



Universidad de Oviedo

TÍTULO:

Autopercepción de los facultativos del Servicio de Urgencia de la Atención Primaria (SUAP) del Área V para intervenir en Urgencias Extrahospitalarias.

AUTORA:

MAYDA MERCEDES MARTÍNEZ MIRANDA

Médica Servicio Urgencia de la Atención Primaria Área V

TUTOR:

JOSÉ ANTONIO CERNUDA MARTINEZ

Declaro que esta tesis titulada: **Autopercepción de los facultativos del Servicio de Urgencia de la Atención Primaria (SUAP) del Área V para intervenir en Urgencias Extrahospitalarias** es únicamente el resultado de mi propio trabajo de investigación y que todas las fuentes de información utilizadas (impresas, sitios web) procedentes de otros autores o trabajos se indican en la lista de referencias de acuerdo con las normas establecidas.

Firma: _____

Recuento total de palabras:

El Profesor José Antonio Cernuda aprueba ésta tesis para presentación.

Firma del director de la Tesis: _____

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y MÉTODOS	10
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	19
AGRADECIMIENTOS	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo conocer la autopercepción de los facultativos del Servicio de Urgencia de la Atención Primaria (SUAP) del Área V para intervenir en Urgencias Extrahospitalarias, detectar sus necesidades y competencias de formación teórico-prácticas en técnicas de medicina de urgencias.

Estudio observacional transversal realizado mediante una encuesta autoadministrada a una muestra aleatoria simple de 27 médicos de AP (n) que desarrollaban su trabajo en los dispositivos del SUAP del Área Sanitaria V del Servicio de Salud del Principado de Asturias, del total de los 33 médicos (N) que forman la plantilla de médicos del SUAP del Área Sanitaria V. En la revisión bibliográfica previa realizada no se encontró ningún cuestionario validado para explorar el grado de conocimientos teóricos y de habilidades prácticas percibidas. Por ello, se elaboró un cuestionario *ad hoc*. Para la definición de la *dimensión de constructo* del cuestionario, en este caso los conocimientos y habilidades prácticas percibidas en materia de técnicas de medicina de urgencia y emergencia, se utilizó el cuerpo doctrinal establecido por la SEMES para la acreditación de médicos. A partir de él se identificaron una serie de 45 acciones o procedimientos considerados relevantes para su uso por el personal médico que atiende urgencias o emergencias. En la construcción de la *escala del cuestionario*, las variables se agruparon en las siguientes tres dimensiones: dimensión 1 (grado de conocimientos teóricos percibidos); dimensión 2 (grado de habilidades prácticas percibidas) y dimensión 3 (atención inadecuada en urgencias). Se obtuvo alta tasa de respuesta del 84,8%, 4 (14,8%) eran hombres y 23 (85,2%) mujeres. La media de años desde que terminaron los estudios de grado fue de 19,25 (DE 10.68281), trabajando en el SESPA fue del 13.5 (DE 12.05076) y en su puesto actual de medico SUAP 5.67 (DE 5.97559). 21 (75%) poseían una especialidad médica adquirida en el programa de MIR. Se ubican los mayores porcentajes de formación en el rango de tiempo menor a 5 años el 82,1% en RCP Básico, RCP Avanzada el 60,7% y en Politraumatizados el 32,1%. Se realizó una correlación de Pearson entre Conocimiento Total en general y número de Cursos de RCP Básico, Avanzado y Politraumatizados alcanzando la RCP Avanzada significación estadística, se correlacionó las habilidades prácticas siendo significativas las obtenidas en todos los cursos de RCPB, RCPA y Politraumatizado; obteniéndose una correlación entre Conocimiento Total y las Habilidades Prácticas en general de $r=0,869$ para una significación estadística importante ($p=0,0000$).

Abreviaturas: EMS = Servicios Médicos de Urgencias, INE = Instituto Nacional de Estadística de España, MFC = Medicina Familiar y Comunitaria, APS = Atención Primaria de Salud, SEMES = Sociedad Española de Medicina de Urgencias, SESPA = Servicio de Salud del Principado de Asturias, UME= Medicina de Urgencias y Emergencias, RCP= Reanimación Cardiopulmonar, SUAP= Sistema de Urgencias de la Atención Primaria.

