

De la importancia que va perdiendo el médico de cabecera y sus consecuencias.

Comparativa de dos casos clínicos

Introducción

El concepto de médico de cabecera se explica solo. Cuando alguien enferma suele guardar cama. Salvo casos de mucha gravedad que requieran hospitalización, una persona enferma suele utilizar su propia cama, cama que suele tener una cabecera. El médico de cabecera sería aquel a quien el enfermo avisa para que se acerque a verle, para que le atienda en la enfermedad con el objetivo de ayudarlo a recuperarse.

La figura del médico de cabecera con esas connotaciones era, hasta hace no tanto, la única que los enfermos concebían (si es que concebían poder tener acceso a algún médico). El médico del pueblo, el médico del barrio, era considerado como un médico comprometido con su comunidad, “empotrado” en ella¹, que no sólo sabía de medicina propiamente dicha, sino que conocía también a sus pacientes y que tenía claro que los trataba a ellos y no a las enfermedades como si estas fueran entes independientes del enfermo.

El desarrollo de la técnica biomédica que se disparó en el siglo XX y que parece aumentar exponencialmente hasta nuestros días nos ha ayudado a olvidar esa visión del médico y nos ha llevado a sustituirla por la del médico como técnico y científico. Hemos llegado a creer que la ciencia y la técnica no tendrán un límite, que podremos vencer todas las enfermedades y, si seguimos así, llegar a evitar la muerte.

Ya Illich (y otros después) nos advirtió (nos siguen advirtiéndolo) de que esta visión del asunto, que me atrevería a calificar de religiosa, tiene consecuencias iatrogénicas². Nos focalizamos en la enfermedad y buscamos soluciones técnico-científicas para resolverla, y nos olvidamos del paciente, a quien teórica e inconscientemente fragmentamos y visualizamos como suma de órganos y tejidos alterados que hay que sanar, olvidando que es un todo que hay que entender (y tratar) como tal.

En este contexto, no es extraño que cada pocos días leamos o escuchemos en los medios de comunicación que ha surgido alguna nueva técnica diagnóstica o terapéutica que es muy prometedora y a la que se le da gran publicidad. Curiosamente, una medida que ya se ha demostrado que puede reducir muchísimo la mortalidad global (no sólo por una enfermedad) de una población apenas ha sido difundida por los medios de comunicación de masas. Tal vez sea porque es una medida que no tiene ese tinte tecnológico y científico que tanto apreciamos hoy. Sin más rodeos: se ha demostrado que tener durante 15 años el mismo médico de cabecera puede reducir la mortalidad global en torno a un 30%³.

La cifra es impresionante, pero parece que no ha tenido ninguna repercusión social ni en la gestión del servicio sanitario. De hecho, en algunas comunidades autónomas españolas se

1 <https://medicorural.es/la-medicina-rural-por-juan-gervas-medico-rural/>

2 *Némesis médica* (Ivan Illich)

3 <https://gerentedemediado.blogspot.com/2024/04/continuidad-en-medicina-de-familia-en.html>

están tomando medidas contrarias a la longitudinalidad⁴ (esa relación prolongada en el tiempo entre el médico y sus pacientes). Da que pensar, pues sabemos que la longitudinalidad es beneficiosa no sólo para el paciente, sino también para el profesional, para la sociedad y para el servicio sanitario, ya que aportaría no sólo buenos resultados en salud sino también mejores balances coste-eficiencia⁵.

Tras esta introducción, presentamos a continuación dos casos clínicos de un mismo cupo de pacientes que nos ayudarán a ejemplificar la importancia del médico de cabecera y el peligro que corremos con la destrucción de su figura y de la Atención Primaria de salud.

Caso 1.

JL tiene 52 años y tiene antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con buen control, hepatitis tóxica en 2016 (sin más datos) y estenosis de canal moderada L4-L5.

