

ORIGINALES**COMPETENCIAS Y DESTREZAS DEL MEDICO DE FAMILIA EN OFTALMOLOGIA****José Ramón Loayssa Lara (1), Javier Díez Espino (1), M.^a Angeles Altarriba Freire (2), Pilar Buil Cosiales (3) y Carmen Garde Garde (1)**

- (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Navarra. Servicio Navarro de Salud.
 (2) Servicio de Oftalmología Hospital Virgen del Camino. Servicio Navarro de Salud.
 (3) Atención Primaria de Cizur-Echavacoiz.

RESUMEN

Fundamentos: Para facilitar la colaboración interprofesional y la Formación Continuada es necesario definir el perfil de competencias del Médico de Familia (MF) en Oftalmología y que este sea aceptado por los MF y los especialistas.

Métodos: Se envió a 20 Oftalmólogos del Area sanitaria de Pamplona un cuestionario con 42 competencias y 18 destrezas en el área de Oftalmología. Se solicitó su valoración sobre si cada una de ellas era parte del campo de actividad del MF. Las respuestas de 16 especialistas se comparan con las de 16 MF.

Resultados: 30 competencias y 12 destrezas son consideradas propias del MF por más del 75% de estos, frente a 22 competencias y 10 destrezas aceptadas por los oftalmólogos. Más del 75% de estos expresan su desacuerdo en tres competencias: identificación de lesiones traumáticas de ambas cámaras, vigilancia de la tensión ocular en pacientes de riesgo, y del glaucoma crónica, y tratamiento inicial de las heridas penetrantes de globo ocular; y en tres destrezas: valoración del ángulo iridocorneal, dilatación de pupila y comprobación de la permeabilidad de vías lagrimales. en 9 ítems se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.05$) entre las respuestas de ambos grupos. Destaca entre ellas el reconocimiento y vigilancia de las Retinopatías en enfermedades vasculares y metabólicas.

Conclusiones: Nuestro estudio evidencia una disparidad de criterios que puede dificultar la colaboración interprofesional entre ambos grupos. Se recomienda estudiar los factores que pueden influir en el desacuerdo. La lista elaborada constituye un avance en la definición de perfil del MF en Oftalmología aunque sería necesario realizar más estudios.

Palabras clave: Médico de Familia. Competencias del médico. Relación interprofesional. Oftalmología.

INTRODUCCION

La colaboración interprofesional requiere

Correspondencia:

José Ramón Loayssa Lara.
 Unidad Docente. Ambulatorio Conde Oliveto.
 Pza de la Paz s/n, 6.^a planta
 Pamplona 31002.

ABSTRACT**Family Doctor's Competences and Skills in Ophthalmology**

Background: In order to facilitate interprofessional collaboration and continuing education, it is necessary to define the Family Doctor (FD) work profile in Ophthalmology and that this profile is accepted by FD and specialized doctors.

Methods: A questionnaire with 42 activities and 18 skills, belonging to the scope of Ophthalmology was sent to 20 ophthalmologists in the Health Area of Pamplona. They were asked to value each item and to express whether they thought it belonged to the FD activity scope. The answers from 16 specialized doctors are compared with the answers from 16 FD.

Results: 30 activities and 12 skills are considered to be a part of the FD scope by 75% of them, compared with 22 activities and 10 skills accepted by the ophthalmologists. More than 75% of these ones express their disagreement with three activities: identification of traumatic wounds in both cameras, surveillance of eye-pressure in patients at risk, surveillance of chronic glaucoma and early care of wounds in the eye globe; and in three skills: valuation of iridocorneal angle, enlargement of the eye pupil and verification of lacrimal conduct permeability. In 9 items, statistically significant differences were found ($p < 0.05$) between both groups answers. Among them, the examinations and surveillance of retinopathies in vascular and metabolic diseases, stands out.

Conclusions: Our study shows a disparity of positions, which may raise difficulties to the interprofessional collaboration between both groups. It is recommended to study the factors, which might have an influence on this disagreement. The elaborated list constitutes a progress in the definition of FD profile in Ophthalmology, although it would be necessary to carry out more studies.