Palabras clave: urgencias, facultativos, formación, atención primaria de salud

INTRODUCCIÓN

Se entiende como formación continuada de los profesionales sanitarios cualquier actividad dirigida a ellos, que se realice una vez han obtenido la titulación correspondiente o la especialidad, sin que esta actividad de formación continuada tenga como finalidad la obtención de una nueva titulación profesional. (1)

Las actividades de formación médica continuada constituyen la fórmula más idónea para actualizar la competencia de los profesionales, adaptando sus conocimientos y actividad profesional a las nuevas tecnologías, al estar estas en continua evolución. Además de esto, la formación médica continuada debe ser contemplada como una herramienta fundamental e imprescindible para garantizar la calidad de los servicios sanitarios (2).

Todo programa o actividad de formación continuada debe estar orientado a satisfacer las necesidades formativas sentidas por los profesionales. Este es un aspecto clave en la formación y, por tanto, se debería huir de la tentación de organizar este tipo de actividades atendiendo únicamente a las impresiones o experiencias de los organizadores de la actividad. (3)

En 1997, el Sistema Nacional de Salud, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, decidió impulsar la formación continuada de los profesionales sanitarios mediante el establecimiento de un sistema de acreditación válido para todo el Estado español. De esta forma, y mediante el acuerdo de todas las comunidades autónomas, se estableció un sistema nacional coordinado, formado por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, en el que están representadas todas las comunidades autónomas (4).

Desde entonces corresponde a estas comisiones de formación continuada de las comunidades autónomas la acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias. Los SUAP se crean en el antiguo territorio INSALUD, mediante una resolución de la dirección general del INSALUD de 27 de diciembre de 2001. A partir de este momento las plazas de médicos y ATS/DUE de los servicios normales de urgencia y de los servicios especiales de urgencia se transforman en plazas de SUAP (5).

Definitivamente se consolida, a través de los recién creados SUAP, el modelo de asistencia urgente en atención primaria instaurado en 1967 con los servicios normales de urgencia y servicios especiales de urgencia. La creación de los SUAP coincide en el

tiempo con el proceso de transferencia de competencias en materia sanitaria, en enero de 2002, a las comunidades autónomas en las que la asistencia sanitaria todavía dependía del INSALUD (Cantabria, Asturias, Madrid, Castilla y León, Castilla La Mancha, La Rioja, Aragón y Extremadura).

Al igual que había ocurrido en otras comunidades autónomas, que habían recibido las transferencias sanitarias anteriormente (Andalucía, Galicia, País Vasco y Cataluña), la constitución de los respectivos servicios autonómicos de salud favoreció la introducción de ligeras modificaciones sobre el modelo SUAP transferido, para adaptar la asistencia urgente a la particular idiosincrasia de cada comunidad.

A nivel prehospitalario, la atención es brindada por 2 tipos de servicios: los Servicios Médicos de Emergencia (SEM) que atienden a los pacientes en estado crítico y los equipos de médicos de los centros de Atención Primaria de Salud (APS) que atienden habitualmente a los pacientes no críticos. Así, entre las tareas asignadas a los médicos del sistema de APS en España se incluye la asistencia a las urgencias que se produzcan en el área geográfica asignada a cada centro de APS, (6) así como la colaboración con el mencionado SEM prehospitalario (7). Esta organización funcional hace necesario que los médicos de APS cuenten con un conjunto suficiente, adecuado y coherente de conocimientos teóricos y habilidades prácticas en EM.

La SEMES ha constituido un cuerpo doctrinal específico para los médicos de urgencias, (8), aunque esto no es del todo aplicable a los médicos de familia como instrumento para evaluar su formación o preparación en EM, ya que su tarea principal es atender la demanda no urgente. También es necesario considerar el programa oficial de 2004 de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) que establece objetivos con sus correspondientes prioridades para cada competencia. (9)

Las urgencias se caracterizan por ser imprevistas, de localización variable y fortuita, de múltiples etiologías y por presentar desigual gravedad, aunque hay que resaltar los 2 aspectos más importantes: por un lado, la subjetividad y, por otro, la necesidad de respuesta inmediata por parte del paciente y familiares. (10). Esto conlleva la necesidad por parte de los profesionales de mantener una actualización permanente de sus conocimientos y habilidades, para prestar a los pacientes una atención urgente de calidad, cosa que no es realmente fácil para los médicos de la APS porque atienden

ocasionalmente situaciones de urgencia vital, pudiendo no saber actuar adecuadamente cuando se presentan.

Un plan formativo en cualquier institución sanitaria debe estar encaminado a conseguir la excelencia en la asistencia sanitaria a los ciudadanos, y tendrá más posibilidades de éxito si se acompaña de un análisis previo de las necesidades formativas y del perfil curricular de los profesionales a los que va dirigido; no cabe duda de que estos aspectos mejoran la efectividad de cualquier programa de formación respecto a los elaborados basándose exclusivamente en las impresiones o experiencias de los responsables de unidades de formación de cualquier entidad. (11).