Consultó el 22 de diciembre de 2025 por unas molestias abdominales difusas con sensación de reflujo de 24-48 horas de evolución. Sin fiebre ni diarrea ni vómitos ni otros síntomas. Refería haber tenido alguna transgresión dietética en días previos. En esos días estaba en situación de baja laboral por una lumbociatalgia de varias semanas de evolución. Estaba siendo tratado con paracetamol/tramadol a dosis bajas y amitriptilina también a dosis bajas.

Fue atendido por su médico de cabecera (quien esto escribe), que en la exploración física no detectó nada patológico. Se acordaron medidas no farmacológicas y tratamiento con famotidina. Se citó en 4 días para revisión salvo que hubiera alguna incidencia, en cuyo caso podría consultar antes con su médico aunque fuera sin cita, según se le explicitó.

El 26 de diciembre volvió a la consulta, refiriendo que había comenzado con fiebre y orinas algo más oscuras de lo habitual. En la exploración se apreció ictericia conjuntival. Se solicitó una tira de orina que presentaba bilirrubina ++, cetonas +++ y proteínas ++. Ante esos hallazgos, se derivó a las urgencias del hospital de referencia con la sospecha diagnóstica de hepatitis.

En urgencias confirmaron la hepatitis (GOT 1202 U/L, GPT 2729 U/L, GGT 415 U/L, BRD 3.15 mg/dL, BRI 1.42 mg/dL, FA 394 U/L, sin otros hallazgos analíticos relevantes) sin filiarse la causa en ese momento. Se solicitaron serologías. Se propuso al paciente un ingreso en planta de Digestivo pero, dada la saturación del hospital, tendría que esperar en observación hasta que hubiera una cama disponible (algo que puede llegar a demorarse un par de días, si no más). El propio paciente planteó la posibilidad de manejar el caso domiciliariamente y, dada su estabilidad, así se hizo. El 27 de diciembre volvió a su casa con dieta y observación, estando pendiente resultados de serologías y revisión con Digestivo solicitada desde el servicio de urgencias.

4 <https://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/199887/sanidad/andaluza/dara/respuesta/horas/andaluces/consigan/cita/centros/salud>

5 <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/las-ventajas-de-una-relacion-estable-longitudinalidad-calidad-eficiencia-y-seguridad-del-paciente>

El 29 de diciembre, día de la siguiente consulta de su médico de cabecera, éste fue a verlo a su casa. El paciente estaba mucho mejor, sin ictericia, con orinas normales, tolerando ingesta. Se decidió retirar tramadol y amitriptilina del tratamiento, dado que ambas tienen en ficha técnica registrada la posible reacción adversa -de frecuencia baja- de daño hepático.

Estando el médico de cabecera en el domicilio, habló por teléfono con la especialista de Digestivo y le explicó la situación en ese momento. Se programaron, salvo cambios, analítica al día siguiente y cita con ella el 13 de enero de 2026. Se solicitó también una ecografía.

Como su médico tenía unos días de vacaciones, le comentó el caso a una compañera del centro de salud, que revisó la analítica el 31 de diciembre de 2026 y observó gran mejoría de los marcadores hepáticos, sin otras alteraciones de interés. Aún pendientes serologías. Habló con el paciente por teléfono, que le explicó que se encontraba mucho mejor. Se programó nuevo control analítico la semana siguiente.

El 9 de enero de 2026 la médico que se quedó a cargo revisó una nueva analítica con transaminasas en claro descenso, aún pendientes serologías. Informó por teléfono. El paciente a su vez refirió estar bien.

El 13 de enero fue valorado por la especialista en Digestivo en consulta y se confirmó positividad para VHE. Marcadores hepáticos prácticamente normales. El paciente recuperó su vida normal.

