

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 20, número 1, enero-abril 2019

Editorial

- 7 Mejorando primaria

El espacio del usuario

- 9 ¿Presupuestos para blindar el sistema de salud público?

Originales

- 11 Frecuentación sanitaria de la población adolescente andaluza y su relación con el género
21 Análisis de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en un centro de atención primaria
29 Evaluación cualitativa del último año de residencia en medicina familiar y comunitaria.
Visión de los MIR

Repasando en AP

- 52 ¿Detectamos a los pacientes simuladores?

Artículos especiales

- 55 Ecografía renal en atención primaria
71 Ecografía en urgencias: E-FAST
79 La Filosofía Griega como motivación para explicar el concepto de "Entrevista Clínica" a alumnos pregraduados

Cartas al director

- 83 Cáncer de páncreas. A propósito de un caso

¿Cuál es su diagnóstico?

- 85 Miocardiopatía en un paciente de origen boliviano

Publicaciones de interés

- 88 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Actividades Científicas

Comentarios a cuál es su diagnóstico

- 90 Miocardiopatía en un paciente de origen boliviano

Información para los autores



28º

Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

del 1 al 3 de
Octubre de 2020

Sevilla

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

acm andaluza de
congresos médicos

Apartado de Correos 536; 18080, Granada Tfno/Fax: 958 523 299
www.andalzacongresosmedicos.com | info@andalzacongresosmedicos.com

SAMFyC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Alejandro Pérez Milena

Vicepresidente

Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Rocío E. Moreno Moreno

Secretaria

Idoia Jiménez Pulido

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Pilar Bohórquez Colombos

Vocal de Investigación

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Vocales de Residentes

Asumpta Ruiz Aranda

Juan Manuel Morales Moreno

Vocal Jóvenes MF

Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Almería:

M^a. Pilar Delgado Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com

Vocal provincial de Cádiz:

Antonio Fernández Natera

natera38@gmail.com

Vocal provincial de Córdoba:

Juan Manuel Parras Rejano

juanprj@gmail.com

Vocal provincial de Huelva:

Pablo García Sardón

pgsardon@gmail.com

Vocal provincial de Jaén:

Francisco Tomás Pérez Durillo

ft_perez@yahoo.com

Vocal provincial de Málaga:

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

martycienfuegos@hotmail.com

Vocal provincial de Granada:

Ignacio Merino de Haro

merinoharo@hotmail.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonorjl04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Es una revista periódica que publica trabajos relacionados con la atención primaria, siendo la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco Extremera Montero
Pablo García López
Francisco José Guerrero García
Francisca Leiva Fernández
Antonio Manteca González

CONSEJO EDITORIAL:

Juan de Dios Alcantara Bellón. *Sevilla*
José Manuel Aranda Regules. *Málaga*
Luis Ávila Lachica. *Málaga*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada*
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba*
Pilar Barroso García. *Almería*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla*
M^a Angeles Bonillo García. *Granada*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén*
José Antonio Castro Gómez. *Granada*
José M^a de la Higuera González. *Sevilla*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*
Pablo García López. *Granada*
José Antonio Jiménez Molina. *Granada*
José Lapetra Peralta. *Sevilla*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga*
José Gerardo López Castillo. *Granada*
Luis Andrés López Fernández. *Granada*
Fernando López Verde. *Málaga*
Manuel Lubián López. *Cádiz*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*
Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*
Carolina Morcillo Rodenas. *Granada*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada*

Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla*
Alejandro Pérez Milena. *Jaén*
Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*
Miguel Angel Prados Quel. *Granada*
J. Daniel Prados Torres. *Málaga*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva*
Jesús Torio Durantez. *Jaén*
Juan Tormo Molina. *Granada*
Cristobal Trillo Fernández. *Málaga*
Amelia Vallejo Lorenzo. *Almería*

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile*
Cesar Brandt. *Venezuela*
Javier Domínguez del Olmo. *México*
Irma Guajardo Fernández. *Chile*
José Manuel Mendes Nunes. *Portugal*
Rubén Roa. *Argentina*
Victor M. Sánchez Prado. *México*
Sergio Solmesky. *Argentina*
José de Ustarán. *Argentina*

Medicina de Familia. Andalucía

*Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en el Latindex*

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

Dirigirse a:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFyC:
<http://samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>
E-mail: revista@samfyc.es

Secretaría

A cargo de Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
Telf. +34 958 80 42 01
Fax +34 958 80 42 02

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright: Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Impresión La Ideal

Printed in Spain



sumario

Editorial

- 7 Mejorando primaria

El espacio del usuario

- 9 ¿Presupuestos para blindar el sistema de salud público?

Originales

- 11 Frecuentación sanitaria de la población adolescente andaluza y su relación con el género
21 Análisis de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en un centro de atención primaria
29 Evaluación cualitativa del último año de residencia en medicina familiar y comunitaria. Visión de los MIR

Repasando en AP

- 52 ¿Detectamos a los pacientes simuladores?

Artículos especiales

- 55 Ecografía renal en atención primaria
71 Ecografía en urgencias: E-FAST
79 La Filosofía Griega como motivación para explicar el concepto de “Entrevista Clínica” a alumnos pregraduados

Cartas al director

- 83 Cáncer de páncreas. A propósito de un caso

¿Cuál es su diagnóstico?

- 85 Miocardiopatía en un paciente de origen boliviano

Publicaciones de interés

- 88 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Actividades Científicas

Comentarios a cuál es su diagnóstico

- 90 Miocardiopatía en un paciente de origen boliviano

Información para los autores

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Official Publication of the Andalusian Society of Family and Community Medicine

Med fam Andal Vol.20, N°.1, January-April 2019

contents

Editorial

- 7 Improving primary care

The Consumer's Corner

- 9 Budgets to protect the public health system?

Original Articles

- 11 Health services demand of the Andalusian adolescent population and its relationship with gender
21 Analysis of the consumption of anxiolytics and hypnotics in a primary care centre
29 Qualitative assessment of the final year of family and community medicine residency programme. Insight from residents

Reviewing in Primary Care

- 52 Detecting malingerers

Special Articles

- 55 Renal ultrasound in primary care
71 Bedside ultrasound in emergency medicine: The E-FASTexam
79 Ancient Greek philosophy as a motivation to explain the concept of "the clinical interview" to undergraduate students

Letters to the Editor

- 83 Pancreatic cancer. A case report

Which is your diagnosis?

- 85 Cardiomyopathy in a patient from Bolivia

Publications of interest

- 88 Knowledge pills @pontealdiaAP

Scientific activities

Comments on Which is your diagnosis

- 90 Cardiomyopathy in a patient from Bolivia

Information for authors

Mejorando Primaria

Pérez-Milena A

Presidente SAMFyC

Hay un fuerte contraste entre los primeros cuatro meses del año 2019 frente a todo lo acontecido durante el pasado año 2018. El año anterior fue convulso para la Atención Primaria, con quejas y reivindicaciones por parte de muchos colectivos, promesas y desilusiones sucediéndose con rapidez, constante preocupación y hasta desesperanza por parte de los profesionales. Todo ello parece que ha quedado atrás, se diría que ya no hay tanta alarma social ni tantos retos que afrontar.... Aunque ya nadie proteste, los problemas de los médicos de familia continúan igual. No hay por ahora ningún cambio importante que haga que “pasar la consulta” sea más fácil o motivador que hace un año.

Los médicos de familia son profesionales enamorados de su trabajo. Han cumplido con creces su labor en todos los aspectos asistenciales, aún con las tremendas carencias que se han ido sumando en los llamados “Años de la Crisis”. Atienden un mayor número de pacientes intentando mantener la calidad del acto médico, cubren la atención en jornada ordinaria y continuada cuando falta un compañero, buscan la eficiencia en la prescripción de pruebas complementarias y medicamentos, velan por la seguridad de sus pacientes y facilitan que la familia, el barrio y la sociedad entren en la consulta de la mano del enfermo y sean activos para mejorar su salud. Este esfuerzo colectivo de los médicos de familia es lo que explica que la Atención Primaria Andaluza sea tan bien valorada por los usuarios andaluces, así como referente internacional para el resto de países europeos y americanos.

MEJORANDO PRIMARIA es el nombre de la jornada de trabajo que se celebrará en Antequera

el próximo 1 de junio. El lema no es fortuito: Atención Primaria no está en ruinas, no es un proyecto inacabado, no es un volver a empezar. Es una filosofía de servicio a la sociedad, una forma holística de atender las necesidades y demandas de la población. Y funciona porque los médicos de familia creen y trabajan en este modelo, y porque la sociedad lo demanda y lo ha hecho suyo. Serán unas jornadas abiertas a los más de tres mil socios donde, de una forma igualitaria y democrática, todas las opiniones tendrán cabida y serán escuchadas y valoradas con respeto e interés. Incluso aquellas personas que han denostado a nuestra sociedad científica tendrán las mismas oportunidades de participar como socios y exponer sus ideas. Aquí, en SAMFyC, todas las ideas son válidas y todas las personas tienen cabida. El documento final de esta jornada de trabajo será publicado en la página web de SAMFyC y entregado a nuestros gestores.

¿Qué pretendemos con esta jornada de trabajo? Ser aún más útiles a nuestros pacientes liderando las mejoras que precisa el sistema sanitario. Porque somos profesionales altamente cualificados que conocemos qué, cómo y dónde se deben hacer las mejoras. Se debatirán cinco puntos que creemos cruciales para mejorar la Atención Primaria:

- La necesaria orientación a la atención familiar, programada y domiciliaria, junto a la potenciación del trabajo en equipo en la unidad de atención familiar.
- La precisa valoración profesional de los acuerdos de gestión clínica, orientada a resultados en salud, útiles para profesionales

y usuarios, y medibles con indicadores de calidad.

- La mejora en la autonomía de la gestión sanitaria, alejándonos de fórmulas prefabricadas iguales para todos, mejorando la relación con profesionales del hospital.
- La urgente estabilización laboral de los jóvenes médicos de familia y mejora de condiciones laborales para todos los facultativos de Atención Primaria, incluyendo un salario digno e igual al resto de comunidades.
- La continuidad de la atención al paciente, evitando la fragmentación de la Atención Primaria en otras unidades poco útiles que impidan la visión integral e integradora del médico de familia.

Somos profesionales que estamos comprometidos a acompañar a nuestros pacientes a lo largo de toda su vida. Profesionales que deseamos, más que nada, mejorar la atención y ofrecer soluciones desde la experiencia y la evidencia científica. Somos los médicos especialistas en personas que precisan nuestros ciudadanos, tanto para la atención cotidiana como para la gestión del Sistema Sanitario. Como dijo Bárbara Starfield, el resto de los médicos especialistas están orientados a enfermedades concretas mientras que el trabajo del médico de familia es ser especialista en la incertidumbre. Esta tarea es mucho más difícil y debe estar suficientemente reconocida. Dentro de ese reconocimiento es vital la participación en la toma de decisiones que afecten a la organización y funcionamiento de la Atención Primaria en el Sistema Sanitario Público Andaluz.

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2018

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2018. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

Francisco Alcaine Soria. *Médico de Familia*. Málaga
Lorenzo Arribas Mir. *Médico de Familia*. Granada
M^o José Bujalance Zafra. *Médico de Familia*. Málaga
Isabel Corona Páez. *Médico de Familia*. Málaga
Francisco Extremera Montero. *Médico de Familia*. Málaga
Pablo Extremera Navas. *Intensivista*. NHS Inglaterra

Irene Fernández Peralta. *Médico de Familia*. Granada
José Manuel Jiménez Rodríguez. *Servicio Andaluz de Salud*. Granada
Francisca Leiva Fernández. *Médico de Familia*. Málaga
Román Manteca González. *FEA Digestivo*. Málaga
Herminia M. Moreno Martos. *Médico de Familia*. Almería
Amparo Ortega del Moral. *Médico de Familia*. Granada

EL ESPACIO DEL USUARIO

¿Presupuestos para blindar el sistema de salud público?

Castilla López J

Dpto. Jurídico de FACUA Andalucía

En un análisis inicial, el presupuesto global dirigido a la política de Sanidad aumenta en un 7,85% respecto del año 2018 (758 millones de euros más). El del programa de atención sanitaria se incrementa en un 9,48% y el de Salud Pública crece un 14,55%.

Lo anterior supone que el nuevo Gobierno andaluz, después de cinco meses en el poder, ha presentado el borrador de propuesta del presupuesto para Salud en 2019, que alcanza los 9.739 millones de euros y que, a priori, vendría a dar respuesta al mermado sistema sanitario andaluz.

Sin embargo, una vez que ponemos de relieve otros números, nos damos cuenta de que la apuesta por una sanidad pública, garantizando los principios que defendemos desde esta federación (universalidad, equidad, gratuidad y financiación pública), no es tan clara como pudiera parecer en un principio.

Es conveniente revisar el punto de partida presupuestario antes de la aplicación de recortes económicos en esta materia. En este sentido, el dato de referencia lo tenemos en 2009, cuando el presupuesto fue de 9.011 millones de euros.

La variación del IPC desde ese año hasta hoy ha supuesto un acumulado del 13,5%. Si al presupuesto planteado para 2019 se le aplicara simplemente el incremento del IPC acumulado, lo cual supondría mantener la apuesta presupuestaria a aquella que se hiciera hace una década, un presupuesto similar debería ascender a 10.237 millones de euros.

Esta desviación a la baja que ha ido padeciendo la población andaluza no tiene en cuenta factores adicionales al estricto cálculo referido al IPC, como el progresivo envejecimiento de la ciudadanía, que supone una mayor atención a la salud de la población, o el desarrollo de nuevos avances científicos, que antes de 2009 eran atendidos presupuestariamente pero que desde esa fecha ni siquiera se mencionan.

Observamos que el gasto en atención sanitaria es insuficiente para hacer frente a los retos de mejorar el sistema sanitario público, debilitado en estos años.

Este gobierno dice tener como reto la mejora del Sistema Sanitario Público de Andalucía y un compromiso con la sanidad pública andaluza y la mejora de la calidad del servicio prestado a las personas usuarias. Sin embargo, este compromiso precisa de una voluntad política para defenderla y blindarla frente a las corrientes privatizadoras.

Mejorar y humanizar la atención de las personas usuarias, reducir listas de espera en especialidades, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, ordenar las urgencias para ganar en eficacia y evitar su saturación, dar un impulso significativo a la atención primaria y supervisar los sistemas de inspección de los servicios y de atención a las reclamaciones de los usuarios son cuestiones que deben abordarse.

Sin embargo, cuando bajamos al terreno de los números, observamos atónitos como en los gas-

tos en personal de hospitales, áreas y distritos se proponen pírricos aumentos de entre el 0,5% y el 1,5%, a todas luces insuficientes para garantizar aspectos tan necesarios como los diez minutos por paciente.

Del mismo modo, entendemos insuficiente la partida para permitir las contrataciones necesarias para conseguir mediante personal la apertura en turno de tarde en los hospitales.

Además, encontramos ciertas partidas que se contradicen con el mensaje inicialmente trasladado desde el Gobierno andaluz, recogido tanto en la memoria como en el informe económico-

financiero sobre política sanitaria y determinadas medidas de gasto y gestión.

En este sentido, observamos incrementos de un 7,22% con respecto a la asistencia sanitaria con medios ajenos, un 11,52% para los conciertos con instituciones cerrados con entidades privadas, un 25,25% para los conciertos por servicios de carácter diagnóstico y un 5,96% para los conciertos por transporte sanitario.

Sin duda, unos datos que evidencian una incoherencia entre la literatura y la matemática presupuestaria y que nos hacen poner en serias dudas el supuesto blindaje hacia nuestra sanidad pública andaluza.

ORIGINAL

Frecuentación sanitaria de la población adolescente andaluza y su relación con el género

Pérez-Milena A¹, López Vilches M²,
Molina Hurtado E³, Leyva Alarcón A³

¹Médico de Familia. Centro de Salud El Valle, Jaén.
Servicio Andaluz de Salud

²MIR de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Jaén

³Médico Interno Residente de Medicina Familiar y
Comunitaria, Centro de Salud El Valle, Jaén.
Servicio Andaluz de Salud

CORRESPONDENCIA

Alejandro Pérez Milena
E-mail: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 02-07-2018; aceptado para publicación el 28-01-2019
Med fam Andal. 2019; 1: 11-20

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria; Adolescencia; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Registros médicos; Identidad de Género.