Con la inquietud de conocer las necesidades de formación continuada de los facultativos del Sistema de Urgencia de la APS del Área V se realiza este trabajo donde se pretendió conocer la autopercepción de los facultativos del Servicio de Urgencia de la Atención Primaria (SUAP) para intervenir en Urgencias Extrahospitalarias.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la autopercepción de los facultativos del Servicio de Urgencia de la Atención Primaria (SUAP) del Área V para intervenir en Urgencias Extrahospitalarias.

ESPECÍFICOS:

1. Detectar necesidades de formación de los facultativos del Servicio de Urgencia de la Atención Primaria (SUAP) del Área V.
2. Comprobar la formación teórico-práctica en técnicas de medicina de urgencias de los facultativos del Servicio de Urgencia de la Atención Primaria (SUAP) del Área V.
3. Conocer los motivos de actuación inadecuada ante una urgencia extrahospitalaria de los facultativos del Servicio de Urgencia de la Atención Primaria (SUAP) del Área V.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal realizado mediante una encuesta autoadministrada a una muestra aleatoria simple de 27 médicos de AP (n) que desarrollaban su trabajo en los dispositivos del SUAP del Área Sanitaria V del Servicio de Salud del Principado de Asturias, del total de los 33 médicos (N) que forman la plantilla de médicos del SUAP del Área Sanitaria V. En la revisión bibliográfica previa realizada no se encontró ningún cuestionario validado para explorar el grado de conocimientos teóricos y de habilidades prácticas percibidas por éste tipo de profesional. Por ello, se elaboró un cuestionario *ad hoc*. Para la definición de la *dimensión de constructo* del cuestionario, en este caso los conocimientos y habilidades prácticas percibidas en materia de técnicas de medicina de urgencia y emergencia, se utilizó el cuerpo doctrinal establecido por la SEMES para la acreditación de médicos. (12). A partir de él se identificaron una serie de 45 acciones o procedimientos considerados relevantes para su uso por el personal médico que atiende urgencias o emergencias. En la construcción de la *escala del cuestionario*, las variables se agruparon en las siguientes tres dimensiones: dimensión 1 (grado de conocimientos teóricos percibidos); dimensión 2 (grado de habilidades prácticas percibidas) y dimensión 3 (atención inadecuada en urgencias).

En cada una de las tres dimensiones estaban incluidas las siguientes variables:

- Dimensión 1: conocimientos teóricos percibidos en cada una de las cuarenta y cinco variables siguientes, además del grado de conocimiento teórico en general para intervenir en situaciones de urgencia y emergencia.
- Dimensión 2: habilidad práctica percibida en cada una de las cuarenta y cinco variables siguientes, además del grado de habilidad práctica en general para intervenir en situaciones de urgencia y emergencia.
- Dimensión 3: causas de no actuar adecuadamente en una urgencia y con qué frecuencia se necesitó material para intervenir en una urgencia y no estaba disponible.

La clasificación del ámbito geográfico de trabajo usada fue la del Instituto Nacional de Estadística que establece como categorías “rural” (entidades de población con 2.000 o menos habitantes, “semiurbano” (de 2.001 a 10.000 habitantes) y “urbano” (10.001 habitantes o más). (13)

En la revisión bibliográfica previa no se encontró ningún cuestionario validado para estudiar la autopercepción de los motivos que impiden o limitan una asistencia inadecuada en urgencias y emergencias en médicos del SUAP. Por ello, se elaboró un cuestionario *ad hoc*. Se consideró adecuado un valor del coeficiente alfa de Cronbach para consistencia interna superior a 0,7. El cuestionario utilizado incluyó también preguntas acerca de la formación recibida en procedimientos de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) y sus características y temporalidad. Para valorar la dotación de material de urgencias y emergencias en su centro de salud se elaboró una escala tipo Likert de 11 puntos, de 0 (mínimo) a 10 (máximo).

En el análisis de datos se calcularon frecuencias absolutas y relativas, parámetros de tendencia central y de dispersión. Para la comparación de las causas manifestadas en los distintos ámbitos de trabajo se ha usado una prueba de Ji cuadrado. Se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk para comprobar la normalidad de la distribución de las variables estudiadas. Para el cálculo de la diferencia entre medias de dos variables con distribución normal se aplicó la prueba t, mientras que en aquellas variables que no seguían una distribución normal se aplicó la prueba de Mann-Whitney. En las comparaciones de medias entre más de dos variables con distribución normal se empleó la prueba ANOVA, mientras que en aquellas variables que no seguían una distribución normal se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis. Las estimaciones al conjunto de la población se hicieron usando intervalos de confianza de la media del 95%. En las comparaciones de parámetros se consideraron estadísticamente significativas las diferencias entre parámetros con una probabilidad de error menor del 5% ($p < 0,05$). En el análisis bivariante se realizó análisis de correlación.