Key words: Family Doctor. Doctor's Attributions. Inter-professional Collaboration. Ophthalmology.

re que los implicados conozcan y acepten sus respectivos papeles (incluyendo su evolución reciente) y que sean capaces de negociar una pauta de trabajo en común¹. Esta pauta precisa que se definan los límites de la responsabilidad de cada profesional para garantizar una adecuada coordinación en la atención al

paciente y un proceso de derivación ágil y efectivo². La existencia de grandes discrepancias sobre el papel profesional de una de las partes puede dificultar esta colaboración.

A pesar de la importancia y trascendencia de esta relación, la dificultad de colaboración entre Atención Primaria y el nivel especializado es uno de los problemas que se señala con más frecuencia por parte de los profesionales de los Centros de Salud.

Esta colaboración tiene, además, una importante dimensión formativa. La relación entre especialista y Médico de Familia (MF) es un medio de Educación Médica Continuada que se puede ver amenazado por dificultades de comunicación³.

La definición de las áreas de responsabilidad profesional no sólo facilita que la relación MF — Especialista adquiera esta dimensión formativa, sino que es un elemento esencial para la planificación de programas educativos tanto de Formación Continuada como de Postgrado.

En nuestros días, la estrategia educativa, basada en competencias, goza de un amplio reconocimiento. En ella se enfatiza la necesidad de que los programas educativos se dirijan a capacitar a los profesionales para llevar a cabo las tareas profesionales derivadas de su trabajo⁴.

Por consiguiente la planificación de los programas y especialmente la definición de objetivos pertinentes requiere que se identifique cuáles son las competencias profesionales necesarias en cada campo de actuación.

Establecer las competencias que el MF debe reunir en el área de Oftalmología para que sirva de apoyo en desarrollo curricular, tanto a nivel de postgrado como en Formación Continuada, es uno de los objetivos del presente trabajo que, además, intenta comparar la visión del propio papel profesional en el área de oftalmología por parte de MF con la percepción que tienen del mismo los especialistas en la materia.

MATERIAL Y METODOS

Mediante un grupo de trabajo constituido, en el que participaron 3 MF y un oftalmólogo que estaban elaborando una propuesta de programa de formación continuada, siguiendo una metodología de grupo de trabajo, se elaboró una lista de 42 competencias del MF, (tareas y actividades de diagnóstico, manejo y tratamiento de los cuadros oftalmológicos) y 18 destrezas (técnicas tanto exploratorias como terapéuticas).

Esta lista fue remitida a todos los oftalmólogos de la ciudad de Pamplona, a los que los MF derivan directamente pacientes, que encontrándose trabajando en esos momentos, 20 en total. De ellos tres rechazaron contestar a las preguntas y uno, aunque contestó, no pudo procesarse su respuesta por extravío del cuestionario.

A los encuestados, que respondieron de forma anónima, se les pidió que señalaran si consideraban que cada una de las competencias y destrezas incluidas en la lista era o no propia del MF, subrayando que se pensara en la generalidad de los MF y no en aquellos que tuvieran intereses especiales. Se recomendó anotar cualquier comentario que se considerara procedente con respecto a cada competencia y destreza en particular. Al final del cuestionario también se solicitó que señalaran otras responsabilidades del MF en Oftalmología, no contempladas en nuestra lista. Se incluyó una casilla, para el no sabe o no contesta.

Posteriormente se siguió el mismo procedimiento con 16 médicos de Atención Primaria, que fueron seleccionados entre aquellos que los autores tienen constancia de su calidad, actualización clínica, y se encontraban trabajando en Centros de Salud en el momento de la encuesta, teniendo una experiencia mínima de 2 años en Atención Primaria aparte de la Residencia. La calidad y actualización fue valorada tomando como criterio su participación en actividades docentes como profesor, su colaboración con la Unidad de Docencia y Formación Continua-

da como consultor o participante en comisiones técnicas. Incluía 14 MF, uno con la especialidad de Medicina Interna y otro de Medicina General.