RESUMEN

Título: Frecuentación sanitaria de la población adolescente andaluza y su relación con el género

Objetivo: cuantificar la frecuentación a demanda en el Sistema Sanitario Público Andaluz de los adolescentes andaluces, según ámbito sanitario elegido. Determinar motivos de consulta, respuesta biomédica e influencia del género.

Diseño: Estudio retrospectivo (cohorte histórica).

Emplazamiento, población y muestra: Muestreo aleatorio de adolescentes (14-18 años) adscritos a cupos médicos de un Centro de salud urbano

Intervenciones: Registros en historias de salud de consultas a demanda durante 2017, recogiendo edad, sexo, enfermedades crónicas, frecuentación a demanda (Centro de Salud [CS], Urgencias de Atención Primaria [UAP] y de Hospital [UH]), motivos de consulta y respuesta biomédica (pruebas diagnósticas, prescripción de fármacos). Análisis descriptivo y bivariante por género.

Resultados: 117 adolescentes (50% mujeres), 75% han consultado (65% CS, 34% UH, 21% UAP; $p < 0,05$ test X^2) y de ellos 94% consultaron a su médico de familia y 64% en diferentes ámbitos. Los motivos de consulta difieren (síntomas respiratorios en CS/UAP y locomotor/digestivo en UH; $p < 0,05$ test X^2). En UH se solicitan hasta un 58% más de pruebas que en CS ($p < 0,01$ test X^2) y se prescriben un 20% de fármacos ($p < 0,05$ test X^2), sobre todo analgésicos. La mujer adolescente consulta más en UAP y pos síntomas genitourinarios, mientras que los hombres se les prescriben más fármacos.

Conclusiones: Un alto porcentaje de adolescentes solicitan una valoración por un profesional facultativo en el transcurso de un año, la mayoría son valorados por su médico de familia pero acuden a diferentes ámbitos sanitarios, obteniendo respuestas biomédicas diferentes. El género influye en la demanda clínica y en la respuesta obtenida.

KEYWORDS

Primary Care; Adolescence; Health Services Needs and Demand; Medical Records; Gender Identity

ABSTRACT

Title: Health services demand of the Andalusian adolescent population and its relationship with gender.

Objective: To quantify the health services demand in the Andalusian Public Health System of Andalusian adolescents, according to the chosen source of care. To determine reasons for consultation, biomedical response and influence of gender.

Design: A retrospective study (historical cohort).

Location, population and sample: A random sample of adolescents (aged 14-18 years) assigned to an urban health center.

Interventions: Medical records of on-demand consultations during 2017, including age, sex, chronic diseases, on-demand visits (Health Center [HS], Primary Care Emergencies [PCE] and Hospital Emergencies [HE]), reasons for consultation and biomedical response (diagnostic tests, prescription of drugs). Descriptive and bivariate analysis by gender.

Results: 117 adolescents (50% women), 75% attended consultation (65% HS, 34% HE, 21% PCE; $p < 0.05$ X^2) and 94% of them visited their family doctor and 64% visited other sources of care. Reasons for consultation differed (respiratory symptoms in HS/PCE and musculoskeletal / digestive symptoms in HE; $p < 0.05$ X^2). Diagnostic tests are more frequently ordered in HE than in HS (up to 58%; $p < 0.01$ X^2). The pharmacological prescription is also superior (20%, $p < 0.05$ X^2), especially analgesics. Adolescent women have a higher demand for PCE, because of genitourinary symptoms, while men are prescribed more drugs, by physicians.

Conclusions: A high percentage of adolescents request an assessment by a medical professional in the course of a year. Most of them are evaluated by their family doctor but visit different sources of care and obtain different biomedical responses. Gender influences the clinical demand and the response obtained.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de desarrollo biológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez. Es un período vital que comienza con la pubertad y finaliza dando paso a la edad adulta, y su rango de duración varía según diferentes opiniones médicas, científicas y psicológicas. Generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización entre los 19 a 24 años (1).

Esta etapa es crítica para la adopción de hábitos de relación y proceso de socialización. Las actitudes y experiencias infantiles y adolescentes en relación con los hábitos de vida saludables suponen un punto de partida que va a condicionar a veces decisivamente su futuro. La mayoría de los adolescentes perciben su salud como buena o muy buena, relacionándola directamente con un adecuado autoconcepto físico y con la propia satisfacción vital (2, 3). Entre los sanitarios también parece existir una percepción generalizada sobre el excelente estado de salud del que gozan la mayoría de adolescentes. Sin embargo, los adolescentes realizan con cada vez mayor frecuencia actividades de riesgo, no siendo éstas concebidas como un peligro para su salud y no siendo por tanto consultadas al personal sanitario (4, 5).

Todo lo anterior puede incidir en las características de los contactos que los adolescentes establecen con el sistema sanitario, habitualmente motivados por problemas de salud puntuales: entre los más frecuentes, procesos agudos de tipo infeccioso, enfermedades osteoarticulares y procesos dermatológicos (6). La frecuentación sanitaria es inferior a la de las personas de mayor edad (4) y la utilización de los servicios tiene un carácter más bien curativo que preventivo (7). Además, aunque en la mayoría de los casos son los adolescentes los que deciden acudir al médico, parece que los motivos de consulta no están relacionados con los motivos que más seriamente les preocupan o los que les colocan en riesgo de enfermar (8, 6).

En nuestro medio se han estudiado poco las características de la frecuentación sanitaria de los adolescentes en el sistema sanitario público andaluz: no sólo es preciso conocer el número de consultas que realizan puede facilitar información sobre sus necesidades, sino también los motivos de la demanda clínica y el lugar donde

ésta se realiza, así como la respuesta obtenida por parte de los profesionales sanitarios. Además es importante valorar la importancia del género en las anteriores variables, dada la mayor frecuentación de la población femenina en general y la peor autoimagen corporal que muestran las chicas adolescentes frente a los chicos adolescentes (4, 5).

Es por ello que el presente trabajo pretende describir la frecuentación de la población adolescente andaluza en las consultas a demanda del Sistema Sanitario Público Andaluz, diferenciando el tipo de atención y lugar de la misma más solicitada, conociendo los motivos de consulta más frecuentes y las respuestas biomédicas, y valorando la influencia del género en todas estas características.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña un estudio de cohorte histórica mediante auditoría de historias clínicas con un seguimiento retrospectivo de un año. Participan adolescentes de 14 a 18 años de edad adscritos a cinco cupos médicos de un Centro de Salud urbano. Se estima un tamaño de muestra mínimo de 100 adolescentes (0,05; precisión 3% y 4-5 consultas anuales por tarjeta individual sanitaria) (EASP 2015). Son elegidos de forma aleatoria por tramo de edad y sexo del listado general de la población atendida, reclutando al menos 20 menores por cada tramo de edad de forma paritaria y con igual distribución entre los diferentes cupos médicos.

La auditoría se ha realizado valorando todos los contactos a demanda que el adolescente ha tenido con el sistema sanitario público andaluz (SSPA) durante el año 2017, tanto en los centros de salud como en las urgencias extrahospitalarias y hospitalarias. Para ello se ha revisado la historia de salud única y se recogieron las siguientes variables:

1. Datos personales: edad (en años), sexo (hombre/mujer) y presencia de enfermedad crónica (no/sí).
2. Frecuentación a consultas durante el año 2017, diferenciando consultas a demanda

de Atención Primaria, consultas urgentes en Atención Primaria y consultas urgentes en Hospital.

3. Motivos de consulta, recogidos como síntomas y posteriormente agrupados por órganos y aparatos.
4. Petición de pruebas diagnósticas y tratamiento ofertado (grupos farmacológicos).

Para el almacenamiento de los datos se utiliza el programa Excel (Microsoft Office) y para su análisis el paquete estadístico SPSS v21.0. Se realizará primero un análisis descriptivo (proporciones y medias con su desviación estándar) y posteriormente un análisis bivalente según el género del adolescente. Para las comparaciones de medias se comprueba la Normalidad de la distribución de las variables (test de Shapiro) y su homocedasticidad (test de Levene), empleándose el test t de Student o su correspondiente test no paramétricos (U de Mann Whitney) para variables cuantitativas y el test χ^2 para cualitativas.

El proyecto de investigación ha sido aprobado por la Comisión de Ética de la Investigación de Jaén, siguiendo la normativa existente para los trabajos de fin de grado de forma que la investigadora en proceso de formación de grado no ha tenido acceso a las historias clínicas ni a datos confidenciales de los menores, realizando su actividad bajo la supervisión directa del tutor asistencial. El acceso a las historias clínicas se ha realizado mediante una identificación personal que identifica inequívocamente al médico que consulta cada historia de salud. Se han tenido en cuenta las normas de buena práctica clínica (Orden SCO/256/2007, de 5 de febrero), la ley de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) y la ley de protección de datos personales (LOPD 15/1999 de 13 de diciembre. BOE 14 de diciembre de 1999).

RESULTADOS

Fueron seleccionados para el presente estudio un total de 117 adolescentes de cinco cupos médicos de un Centro de Salud urbano (50% hombres y 50% mujeres), con una media de edad de 15,97 años $\pm 1,4$ (edad mínima 14 años y máxima 18

años). Un 29% presentaron alguna enfermedad crónica (mayoritariamente asma bronquial) y un 20% usaba medicación de forma continua. Ninguna de estas variables, salvo el sexo, se relaciona con la frecuentación, los motivos de consulta, las pruebas complementarias solicitadas o el tratamiento farmacológico prescrito por los médicos.

Un 75,2% de los adolescentes realizaron al menos una consulta médica en el último año, la mayoría de ellos en las consultas de su médico de familia en el centro de salud (65%) y en menor proporción en las urgencias hospitalarias (34%) y las urgencias de Atención Primaria (21%) (diferencias significativas con $p < 0,05$ test χ^2). Como puede apreciarse en la figura 1, las tres cuartas partes de los adolescentes acuden a distintos ámbitos para ser atendidos y la mayoría de ellos (94%) ha realizado consultas a su médico de familia en el centro de salud. Lo más frecuente es consultar sólo en Atención Primaria (31%) y en Atención Primaria

más Urgencias Hospitalarias (37%), siendo poco frecuente acudir a los tres ámbitos estudiados (9%). La frecuentación media anual fue mayor en Atención Primaria y menor en los ámbitos de urgencias (tabla 1, $p < 0,05$ test t Student). Por sexo, las mujeres consultan más frecuentemente en las urgencias de Atención Primaria (28% vs 14%; $p = 0,06$ test χ^2) mientras que los hombres acuden más a su médico de familia (70% vs 60%, sin diferencias estadísticas) y a urgencias del hospital (41% vs 28%; $p < 0,05$ test χ^2).

En la tabla 1 se exponen los motivos de consulta demandados en cada ámbito, que son diferentes según el ámbito de atención, con diferencias estadísticas ($p < 0,05$ test χ^2). Al médico de familia consultan 108 motivos de consulta diferentes, principalmente por síntomas del área ORL, respiratorios y neurológicos (75%). En urgencias de atención primaria, tras analizar 26 demandas diferentes, predominan síntomas del área ORL,

Figura 1. Frecuentación sanitaria de los adolescentes en un año según el servicio sanitario requerido

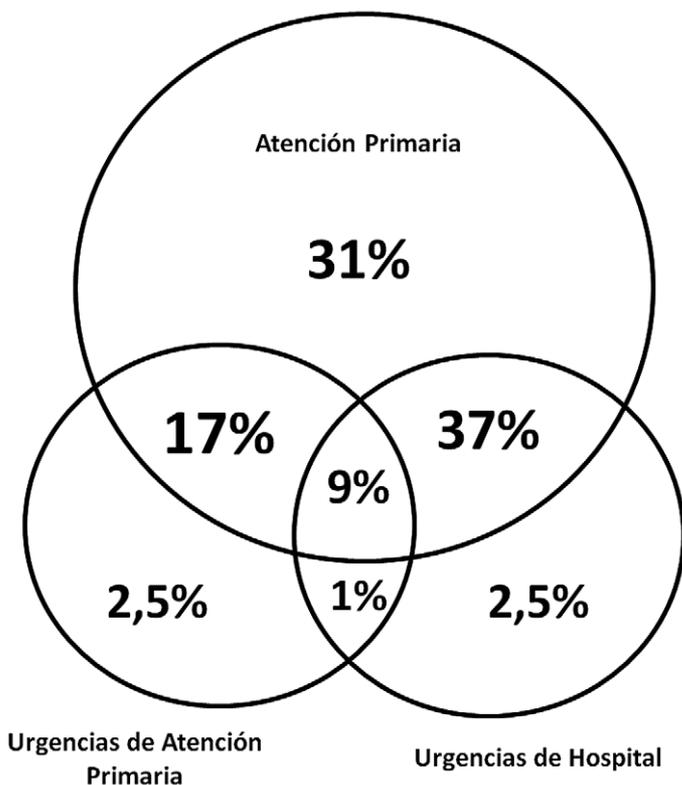


Tabla 1. Motivos de consulta, petición de pruebas complementarias y prescripción de tratamiento farmacológico según el ámbito de atención a los adolescentes

	Atención Primaria	Urgencias de Atención Primaria	Urgencias de Hospital
Porcentaje de adolescentes que acuden a consulta (*)	65%	21%	34%
Frecuentación media anual (†) (adolescentes que acuden a consulta)	2,8 ±2,3	1,5 ±0,8	1,7 ±0,9
Motivos de consulta (*)			
• ORL y Respiratorio	39%	58%	9%
• Neurológico	14%	4%	12%
• Piel	10%	4%	7%
• Locomotor	11%	15%	46%
• Digestivo	11%	0	20%
• Genitourinario	12%	15%	2%
• Oftalmología	3%	4%	4%
Pruebas complementarias (‡)	36%	0%	** 94%
• Analítica	30%	-	43%
• ECG	-	-	8%
• Rx	8%	-	70%
• ECO	-	-	10%
• TAC	1%	-	5%
Tratamiento farmacológico (*)	71%	96%	90%
• Analgésico	58%	79%	85%
• Antibiótico	18%	33%	15%
• Tópico	7%	-	3%
• Broncodilatador	8%	-	-
• Antihistamínico	13%	8%	-

Diferencias estadísticamente significativas con (*) $p < 0,05$ test X^2 (†) $p < 0,05$ test de ANOVA de 1 Vía (‡) $p < 0,01$ test X^2

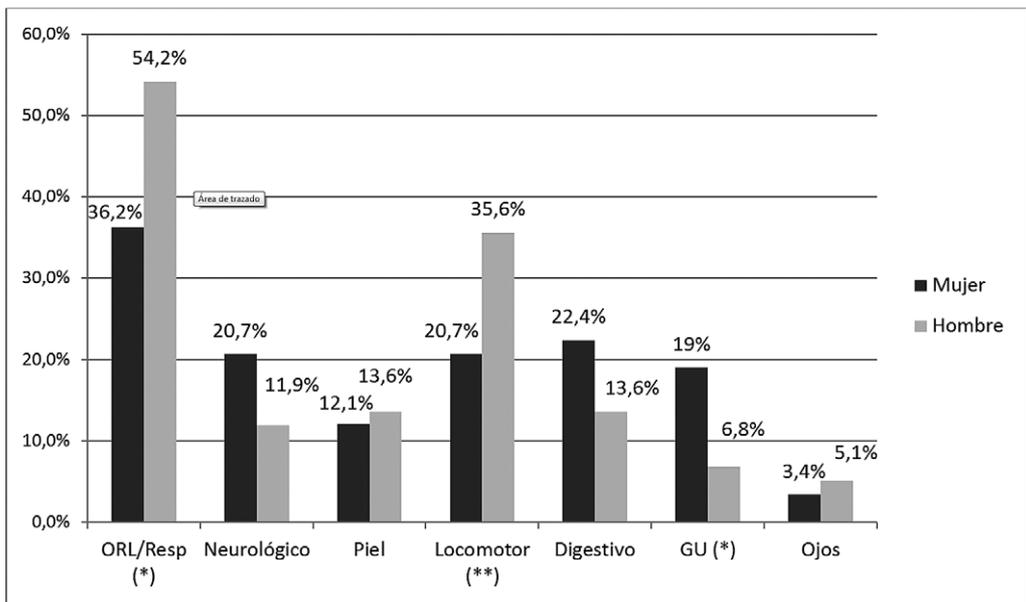
respiratorios, locomotor y genitourinario (88%). Por último, tras valorar 56 motivos de consulta distintos en el área de urgencias hospitalarias, las patologías más frecuentes son del aparato locomotor, digestivo y neurológico (78%). Por sexo los motivos de consulta son similares, salvo los síntomas del área ORL y respiratorio (28% más en hombres), locomotor (15% más en hombres) y genitourinario (12% más en mujeres) ($p < 0,05$ test X^2) (figura 2).