RESULTADOS

De los 33 médicos potenciales de la encuesta respondieron 28 para una tasa de respuesta del 84,8%, 4 (14,8%) eran hombres y 23 (85,2%) mujeres. De ellos 17 (60,71%) cursaron postgrado en medicina de Urgencias con 11 (39,29 %) que refirieron no haberlo cursado.

En la Tabla 1 se muestra grado medio de Conocimiento Teórico y Habilidad Práctica autopercibidos por los médicos de Urgencia APS para cada procedimiento.

Procedimiento	Conocimiento Teórico		Habilidad Práctica	
	Media	DE	Media	DE
SVB	7,43	0,56	7,29	0,54
SVA	3,39	0,59	6,29	0,56
Politraumatizados	5,57	0,54	5,43	0,51
Pulsioximetría	7,82	0,56	8	0,54
Toma Constantes	8,25	0,52	8,18	0,53
Glucemias Capilares	7,93	0,56	8,04	0,53
Apgar	4,25	0,61	4,04	0,64
Valoración Neurológica	7	0,50	7,14	0,52
Valoración Neuromuscular Extremidades	6,86	0,53	6,61	0,57
Vías Venosas Periféricas	5,46	0,63	7,14	0,52
Acceso Intraóseo	4,61	0,64	3,78	0,63
Desobstrucción manual Vía Aérea	6,29	0,55	5,07	0,63
Desobstrucción Instrumental Vía Aérea	5,5	0,60	4,64	0,58
Balón Resucitador	7,54	0,56	5,39	0,55
Cánula Orofaríngea	7,39	0,53	4,64	0,59
Dispositivos Supraglóticos	6,54	0,56	7,21	0,55
Administración Oxígeno	7,43	0,54	7,18	0,54
DESA	7,57	0,54	5,79	0,55
Desfibriladores Manuales	6,17	0,63	7,61	0,53
Masaje Cardíaco Externo	7,82	0,54	7,5	0,52
Monitorización Cardíaca	6,79	0,50	5,71	0,60
Sondaje Nasogástrico	4,89	0,65	7,61	0,53
Sondaje Vesical	5,5	0,59	5,18	0,65
Examen Vaginal	4,64	0,67	4,18	0,64
Partos	3,96	0,69	3,39	0,65
Taponamientos Nasales	6,46	0,60	6,21	0,63
Retirada Casco	5,64	0,65	5,75	0,65
Técnicas Comunicación Telefónica	5,61	0,67	5,96	0,66
Técnicas Comunicación Radio	3,75	0,69	3,68	0,73
Inmovilización Reducción Fracturas	5,21	0,64	4,61	0,67
Camilla Palas	5,32	0,64	5,11	0,69
Tablero Espinal	4,96	0,66	4,96	0,70
Tablero Espinal Corto Rescate	4,57	0,67	4,21	0,66
Collarín Cervical	6,46	0,56	5,86	0,58
Fluoresceína	8,04	0,55	7,82	0,54
Férulas Vendajes	6,21	0,60	6,25	0,61
Intubación Orotraqueal	5,68	0,57	5,18	0,59
Punción Cricotiroidea	3,71	0,62	3,36	0,66
Anestesia Locorregional	4,46	0,66	4,11	0,67
Técnicas Sedación	5,29	0,65	5,46	0,58
Técnicas Analgesia	6,64	0,59	6,43	0,60
Exploración Oftalmológica	7,5	0,53	7,5	0,55
Exploración ORL	7,68	0,54	7,61	0,55
Cuerpos Extraños Ojo	7,04	0,55	6,86	0,57
Cuerpos Extraño Nariz	6,79	0,54	6,29	0,54
En General	6,18	0,45	5,71	0,46

Media y derivación estándar (DE) de los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas.

La media de años desde que terminaron los estudios de grado fue de 19,25 (DE 10.68281), trabajando en el SESPA fue del 13.5 (DE 12.05076) y en su puesto actual de medico SUAP 5.67 (DE 5.97559). Del total de los médicos encuestados, 21 (75%) poseían una especialidad médica adquirida en el programa de Médico Interno Residente (MIR). Del total de especialistas 21 (75%) eran de MFyC. Del total de 8 médicos restantes, 7 (25%) no habían estudiado ninguna especialidad médica reglada y 1 (3.57%) declaró especialidad de Medicina Preventiva.