Se consideró que estos criterios de selección eran los más adecuados para el objetivo del trabajo, que es identificar las competencias deseables y no las predominantes. Todos aceptaron contestar la encuesta.

En el análisis de los resultados, se consideró como respuesta mayoritaria aquella que reunía al 75 % o más de los encuestados por profesión, división de opiniones cuando recogía entre el 25 % y el 75 % y minoritaria cuando se trataba de menos del 25 %.

Para cada pregunta se compararon las proporciones de respuestas entre MF y oftalmólogos, mediante la prueba exacta de Fisher, excluyendo las respuestas no sabe o no

contesta. Para dicho análisis se utilizó el paquete SIGMA de Horus Hardware.

RESULTADOS

En 30 de las 42 competencias consideradas y en 12 de las 18 destrezas psicomotoras se produce un acuerdo mayoritario entre los MF en sentido afirmativo (tabla 1). En 9 competencias y 5 destrezas técnicas se produce una división. Los MF consideran claramente como no apropiadas una competencia -valorar las heridas en párpados y suturar las que sean superficiales y una técnica asociada a aquella —sutura de párpado—. En otros dos, identificación de lesiones traumáticas de ambas cámaras y la valoración del ángulo iridocorneal con lámpara de hendidura se produce una respuesta negativa mayoritaria, aunque inferior al 75 %, 72 y 64 % respectivamente.

TABLA 1

Actividades y tareas del médico de familia en el campo de la oftalmología que son consideradas parte del perfil profesional por los médicos de Atención Primaria

Establecer diagnóstico de sospecha de herida penetrante en globo ocular incluso en casos sin gran repercusión inmediata
Proporcionar tratamiento inmediato y remisión urgente al especialista de los traumatismos graves.
Proporcionar tratamiento de urgencia a las abrasiones químicas por ácidos, bases y a las quemaduras.
Identificar y tratar inicialmente las queratitis por soldadura y otras lesiones por radiación.
Detectar cuerpos extraños superficiales y extraer aquellos no complicados.
Efectuar el diagnóstico y tratamiento de orzuelos y chalaciónes que no presenten complicaciones.
Diagnosticar y tratar la blefaritis derivando solo aquellas de evolución desfavorable.
Reconocer sospecha de neoplasia y tumores de párpado y conjuntiva.
Proporcionar orientación etiológica y tratamiento de las hemorragias subconjuntivales.
Reconocer entropión, triquiiasis y dsitriquiiasis descartarlos como causa de todo ojo rojo y tratar los casos leves.
Realizar un diagnóstico y tratamiento de las dacriocistitis que respondan al tratamiento habitual.
Descartar problema mecánico como causa del ojo rojo.
Descartar afectación corneal en caso de ojo rojo.

(Continúa)

TABLA 1 (Continuación)

En caso de ojo rojo diferenciar entre conjuntivitis y causas más graves: Uveitis, queratitis, episcleritis, escleritis... etc.
Realizar un diagnóstico, clasificación etiológica de sospecha y tratamiento apropiado de las conjuntivitis.
Diagnosticar y proporcionar tratamiento a la queratoconjuntivitis seca y de protección en casos de parálisis facial.
Diagnosticar y tratar úlceras corneales no graves estableciendo una vigilancia intensa y derivando ante evolución no favorable.
Establecer un diagnóstico de sospecha de queratitis y úlcera herpética y derivar de inmediato.
Despistar la existencia de trastornos de refracción y realizar una primera orientación diagnóstica.
Informar a los pacientes sobre normas y consejos de uso de medios correctivos de los trastornos de refracción.
Vigilar la tensión ocular en los pacientes susceptibles de padecerla porque toman crónicamente esteroides y otras causas.
Reconocer los síntomas de glaucoma agudo, establecer un tratamiento urgente y remitir inmediatamente al oftalmólogo.
Reconocer los síntomas de sospecha de la uveitis y derivar en caso de hallarlos.
Realizar una orientación diagnóstica (localización, causa probable...) de la pérdida visual total o parcial de curso agudo o subagudo y derivación urgente.
Reconocer síntomas iniciales sugerentes de desprendimiento de retina y derivar urgentemente.
Reconocer síntomas de posible neuritis y realizar una primera orientación etiológica (alcoholismo, tabaquismo...).
Reconocer y vigilar los signos de afectaciones fondo ojo producido por enfermedades cardiovasculares y metabólicas (arteriosclerosis, diabetes y HTA).
Reconocer y vigilar efectos secundarios oftalmológicos de fármacos (cimetidina, etc.).
Realizar una orientación etiológica de los síntomas y signos oftalmológicos descartando enfermedad sistémica u otros.
Reconocer en procesos generales y otros repercusiones oftalmológicas (alcoholismo...).