El médico de familia solicitó pruebas complementarias al 36% de los adolescentes, siendo las más frecuentes la analítica de sangre y la radiografía. En el servicio de urgencias hospitalarias, el 94% de los adolescentes fue sometido a alguna

prueba complementaria, destacando la realización de radiografía y análisis de sangre/orina, seguidos por ecografías y electrocardiogramas. En el área de urgencias de atención primaria no se solicitó ninguna prueba complementaria. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,01$ test X^2) y se muestran en la tabla 1. No hay diferencias por sexo para la solicitud de pruebas complementarias, realizándose en el 36% de las mujeres y en el 45% de los hombres (figura 2).

En la tabla 1 se muestra el tratamiento farmacológico empleado. La prescripción farmacológica en la consulta del médico de familia (71%) fue inferior a la realizada en urgencias de atención primaria (96%) y hospitalaria (90%) ($p < 0,05$ test

Figura 2. Motivos de consulta demandados en total según el sexo del adolescente



ORL/Resp síntomas del área otorrinolaringológica y respiratoria; GU síntomas del área genitourinaria. Diferencias estadísticas con (*) $p < 0,05$ test χ^2 (**) $p = 0,07$ test χ^2

χ^2). Los analgésicos fueron los fármacos más aconsejados (63% del total de consultas) seguido de los antibióticos (22% del total). Los antihistamínicos sólo se prescriben en atención primaria, mientras que el tratamiento broncodilatador no se indica en los servicios de urgencias. Respecto al sexo, también hay diferencias casi significativas para la prescripción del tratamiento farmacológico entre hombres (73%) y mujeres (55%) ($p = 0,07$ test t Student), sobre todo para el uso de analgésicos, que fue superior en un 24% para los hombres adolescentes ($p = 0,07$ test t Student) (figura 3).

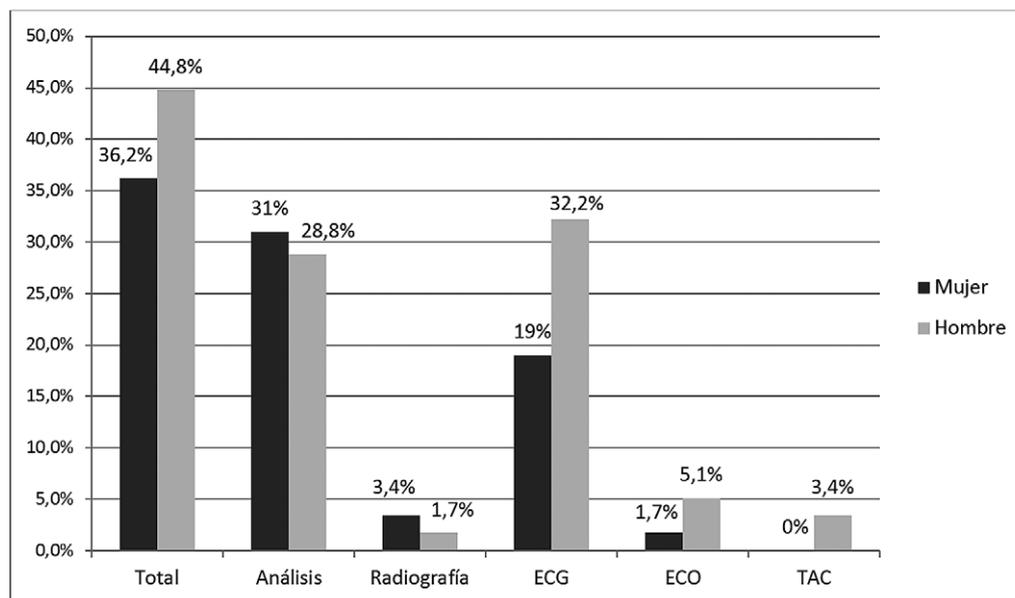
DISCUSIÓN

Un alto porcentaje de adolescentes solicitan una valoración por un profesional facultativo en el transcurso de un año (9), acudiendo en la mayoría de las veces a su médico de familia. Este hecho puede reproducir la percepción social de una mayor cercanía y calidad humana en el trato habitual con el médico de familia que mejoraría la

percepción sobre la asistencia prestada en el centro de salud (10). La oferta de una asistencia a lo largo del tiempo desde atención primaria permite abordar la esfera biológica, social y psicológica del adolescente, integrar creencias culturales y religiosas que pudieran ser un obstáculo para negociar futuros planteamientos terapéuticos (11). No obstante, la frecuentación es inferior a la que presenta la población adulta (4, 12), lo que puede estar motivado por un mejor estado de salud general, por el enfoque biomédico del sistema sanitario o por las barreras que el adolescente percibe para consultar, tanto de accesibilidad o burocráticas como por la infravaloración de sus problemas de salud (2, 13, 3). Esta demanda podría disminuir aún más en la etapa de adultos jóvenes de 18 a 25 años, 8 sobre todo en países anglosajones donde los jóvenes logran la independencia familiar y mayor capacidad para gestionar y tomar decisiones respecto a su salud (14).

Aunque la frecuentación es inferior a la presentada por la población adulta (12), comparten la característica de consultar en diferentes ámbitos de la atención, tanto en la consulta a demanda

Figura 3. Solicitud de pruebas complementarias en total según el sexo del adolescente



Total: porcentaje de adolescentes a los que se les solicita una prueba complementaria.

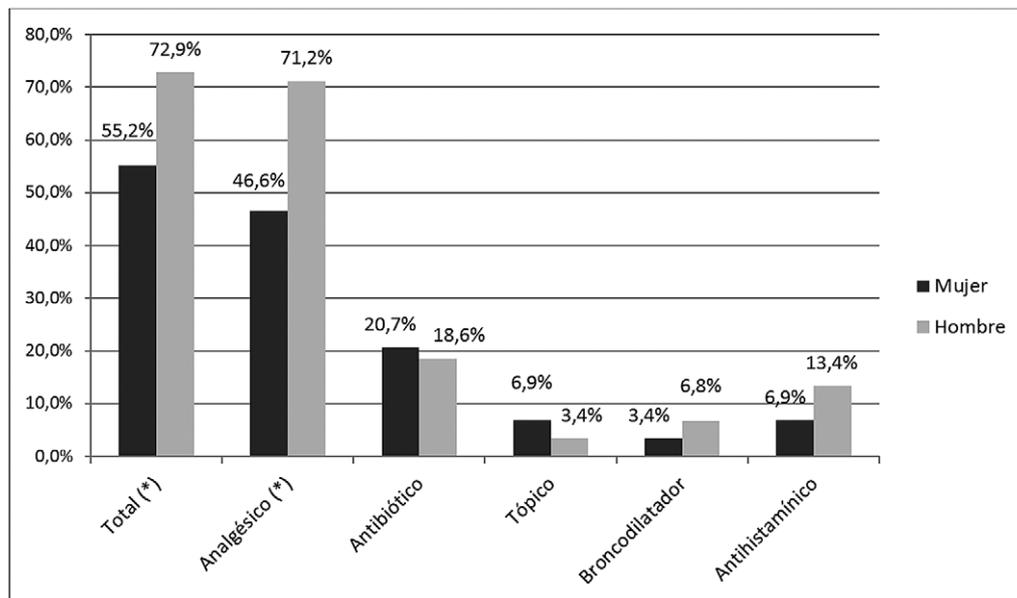
ECG: Electrocardiograma. ECO: Ecografía. TAC: Tomografía axial computerizada.

de su centro de salud como en los servicios de urgencias de primaria y hospitalarios. Este hecho puede estar marcado por la importancia de las creencias y expectativas familiares en la decisión del adolescente de acudir a consulta (9, 10), utilizando los servicios sanitarios para recibir una atención de carácter más bien curativo que preventivo (7, 10). Los resultados de este trabajo muestran también como la elección del sitio donde desean ser atendidos parece estar influenciada por el síntoma que presenta el adolescente. Así, los procesos infecciosos agudos a nivel respiratorio y otorrinolaringológico suponen una de las consultas más frecuentes en Atención Primaria (6), tanto en la atención con cita como la urgente. En cambio, en las urgencias hospitalarias predominan los síntomas del aparato locomotor, de digestivo y neurológicos, hecho que puede llevar tanto al adolescente como a su familia en considerar la necesidad de una atención urgente que cuente con un mayor nivel tecnológico (15). Llama la atención el bajo número de trastornos de salud mental recogidos en las historias, siendo una de las principales causas de morbimortalidad en niños y adolescentes (8, 12).

A diferencia de otros estudios, la edad no influye en la demanda de atención sanitaria (dos Santos 2003). Sin embargo, el sexo del adolescente influye en la elección del lugar de la atención, posiblemente debido a la importancia de las creencias sociales y familiares sobre la diferencia de géneros. Además, las adolescentes mujeres perciben peor su salud, aprecian una peor calidad de vida en los aspectos físicos y emocionales frente a los chicos, y dan un mayor peso a sus necesidades emocionales (16, 17). La demanda emocional es más aceptada en mujeres adolescentes, posiblemente debido a la creencia infundada sobre la adopción de un estilo menos activo para la resolución de sus problemas, que conllevaría una mayor ansiedad social (7, 18, 3).

La respuesta que obtiene la población adolescente que solicita valoración médica es muy diferente según el ámbito donde se desarrolla la atención sanitaria. Así, la petición de pruebas complementarias es muy elevada en urgencias hospitalarias frente a la Atención Primaria (19), al tiempo que la prescripción de tratamiento farmacológico es mayor en las áreas de urgencias frente a la consulta del

Figura 4. Prescripción de tratamiento farmacológico en total según el sexo del adolescente



Total: porcentaje de adolescentes a los que se les prescribe un tratamiento farmacológico.

Analgésico: incluye todos los escalones analgésicos. Tópico: incluye cualquier medicación usada por vía tópica sobre piel. Broncodilatador: incluye todos los fármacos inhalados.

Diferencias significativas con (*) $p=0,07$ test χ^2

médico de familia. Frente a los mismos síntomas, los servicios de urgencias se ven obligados a realizar un mayor número de pruebas complementarias, lo que puede restar eficiencia a la atención sanitaria y crear unas expectativas no fundadas en la población adolescente sobre las necesidades que debe pedir para el cuidado de su salud en la etapa adulta (20). Igual ocurre con el mayor uso de tratamiento farmacológico en urgencias frente a la consulta del médico de familia, sobre todo en la indicación de analgésicos (21), aunque este hecho debería ser valorado en estudios sobre la gravedad de los síntomas expresados en cada ámbito. Antes de solicitar una prueba de laboratorio, el médico de familia debe reflexionar sobre las ventajas, las molestias que pudiera reportar al paciente y el coste sanitario que está ocasionando (22). La continuidad de un enfoque biomédico en la atención prestada a los adolescentes solo conseguirá un objetivo demasiado limitado e individualizado para un determinado problema de salud, sin preocuparse con la multiplicidad de factores que generan problemas en esa etapa de la vida (7).

El estudio puede tener un sesgo de información ya que depende de los datos recogidos en la historia clínica, por lo que un registro deficitario daría lugar a infravalorar la frecuentación sanitaria. La generalización de los resultados a la población adolescente en general debe ser valorada con cuidado al estudiar solo los esquemas sociales de relación con el sistema sanitario de un barrio urbano, aunque parece que las tendencias son similares en toda Andalucía (12). Por último, los motivos demandados no tienen por qué coincidir con las preocupaciones de los adolescentes, lo denominado como demanda oculta (6, 11) que parece ser bastante diferente de la demanda explícita.

En España hay pocos estudios sobre la frecuentación sanitaria de la población adolescente en el Sistema Sanitario Público. Los datos obtenidos pueden facilitar información indirecta acerca de las principales necesidades de los adolescentes y el aprendizaje de las diferencias de género en este periodo de la vida. El estudio permite valorar

la respuesta asistencial por parte del profesional médico, a fin de objetivar el funcionamiento del Sistema de Salud y su capacidad de resolución ante estas demandas, en general de baja complejidad. Se precisa ampliar, no obstante, la información sobre las expectativas y creencias que se encuentran tras la demanda concreta ante un motivo de consulta en un ámbito sanitario determinado. Atención Primaria se postula como el lugar ideal para la atención a los jóvenes por su accesibilidad y disponibilidad de los servicios, confidencialidad de la información relacionada con la salud, cuestiones relacionadas con la comunicación con los profesionales sanitarios, continuidad de la atención y comportamientos y actitudes expresados hacia los jóvenes adultos por profesionales de la salud (14, 20). Es prioritario para la eficiencia del sistema y la educación sanitaria de las siguientes generaciones valorar más detalladamente el tipo de respuesta y la capacidad de resolución de los profesionales de cada ámbito, que debe adecuarse a la demanda (no al ámbito de atención) al tiempo que se fomenta el desarrollo de todas aquellas actividades de prevención y promoción esenciales para satisfacer las necesidades de salud educativa de los adolescentes (11, 23, 20).

Los autores no presentan ningún tipo de conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe Salud para todos en el año 2000. Disponible en: whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf [accedido 1/1/2018].
- Hernán M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gac Sanit*. 2003; 18: 47-55
- Videra-García A, Reigal-Garrido R. Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*. 2013, 29.
- Pedrerá Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2005; 35:82-8.
- Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en España. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad 2016. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014_InformeTecnico.pdf [accedido 23/01/2018]
- Colino Nevot R, Fernández Barrero A, Picasso Martínez de Ubago A. Utilización de la consulta de atención primaria por los adolescentes y detección de problemas de salud no demandados. *Aten Primaria*. 1995; 16: 594-9.
- Dos Santos Palazzo L, Umberto Béria J, Tomasi E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19:1655.
- Llinares Gómez V, Serrano Vázquez A, de Frutos Hernansanz MJ, Álvarez de Mon Rego C, Azpiazu Garrido M, López de Castro F, et al. Motivos de consulta en adolescentes. *Aten Primaria*. 1994; 13: 442-5.
- Pérez Milena A, Jiménez I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R, Martínez ML. ¿Acude el adolescente al médico? Estudio sobre frecuentación y factores asociados. *Aten Primaria*. 2001, 28 (supl 1): 118.
- Ramos Ruiz JA, Pérez Milena A, Enguix Martínez N, Álvarez Nieto C, Martínez Fernández ML. Diagnóstico comunitario mediante técnicas cualitativas de las expectativas y vivencias en salud de una zona necesitada de transformación social. *Aten Primaria*. 2013; 25:243-52.
- Verónica Gaete P. Atención clínica del adolescente que consulta por un problema de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011;22:5-13.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición 2012. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.calidadsaludandalucia.es/docs/resultados_y_calidad_del_sistema_sanitario_publico_de_andalucia_2012.pdf [accedido 30/5/2018]
- Salmerón MA, Casas J. Problemas de salud en la Adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013; XVII: 94-100.
- Davey A, Carter M, Campbell JL. Priorities for young adults when accessing UK primary care: literature review. *Prim Health Care Res Dev*. 2013; 14:341-9.
- Matalí Costa JL, Serrano Troncoso E, Pardo Gallego M, Trenchs Sainz de la Maza V, Curco y Barcenilla C, Luaces Cubells C, San Molina L. Perfil de los adolescentes que acuden a urgencias por intoxicación enólica aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2012;76:30-7.
- Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezanhani A, Alavi Majd H, Moslemizadeh N. The challenges of female adolescents' health needs. *Community Mental Health Journal*. 2013; 49:774-780.
- Vélez R, López S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gac Sanit*. 2009; 23:433-9.
- Inglés CI, Piqueras JA, García-Fernández JM, García-López LI, Delgado B, Ruiz-Esteban C. Diferencias de

- género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*. 2010; 22:376-81.
19. Arias Constantí V, Trenchs Sainz de la Maza V, Sanz Marcos N, Curcoy Barcenilla AI, Luaces Cubells C. Valoración de la necesidad de analítica sanguínea a los adolescentes con intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias. *An Pediatr (Barc)*. 2010; 73:288-90.
 20. Hargreaves DS, Elliott MN, Viner RM, Richmond TK, Schuster MA. Unmet Health Care Need in US Adolescents and Adult Health Outcomes. *Pediatrics*. 2015;136:513-20.
 21. Body S, Kaide E, Kendal S. Not all suffering is pain: sources of patients' suffering in the emergency department call for improvements in communication from practitioners. *Emerg Med J*. 2015; 32: 15-20.
 22. Oterino D, Altarriba ML, Monzó MJ. Pertinencia de las peticiones analíticas en atención primaria. *Aten Primaria*. 1996; 18:87-93.
 23. Martos Guardado R, Pérez Luna MT. Atención integral al adolescente. Grupo de Estudio del Adolescente. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, Granada 2015. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf> [accedido 30/5/2018].