En relación al último curso de RCP Básico 23 (82,1%) respondió fue menos de 5 años y 5 (17,9%) lo realizaron hace 5 a 10 años; 26 facultativo respondieron haber recibido formación en RCP Avanzada 17 (60,7%) de ellos hace menos de 5 años, 7 (26,9%) entre 5 y 10 años y 2 (7,1) lo recibieron hace más de 10 años; sobre el último curso en Politraumatizados solo 18 dijeron haberla recibido 9 (32,1%) hace menos de 5 años, 8 (28,6%) entre 5 y 10 años y 1 (3,6%) hace más de 10 años. (tabla 2).

Procedimiento	Años	Nro	Total	%
RCP Básico	< 5	23	28	82,1
	5-10	5		17,9
	>10	0		0
RCP Avanzada	<5	17	26	60,7
	5-10	7		26,9
	>10	2		7,1
Politraumatizado	<5	9	18	32,1
	5-10	8		28,6
	>10	1		3,6

Relación último curso de RCP Básico, RCP Avanzada y atención al Politraumatizado

Se realizó una correlación de Pearson entre Conocimiento Total en general y número de Cursos de RCP Básico realizados y se obtuvo un valor $r= 0,007$ ($p=0,973$), para RCP Avanzada $r= -0,20$ ($p= 0,309$) y para cursos de politraumatizados $r= 0,099$ ($p= 0,613$). Se realizó igualmente la correlación de Pearson para las Habilidades Prácticas obteniendo para la RCP Básica una $r= 0,151$ ($p= 0,449$), para la RCP avanzada una $r= 0,201$ ($p= 0,303$) y para los cursos de politraumatizado se obtuvo una correlación de $r= -0,034$ ($p= 0,863$); obteniéndose una correlación entre Conocimiento Total y las Habilidades Prácticas en general de $r= 0,869$ para una significación estadística importante ($p= 0,0000$).

En cuanto a la institución que les proporcionó su formación en la UEM, 8 (30,8%) indicaron que ésta se realizó en cursos impartidos por el Servicio de Salud de Asturias (SESPA; Oviedo, España); 10 (38,5%) habían adquirido esta formación por su cuenta;

mientras que 8 (30,8%) habían sido capacitados tanto por SESPA como por cuenta propia. Un total de 2 (7,1%) profesionales se negaron a responder a esta pregunta. (tabla 3).

Entidades	Frecuencia	%
En los estudios de pregrado	1	3,57
En los estudios de grado	4	14,29
En el período MIR	3	10,71
Como médico Titular	5	17,86
En estudios de grado y en el período de MIR	1	3,57
En estudios de grado y Médico Titular	1	3,57
En el período de MIR y Médico Titular	13	46,43
Total	28	100

Cómo consiguieron los médicos la formación para atender urgencias y emergencias.

El 32,1% de los médicos plantearon como causa de una actuación incorrecta ante una urgencia o emergencia el no contar con el material necesario y el 21,43 % de ellos lo atribuyeron a insuficientes conocimientos teóricos y habilidades prácticas para resolverlo como apreciamos en la siguiente tabla.

Causas	Frecuencia	%
Insuficientes conocimientos teóricos	6	21,43
Insuficiente habilidad práctica	6	21,43
No material necesario	9	32,14
Insuficiente habilidad y material no disponible	4	14,29
Insuficiente habilidad y material deficiente	1	3,57
No material necesario y material defectuoso	1	3,57
Insuficientes conocimientos teóricos	1	3,57
Total	28	100

Causas de actuación incorrectas de los facultativos en Emergencias y Urgencias.

Solo 3 (10,7%) médicos dispusieron de todo el material necesario para atender la urgencia o emergencia, mientras que 11 (39,3%) no contaron con ellos en algún momento del trimestre, 1 (3,6) refirió haberlo necesitado una vez en 6 meses, 5 (17,9%) una vez en 1 año, 2 (7,1%) una vez cada 3 años y 3 (10,7%) plantearon haberlo necesitado una vez cada 5 años y otros 3 una vez cada 10 años. (tabla 5).

Frecuencia	Nro	%
Nunca	3	10,71
1 vez cada 10 años	3	10,71
1 vez cada 5 años	3	10,71
1 vez cada 3 años	2	7,14
1 vez al año	5	17,86
1 vez cada 6 meses	1	3,57
1 vez cada 3 meses	5	17,86
1 vez al mes	3	10,71
1 vez cada 15 días	1	3,57
1 vez a la semana	1	3,57
Casi a diario	1	3,57
Total	28	100

Frecuencia de la no disponibilidad del material de urgencias al momento de la intervención.