El 6 de febrero fue visto de nuevo por su médico con analítica ya cerca de la normalidad. Refirió además que la lumbalgia ha mejorado espontáneamente y estaba ya sin tratamiento. Se procedió al alta laboral. El 9 de febrero fue visto de nuevo por especialista en Digestivo, con analítica con mínima alteración de transaminasas y estando aún pendiente ecografía hepática. Se repetirá analítica en 3 meses para comprobar normalización completa.

La consulta de su médico de cabecera ha quedado abierta para cualquier eventualidad en este tiempo.

Caso 2.

L es un paciente de 90 años con los siguientes antecedentes clínicos relevantes:

- Cáncer de colon intervenido hace años (porta colostomía), aún en seguimiento por Cirugía por herniación (no complicada) de ostomía.
- Cáncer de próstata tratado también hace años mediante resección transuretral y en tratamiento posterior con tamsulosina/dutasterida.
- Cardiopatía isquémica revascularizada, antiagregado y en tratamiento con bisoprolol y furosemida.

- Diabetes mellitus tipo II en tratamiento con empagliflozina, gliclazida y sitagliptina (intolerancia a metformina).
- Dislipemia mixta en tratamiento con atorvastatina (intolerancia a fibratos).
- Tratado también con omeprazol (por antiagregación con AAS) y paroxetina (por síntomas depresivos previos, ahora estable pero con retirada difícil por dependencia).
- Poliartrosis que le provoca dolor crónico que suele controlar con paracetamol o metamizol y, puntualmente, con tramadol a dosis bajas.
- Vida habitual con ayuda para algunas actividades, pero siendo capaz de salir solo a pasear, vestirse, asearse, comer... Cognitivamente bien.

El 7 de diciembre de 2024, L consultó en urgencias hospitalarias por un episodio de hematuria sin repercusión hemodinámica ni anemia. Se dio alta de urgencias pero se derivó desde allí directamente a Urología. Tenía pendiente una TAC de control por el seguimiento mencionando de la ostomía.

El 10 de diciembre fue visto por su médico. No había presentado más hematuria. Se solicitaron orina (microhematuria), urocultivo (negativo) y citología urinaria (laboratorio no la realizó, sin explicación para ello).

El 8 de enero de 2025 el paciente fue valorado por el especialista en Urología. Se planteó la posibilidad de cistoscopia y el paciente la rechazó. Dado que permanecía asintomático, se quedó en espera de TAC prevista el 15 de enero. Tras realizar TAC, en la que no hay hallazgos relevantes, el paciente siguió asintomático y fue nuevamente valorado por especialista en Urología, que dio de alta.

No hubo nuevas incidencias a este respecto hasta que en noviembre de 2025 el paciente (que seguía asintomático) fue nuevamente valorado por especialista en Cirugía por su ostomía. En el informe de la TAC de control que realiza se lee textualmente: "Vejiga urinaria a media repleción; hipertrofia prostática (diámetro tr aprox. 58 mm), con impronta del LM sobre el suelo vesical, sin descartar posible patología a este nivel". Por tal motivo se hace interconsulta directa desde Cirugía a Urología.

El 5 de noviembre su médico de cabecera (quien esto escribe) le planteó a su hija en la consulta si realmente merecía la pena un estudio urológico intervencionista -que tiene riesgos- en un paciente tan anciano, con los antecedentes descritos y que se encontraba bien en general. La hija creía que sí, si quiera por saber qué tenía el paciente y aunque después se decidiera no tratar. No se reflejó esta conversación en la historia clínica y no se habló con el paciente.

El 28 de noviembre, con el paciente aún asintomático, fue valorado por una especialista en Urología distinta del anterior. Se recoge en la historia clínica: "El paciente acepta realización de cistoscopia: uretra con algún anillo estenótico complacientes al paso del cistoscopio.

Próstata grande, con lóbulos laterales obstructivos parcialmente y gran lóbulo medio intravesical que es lo que se identifica en TAC. Vejiga trabeculada, de esfuerzo, sin lesiones, meatos normales”.