Entre los oftalmólogos, en 22 competencias y 10 destrezas psicomotoras se produce apoyo mayoritario. En 16 de las competencias y en 5 de las destrezas los oftalmólogos se encuentran divididos. Cuatro competencias —vigilar la tensión ocular en pacientes de riesgo, identificación de lesiones traumáticas de cámara anterior y posterior, vigilar el glaucoma crónico y realizar un tratamiento inicial en el caso de heridas penetrantes de globo ocular— y tres destrezas psicomotoras la valoración del ángulo iridocorneal con lámpara de hendidura, la dilatación de pupila y la comprobación de la permeabilidad de

vías lacrimales, son consideradas por los oftalmólogos como actividades que no deben ser realizadas por el MF.

De los 41 casos, en los que los Médicos de Atención Primaria se demuestran claramente a favor de que la competencia o destreza en cuestión debe ser dominada por el MF, en 9 los Oftalmólogos se muestran divididos y en un caso en contra —vigilar la tensión ocular en población de riesgo—.

Para apreciar mejor las diferencias, cuando comparamos las respuestas vemos que el número de respuestas afirmativas es

superior en el caso de los MF (33 competencias y 9 destrezas técnicas) y sólo en 9 (6 competencias y 3 destrezas técnicas) es superior en el caso de los oftalmólogos, siendo en el resto el número de repuestas equivalente.

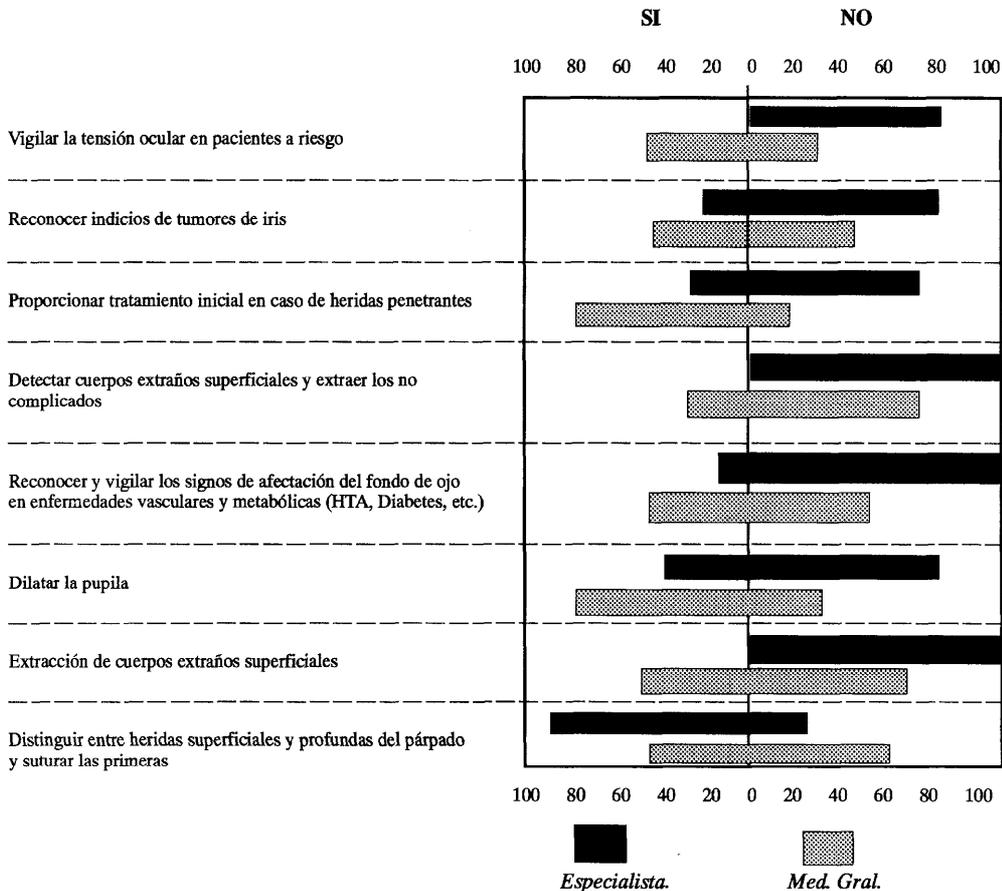
Analizando pregunta por pregunta, esta diferencia de porcentajes es significativa ($p < 0.05$) en 9 casos —una a favor de los oftalmólogos y el resto en favor de los MF— (fig. 1). Entre las competencias en las que existe una diferencia significativa se encuentra “Reconocer y Vigilar los signos de afectaciones