Sin embargo, el 56,6% necesitó casi a diario los conocimientos adquiridos en Urgencia y Emergencia (tabla 6).

Frecuencia	Nro	%
1 vez cada 5 años	1	3,57
1 vez cada 6 meses	2	7,14
1 vez cada 3 meses	1	3,57
1 vez al mes	6	21,43
1 vez a la semana	3	10,71
Casi a diario	15	53,57
Total	28	100

Necesidad del uso conocimientos en Urgencias y Emergencias en su trabajo diario.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue conocer la autopercepción de los facultativos del Servicio de Urgencia de la Atención Primaria (SUAP) del Área V para intervenir en Urgencias Extrahospitalarias. No fue posible comparar con estudios previos realizados en médicos del SUAP, ya que no los había, pero comparamos nuestro estudio con otro realizado en médicos de AP que trabajan en Asturias según el contexto geográfico de su trabajo. (14).

En general, los médicos del SUAP del Área V perciben como principales limitaciones para su intervención en urgencias o emergencias la falta de capacidad práctica y una dotación insuficiente de equipamiento en los centros de salud; sin embargo, perciben su formación teórica como adecuada con un 6,18 de media contra otra de 5,71 para las habilidades prácticas. Hallazgos similares obtuvo Cernuda en su estudio acerca de las limitaciones y dificultades autopercebidas por los Médicos de Atención Primaria de Salud para atender emergencias. (15). Aunque creemos además de las apreciaciones que realiza el autor de dicho estudio que la autopercepción de nuestros médicos del SUAP esté relacionado a la no existencia de un plan de formación continuada en las que se tenga en cuenta las necesidades de aprendizaje y entrenamiento que sentidas de los facultativos destinados a atender las urgencias y emergencias. Los médicos de APS adquieren experiencia a través de la resolución de urgencias para las que es imprescindible una formación específica periódica. En muchas ocasiones, los médicos de APS tienen menos oportunidades para realizar esta formación específica, lo que limita su capacidad para gestionar estas situaciones de emergencia. (16).

La comparación del grado medio de conocimientos teóricos en procedimientos de urgencias de los médicos del SUAP del Área Sanitaria V y la comparación de los promedio del grado de destrezas prácticas en procedimientos de urgencias de los médicos del sistema de Urgencia de la AP en Área V. Hubo una correlación estadísticamente significativa entre el grado medio de conocimiento teórico y el grado medio de habilidad práctica en procedimientos de emergencia ($r = 0,8694$; $p < 0,000$), concordante con otros estudios previos (14).

Los mayores porcentajes de los facultativos han completado cursos de RCP Básica, RCP Avanzada y Politraumatizados en los últimos 5 años con el 82,1%, 60,7% y 32,1% respectivamente. Este hallazgo puede estar relacionado con la necesidad de estar actualizados por la ubicación laboral de ser médicos SUAP. La media de años desde que

terminaron los estudios de grado fue de 19,25 (DE 10.6828), trabajando en el SESPA fue del 13.5 (DE 12.0508) y en su puesto actual de médico SUAP 5.67 (DE =5.9756). Del total de los médicos encuestados, 21 (75%) poseían una especialidad médica adquirida en el programa de Médico Interno Residente (MIR). Del total de especialistas 21 (75%) eran de MFyC. Del total de 8 (28,6%) médicos restantes no habían estudiado ninguna especialidad médica reglada; pudiendo deberse a la presencia de médicos extracomunitarios que trabajan en el SUAP del área de salud y están en trámites de homologación de sus especialidades. En nuestro estudio la institución responsable de la formación en UEM es el 10 (38,5%) adquirido por cuenta de los propios médicos; mientras que 8 (30,8%) habían sido capacitados tanto por SESPA como por cuenta propia, demostrando el sentido de pertenencia y responsabilidad de los profesionales que trabajan en las urgencias del área V, además la autora de éste estudio lleva más de 20 meses realizando cursos de Formación Continuada en temas de UEM para los sanitarios del área de salud coincidiendo con otros autores en su planteamiento de que los médicos de APS adquieren experiencia a través de la resolución de urgencias para las que es imprescindible una formación específica periódica. En muchas ocasiones, los médicos de APS tienen menos oportunidades para realizar esta formación específica, lo que limita su capacidad para gestionar estas situaciones de emergencia. (16).