ORIGINAL

Análisis de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en un centro de atención primaria

Toral-López I¹, Moreno-Arco A^{2*}, Cruz Vela P^{2*}, Moratalla-López E^{2*}, Domínguez-Martín S^{2*}, Expósito-Ruiz M³

¹Enfermera Comunitaria

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

³Técnica Metodología de la Investigación. Fundación para la Investigación Biosanitaria Andalucía Oriental (FIBAO)

*Centro de Salud de Cartuja. Distrito Sanitario Granada. Servicio Andaluz de Salud

CORRESPONDENCIA

Isabel Toral López
E-mail: isabel.toral.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 19-11-2018; aceptado para publicación el 20-02-2019
Med fam Andal. 2019; 1: 21-28

PALABRAS CLAVE

Benzodicepinas, ansiolíticos, ansiedad, insomnio, depresión, atención primaria.

RESUMEN

Título: Análisis del consumo de ansiolíticos e hipnóticos en un centro de atención primaria.

Objetivo: analizar las tasas de consumo de benzodicepinas e hipnóticos en un centro de atención primaria (CAP) e identificar perfil de consumidor.

Diseño: estudio descriptivo exploratorio.

Emplazamiento: CAP de Granada.

Participantes: se selecciona muestra aleatoria de 377 adultos consumidores de benzodicepinas e hipnóticos.

Mediciones principales: Se recogen variables de sexo, edad, problemas de salud, principio activo, fármacos y dosis diaria definida (DDD).

Resultados: la tasa de consumo es de 121,93 DDD/1000 tarjetas ajustadas/día. Los hombres son más jóvenes que las mujeres 5 años de media. El 24% de la muestra son mayores de 70 años.

Los fármacos más frecuentes son diazepam, alprazolam y bromazepam.

Algunas personas consumen más de un fármaco: 86 (22.8%) dos, 39 personas (10%) consumen tres o más.

De las personas con más de tres fármacos, 18 (5%) tienen 65 años o más.

No se encontraron diferencias significativas entre sexo y DDD ($p=0.731$).

La relación entre la DDD y edad es significativa ($p < 0.001$).

Conclusiones: Existe relación entre edad y consumo, a mayor edad mayor consumo. Destaca que una cuarta parte de la muestra son personas mayores de 71 años, por los efectos secundarios de estos fármacos al utilizarse a largo plazo.

Será beneficioso para los pacientes mejorar la indicación de fármacos y el abordaje no farmacológico de las personas con patología y las que presentan síntomas adaptativos en respuesta a trances de la vida.

KEYWORDS

Benzodiazepines, anxiolytics, anxiety, insomnia, depression, primary care.

ABSTRACT

Title: Analysis of the consumption of anxiolytics and hypnotics in a primary care centre.

Aim: To analyse the rates of consumption of benzodiazepine and hypnotics in a primary care centre and to identify the consumers' profiles.

Design: A descriptive exploratory study.

Setting: A primary care centre from Granada.

Participants: A sample of 377 adult benzodiazepine and hypnotics users were randomly selected.

Main measurements: Data were collected for sex, age, health issues, active ingredient, drugs and defined daily dose (DDD) variables.

Results: The rate of consumption is 121.93 DDD per 1000 medical cards per day. Male consumers are an average of 5 years younger than female consumers. 24% of the sample are over 70 years of age. The most frequently used drugs are diazepam, alprazolam and bromazepam.

Some people take more than one drug: 86 (22.8%) take two, 39 (10%) take three or more. 18 (5%) of those taking more than three drugs, are aged 65 and over.

No statistically significant differences were found between sex and DDD ($p=0.731$). A statistically significant association was found between DDD and age ($p < 0.001$).

Conclusions: A significant correlation was found between age and consumption. The older the person, the higher the consumption. It should be pointed out, in terms of the side effects in long-term use of these drugs, that a quarter of the sample is made up of people over 71 years of age.

For the benefit of the patient, the indications of drugs should be improved and so should the non-pharmacological approach for patients with general pathologies and those with adaptive symptoms in response to difficult life transitions.

INTRODUCCIÓN

Según estudios de ámbito internacional los psicofármacos han sido uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la mayoría de los países desarrollados, destacando en España un aumento considerable y sostenido desde los años 90 (1). En la encuesta realizada por el Observatorio de drogas y adicciones para el plan nacional sobre alcohol y drogas, se estima que la evolución de la prevalencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida fue en 2013, 2015 y 2017 de 22,2%, 18,7% y el 20,8% respectivamente (2).

Un informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria de 2014 (3) hace referencia al cambio en la utilización de los psicofármacos con un aumento progresivo, en especial de ansiolíticos y antidepresivos. Estos fármacos constituyen al inicio del siglo XXI, el tercer grupo terapéutico más utilizado en España, tras los analgésicos y los antiinflamatorios, siendo un 37% superior a la media europea (4).

Es conocido que los ansiolíticos son fármacos que, consumidos de forma crónica, producen tolerancia y dependencia. Algunos estudios los relacionan con el riesgo de fracturas de cadera, accidentes automovilísticos, y deterioro de la memoria (5-7).

Las benzodiazepinas y los hipnóticos son fármacos que se usan para tratar el insomnio, la ansiedad y como coadyuvante en algunos tipos de dolor crónico. No obstante, en las guías de práctica clínica de manejo de ansiedad y dolor no son recomendaciones de primera opción (8,9). En todo caso son fármacos que, de utilizarse, lo indicado son periodos cortos de dos a cuatro semanas en fase aguda o como coadyuvante de tratamientos para problemas de salud mental graves. Se trata de una medida de uso racional de recursos terapéuticos para evitar intervenciones inadecuadas o con riesgo potencial para los pacientes, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria de 2014 de "no recetar benzodiazepinas para uso a largo plazo en pacientes con insomnio" (10).

El Centro de Salud (CS) de Cartuja atiende una población de 14.253 habitantes (contrato gestión 2017) procedentes en su mayoría de la zona norte de Granada, un barrio de alta exclusión social que

cuenta con los indicadores de desigualdad más altos de la provincia.

Los objetivos del presente estudio son: analizar las tasas de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en el CS de Cartuja e identificar el perfil de persona consumidora habitual.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo exploratorio para el que se ha utilizado los datos de la base de datos de farmacia del Distrito Sanitario Granada Metropolitano en el año 2015. De esta base de datos se han seleccionado los registros de dispensación de medicamentos correspondientes a los nueve cupos de médicos de familia del CS de Cartuja.

Población de Estudio

Se parte de la población de personas mayores de 18 años que consumen durante 6 meses o más benzodiazepinas, pertenecientes a los cupos médicos del CAP Cartuja. En el año 2015 fueron 1719 personas. Se excluyó a la población pediátrica por no ser comparable a la población adulta.

Tamaño de muestra

El tamaño muestral se calculó para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada de consumo del 50% y considerando que el tamaño total de la población es de 1719, será necesario incluir 314 sujetos en el estudio. A la cifra calculada se añadió un 20% en previsión de posibles pérdidas, por lo que el tamaño muestral final es de 377. La muestra se seleccionó mediante muestreo aleatorio simple a partir de la base de datos de farmacia.

Variables y fuentes de información

Se recogieron las variables de sexo, edad, principales problemas de salud identificados en

la historia clínica digital (DIRAYA), principio activo, número de fármacos del tipo ansiolíticos e hipnóticos y dosis diaria definida (DDD) de cada fármaco. Se ha utilizado como unidad de consumo la DDD, es una unidad de medida de consumo de medicamentos para la investigación comparada de utilización de medicamentos. Se define como la unidad técnica de medida y comparación que equivale a la dosis media diaria de mantenimiento cuando se utiliza en su indicación principal, por una vía de administración determinada, expresada en cantidad (gr. mg, etc.) de principio activo. Los datos de DDD proporcionan una unidad de medida fija independiente del precio, las monedas, el tamaño del paquete y la fortaleza, lo que permite a los investigadores realizar comparaciones entre grupos de población (11)

Se respetaron los lineamientos éticos para cumplir la Ley de protección de Datos (RD 1720/2007). Asimismo, solamente el personal de investigación autorizado tuvo acceso a las historias clínicas y únicamente a la información relevante y específica de investigación.

Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, calculando frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y para las variables numéricas media y desviación estándar o mediana y percentiles. La normalidad de los datos se comprobó con el test de Kolmogórov-Smirnov. Para analizar las variables que se asocian al consumo respecto al resto de variables, se realizó un análisis bivalente, utilizando el test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, debido a la distribución no paramétrica de los datos. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$. Los datos se analizaron con el software IBM SPSS Statistics 19.

RESULTADOS

Se han identificado 11.971 registros de dispensaciones de medicamentos del tipo ansiolíticos e hipnóticos, que corresponden a 2816 personas distintas de nueve cupos médicos del CAP Cartuja, de los 1719 que cumplieron los criterios de

inclusión, de los que se seleccionó una muestra de 377 personas.

La tasa de consumo de benzodiacepinas en 2015 ha sido 121,93 DDD/1000 TAFES/día. Es una tasa ajustada por tarjeta sanitaria, edad y sexo, y se utiliza como un indicador para comparar gasto de farmacia.

La edad de la muestra va desde los 18 a los 97 años, siendo la media 58.35±17.18.

Del total de personas incluidas en la muestra, 249 (66%) son mujeres y 128 (34%) hombres. La edad media de las mujeres fue 60.16±16.98, y 55.09±16.87 para los hombres, diferencia estadísticamente significativa (p=0.006).

En relación con los **problemas de salud** que constan en la historia clínica de las personas de la muestra: 31 personas (8,22%) están diagnosticadas de depresión, 23 (6%) de ansiedad, problemas de riesgo cardiovascular como la HTA 85 (23%) o diabetes 47 (13%), artrosis 29 (8%), se reflejan en la tabla 1 clasificadas según la CIE 9.

El **consumo de fármacos** se expresa en DDD en la tabla 2. Los fármacos estudiados consumidos con más frecuencia son Diazepam 174 personas (46.15%), Alprazolam 80 personas (21,22%), Bromazepam 78 personas (20,69%).

En cuanto al **número de fármacos** estudiados que consume cada persona, 251 (66.6%) consumen

un solo fármaco, 86 (22.8%) consumen dos tipos de fármacos, 39 personas (10%) consumen tres o más fármacos.

De las personas que consumen más de tres fármacos, 18 (5%) tienen 65 años o más.

Consumo según edad y sexo

En relación con el consumo por sexo, las diferencias entre hombre y mujeres no son estadísticamente significativas (p = 0.731) (Tabla 3).

Con el fin de analizar diferencias según grupos de edad, en la tabla 4 se presenta la DDD media y mediana en cuatro grupos de edad: <46 años, 46-58 años, 58-71 años, > 71 años. Se encuentra que las diferencias son estadísticamente significativas (p =0.001), con un mayor consumo en los grupos de mayor edad.

DISCUSIÓN

A la vista de los datos obtenidos en nuestra muestra se encuentra que las tasas de consumo de ansiolíticos e hipnóticos son más altas en comparación con la media nacional (3) y con las tasas medias en Andalucía, en donde el objetivo de rango máximo es de 93 DDD/1000 TAFES/día, que corresponde al percentil 80 (12,13).

Tabla 1. Frecuencia de problemas de salud clasificadas por la CIE 9

Principales problemas de salud	CIE 9	Frecuencia (por N. de casos)
Hipertensión	401	85
Diabetes	250	47
Tabaquismo	989.84	38
Ansiedad	300	31
Obesidad	278	30
Artrosis	715.9	29
Hipotiroidismo	244.9	26
Dislipemia	272.4	23
Depresión	311	23
Hipercolesterolemia	272	19

Tabla 2. Consumo descriptivo por DDD y tipo de fármaco

Fármaco	Frecuencia de consumo	Porcentaje	Media de DDD	Mínimo-Máximo	DT
Diazepan	174	46,15%	73,39	5 - 635	30,00
Alprazolam	80	21,22%	304,35	1 - 2500	449,11
Bromazepan	78	20,69%	50,02	3 - 780	99,20
Lormetazepam	60	15,91%	439,33	30 - 5640	736,17
Lorazepam	46	12,20%	186,47	10 - 1044	227,01
Zolpidem	40	10,61%	215,25	30 - 780	204,27
Clorazepatodipotasico	32	8,48%	123,90	2 - 500	139,82
Ketazolam	11	2,91%	101,45	12 - 312	106,03
Hidroxizina	7	1,85%	50,00	8 - 125	47,70
Flurazepamclorhidrato	7	1,85%	145,71	30 - 390	160,08
Sulpiridiazepam	4	1,06%	48,00	12 - 144	64,24
Piridoxinasulpiridiazepina	4	1,06%	45,00	15 - 75	34,64
Midazolam	4	1,06%	52,50	10 - 180	85,00
Loprazolammesilato	2	0,53%	375,00	360 - 390	360,00
Clobazam	1	0,26%	280,00		

Tabla 3. Consumo de BZD de acuerdo al sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Me [P25-P75]
Consumo total BZD	Mujer	249	245,2570	409,38478	25,94371	105[20-292.5]
	Hombre	127	248,4882	599,62881	53,20845	80[20-325]

^aMediana, percentil 25 y percentil 75

Tabla 4. Media de consumo DDD media y grupos de edad

Edad	N	Media	Desviación típica	Error típico	Mínimo	Máximo	Me[P25-P75]
<46	92	153,2500	260,02209	27,10918	5,00	1340,00	39[15-165]
46-58	100	335,4500	799,02504	79,90250	5,00	6250,00	72.5[15-352.5]
59-71	93	254,4731	320,88487	33,27421	5,00	1675,00	148[45-373.5]
>71	92	231,7609	266,81901	27,81780	,00	1269,00	142.5[40.25-333.75]
Total	377	245,7082	480,82003	24,76349	,00	6250,00	90[20-300]

^aMediana, percentil 25 y percentil 75

La mayoría de las personas consumidoras son mujeres. Esto puede ser debido a que las tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad son 1.5-2.5 veces más altas en las mujeres que en los hombres (14). Los resultados son concordantes con otros estudios que muestran como el consumo de estos fármacos no es igual en la población general, sino que hay grupos más vulnerables como son las mujeres, los ancianos y las personas con problemas crónicos de salud (14).

Dado que la ansiedad con el insomnio son las principales indicaciones de estos fármacos, llama la atención que son pocas las personas con registro en su historia clínica. De lo que se puede deducir que, aunque los trastornos de ansiedad son muy prevalentes en la población general, con frecuencia están mal identificados y tratados (8, 15). De otra parte, que se trate de personas sin problemas de salud mental, con malestar y sufrimiento como respuesta adaptativa a problemas cotidianos de la vida que reciben medicación. Algunos trabajos señalan las consecuencias de la medicalización de acontecimientos de la vida, y de la iatrogenia de intervenir con fármacos en sujetos sanos, que pueden recibir diagnósticos y tratamientos excesivos e inadecuados (14,17,18).

La calidad del registro en la historia clínica es una limitación del estudio, así como la posibilidad de que algunos de los fármacos estudiados hayan sido prescritos para otras indicaciones, por ejemplo como relajantes musculares.

También ha sido una limitación del estudio el no disponer de bases de datos de farmacia más actualizadas.

Se observan algunas diferencias entre mujeres y hombres: los hombres son más jóvenes cinco años de promedio. Las diferencias encontradas en el tipo de fármaco estudiado y DDD no han sido estadísticamente significativas.

Se ha encontrado una relación entre la edad y el consumo en DDD, a mayor edad mayor consumo. El hecho de que las personas mayores de 71 años constituyan casi una cuarta parte de la muestra puede ser un resultado destacable, dado los efectos secundarios de estos fármacos especialmente en ancianos. También el que un porcentaje de mayores de 65 años toma tres fármacos o más. Algunos trabajos encuentran

riesgo de deterioro cognitivo en ancianos cuando se utilizan a largo plazo, además de estar implicados en un aumento de fracturas de cadera con las consecuencias de pérdida de capacidad funcional y pérdida de calidad de vida. Igualmente son fármacos que provocan dependencia física y psicológica (15-18).