en el fondo de ojo, producidos por enfermedades vasculares y metabólicas (arterioesclerosis, diabetes y HTA)”. La diferencia en porcentaje de respuestas afirmativas es así mismo significativa en el caso de técnicas como la dilatación de pupila y la extracción de cuerpos extraños superficiales.

Con respecto a otras competencias, que el encuestado consideraba eran parte de las tareas del MF y que no estaban incluidas, solamente se sugirió instaurar y controlar el tratamiento de las queratitis herpética.

FIGURA 1

Distribución porcentual de las respuestas de Médicos de Familia y Oftalmólogos a las Competencias y Destrezas en las que se produce diferencia significativa ($P < 0,05$).



DISCUSION

Entre los MF se produce un acuerdo bastante generalizado en torno al perfil profesional en este área. No obstante, en un número importante de preguntas se ha producido división de opiniones. Esto, probablemente, indica la necesidad de un estudio más pormenorizado, con una mayor definición del nivel de dominio de las competencias o destrezas en cuestión.

La diferencia entre médicos sobre sus responsabilidades profesionales está bastante extendida, condiciona en una tasa de derivación muy diversa entre unos y otros⁵. También puede influir la heterogénea formación previa en oftalmología, a pesar de la presencia mayoritaria de M.F. con formación vía MIR, condicionada por la insuficiente definición de objetivos específicos en el Programa de Formación. Otros condicionantes a valorar son: la ausencia generalizada en los Centros de Salud del instrumental requerido (lámpara de hendidura, tonómetro,...) y la historia previa de relaciones entre niveles.

Otro aspecto a tener en cuenta, a la hora de valorar los resultados obtenidos de los MF, es su selección entre personal altamente motivado y cualificado. En este sentido, los encuestados pueden considerar como propias más competencias o tareas que otros grupos menos predispuestos. Esto, lejos de ser un inconveniente, nos da una idea de los límites de competencia que debe alcanzar un MF en este campo.

Las respuestas de los oftalmólogos nos indican la existencia de un sector de estos especialistas que ve el campo de trabajo del MF muy restringido, incluso en aspectos en los que tanto la literatura, como el Programa Nacional de la Especialidad, Programas de Salud, etc^{6,7,8}, consideran como funciones a realizar por el MF.

Un importante sector de los Oftalmólogos considera ajena al perfil de competencias del MF una tarea tan propia del médico de atención primaria como "Reconocer y Vi-

gilar los signos de afectaciones en el fondo de ojo producidos por enfermedades vasculares y metabólicas (arterioesclerosis, diabetes y HTA)" y sólo una minoría de oftalmólogos considera que el MF debe dominar técnicas básicas, como la dilatación de pupila y la medición de la presión intraocular.