El 4 de diciembre de 2025, estando su médico (quien esto escribe) de vacaciones, el paciente comenzó con disuria y fue atendido por otro médico del centro de salud, que inició tratamiento con cefixima. El 18 de diciembre acudió a urgencias hospitalarias por nuevo episodio de hematuria y se cambió antibiótico a nitrofurantoína. El 21 de diciembre, acudió de nuevo a urgencias hospitalarias por mantener hematuria. Se reinstauró tratamiento con cefixima y se procedió a sondaje vesical (en todo momento se mantuvo hemodinámicamente estable, sin anemización y sin obstrucciones urinarias). El 22 de diciembre nueva visita a urgencias hospitalarias por intenso dolor con el sondaje. Se colocó nueva sonda, para lo cual hubo dificultades por estenosis uretral. En todas las visitas urgencias le atendieron médicos diferentes.

El 24 de diciembre le valoró su médico, que tenía un par de días de consulta antes de volver a irse de vacaciones. L seguía molesto por la sonda, pero con dolor mucho menos intenso. Buena diuresis, algún coágulo en la bolsa, con orina algo oscura. No fiebre. No otros síntomas. Se acordó completar cefixima, adecuada hidratación y observación. Su médico quedó en volver a verle tras sus vacaciones. Si en ese tiempo apareciera algún signo de alarma, irían a urgencias.

El 27 de diciembre, por dolor y persistencia de hematuria, nueva visita a urgencias hospitalarias, aún sin repercusión hemodinámica ni anemización. Se detectó candidiuria y el paciente fue ingresado para tratamiento con fluconazol y control del dolor. Durante todo su ingreso, el paciente fue visto por más de 20 médicos diferentes, que fueron escribiendo en la evolución clínica sin apenas incidencias hasta que el 8 de enero de 2026 se sospechó una epididimitis y el 9 de enero se sospechó una gangrena de Fournier. Se realizó una TAC urgente en la que se confirmó esa gangrena, así como una falsa vía por rotura uretral en el sondaje traumático. Se intervino de urgencias y tras desbridamiento quirúrgico el paciente comenzó a mejorar a gran velocidad. El 19 de enero de 2026, L es dado de alta con una sonda suprapúbica que aún mantiene y su evolución ha seguido siendo buena. Su médico ha decidido retirar empagliflozina (riesgo de infecciones urinarias, genitales...). L tiene aún prevista una revisión por Urología en marzo de 2026. Tanto el paciente como su familia tienen claro que no quieren realizar más intervenciones diagnósticas o terapéuticas en esta cuestión.

Reflexiones

Analizar estos dos casos es iluminador, y al mismo tiempo fuente de muchas preguntas.

En el primer caso parece que todo salió bien, no sólo porque el resultado clínico fue satisfactorio, sino también porque el paciente fue atendido y seguido en su propio domicilio, con mucha mayor comodidad para él y satisfacción para su médico (por no hablar del ahorro que le supuso al servicio sanitario al no haber estado hospitalizado). Esto pudo darse por muchos motivos, entre los que destacamos los siguientes:

- Accesibilidad del médico de cabecera, que pudo atender al paciente en un primer momento y permitirse “esperar y ver” para reevaluar la situación en pocos días (y actuar en caso de complicación).
- Posibilidad de visitar al paciente en su domicilio y de comunicarse directamente con la compañera especialista por teléfono para comentar la situación y programar seguimiento conjunto.
- Posibilidad de comentar el caso con una compañera que se hizo responsable del seguimiento durante las vacaciones del médico de cabecera.
- Posibilidad de realizar analíticas programadas cuando era necesario.