Los tres medicamentos más frecuentes son del tipo benzodiazepinas e hipnóticos, y aunque en España se utilizan ampliamente para el tratamiento de la ansiedad, las últimas recomendaciones basadas en resultados de investigación que contienen las guías de práctica clínica, puntualizan su utilidad en la fase aguda de la enfermedad y como coadyuvante de otros fármacos como los antidepresivos, y alertan de sus efectos secundarios a corto y largo plazo, por lo que su indicación está sujeta a unos criterios: usar la dosis mínima eficaz, tratamientos cortos e intermitentes, suspender de forma progresiva la indicación tan pronto se controlen los síntomas, periodos no mayores de dos meses (14-15). En nuestro caso el fármaco más consumido es diazepam, casi la mitad de las personas de la muestra, algunos estudios encuentran menor efecto frente a placebo (15).

Algunos autores encuentran que indicar el *no-tratamiento* cuando se trata de un paciente sano tiene elementos psicoterapéuticos. Se fundamenta en la ética de la negativa, decir «no» de forma fundamentada y con actitud psicoterapéutica porque lo beneficioso para el paciente es protegerle de los perjuicios de un tratamiento que van a superar los presuntos efectos beneficiosos. El mensaje que subyace en la indicación de no-tratamiento es que el paciente está sano, que tiene suficientes herramientas para afrontar la situación que está viviendo y que, por tanto, no precisa fármacos (15).

CONCLUSIONES

Los estudios de investigación y las recomendaciones de las guías de práctica clínica indican que es necesario revisar cómo se está realizando la prescripción de fármacos del tipo benzodiazepinas e hipnóticos para revertir las tendencias de las tasas de consumo de las últimas décadas. Esto será beneficioso para los pacientes con

trastornos de ansiedad e insomnio, mejorando tanto la indicación de los fármacos, como la utilización de medidas terapéuticas no farmacológicas para aquellas personas que presentan patología y para las personas que presentan síntomas adaptativos normales en respuesta a trances de la vida que ocasionan sufrimiento, insomnio o ansiedad.

Conocer el perfil de persona consumidora proporciona a los profesionales una herramienta de trabajo para poder realizar intervenciones específicas sobre los grupos más vulnerables: los ancianos y las mujeres. Igualmente, la utilidad de identificar a las personas que consumen más de un fármaco se puede realizar una propuesta de deshabitación progresiva. Es necesario también mejorar las habilidades de los profesionales sanitarios de atención primaria para la indicación del no-tratamiento cuando se trate de la mejor decisión clínica. Igualmente, en el manejo de las consultas por emociones desagradables (tristeza, preocupación, miedo, rabia, frustración, etc.) relacionadas con problemas de la vida y muy frecuentes en atención primaria.

A la vista de los resultados sería de utilidad abrir líneas de investigación que aporten conocimiento sobre los factores clínicos y psicosociales que expliquen las diferencias en el patrón de consumo entre hombres y mujeres, así como en ancianos.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración D^a Esther Espínola, farmacéutica de la Unidad de Farmacia del Distrito Sanitario Granada por proporcionarnos las bases de datos de consumo de medicamentos y por su disposición a facilitarnos todas las aclaraciones necesarias para llevar a cabo el trabajo, así como, a los y las profesionales del centro de salud de Cartuja por su implicación y colaboración con este proyecto.

Los autores declaran **no tener intereses** con empresas de farmaindustria, ni con otras de cualquier sector. Tampoco intereses personales en los resultados. Cada uno de los profesionales autores del artículo desarrollan su labor profesional comprometidos con la asistencia sanitaria pública.

El presente artículo constituye resultados preliminares del proyecto "Efectividad de Una Intervención Grupal sobre personas que consumen benzodiazepinas e hipnóticos", financiado por la Fundación Progreso y Salud en la convocatoria 2015 para FPS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA, con el expediente nºPI-0017-2015 y gestionado por la Fundación para la Investigación Biosanitaria Andalucía oriental FIBAO.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vicente Sánchez MP, Macías Saint-Gerons D, de la Fuente Honrubia C, González Bermejo D, Montero Corominas D y Catalá-López F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *RevEsp Salud Pública* 2013; 87:247-255.
2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Droga. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España: EDADES 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2016_Informe.pdf
3. Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *GacSanit.* 2014; 28(S1):104-108.
4. Simó Miñana, Juan. Use of prescription drugs in Spain and Europe. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.* 2012. 44, 6. 342.
5. Velert Vila J, Velert Vila MM, Salar Ibáñez L, Avellana Zaragoza JA, Moreno Royo L. Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. *Aten Primaria.* 2012; 44(7):402-410
6. Weich S, Pearce HL, Croft P, Singh S, Crome I, J Bashford, Frisher M. Effect of anxiolytic and hypnotic drug-prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study. *BMJ.* 2014; 348.
7. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas para consensuar recomendaciones «nohacer» basadas en la evidencia científica. 2013. Available from: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm
8. García-Herrera JM, Hurtado-Lara MM, Noguera-Morillas EV, Bordallo-Aragón A, Morales-Asencio JM. Guía de práctica clínica para el tratamiento de ansiedad generalizada basada en el modelo de atención por pasos en Atención Primaria y Salud Mental. Málaga: Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 2015

9. Proceso asistencial integrado dolor crónico no oncológico. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956f88676_dolor_cronico_julio_2014.pdf
10. Recomendaciones NO HACER. Grupo de trabajo de la semFYC para el proyecto Recomendaciones «NO HACER.2014, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en:
<https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/05/Doc33RecomendacionesNoHacer.pdf>
11. Los valores de la DDD de cada medicamento son establecidos por la Organización Mundial de la Salud (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD. Disponible en:
https://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/
12. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. February 2010, Volume 45: 201–210).
13. Fernández-García MA, Olry de Labry-Lima A, Ferrer-Lopez I, Bermúdez-Tamayo journal of Pharmaceutical Policy and Practice (2018) 11:1 DOI 10.1186/s40545-017-0128.
14. Tsimitsiou Z, Ashworth M and Jones R. Variations in anxiolytic and hypnotic prescribing by GPs: a cross-sectional analysis using data from the UK Quality and Outcomes Framework. *Br J Gen Pract*. 2009; 59 (563):191-198.
15. Ortiz-Lobo A, Sobrado de Vicente-Tutor AM. El malestar que producen los problemas de la vida. *AMF* 2013;9(7):366-372.
16. Vicens C, Socias I, Mateu C, Leiva A, Bejarano F, Sempere E, et al. Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long term benzodiazepine use: A protocol for a clustered, randomized clinical trial. *BMC Family Practice*. 2011; 12:23. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/23>
17. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, Pariente A, Bégaud B. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ-British Medical Journal*. 2014; 349:g5205.
18. Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ*. 2012; 345: e6231. doi: 10.1136/bmj.e6231.

ORIGINAL

Evaluación cualitativa del último año de residencia en medicina familiar y comunitaria. Visión de los MIR

Muñoz Cobos F¹, Carrión de la Fuente M³T²,
Morales Sutil M³L³, Ortega Moreno IM⁴,
García Paine JP⁵, Valverde Vallejo P⁶,
Leiva Fernández F²

¹Médica de familia. Centro de salud El Palo. Málaga

²Médica de familia. Técnica de salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga

³Médica de familia. Hospital Regional Universitario. Hospital Civil. Servicio de Urgencias. Málaga

⁴Médica de familia. Hentorpvårdcentral, Skövde (Suecia)

⁵Médico de familia. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga

⁶Médica de familia. Hospital Regional Universitario. Servicio de Urgencias. Málaga

CORRESPONDENCIA

Francisca Muñoz Cobos
E-mail: franciscamunozcobos@gmail.com

Recibido el 09-11-2018; aceptado para publicación el 30-04-2019
Med fam Andal. 2019; 1: 29-51

PALABRAS CLAVE

Evaluación educacional. Medicina Familiar y Comunitaria. Investigación cualitativa.

RESUMEN

Título: Evaluación cualitativa del último año de residencia en medicina familiar y comunitaria. Visión de los MIR.

Objetivo: Conocer la visión de los MIR sobre el cuarto año de residencia en medicina familiar.

Diseño: Investigación cualitativa exploratoria e interpretativa, metodología inductiva basada en la Teoría Fundamentada.

Población: Profesionales que han cursado el programa de cuatro años de Medicina Familiar y Comunitaria hasta 2015 o son R4 en ese año, en la Unidad Docente de Málaga. Muestreo teórico hasta saturación (n=49).

Métodos: Contacto por e-mail para invitar a participación anónima mediante escritos por página web/ correo electrónico del estudio. Aportaciones de escritos en papel en cursos de R4.

Análisis: Nivel textual: segmentación en citas, codificación inicial y axial, ordenación en familias. Nivel conceptual: categorías, subcategorías, redes, y modelos. Método comparativo constante. Devolución del informe preliminar. Programa Atlas. Ti 5.2.

Resultados: Los residentes consideran esenciales para su formación los aspectos clave de la medicina de familia: longitudinalidad, continuidad asistencial, atención biopsicosocial y comunicación. La utilización del residente en el cuarto año es el aspecto más negativo y lo describen como habitual, impuesto y motivado por ahorro y "quedar bien" con los gestores. Dicha utilización se relaciona con determinados aspectos emocionales negativos (desilusión, indefensión aprendida y disonancia cognitiva por contribuir a la escasa oferta de plazas).

Conclusiones: El cuarto año de residencia en medicina familiar es vivido en la contraposición entre la utilización como sustitutos y la alta valoración del aprendizaje de los fundamentos de la medicina de familia que la propia utilización impide.

KEYWORDS

Educational measurement; family and community medicine; qualitative research.

ABSTRACT

Title: Qualitative assessment of the final year of family and community medicine residency programme. Insight from residents.

Aim: To learn the view of the residents related to the fourth year of the family medicine residency programme.

Design: Exploratory and interpretive qualitative research. Inductive approach based on grounded theory.

Population: Professionals who have completed the four-year training programme in family and community medicine by 2015, or were fourth year senior residents (R4) that year, at Malaga Training Unit. Theoretical sampling until saturation (n = 49).

Methods: Contact was made via e-mail, inviting anonymous participation of individuals, using the study's web/e-mail. Contributions on paper from residents attending R4 courses.

Analysis: Textual level: data segmentation into quotations, initial and axial coding, code families. Conceptual level: categories, subcategories, networks and models. Constant comparative method. Return preliminary report. Atlas Ti 5.2. Software

Results: Residents consider the following key aspects of family medicine to be essential in their training: longitudinality, continuity of care, biopsychosocial care and communication. The most negative aspect is the utilisation of fourth-year residents in the provision of care. This is described as something usual, imposed and triggered by cost-cutting measures and the need to "make a good impression" on the managers. This utilisation of residents is associated with certain negative emotional aspects (disappointment, learned helplessness and cognitive dissonance by contributing to the limited availability of residency slots).

Conclusions. Residents attending the fourth year of training, experience a conflict between the highly valued learning in accordance with the principles of family medicine, and their individual use as cover doctors, which goes against this principle.

INTRODUCCIÓN

La ampliación de la residencia en medicina familiar y comunitaria a cuatro años¹ supuso un cambio en la concepción de la especialidad, por su equiparación al resto de la formación sanitaria especializada y por la expectativa de mejorar la formación de los profesionales al aumentar el periodo de aprendizaje y dotarlo de contenidos que reforzaran lo aprendido previamente a aplicarlo en el centro de salud.

Este nuevo programa respondía a los cambios sociales, a la implantación de un sistema sanitario universal que pretendía dar un papel prioritario a la atención primaria y a la consolidación de la especialidad de medicina familiar¹: *"La Atención Primaria de Salud debe ser la base del sistema sanitario por lo que es fundamental la buena preparación de los futuros médicos de familia, a fin de que sean capaces de dar una mejor atención al usuario, más accesible, más humana, más integral y más eficiente"*.

Entre las fortalezas de este programa, los responsables de las Unidades Docentes han señalado la consolidación de la estructura docente, la adaptación de los cronogramas, la mejora de la actividad investigadora y la ampliación de los centros de salud acreditados².

Existe un estudio de evaluación del programa nuevo por parte de los residentes mediante encuesta que incluyó las promociones de 2008-2009, en el que destaca un alto grado de satisfacción con la residencia señalando como aspecto positivos la figura del tutor y como negativos la elevada presión asistencial y la baja aceptación del libro del residente³.

Sin embargo ha habido luces y sombras en estos años, marcados además por los recortes en sanidad, que han desembocado en una alta presión asistencial y un importante deterioro de la labor asistencial y docente en los centros de salud, acompañada de un altísimo paro de médicos de familia y una contratación muy precaria.

La especialidad fue perdiendo atractivo en las distintas convocatorias MIR como lo muestra el ser elegidas en último lugar, o el alto número de plazas sin cubrir (243 en 2013; 387 en 2014)⁴, que llega a un 19% de las ofertadas en 2017.

La consideración académica de la especialidad es anecdótica en comparación con la de otros países⁵ y las expectativas del estudiante de medicina no la consideran atractiva ni a nivel laboral, ni científico-técnico ni de investigación⁶. Se ha valorado la necesidad de mejorar la presencia de la medicina de familia en la universidad como forma de cambiar esta situación⁷, si bien algunas investigaciones parecen indicar que la obligatoriedad de la asignatura de medicina familiar no se correlaciona con una mayor elección de ésta en el MIR⁸.

Otro hecho relevante es la frecuente realización de una segunda residencia tras completar la primera en medicina familiar. Aunque esta circunstancia puede afectar a todas las especialidades MIR, que pueden ver en la segunda residencia una forma de garantizar su actividad laboral, hay también un marcado componente de abandono de la medicina de familia, ya que la especialidad más frecuentemente finalizada con anterioridad al inicio de la nueva formación es Medicina Familiar y Comunitaria².

Otro aspecto controvertido ha sido el hecho de que el residente de cuarto año pueda constituir un sustituto encubierto del médico de familia. Así, en el año 2008 conocimos una propuesta planteada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de autorizar *“de forma excepcional, y durante el periodo que va desde junio de 2008 a mayo de 2009, a los residentes de cuarto año de formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria a que compatibilicen la conclusión de su periodo formativo con el desempeño, de forma autónoma y completa, de las funciones de médico de familia en centros y servicios del Sistema Nacional de Salud”*, supuestamente fundamentada en solucionar el déficit relativo de facultativos. Esta propuesta recibió el rechazo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)⁹, si bien no ha habido un seguimiento de su implantación en la práctica.

Además, la vinculación en nuestra comunidad autónoma desde 2013 de las unidades docentes multiprofesionales a las estructuras de gestión, áreas sanitarias y distritos, tiene algunos peligros ya puestos de manifiesto por a la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)¹⁰: restricción de recursos, pérdida de autonomía docente, necesidad de reforzar y profesionalizar la figura del tutor y de man-

tener el mapa de competencias de los médicos de familia.

También se asiste en estos años a la falta de incorporación de los médicos jóvenes a los centros de salud, por la ausencia de contratos y su marcha a otros destinos (urgencias, servicios privados, emigración a otros países) que alertan sobre la falta de repercusión de su formación en la propia atención primaria¹¹.

En este contexto, se ve la necesidad de evaluar qué supone este cuarto año para las personas a las que va dirigido aunque hay algunas aportaciones mediante encuesta que recogen la opinión global sobre el nuevo programa tras los dos primeros años de su aplicación³.

En la Unidad Docente en que se ubica este estudio ya se realizó una evaluación cualitativa sobre la enseñanza de la medicina de familia¹².

El contexto de la situación asistencial de los centros de salud del distrito Málaga en la época en que se realiza el estudio se caracteriza por enorme recorte de personal efectuado en primaria¹³.

Los medios de evaluación oficiales no permiten poner de manifiesto en toda su amplitud las vivencias y perspectiva de los residentes, las que conforman el aprendizaje¹⁴, por lo que para conocer realmente éstas, se decide hacer esta investigación con metodología cualitativa¹⁵, basada en el análisis de las aportaciones libremente expresadas de los participantes. Se exponen aquí solamente los resultados respecto a los residentes y ex residentes formados con el nuevo programa, si bien el proyecto global incluye también las opiniones de tutores de centros de salud, tutores hospitalarios y pacientes.

Se diseña un estudio con el objetivo de evaluar el último año de residencia en medicina familiar y comunitaria desde la perspectiva de los médicos residentes, tutores y pacientes, con el fin de detectar y proponer mejoras. Este artículo presenta los resultados referentes a los residentes.