Esto puede constituir un obstáculo para la colaboración interprofesional y dar lugar a conflictos. De hecho, podría expresar una desvalorización del MF por parte del especialista, lo que supondría poner en cuestión el respeto mutuo que debe presidir la relación profesional entre ambos⁹.

Estas actitudes restrictivas de los especialistas pueden originar dificultades en un momento en que sectores crecientes de MF reclaman un campo amplio de responsabilidad en la atención de los problemas de salud paciente y una comunicación efectiva entre niveles. Esto ha sido señalado en estudios en otros países¹⁰ y creemos que también se está produciendo en el nuestro, como en cierta medida apoyan las respuestas del estudio.

Sería necesario investigar las razones por las que un sector de especialistas se oponen a una participación importante del MF en la atención a estos problemas. Podemos apuntar algunas posibilidades, en la certeza de que probablemente no exista una causa única, sino que influya el conjunto de ellas: 1.— Experiencias previas negativas que hacen desconfiar de la capacidad técnica de los médicos de Atención Primaria, 2.— Constancia de la falta de medios técnicos y tiempo en A.P., 3.— Asunción de un modelo de A.P. como "filtro y apoyo administrativo" y no como nivel de atención resolutivo, 4.— Un cierto grado de celo profesional en compartir técnicas consideradas como propias por el especialista, 5.— justificación de la existencia o dimensión de servicios y recursos y 6.— evidencia de una atención privada cuantitativamente muy importante que haga mirar con suspicacia una labor del MF que pudiera distraer clientes. Este último punto ha sido señalado como una razón en un estu-

dio similar en Israel, realizado con Ginecólogos y MF¹¹.

Además de identificar una fuente potencial de conflicto y dificultades para la colaboración entre Oftalmólogos y MF, este estudio proporciona una buena aproximación a un perfil de competencias en oftalmología más amplio y, sobre todo, más preciso de las que hasta el momento se dispone^{6,7,8}, aunque como ya hemos dicho no es completo. Existen aspectos en los que no se alcanza suficiente cohesión de los MF, por lo que se necesita un estudio más profundo. La elaboración de perfiles de competencias en las diversas áreas temáticas que debe dominar un MF, será de gran utilidad para que los planes de formación, tanto de pre como de postgrado y Formación Continuada, se basen en unos objetivos más específicos y claros, así como para conseguir una formación efectiva y adecuada a las funciones que deben cumplir.

BIBLIOGRAFIA

1. Jones RVH. Working Together - Learning Together. Londres: Royal College of General Practitioners, 1986. Occasional Paper 33.
2. Muzzin LJ. Understanding the Process of Medical Referral. Part 1: Critique of the literature. *Can Fam Physician* 1991; 37: 2155-2161.
3. McPhee SJ, Saika G, Meltzer R. How good is communication between Primary Care Physicians and Subspecialty Consultants. *Arch Intern Med* 1984; 144: 1265-68.
4. Dunn WR, Hamilton DD, Harden RM. Techniques of identifying competences needed by doctors. *Medical Teacher* 1985; 7: 15-25.
5. Roland MO, Bartholomew J, Morrel DC, McDermott A, Paul E. Understanding Hospital Referral Rates: a Users Guide. *Br Med J* 1990; 301:98-102.
6. Rilo Beltrán A. Patología Oftalmológica. En Martín Zurro A. y Cano Pérez J.F. Manual de Atención Primaria. 2.^a ed. Barcelona: Ediciones DOYMA, 1989: 523-536.
7. Sanders J, Baron R. Learning General Practice. Knutsford: Hemel Hempstead. Pastest Service 1988: 39.
8. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: En: Guía de la Formación de médicos especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986: 25-35.
9. Muzzin LJ. Understanding the process of Medical Referral. part 5. Communication. *Can Fam Physician* 1992; 38:301-307.
10. Bowling A, Jacobson B, Southgate L, Formby J. General Practitioners' views on quality specifications for "outpatients referrals and care contracts" *Br Med J* 1991; 303: 292-4.
11. Weingarten MA, Reinitz A, Hart J. Attitudes to Primary-Care Gynaecology among Family Physicians and Gynaecologist in Israel. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10: 36-41.