la población y de que sean frecuente fuente de atención por parte de los medios de comunicación, especialmente ávidos de este tipo de noticias. Pero lo que hay que tener claro es que esto es algo inherente a la profesión médica, si bien se está especialmente predispuesto en los servicios de Urgencias, medio de alto riesgo para este tipo de situaciones.

El futuro de la Medicina de Urgencias pasa por la consideración de la misma como disciplina académica en el pregrado y, por tanto, su incorporación al

currículum de la licenciatura de Medicina<sup>2</sup>; ello condicionará sin duda el conocimiento de la Medicina de Urgencias por los futuros profesionales y el nacimiento de vocaciones y preferencias hacia ella<sup>7, 8</sup>. Igualmente, es necesario el reconocimiento por parte de la Administración de la necesidad de facultativos específicamente adiestrados en el manejo de este tipo de pacientes.

### **Bibliografía**

1. Real Academia Española. Diccionario manual e ilustrado de la lengua española. Edit. Espasa-Calpe, 4.<sup>a</sup> edc. revisada. Madrid, 1989.
2. Saura Llamas J. Universidad y atención primaria. Estado actual de la cuestión. *Atención Primaria* 1992; 10: 527-528.
3. Polglase RF, Parish DC, Buckley RL, Smith RW, Joiner TA. Problem-based ACLS instruction: a model approach for undergraduate emergency medical education. *Ann Emerg Med* 1989; 18 (9): 997-1000.
4. Nelson MS. Models for teaching emergency medicine skills. *Ann Emerg Med* 1990; 19 (3): 333-335.
5. Morgan WL. The environment for general clinical education. *J Med Educ* 1986; 61 (part 2): 47-58.
6. Matorras R. El entorno de la docencia médica. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 175-177.
7. Anderson GV. Where we've been, where we are, and where we're going: emergency medicine-past, present, and future. *Ann Emerg Med* 1988; 17 (9): 982-989.
8. Shepherd S, Zun L, Mitchell J, Binder L, Emerman C, Green R, Honingman B, Jones H, LaMantia J, Mayer D et al. A model pre-clinical, clinical and graduate education curriculum in emergency medicine for medical students and rotating residents. *Ann Emerg Med* 1990; 19 (10): 1159-1166.