METODOLOGÍA

Este estudio surge a iniciativa de un grupo de personas vinculadas a la docencia MIR

preocupados por la situación de la formación en el último año de residencia. Se constituye un grupo de trabajo con la participación de tutores, tutores directores, jefatura de estudios, gerencia del distrito y personal técnico de la Unidad Docente en el que se plantea la realización de una evaluación que permita conocer el punto de vista de las personas que se han formado o se están formando en su último año bajo las directrices del nuevo programa de la especialidad, así como de los tutores y de los propios pacientes. El grupo investigador lo integran exresidentes formados con el programa de cuatro años, tutores y técnicos de la unidad docente.

El ámbito del estudio es la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Málaga y los centros de salud adscritos a ella. Se organiza en 5 áreas, con un total de 32 centros docentes y 56 residentes de medicina familiar por promoción.

Se elige metodología cualitativa que se ajusta más al fenómeno que se pretende analizar y de carácter inductivo para reducir la subjetividad del equipo investigador.

El diseño corresponde a una investigación cualitativa exploratoria e interpretativa, con metodología inductiva basada en la Teoría Fundamentada^{16,17,18}.

Las preguntas de investigación son: *¿Cuáles son los aspectos valorados como más positivos del último año de residencia? ¿Cuáles son los aspectos valorados como más negativos? ¿Qué propuestas de mejora realizarías?*

Los sujetos de estudio a los que se invita a participar son los ex residentes que cursaron el programa de cuatro años de la especialidad desde su implantación en 2004 hasta 2014 (N=286), adscritos a la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Distrito Málaga, así como a los residentes que cursaron el cuarto año durante el curso 2014-2015 (N=50). Una vez iniciado el estudio se siguieron criterios de saturación para conformar el número total de participantes que fue de n=49, aplicando criterios de saturación (muestreo teórico). A cada participante se le asignó un código a fin de mantener la confiden-

cialidad durante todo el proceso de recogida de datos y análisis.

Se utilizan las siguientes técnicas de recogida de datos:

Relatos on line. Se invita a los residentes de cuarto año en el curso 2015-2016 o ex residentes formados con el nuevo programa, a escribir un documento a modo de narración o relato, sin límite de extensión, en el que recojan cuál ha sido o es su perspectiva (visión/opinión/experiencia/vivencia) del cuarto año de residencia en medicina familiar, tratando de responder a las preguntas anteriormente mencionadas.

Estas aportaciones se solicitan al correo electrónico de cada potencial participante desde un correo electrónico específico del estudio (mejorar4@gmail.com). Se realizan tres envíos de correo (1, 15 y 28 de febrero de 2015). En este contacto se llama a la participación y se especifica la forma de envío de las aportaciones (relatos) que se realiza a través de la página Web del estudio. <http://mejoraR4.jimdo.com>, garantizando por tanto el total anonimato de los participantes, a los que sólo se les pide consignar de forma voluntaria sexo y año de nacimiento. Pueden enviarse varios documentos en distintos momentos, manteniendo el mismo código personal. Se abre de febrero a junio de 2015.

Escritos. Se solicita participación escrita anónima previa firma de consentimiento informado al inicio de la sesión de los cursos para residentes de último año el 18 y el 25 de noviembre de 2015 (dos ediciones del mismo curso para diferentes zonas acreditadas de la unidad docente), dado que no se alcanzó la saturación con la participación a través de la página web. Se especificaron los objetivos de la investigación, que la participación era totalmente voluntaria y anónima así como el compromiso de confidencialidad de los investigadores.

Tantos los relatos de la página web como los escritos manuales fueron analizados con similar metodología, utilizando el programa Atlas Ti 5.2. Las etapas generales del **análisis**, se pueden clasificar a un nivel textual y otro conceptual¹⁹.

En el nivel textual realizamos: 1) la preparación de datos primarios (paso a rtf); la lectura

y relectura de los textos; la segmentación del texto en citas (identificación de fragmentos de texto con significado en relación a las preguntas de investigación); 2) la **codificación inicial**: categorización de segmentos de los datos en un nombre corto que resuma y explique cada uno de los fragmentos de los datos²⁰; la **codificación focalizada** supone la revisión de los códigos emergentes, eliminando errores y fusionando aquellos redundantes. Se usó el diccionario de la Real Academia Española de la lengua para la valoración semántica de los términos dudosos.

En el proceso de codificación se realizaron preguntas a los datos:

¿Qué está ocurriendo en los datos? ¿Qué papel representan cada acontecimiento, incidente, evento o idea? ¿Está este código relacionado con otro? ¿Está incluido en un código más amplio? ¿Hay códigos que reflejan patrones similares?

-La ordenación de los códigos en **familias**, en función de elementos comunes de los códigos entre sí y diferencias con el resto de elementos.

Corresponden al nivel conceptual:

1) Las **redes**, como representaciones gráficas de las relaciones que emergen entre los códigos. Dentro de cada red, establecemos los llamados *links*, es decir las relaciones entre los distintos códigos, estos son: "es causa de", "asociado a", "es un", "contradice a", además de los ya establecidos previamente, podemos editar la relación de forma libre; todo ello tiene como fin ayudarnos a comprender mejor la relación existente entre los distintos códigos. Establecemos estas relaciones siempre en base a la información contenida en los textos.

2) Los nodos de alto grado (alto número de relaciones con otros códigos) constituyen las **categorías**²¹; el análisis de la red nos permite visualizar las subcategorías y estructura jerárquica.

-Finalmente una vez alcanzada la **saturación analítica** (ya no emergen categorías ni relaciones nuevas), se procede a la **elaboración de la teoría**²², la integración de la información analítica contenida en las categorías en un informe final, que responde a las preguntas de investigación explicando el fenómeno de estudio. Se realiza en dos niveles, en un primer momento, provisional,

y tras presentar los resultados a los participantes (modificación, matización y/o aprobación), éste es definitivo.

Durante todas las fases del análisis se han utilizado la triangulación y el *memoing*²³:

- Triangulación de los datos: uso de diferentes fuentes de datos (residentes, exresidentes).
- Triangulación de métodos: utilización de diferentes técnicas de recogida de datos en un mismo estudio (*on line* y escrita directa).
- Triangulación de investigadores: participación de dos investigadores en todas las etapas del análisis, incluyendo en la diada médica de familia de centro de salud-urgencias o médica de familia de centro de salud-técnica de la unidad docente, y utilizando un método de revisión sucesiva. También se realizó la revisión del informe preliminar por un colaborador docente experto en evaluación de procesos enseñanza-aprendizaje.

Como métodos para garantizar el rigor metodológico²⁴ se utilizan los criterios de Guba y Lincoln²⁵:

Credibilidad (grado en que los resultados reflejan de forma fidedigna el fenómeno objeto de estudio): triangulación, obtención de retroalimentación por parte de los informantes mediante revisión del informe preliminar y aplicación del criterio de saturación. El anonimato y la confidencialidad son garantías de la autenticidad de los discursos.

Transferibilidad (búsqueda de la aplicabilidad de los resultados en contextos distintos del que proceden los datos): descripción resumida y delimitación del contexto en el que tiene lugar la recogida de datos para su posterior comparabilidad con otros contextos similares o distintos.

Confirmabilidad (grado en que se controla la interferencia personal del investigador en todos los pasos de la investigación): el equipo investigador realizó un análisis reflexivo inicial cotejado durante las fases posteriores del estudio (tras el informe preliminar) para determinar el grado de reflexividad del proceso.

Consistencia o auditabilidad (propiedad por la cual otro investigador, siguiendo los mismos pasos de un determinado estudio, obtendría resultados similares)²⁶.

Esta investigación cuenta con la autorización del Comité de Ética Provincial de Málaga con fecha 26/02/2015.

RESULTADOS

Se han recogido 15 relatos por la página web y 34 mediante escritos de participantes en el curso, analizando un total de 49 participantes, aplicando criterios de saturación. El 80,6% son mujeres. La edad media es 32 años, con un mínimo de 28 y un máximo de 50.

Los relatos recogidos a través de la página web son en su mayoría más extensos, se utiliza un estilo más narrativo y con mayor grado de polarización tanto en los aspectos positivos como negativos, son más explicativos y aportan en general más información. Los escritos recogidos al inicio de los cursos suelen ser más escuetos y con lenguaje más telegráfico. Ambos aportan información tanto de aspectos negativos como positivos y propuestas de mejora.

Las categorías y subcategorías identificadas por los participantes en cuanto a aspectos positivos y negativos del R4 se recogen en la Tabla 1.

1.Aspectos negativos del último año de residencia

La categoría central es la **utilización** del residente definida por el hecho de que el residente es utilizado o usado como sustituto, para cubrir las ausencias no sustituidas por profesionales contratados: *P4: El futuro de la medicina de familia en este marco de docencia, está abocado al fracaso. Durante el último año, lo único que he hecho son sustituciones en el centro de salud y mi nivel de docencia ha sido nulo.*

Características de la utilización del R4:

La utilización que sufre el residente cumple una serie de características:

- Establecida: no se trata de situaciones aisladas, está más o menos establecido o acordado que el residente cubre los huecos: *P11: el hacer uso del residente como SUSTITUTO de cualquier consulta en cualquier momento, incluso como sabéis*

de bajas de LARGA DURACION tanto de médicos de familia como de pediatras.

- Persistente: no se trata de situaciones puntuales o periodos de vacaciones, sino repetidas durante todo el periodo de rotación: *P43: se utiliza al R4 la mayor parte de los meses de este último año para la sustitución de cupos.*
- No aceptada: se vive como imposición, va en contra del criterio propio y ocasiona profundo malestar, por el uso como un objeto para “parchear” situaciones deficitarias del centro: *P17: Se nos obliga a realizar sustituciones y a no poder pasar consulta con nuestros tutores.*

Consecuencias de la utilización del R4:

Los participantes señalan las **consecuencias negativas** de la utilización.

1) La principal, es el **déficit formativo** que supone para los residentes. Es el aspecto que señalan como más importante: *P23: Nos utilizan como mano de obra en nuestro centro de salud, sustituyendo a todo el mundo, sin que importe si eso afecta a nuestra formación.*

Explican en qué se concretan los déficits formativos derivados de la utilización:

- No estar tutorizado. El hecho de que el residente tenga que suplir a los profesionales no sustituidos le separa de su tutor y de la posibilidad de ser directamente supervisado por esta figura o ningún otro tutor del centro, rompiendo una de las fortalezas del sistema de formación MIR, muy valorada por los residentes: *P20: ES IMPOSIBLE (doble subrayado) AFIANZAR TUS CONOCIMIENTOS Y FORMACIÓN CON TU TUTOR SI ESTÁS CONTINUAMENTE SALTANDO DE UNA CONSULTA A OTRA, CADA DÍA SUSTITUYENDO A CUALQUIERA QUE FALTA COMO SI FUERAS un médico de la plantilla...No veo a mi tutora. No tengo continuidad ninguna en mi formación.*
- La dificultad de seguir aprendiendo cosas nuevas: el trabajo del residente como sustituto no supervisado impide avanzar en el conocimiento de nuevos contenidos y habilidades. Se reduce la posibilidad de pasar programas y rotar por distintas consultas: *P27: Se nos UTILIZA como sustitutos en los centros,*

Tabla 1. Categorías y subcategorías identificadas referentes a aspectos positivos y negativos del R4

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	COMPONENTES
Aspectos positivos del R4*	Conocimiento de la atención primaria y de la medicina de familia	Aprender las características definitorias de la atención primaria Aprender la forma de trabajo de la medicina de familia	Continuidad asistencial Enfoque biopsicosocial Comunicación médico-paciente Prevención y promoción de salud Atención universal Atención a patologías frecuentes Conocimiento del cupo Variedad de las intervenciones Priorización Importancia de la consulta Encontrar un estilo propio
	Cómo se realiza el aprendizaje	Importancia del tutor Aterrizaje de los conocimientos adquiridos Características propias del aprendizaje del R4*	Retroalimentación Ejemplo Aprendizaje por observación Interacción, relación Aplicar-complementar-ampliar Responsabilidad propia. Autonomía, independencia Toma de decisiones Capacidad de respuesta Experiencia Integración en el equipo Seguridad en uno mismo Control emocional
Aspectos negativos del R4*	Utilización del residente	Déficits de formación Consecuencias emocionales negativas Peor relación entre los residentes Repercusiones laborales negativas	Falta de tutorización Dejar de aprender cosas nuevas Pérdida de continuidad asistencial Dificulta de planificación Restricción de rotaciones externas Formarse en la precariedad Resignación Desilusión Frustración de expectativas Hartazgo Ambivalencia Tensiones Evitar contrataciones Supeditación de derechos laborales

*R4= Cuarto año de residencia en medicina familiar y comunitaria

sin la supervisión necesaria, dejamos de realizar programas como son citologías, embarazo o sobre todo cirugía porque tenemos que cubrir las consultas de los adjuntos que están de baja o de vacaciones.

- Se pierde la continuidad asistencial, que constituye una característica fundamental del trabajo del médico de familia: P34: *perdemos lo que es la longitudinalidad de la*

atención al paciente (cada día pasamos un cupo diferente).

- Dificultad de planificación docente. Se dispone del residente sobre la marcha, sin previsión, lo que conlleva gran incertidumbre y supone no poder planificar la actividad formativo-asistencial: P15: *Nosotros, los residentes, hemos estado para cubrir imprevistos, bajas prolongadas, ... El ir a trabajar se convierte en un día a día de incertidumbre en el que no sabes qué te van a poner a cubrir.*
- Restricción de las rotaciones externas. Los participantes relacionan la utilización con la falta de apoyo a hacer rotaciones externas, recalcando que debería primarse la formación sobre el "uso" del residente: P32: *Nos usan como un adjunto más del centro de salud. Y si uno quiere pedir una rotación externa para formarse y aprovechar lo que realmente es esto, un contrato de FORMACIÓN, tampoco te lo conceden.*
- Formarse para la precariedad. Se considera que, frente a lo que debería ser la formación del médico de familia, la utilización supone formarse para realizar un trabajo alejado de este modelo que además arriesga gravemente su desarrollo competencial en el futuro. Ya desde el periodo formativo se va asumiendo como normalizada la precariedad: P2: *Pero lo más importante es formarnos como médicos de familia, que implica aprender a llevar un seguimiento de tus pacientes, comenzar el estudio de un paciente y terminarlo, conocer a tus pacientes y establecer una relación basada en el respeto mutuo y la confianza. Un buen médico se puede adaptar a cualquier situación que le depara el futuro, pero si nos formamos para la precariedad, ¿quién va a luchar por una mejora en nuestro futuro laboral?*

2) La utilización del residente tiene importantes **consecuencias emocionales** para los residentes, como son la resignación (P15: *Al final terminamos agachando la cabeza y pensando que para lo que nos queda, aguantamos como sea*), la desilusión (P15: *Comienza a ser una monotonía con la consecuente sensación de desidia y de desilusión.*), la decepción y frustración de expectativas (P7: *Sin embargo el paso por el centro de salud, para mí, no fue como espera-*

ba, porque la verdad, realicé casi el trabajo de mi tutor o sustituía a los compañeros que faltaban) y el hartazgo, que lleva al deseo de terminar la residencia (P15: *Llega un momento, a mitad de año prácticamente, que lo único que ocurre es que día a día cuentas los meses que te quedan para terminar y tener la oportunidad de vivir otra situación.*).

Se menciona además como relevante el malestar que produce la ambivalencia entre el deseo de colaborar en la sobrecarga de trabajo de los compañeros y la deslealtad que supone para los que están pendientes de ser contratados, e incluso con ellos mismos en el futuro. Se plantea, así como un conflicto ético de lealtades y de incoherencias que supone un colaboracionismo disonante en cierto modo autodestructivo: P2: *Yo me encontraba en una difícil situación ya que por un lado quieres ayudar a los que son tus compañeros en el centro de salud y que se encuentran saturados de trabajo, pero, por otro lado, sientes que haces un flaco favor a otros compañeros que se encuentran en paro e incluso a ti mismo en un futuro cercano.*

3) La utilización afecta también a la **relación entre los residentes** ya que genera tensiones entre ellos en relación con la sobrecarga, el reparto de tareas y la situación emocional vivida (P15: *Los momentos de encuentro con tus "co-R", se convierten en una tormenta de quejas, reproches, desilusiones, incertidumbre, ...*).