Un caso como este hecho que el paciente confiase aún más en su médico de cabecera en particular y en el equipo sanitario en general. En cambio, en el segundo caso, muy poco es lo que ha salido bien. Reflejamos lo que consideramos errores principales sobre los que deberíamos reflexionar:

- El paciente ha sido valorado en total por más de 30 médicos diferentes en todo el proceso. En este punto creemos que está el problema principal. Su médico de cabecera (quien esto escribe), no supo tomar las riendas e intentar poner algo de orden. En lugar de ello, se dejó llevar por la inercia diagnóstico-terapéutica. Es cierto que estuvo de vacaciones, pero no solicitó a alguna compañera (una sola) que se encargara en ese tiempo, como en el caso previo.
- Habría que replantearse también el balance beneficio/perjuicio de la posibilidad de hacer interconsultas directas desde urgencias o desde una consulta de especialista a otro especialista sin pasar por el médico de cabecera, pues eso ayuda a que se fragmente más la atención del paciente.
- En casi ningún momento se contempló realmente la situación del paciente (90 años, asintomático la mayor parte del tiempo, pluripatológico...). Queda la percepción de que se siguieron protocolos sin reflexión contextual (alteración dudosa en TAC → cistoscopia, por ejemplo). Esto nos debería hacer reflexionar sobre la importancia en medicina de ser capaces de tolerar la incertidumbre⁶ y de ayudar al paciente y a sus familiares a tolerarla. Un buen diagnóstico no es el que es correcto, sino el que es correcto y está hecho en un momento oportuno, pues ser diagnosticado beneficiará al paciente. En este caso, dudamos del beneficio que hubiera tenido L en caso de diagnosticársele un cáncer prostático o vesical.
- Algunas decisiones no están claramente justificadas (sonda vesical, por ejemplo). Vemos también un posible error en no haber retirado antes la empagliflozina. Igual que en el primer

6 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7684437/>

caso se revisó el tratamiento, se retiraron fármacos que podían empeorar la situación... en este segundo se mantuvo la mencionada inercia.

- En conversaciones posteriores, el paciente y su familia expresaban su desconcierto al ver a tantos médicos distintos. Verbalizan que tenían la sensación de que, como nadie era el responsable identificado del paciente, todos se iban (nos íbamos) pasando un poco la pelota de un a otro.

- En todo el proceso no estamos seguros de que se hablase y escuchase a L. La comunicación se centro en los familiares. Quizá pecamos de edadismo.

Coda

No reflexionamos sobre estos casos por simple interés intelectual. Pretendemos que esta reflexión nos ayude en nuestra práctica clínica y nos ilumine acerca de cómo deberíamos aspirar a trabajar. La tendencia actual, por lo dicho en la introducción, es dañina para la Atención Primaria, pues entre otras cosas fragmenta la atención y destruye la longitudinalidad, así como disminuye la confianza médico-paciente, tecnifica y protocoliza en exceso lo que debería ser una atención personalizada y centrada en el paciente. Todo ello contribuye al “descremado sociológico” de la Atención Primaria⁷ (y quizá no sólo de la Primaria⁸).

Así, al contemplar estos casos, vemos con claridad que la figura del médico de cabecera, cuando “funciona”, es de gran importancia y muy beneficiosa para los pacientes (y para el servicio sanitario). No lo creemos, lo sabemos⁹. Por eso, se nos hace obvia la necesidad de volver a impulsar esa figura y la Atención Primaria en general. Así, deberían plantearse reformas que favorecieran, entre otras cosas, que los médicos disfrutaran de su trabajo clínico (por ejemplo desburocratizando y haciendo que el médico sólo haga lo que sólo el médico puede hacer) y que incentivaran (no sólo económicamente) la permanencia en un mismo puesto durante largo tiempo.

Juan Diego Areta Higuera.
Médico.
Marzo 2026.

7 <https://www.elmundo.es/espana/2019/04/11/5cae26e1fc6c8364148b464c.html>

8 <https://saludinerop.blogspot.com/2022/05/el-descremado-sociologico-de-la.html>

9 <https://gerentemediado.blogspot.com/2024/04/continuidad-en-medicina-de-familia-en.html>