Los médicos de APS deben estar bien capacitados en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como contar con guías clínicas y protocolos actualizados y conocerlos para poder actuar de manera efectiva en las diferentes urgencias y urgencias a las que se enfrentan. (17)

La dotación de material médico de urgencias en los centros de urgencia de la APS de Gijón, en general, es percibida por el 53,6% de los facultativos como insuficientes, y en ocasiones no presenta buenas condiciones de uso, lo que supone una importante limitación para la adecuada asistencia a las urgencias; indicando la autopercepción de una limitación en los propios médicos debido a la disposición de los medicamentos y equipos existentes tan es así que 11 (39,3%) de los 28 encuestados no contaron con ellos en algún momento del trimestre; sin embargo el 56,6% necesitó casi a diario los conocimientos adquiridos en Urgencia y Emergencia, reforzando nuestra opinión y la de otros autores en la necesidad continua de capacitación en UEM.(14-17) (tabla 4, 5 y 6)

Los resultados de nuestro trabajo no guardan mucha coincidencia con los realizados por Vaardal, donde la atención prehospitalaria en Noruega es de suma importancia, más

modesta en las zonas urbanas, pero la provisión de equipos de los centros de salud es considerada satisfactoria por sus profesionales. (18) Al igual que en Turquía, según (19), considera solo 8 instrumental básico para atender emergencias (cánula orofaríngea, balón de reanimación, oxígeno, nebulizador, torniquete, cánula intravenosa, glucómetro y esfigmomanómetro); A su vez, Sempowski señala que el suministro de material presente en los centros de emergencia de atención primaria canadienses era deficiente y estos centros no estaban preparados adecuadamente para brindar asistencia de emergencia. (20) Las recomendaciones sobre el equipamiento mínimo que debe tener un centro de APS varían ampliamente. (21). Sin embargo, el correcto equipamiento del centro sólo es útil si los médicos que deben realizar la atención urgente saben utilizar el material del que disponen. (22). Está bien documentada la necesidad de una reeducación periódica de los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas en emergencias para los médicos de APS. (23-28).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los médicos del SUAP del Área V del SESPAs perciben mayoritariamente tener un mejor grado de conocimiento teórico que de habilidad práctica para enfrentarse a situaciones de urgencia y emergencia. Perciben su grado de conocimiento teórico general en MUE como de nivel medio (6,1 sobre 10), con diferencias significativas en los conocimientos específicos de cada una de las técnicas estudiadas, en un rango de medias de 3 a 8 sobre 10 según la técnica considerada; también es percibida como de grado medio su habilidad práctica general en MUE, con una media de 5,7 sobre 10.
- Son percibidas como significativamente bajas las habilidades prácticas para ejecutar determinadas técnicas altamente relevantes en MUE, como son el acceso intraóseo, la atención al politraumatizado, desobstrucción manual e instrumental de la vía aérea, uso de dispositivos supraglóticos, punción cricotiroides, anestesia local regional y en habilidades gineco-obstétricas como examen vaginal y partos.
- Los médicos del SUAP del Área V perciben como causas de malas actuaciones en la atención a las urgencias y emergencias el no contar con material necesario o ser insuficiente para atender las mismas.

Por los resultados encontrados sugieren la necesidad de que la administración del área sanitaria incorpore al Plan de Formación Continua cursos teórico-prácticos en MUE para elevar el nivel de estos conocimientos y habilidades en los médicos del SUAP para ser capaces de garantizar un nivel de calidad asistencial adecuado a la urgencia y emergencia, así como dotar del material mínimo indispensable en los Centros de Salud que prestan servicio de urgencias de 24 horas.

AGRADECIMIENTOS

Con éste trabajo finaliza el Máster en Gestión en Emergencia y Desastres, por lo que quisiera agradecer a todos los profesores involucrados en su realización con especial mención a Rafa Castro, Pedro Arcos y mis afectos especiales a mi tutor y compañero José Antonio Cernuda por su extraordinario apoyo y paciencia para conmigo.

Quisiera dedicar éste triunfo a dos personas importantes y motor impulsor de todos mis logros... mi pareja, por su apoyo incondicional y a mi hijo por ser la razón de mi vida.