4) La utilización tiene también importantes **repercusiones laborales**. La principal es la de "quitar" contratos. Son conscientes de que con sus suplencias están arrebatando posibilidades laborales a compañeros en paro y a sí mismos en un futuro. Además de las consecuencias emocionales ya mencionadas, se reconoce el efecto real a nivel laboral:

P9: *Hay que comenzar a decir que también el contrato del último año de residencia es un contrato de sustituto, tienes la sensación de tirar piedras contra tu propio tejado (dentro de unos meses vas al paro y sabes perfectamente que habrá otros r4 que hagan un trabajo que no les corresponde y que podrían contratarte a ti).*

También se señala la supeditación de los derechos laborales de los residentes a las necesidades de su trabajo como sustitutos: P20: *Mis vacaciones dependen de los huecos que haya que cubrir.*

Atribución causal de la utilización del R4:

Los participantes opinan sobre las **causas de la utilización** a que se ven sometidos.

1) El motivo fundamental que identifican los participantes es el ahorro económico, bien directamente por reducir los contratos, bien indirectamente por mejorar el cumplimiento de los objetivos del contrato-programa, con importante valor de la reducción de gastos de personal, por lo que aumentarían los ingresos de productividad: *P10: Ya en el Centro de Salud, muchísimas veces se hace caso omiso de la formación del residente y se le ve como un perfecto sustituto para bajas en el centro, cobra menos y encima no nos hace perder productividad.*

2) También se expone como un motivo muy relevante el que la dirección del centro pretende "contentar" a los gestores, considerando que pedir sustitutos, está mal visto desde la dirección del distrito y va a requerir enfrentarse a éstos: *P9: que en los tiempos que corren como no contratan sustitutos echan manos de los r4 para solucionar sus problemas por no tener "narices" para enfrentarse a los directores de distritos..... que están más pendientes de tener contento a los de arriba.*

3) Señalan como **responsables** de la utilización del residente a la autoridad clínica (dirección) como ejecutor y a la docente (unidad docente) por permitirla y justificarla: *P9: según el coordinador de la unidad docente (o mejor indecente), los R4 hay que utilizarlos como otros médicos más de la plantilla.....en mi caso mi co-R y yo nos negamos a pasar a consulta y el director de nuestro centro de salud intentó ponernos un expediente.*

También se habla de la utilización del residente por su propio tutor, en el sentido de permitirles cierta flexibilidad laboral: *P11: les interesa tener residentes más por seguir la inercia de años previos y, por qué no decirlo, por la comodidad y flexibilidad de horario que les aporta tener a otro profesional, aunque sea en formación, en su puesto.*

4) Los residentes rebaten el argumento que se les da para justificar la utilización: "entrenarse" en las condiciones de trabajo que se van a encontrar una vez que acaben el periodo de residencia e inicien su actividad laboral: *P2: En ocasiones como R4 me dijeron que estaba bien que nos acostumbráramos a pasar otros cupos (no solo el nuestro) ya que esa es la realidad que nos espera al terminar la residencia: contratos por días,*

hacer sustituciones cambiando de distrito, de centro de salud e incluso de provincia, manifestándose en contra por hacerse durante todo el periodo y por los riesgos de formarse en la precariedad en lugar de en los aspectos característicos y definitorios de la medicina de familia.

Qué acepta hacer el R4:

Los participantes se muestran dispuestos a colaborar con la actividad clínica del centro de salud, bajo la motivación de ayudar al equipo: *P16: apporto y ayudo más al centro, a mi tutora y a los demás componentes del mismo.*

Definen aquella actividad que consideran aceptable, como pasar la consulta del propio tutor, siempre diferenciándola de la utilización: *P43: Si bien considero necesario el participar en la actividad asistencial de la consulta demanda de los cupos, veo también que se utiliza al R4 la mayor parte de los meses de este último año a la sustitución de cupos.*

También se manifiesta aceptar sustituciones puntuales que no es lo que en realidad ocurre: *P5: Y que puntualmente y con la planificación correcta, hubiese que cubrir cierto cupo, me sigue pareciendo adecuado, pero por sistema y de manera repetitiva en ciertos periodos, lo considero aún hoy un abuso.*

Consideran esa sustitución como una excepción, porque el residente debe estar dedicado a "formarse como médico de familia", aspecto más valorado por el residente: *P2: Incluso no pasa nada por cubrir a un compañero que se ponga malo un día. Pero lo más importante es formarnos como médicos de familia.*

Otros aspectos negativos del último año de residencia, diferentes a la utilización, señalados por los participantes, incluyen los relativos a la formación recibida en el centro de salud, las críticas a la unidad docente y los sentimientos negativos. Se recogen en las tablas 2 y 3. En éstas se muestran como principales dificultades del R4 en el centro de salud, por un lado las relativas a la actividad asistencial (dificultades para manejar el tiempo de consulta, por la diversidad de motivos de consulta, por las características de los pacientes y la actitud de éstos, dificultad en el manejo de fármacos, falta de protocolización y recursos, por el deficitario funcionamiento de

Tabla 2. Análisis de las categorías Dificultades en la actividad del residente de último año en el centro de salud y Sentimientos Negativos

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	COMPONENTES	CITAS EJEMPLO
Dificultades en la actividad del residente en el centro de salud	Dificultades en la actividad asistencial	Dificultad para manejar el tiempo de consulta	<i>P21: Puntos débiles/negativos. El escaso tiempo que tenemos para realizar una correcta anamnesis y exploración física en los escasos 5 minutos de consulta que tenemos por paciente. P28: Puntos débiles/negativos. Manejar el tiempo en consulta correctamente.</i>
		Dificultad por diversidad de motivos de consulta	<i>P28: Puntos débiles/negativos: Manejar tanta diversidad de motivos de consulta.</i>
		Dificultad por características de los pacientes	<i>P29: PUNTOS DÉBILES: Características de la mayoría de los pacientes.</i>
		Falta de confianza del paciente en la AP	<i>P29: PUNTOS DÉBILES: La poca confianza del paciente en la atención primaria.</i>
		Falta de protocolización	<i>P30: Puntos débiles: Excesiva información a veces no protocolizada que crea dudas a la hora de abordar el manejo del paciente.</i>
		Falta de recursos	<i>P30: Puntos débiles/negativos: Falta de recursos a nivel de atención primaria.</i>
		Dificultad del manejo de fármacos	<i>P28: Abarcar gran cantidad de tratamientos, marcas comerciales.</i>
		Mucha patología banal	<i>P29: PUNTOS DÉBILES: Mucha patología banal.</i>
		Déficits en los sistemas informáticos	<i>P30: Mejora en los sistemas informáticos (rapidez y programas).</i>
	Carga laboral	<i>P56: Este último año ha sido un año con más carga laboral, asistencial</i>	
	Problemas formativos	Poco tiempo con el tutor en consulta	<i>P5: En cuanto a la experiencia del rotatorio en mi consulta y en relación a mi tutor, considero oportuno este tiempo, que por otros motivos queda mermado.</i>
		Menor ritmo de adquirir conocimientos Ralentización del aprendizaje.	<i>P40: tengo la sensación que la adquisición de conocimientos y habilidades no es tan exponencial como de R pequeña, y ese es mi mayor punto negativo del último año.</i>
		Poco tiempo en el centro de salud	<i>P34: Pasamos poco tiempo en el centro de salud, nuestra especialidad se desarrolla en Atención primaria mayormente pero las rotaciones están organizadas de manera que pasamos mucho más tiempo en rotaciones hospitalarias que en el centro de salud. Además, entre salientes, cursos, etc... casi no pasamos tiempo en el centro de salud. P34: la estancia en el centro de salud de R4 se queda muy corta.</i>
		Falta de control de situaciones clínicas	<i>P36: Agobio por todo el mundo creer que vas a manejar situaciones que no controlas realmente.</i>
Sentimientos negativos	Por falta de salidas laborales	Estrés	<i>P14: El estrés al final por la escasez de oferta laboral decente y apropiada a una formación tan larga se lleva mejor en grupo.</i>
		Incertidumbre	<i>P38: La palabra que definiría mi estado actualmente es incertidumbre sobre el devenir próximo, laboralmente hablando. P36: Tienes miedo a lo que te vas a encontrar.</i>
		Tristeza, desamparo, desilusión	<i>P34: También te sientes desamparado al estar trabajando mucho en el centro de salud e implicado en muchos proyectos pero al final "acabar en la calle". P15: Terminar la residencia y no saber a dónde ir ni qué hacer, después de cuatro años de formación, es triste. P15: Esto implica que se formen residentes mediocres sin ilusión, ya que sabes que cuando terminas el periodo de formación vas a terminar en el paro, con un sueldo mínimo. Y si consigues trabajar, vas a tener un sueldo mucho menor a otros profesionales a los que no se les exige esta gran cualificación que supone nuestra carrera profesional. Sin embargo, luego se nos llena la boca diciendo que nuestros sanitarios son muy valorados en el resto de Europa, pero no los valoramos aquí en España, en Andalucía.</i>
		Destierro, desvalorización	<i>P15: Y ves que en otros lugares de Europa te acogen con los brazos abiertos, mientras aquí te cierran todas las puertas. Te das cuenta que una vez terminas, nadie se acuerda de ti o como mucho te dan una palmadita en la espalda.</i>
		Desaprovechamiento de la formación recibida	<i>P32: Por tanto el punto fuerte es tener tiempo para formarte correctamente de cara al mundo laboral cuando acabas y el punto débil es que al final esto precisamente no se puede poner en práctica</i>
	En relación con déficits formativos	Por lagunas de conocimiento.	<i>P3: Cuando terminé la especialidad tenía (y tengo) la sensación de que me quedan aún muchas cosas que aprender. Estoy segura que cuando la especialidad duraba tres años, también mis compañeros tenían la misma sensación.</i>
		Se da por cerrada la formación	<i>P6: El cuarto año de residencia es cuánto menos un poco extraño. Extraño porque a veces te tratan como médico especialista ya totalmente formado, pero en realidad no te sientes como tal. P15: En cuanto al hospital, nadie se toma un tiempo en enseñarte nada nuevo, ya que suponen que eres r4* y ya debes saberlo todo, ya que dentro de nada vas a ser adjunto. Esto te genera un sentimiento de inseguridad y por otro lado de tristeza. Te das cuenta de que terminas la residencia y hay muchas técnicas que no dominas, porque nuestro sistema de formación depende de que haya un profesional que quiera tomarse un momento para enseñarte.</i>

Tabla 3. Análisis de las críticas a la unidad docente y citas ejemplo

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	COMPONENTES	CITAS EJEMPLO	
<p>Críticas a la Unidad Docente</p> <p><i>P1: Creo que desde la UD MFyC** de Málaga, al igual que casi todas las UD de MFyC de Andalucía la capacidad de mejora es mayúscula.</i></p> <p><i>P5: Sobre la labor aportada por la unidad docente, decir, que tantas tardes tuve la sensación de haber perdido el tiempo, y esta no es una crítica gratuita, tras dos años de haber finalizado la residencia, la visión y la perspectiva que hoy tengo en más general y enfocada a lo que realmente me fue útil como herramientas para poderme valer por mí misma en mi profesión.</i></p> <p>P11: FALTA DE INTERÉS REAL POR LA FORMACIÓN DESDE LA UNIDAD DOCENTE.</p>	Críticas al sistema evaluativo: no discrimina.	Siempre se pasa	<i>P5: También reseñar mi disconformidad sobre la metodología para llevar a cabo la evaluación de 4º año, un sistema tan subjetivo y mediatizado, que a fin de cuentas "con pasarlo basta". No considero que sea una buena estrategia, no conozco de otros sistemas, pero sí considero que un médico al que se le autoriza poder tras 4 años trabajar con su titulación y con independencia, debe tener una evaluación certera sobre conocimientos y habilidades básicas adquiridas, como para otorgarle esta titulación.</i>	
		Todos somos igual. Falta de valoración de otros méritos	<i>P15: Hayas hecho lo que hayas hecho durante la residencia. Todos somos igual. P15: en este sistema si te sigues formando y haces másteres, cursos, doctorados... es por amor propio. Ya que al final todos terminamos la residencia y de la misma manera y no se valora el esfuerzo que haces yendo a congresos, realizando proyectos de investigación, haciendo doctorado,...</i>	
	Déficits en la formación clínica	Delegación de la formación y fallo en ésta	<i>P46: Formación muy deficitaria a nivel médico por parte de la unidad docente, siendo este trabajo relegado a los tutores de centro de salud, no siendo en algunos casos capaces de transmitir su sabiduría al residente.</i>	
		Críticas a los cursos	Cursos inaplicables	<i>P10: Con respecto a la Unidad Docente, los cursos que imparte son en muchos casos inaplicables en la práctica clínica diaria, sobre todo al principio de la formación, no son nada prácticos.</i> <i>P10: Sobre la labor aportada por la unidad docente, decir, que tantas tardes tuve la sensación de haber perdido el tiempo, y esta no es una crítica gratuita, tras dos años de haber finalizado la residencia, la visión y la perspectiva que hoy tengo en más general y enfocada a lo que realmente me fue útil como herramientas para poderme valer por mí misma en mi profesión. Y con esa visión que los trabajos que hicimos cada año, no se plantean con un enfoque real a lo verdaderamente útil.</i>
			Cursos obsoletos	<i>P1: Talleres obsoletos, poco actualizados. Alguno de ellos utiliza la misma presentación que hace años</i>
			Docentes no clínicos	<i>P9: intentar enseñarte como tienes que pasar una consulta personas que no recuerdan lo que es un enfermo, que serán médicos de títulos pero administrativos de profesión que se tiran todo el día con la mirada en frente de un ordenador.</i>
			Docentes no motivadores	<i>P1: Profesores que dominarán conocimientos pero transmiten escasa ilusión</i>
			Prioridad de cursos no clínicos sobre los clínicos	<i>P17: Exceso de formación en medicina basada en la evidencia.</i> <i>P23: La MBE* y la estadística están bien pero no son todo.</i> <i>P26: Pocas sesiones clínicas de formación y demasiados protocolos e investigación.</i> <i>P17: No se realizan cursos con actividades clínico-médicas.</i> <i>P23: Hacen falta muchos más cursos, en horario laboral a ser posible sobre cosas aplicables a la clínica</i>
			Horario de los cursos fuera de la jornada	<i>P35: Realización de cursos formativos en la Unidad Docente fuera del horario laboral de mañana.</i>
			Falta de respaldo a rotaciones externas	<i>P47: Y otra cosa que me gustaría es sentir más respaldo a la hora de intentar tramitar una rotación externa. En ocasiones da la sensación de que desde la unidad docente no se promueve suficiente.</i> <i>P6: Eché de menos que existiera una rotación libre organizada y protocolizada; creo que tendría que ser obligatorio rotar dentro del cuarto año a donde quisiéramos.</i> <i>P4: mi nivel de docencia ha sido nulo, por no hablar de las escasas rotaciones externas permitidas y ninguna ofrecida.</i>
Falta de orientación hacia las salidas laborales	<i>P1: Escasa orientación hacia el mercado laboral. En el último año se podrían hacer talleres sobre salidas laborales, o al menos tener un mayor compromiso con la Medicina de Familia.</i> <i>P18: puntos débiles: Poca orientación laboral.</i> <i>P37: puntos débiles: La falta de información desde la Unidad Docente ante la orientación profesional una vez que finaliza nuestra residencia.</i> <i>P46: no se aprecia apoyo alguno por parte de la unidad docente, ni en asesoramiento, ni en afrontamiento de problemas a nivel de la salida profesional.</i>			

*MBE= Medicina Basada en la Evidencia

**Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria

los sistemas informáticos y por la carga laboral). Como principales problemas formativos identifican el poco tiempo en consulta con el tutor, y en el centro de salud en general, la ralentización que se va produciendo en el aprendizaje y la

falta de control de situaciones clínicas determinadas. Respecto a los sentimientos negativos, se refieren a la preocupación por la falta de salidas laborales, que genera estrés, incertidumbre, desilusión y por apreciar déficits formativos que ya

no se pueden completar. La crítica a la Unidad Docente se centra en el sistema evaluativo poco discriminatorio, en los cursos poco prácticos y en la falta de apoyo percibida en cuanto a rotaciones externas y falta de orientación hacia las salidas laborales.

2. Aspectos positivos del último año de residencia

a) Conocimiento y vivencia de la atención primaria y la medicina de familia.

En cuanto a los aspectos señalados como positivos del último año de residencia, los participantes destacan como categoría central el conocimiento de las características definitorias de la atención primaria y de la forma de trabajo de la medicina de familia, mediante la propia experiencia.