A todos Gracias!!!!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz de Adana Pérez R, Elipe Rebollo P. Calidad en la formación continuada de los profesionales sanitarios: necesidad y reto. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21:117---9.
2. Garrido Elustondo S, García Vallejo R, Nogales Aguado P. Formación continuada en atención primaria; necesidades formativas de sus profesionales. *Aten Primaria*. 2002;30:368-73.
3. Amador Sevillano M, Cantero Santamaría JI; *Educ Med* 2018;19
4. Castejón Casado M. Sistema de acreditación de formación continuada de las profesiones sanitarias en España. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:224
5. Cantero Santamaría JI, Fonseca del Pozo FJ, García Criado E, Gutiérrez Gómez E, Ayuso Baptista F, Cadenas González NE. La asistencia urgente en atención primaria: una aproximación histórica (ii). *Med Gen*. 2008;105:170-4
6. Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. El modelo de Atención Primaria de Salud: equilibrio y perspectivas. *Atón Prim* 2000;25:48–58.
7. Ley 14/1986, de 25 de abril de 1986. Dirección General de Sanidad (BOE de 29/4/1986).
8. Ley 14/1986, de 25 de abril de 1986. Dirección General de Sanidad (BOE de 29/4/1986).
9. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo de 2005, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 105 (3 de mayo de 2005).
10. Fonseca del Pozo FJ, Cantero Santamaría JI. Urgencias/emergencias: ¿una especialidad médica? *SEMergen*. 2006;32:425-6.
11. Amador Sevillano MA, Cantero Santamaría JI, Alonso-Vallec, V, Barbero Lago MC y Ruiz Núñez M. Implantación de una actividad de formación médica continuada y evaluación de su calidad en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Cantabria. *Educ Med*. 2018; 19: 271-76.
12. SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. https://semes.org/sites/default/files/Cuerpo_Doctrinal.pdf (2016).
13. Instituto Nacional de Estadística. Padrón de habitantes. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=12594734710990 (2017).

14. Cernuda Martínez JA, Castro Delgado R, Ferrero Fernández E, et al. Autopercepción de conocimientos teóricos y habilidades prácticas por parte de alumnos de primaria. médicos de atención médica en emergencias que amenazan la vida. *Prehosp Disaster Med* 2018;33:508–18.
15. Cernuda Martínez JA, Castro Delgado R, Ferrero Fernández E, et al. Limitaciones y dificultades autopercibidas por los Médicos de Atención Primaria de Salud para atender emergencias.
16. Aloufi MA, Bakarman MA. Barreras a las que se enfrentan los médicos de atención primaria de la salud cuando atienden casos de emergencia en Jeddah, Arabia Saudita. *Glob J Health Sci* 2016;8:192–9.
17. Ramanayake RPJC, Ranasingha S, Lakmini S. Gestión de emergencias en la práctica general: papel de los médicos generales. *J Family Med Prim Care* 2014;3:305–8.
18. Vaardal B, Lossius HM, Steen PA. ¿Ha influido la implementación de un nuevo servicio médico de emergencia especializado en el patrón de participación de los médicos generales en las emergencias médicas prehospitalarias? Un estudio de variaciones geográficas en alerta, despacho y respuesta. *Emerg Med J* 2005;22:216–9.
19. Yorganci M, Yaman H. Preparación de la atención primaria de salud para situaciones críticas de emergencia en el suroeste de Turquía. *Prehosp Disaster Med* 2008;23:342–5.
20. Sempowski IP, Brison RJ. Atención de emergencias en la oficina. Enfoque paso a paso para los médicos de familia. *Can Fam Physician* 2002;48: 1464– 672.
21. Tabaco SL. Preparación para emergencias médicas en la práctica de oficina. *Am Fam Physician* 2007;75:1679–84.
22. Limitaciones y dificultades autopercibidas por los Médicos de Atención Primaria de Salud para atender emergencias José Antonio Cernuda Martínez, RN, PhD*, Rafael Castro Delgado, MD, PhD, Pedro Arcos González, MD, PhD.
23. White JR, Shugerman R, Brownlee C, et al. Desempeño de habilidades de reanimación avanzada por parte del personal de la casa de pediatría. *Arco Pediátrico Adolescente Med* 1998;152:1232–5.
24. Stross JK. Mantener la competencia en habilidades avanzadas de soporte vital cardíaco. *JAMA* 1983;249:3339–41.

25. Kaye W, Mancini ME. Retención de habilidades de reanimación cardiopulmonar por parte de médicos, enfermeras registradas y público en general. *Crit Care Med* 1986;14:620–2.
26. Seraj MA, Naguib M. Habilidades de reanimación cardiopulmonar de profesionales médicos. *Resucitación* 1990;20:31–9.
27. Ramanayake RPJC, Ranasingha S, Lakmini S. Gestión de emergencias en la práctica general: papel de los médicos generales. *J Family Med Prim Care* 2014;3:305–8.
28. Hernández Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Desigualdades sociales en salud y atención primaria. Informe SESPAS. 2012. *Gac Sanit* 2012;26(Suplemento 1):6–13.