P8: Conoces por primera vez en toda la residencia cómo funciona la atención primaria. Conoces a tu cupo, conoces sus problemas fundamentales no solo médicos, sino también emocionales y sociales. Ves a los pacientes un día y otro y pretendes mejorar su situación, viendo como a veces lo consigues y lo gratificante que esto resulta. A veces no mejoras su situación médica pero le das apoyo y confianza. Creo que la atención primaria es el sitio idóneo para crear esta relación médico-paciente y que en otro ámbito difícilmente se puede conseguir. Sólo de R4 llegas a poder valorar lo que es ser médico de familia y la labor que puede llegar a tener.... Todo esto solo se puede vivir en atención primaria y en la residencia siendo R4.

1) Respecto a las **características definitorias de la atención primaria** se identifican los siguientes componentes:

- **Continuidad asistencial:** los residentes experimentan la utilidad del seguimiento continuado de pacientes y la satisfacción de conseguir una evolución favorable de sus problemas de salud: *P24: Oportunidad de aprender continuidad asistencial siguiendo a pacientes de un mismo cupo.*
- **Enfoque biopsicosocial:** se entiende la atención global a las personas en los aspectos físicos, psicológicos y sociales en la práctica profesional cotidiana de la consulta: *P21: La integración bio-psico-social del paciente desde la*

consulta, lo importante de conocer su entorno y cómo influye a la hora de valorar la enfermedad.

- **Comunicación médico-paciente:** la relación con los pacientes es valorada como un punto fuerte del R4 y el feed-back positivo que se recibe de ellos es fuente de gran satisfacción para el residente: *P15: pacientes que te arrancan una sonrisa y te hacen sentir bien, que te dan las gracias por estar ahí en un momento determinado.*
- **Prevención y promoción de salud:** los participantes valoran como un aspecto constitutivo de la atención primaria las actividades preventivas y de promoción de la salud: *P8: conoces los programas de prevención y promoción de la salud, como el de riesgo cardiovascular, como el de incapacitados, como el de cáncer de cérvix, también apoyas a los que quieren dejar el tabaco, a los que quieren perder peso.*
- **Atención universal:** se expone como un valor la atención a todas las personas, sea cual sea su edad, condición o problema de salud: *P30: Capacidad de respuesta a la mayoría de las demandas... de toda la población (ancianos, adultos, mujeres, hombres, patologías, niños, lactantes).*

2) Respecto a la **forma de trabajo de la medicina de familia** los participantes identifican las siguientes características:

- **Atención a patologías frecuentes.** El R4 señala como positivo aprender a atender a patologías habituales y las distintas formas de abordarlas: *P21: El aprendizaje de la patología más habitual y frecuente en la consulta y las diferentes formas de realizar la orientación del tratamiento.*
- **Conocimiento del cupo.** Los participantes destacan la importancia del seguimiento de un cupo de población asignado y la relación bidireccional que se establece con ellos: *P9: comienzas a saber lo que es un cupo, a que te reconozcan los pacientes, a conocerlos y saber de sus inquietudes y enfermedades, a tratarlos y a recibir el reconocimiento por parte de ellos.*
- **Variación de las intervenciones.** Se valora como importante para el R4 "vivir" la atención a una gran diversidad de pacientes y situaciones clínicas: *P8: conoces a tus embarazadas, animas a los deprimidos y a los demenciados, detectas*

los casos urgentes y vienen después de un ingreso recuperados. Todo esto sólo se puede vivir en atención primaria y en la residencia siendo R4.

- **Priorización:** Se entiende necesario priorizar como parte del aprendizaje del R4 en el contexto del trabajo cotidiano en el centro de salud: P20: *Priorizas más en tu trabajo, en qué invertir el tiempo y recursos.*
- **Importancia de la consulta:** El R4 entiende que es el escenario “natural” y el centro de la actividad del médico de familia, donde desembocan todos los “caminos” de su formación: P22: *MEJORA EN EL DESARROLLO DE LA CONSULTA (ENTREVISTA CLÍNICA, RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO).*
- **Encontrar un estilo propio:** Se define como aspecto a aprender y practicar durante el R4 el encontrar una forma propia de “ser” médico de familia: P2: *Poco a poco vas adquiriendo tu propia personalidad como médico de familia y es en el último año cuando más lo llevas a la práctica.*

b) Cómo se realiza el aprendizaje en el R4

También emerge en el análisis una categoría sobre **cómo se adquiere el conocimiento** en el último año de residencia.

Valor de la tutorización.

El principal aspecto señalado por los participantes es la **importancia del tutor**. Los residentes hacen mucho hincapié en el papel del tutor en la formación del R4. El valor de la tutorización se concreta en determinadas formas específicas de ejercerla que son las que la hacen tan importante para la formación del residente:

- **Retroalimentación.** El residente valora el efecto de recibir del tutor el *feed back* del trabajo realizado: P14: *Por esto, es muy importante haber practicado bajo el ojo experto de nuestros tutores y haber recibido un, feed-back de ellos.*
- **Ejemplo.** Se pone en valor el tutor como ejemplo a seguir en la práctica profesional: P14: *Elegir un buen ejemplo de trabajo a seguir y*

llevarlo a cabo es una decisión personal y si tienes la suerte de que te aconsejen bien, probablemente disfrutes como yo de tus últimos meses como residente.

- **Observación.** Los participantes aprenden de observar el comportamiento de los tutores en la consulta, que consideran un espacio “íntimo” que el tutor comparte, como una entrega y una especie de “dejarse conocer” que se considera como un acto de generosidad del tutor: P2: *además, nos dejan invadir la intimidad de su trabajo y permiten que observemos su forma de enfrentarse a cada situación y su forma de resolverla.*
- **Interacción.** La relación y contacto con el tutor supone una gran aportación al aprendizaje en el R4. Es un trabajo conjunto, de proximidad física en el principal escenario de aprendizaje: la consulta: P21: *Puntos fuertes/positivos: El trabajo de codo a codo con mi tutora (nombre y primer apellido de la tutora), excelente profesional y persona, preocupada por sus pacientes. P23: Pasamos un año en consulta (supuestamente) con nuestro tutor, que es donde más se aprende. En la expresión “supuestamente” se incluye el choque entre el valor que se da a estar tiempo con el tutor en consulta y la imposibilidad de hacerlo debido a la utilización.*

Los residentes no hacen referencia solo a la importancia de “su” tutor sino de los demás tutores del centro, extendiendo el beneficio de su papel a aprender distintas formas de ejercer la medicina de familia: P2: *creo que está bien pasar consulta con otros médicos del centro de salud (no solo con tu tutor) porque cada uno nos puede aportar algo distinto.*

Este aspecto no va en contra de la importancia del tutor sino al contrario, redonda en su relevancia, que va más allá de la personalización en alguien concreto sino en la figura como tal y su papel en el aprendizaje del residente.

Aterrizaje de conocimientos.

Un aspecto definitorio del R4 para los residentes es el efecto de “**aterrizaje**” de los **conocimientos adquiridos** durante todo el periodo de residencia. Lo describen como un proceso en el que se combinan la aplicación y la ampliación de conocimientos y habilidades, es decir, se

realiza una confluencia entre lo que se “trae” y lo que se “recibe”: el conocimiento previo se complementa, amplía y modifica durante el trabajo de R4 en el centro de salud, “aprendiendo sobre lo aprendido”: P8: *También de R4 asientas los conocimientos adquiridos en todas las rotaciones y los pones en práctica. En las rotaciones te da tiempo a ver algún caso de cada patología, pero en primaria ves una y otra vez múltiples casos de las patologías más frecuentes; P16: aprendo sobre lo aprendido en las distintas rotaciones efectuadas y su aplicación en la atención primaria en consulta.*

Aunque se reconoce que se amplían conocimientos, el ritmo de adquisición se considera más lento, y eso es valorado negativamente: P40: *Como punto negativo, quizás los últimos meses se hacen un poco largos, quizá tengo la sensación que la adquisición de conocimientos y habilidades no es tan exponencial como de R pequeña, y ese es mi mayor punto negativo del último año.*

Una vez más se produce el choque entre los aspectos negativos y lo que se considera positivo en el R4, el completar el aprendizaje se ve frustrado por la utilización del residente: P32: *es el idóneo para aprender todo lo que nos falta antes de terminar y profundizar en las áreas que más nos interesan, aunque después la realidad es otra. Nos usan como un adjunto más del centro de salud. Al menos en mi caso no tengo la oportunidad de rotar por distintas consultas porque solo estoy disponible para pasar los cupos de los médicos que faltan.*

Características del aprendizaje en el R4

Otra categoría definitoria de aspectos positivos del R4 es la referente a las **características propias del aprendizaje** en el último año de residencia, entre las que destacan:

- **Responsabilidad propia:** se valora positivamente la adquisición progresiva de responsabilidad en el trabajo como médico de familia: P13: *Es un año que vamos creciendo a la hora de toma de decisiones y de responsabilidad.*
- **Autonomía, independencia:** se hace referencia a la importancia de la “emancipación” de la actividad tutorizada, de forma progresiva: P14: *Mi cuarto año de la residencia fue el año de la “emancipación”; por suerte mi tutora ya me había dado la oportunidad, prácticamente desde el primer año de*

aportar mi opinión, tener criterio, tomar responsabilidades y decidir por mí misma.

- **Toma de decisiones:** El residente considera un valor del R4 la toma de decisiones y la iniciativa propia, en dos vertientes: capacidad (mayor conocimiento) y oportunidad (libertad supervisada): P30: *Puntos fuertes: Capacidad de decisiones médicas; P35: Libertad en la toma de decisiones ante pacientes que pueden comentarse con el tutor responsable.*
- **Capacidad de respuesta:** el R4 se considera más capacitado en el último año de residencia, sobre todo en cuanto a diversidad de situaciones a atender: P30: *Capacidad de respuesta a la mayoría de las demandas... capacidad de abarcar..... (centro de salud, urgencias hospitalarias).*
- **Experiencia:** destacan que es el momento de poner en práctica toda la experiencia adquirida en todo el tiempo anterior de la residencia: P28: *Experiencia adquirida durante los 4 años gracias a todos los pacientes atendidos, guardias realizadas...*
- **Integración en el centro de salud:** los participantes señalan como relevante su inclusión en el equipo, el sentimiento de pertenencia y el efecto positivo del buen clima de trabajo: P15: *La llegada al centro de salud supone volver al lugar donde pasas la mayor parte de tu residencia y por primera vez sientes que has vuelto a “tu servicio”. Durante el periodo de rotación hospitalaria escuchas a tus compañeros hablar de su servicio y por primera vez en mucho tiempo vuelves a formar parte de un equipo y de un servicio.*

Los participantes también resaltan la **adquisición de competencias emocionales** importantes para la práctica asistencial en el último año de residencia:

- **Seguridad en uno mismo:** la apreciación de una mayor capacidad supone tener más seguridad en la actividad clínica y más asertividad en la comunicación con el paciente: P23: *Te das cuenta lo mucho que has aprendido estos años y eres un médico con más seguridad en ti mismo.*
- **Control emocional:** el residente destaca también la capacidad de autocontrol emocional, consciente de la necesidad de hacerlo para el ejercicio de la medicina de familia: P36: *Tienes*

más control de tu estado de ánimo o del nerviosismo y agobio.

Por último, los participantes señalan otros aspectos positivos concretos (rotación rural, mejora económica, técnicas como infiltraciones o cirugía menor), entre los que destaca la buena relación de los residentes entre sí, que es gratificante en cuanto a sentirse valorado y que hace más llevadero el estrés final de la residencia: P14: *El estrés al final por la escasez de oferta laboral decente y apropiada a una formación tan larga se lleva mejor en grupo. La "terapia" con compañeros de trabajo sobre pacientes, problemas y papeleo es fundamental;* P36: *Te valoran más en general como médico y como compañero.*

Respecto a las **propuestas de mejora** los participantes ofrecen alternativas a aspectos muy concretos que se recogen en la tabla 4 y se dirigen a la Unidad Docente, tanto en aspectos formativos como de organización, al centro de salud y al hospital.

La revisión por los participantes modifica el informe preliminar en los siguientes aspectos:

El informe se considera completo y preciso y que refleja las realidades expresadas por los participantes.

Como aspectos a **destacar**, se manifiesta total acuerdo con la importancia de la utilización del residente, matizando que lo frecuente y habitual de esta situación hace pensar que el prolongar un año más la formación sea la excusa para establecer de forma encubierta la presencia de un profesional "comodín" en el centro.

Se resalta la importancia de la pérdida de continuidad asistencial como déficits formativo consecuencia de la utilización, especialmente importante para el R4, que debe tener la oportunidad de "llevar un cupo", se dice expresamente: Revisor 3: *"con el difícil panorama de la estabilidad laboral para los jóvenes médicos de familia en atención primaria, quién sabe cuántos años pasarán hasta que puedan volver a "tener un cupo".*

Se enfatiza como consecuencia importante de la utilización el formarse en la precariedad y el irse asumiendo ya desde la residencia.

Entre los motivos para utilizar al residente como sustituto, se resalta el de contentar a los gestores: se considera mejor director el que menos sustitutos necesita,

y el de "prepararse" para lo que les espera al terminar, manifestándose en contra de ese entrenamiento en condiciones de trabajo precarias.

No obstante se matiza que los déficits formativos del R4 no se deben solo a la utilización sino a otros muchos aspectos.

Se resalta que la adquisición de responsabilidades durante la residencia debe ser progresiva y en aumento, para ser completa o casi completa al final de la misma, evitando llegar al R4 con poca capacidad de asumir responsabilidades.

Destacan también la existencia de sentimientos encontrados ante la utilización así como lo que afecta ésta a la relación entre los R4 por agravios comparativos y diferentes posiciones frente a la utilización: *"destacaría los conflictos que puedan surgir entre quienes deciden "pasar por el aro" cubriendo consultas cuando no les corresponde esa tarea, y quienes optan por ser leales a sus principios y no hacerlo"* (Revisor 5).

Respecto a los sentimientos al final de la residencia se destaca el miedo al cambio, la incertidumbre del mundo laboral y *"el tener que continuar el camino solo en este mundo hostil, después de estar 4 años protegido"* (Revisor 4) .

Se reconocen en la actitud de indefensión aprendida con la que se llega al final de la residencia.

Se destaca también de la figura del tutor el papel de éste como ejemplo en cuanto a compartir espacios "íntimos" de trabajo, también el que cumplían algunos de ellos de protección del residente frente a la utilización y se le propone como un "freno" frente a las presiones de la dirección y como mediador con la unidad docente para transmitir la sobreutilización del residente.

Se está muy de acuerdo con las características de aprendizaje del R4 (responsabilidad, autonomía, toma de decisiones) y se destaca lo gratificante de verse crecer como profesional.

Se hace hincapié en la pérdida de tiempo que suponen algunas rotaciones hospitalarias: *"rotaciones que haces de macetero"* (Revisor4) y como se pedía orientación e información sobre los tutores a residentes de familia de años superiores.

También se vuelve a destacar la poca utilidad práctica de los cursos de la Unidad Docente.

Tabla 4. Propuestas de mejora de los participantes

ÁMBITO	PROPUESTAS	CITAS EJEMPLO
UNIDAD DOCENTE (FORMACIÓN)	Talleres sobre bolsa de trabajo. Talleres sobre salidas laborales. Mejorar los cursos de prevención y comunitaria Más cursos clínicos Formación en SPSS Separar como especialidades medicina de familia y urgencias.	<i>P5: Igualmente considero que una formación y conocimientos básicos sobre programas como SPSS, manejo de la bolsa de trabajo o ciertas directrices sobre posibles salidas o futuro laboral serían de gran ayuda.</i> <i>P1: En el último año se podrían hacer talleres sobre salidas laborales, o al menos tener un mayor compromiso con la Medicina de Familia</i> <i>P44: Se deberían mejorar los cursos de prevención en el área comunitaria.</i> <i>P23: Hacen falta muchos más cursos, en horario laboral a ser posible sobre cosas aplicables a la clínica. La MBE* y la estadística están bien pero no son todo.</i> <i>P4: medicina de familia y urgencias deberían estar separadas. Especialidad ya.</i>
UNIDAD DOCENTE (ORGANIZACIÓN)	Rotación de R4 por pediatría. Rotación extra. Reajuste duración rotaciones. Modificar guardias. Autogestión de rotaciones. Reducir la rotación de R1 y aumentar R4. Rotación de salud mental en el centro de salud.	<i>P12: ampliarla es en el último año de nuevo una rotación: en pediatría (1-2 meses), puesto que hay mucho trabajo en este campo. P38: No obstante creo que habría que hacer un reajuste en cuanto a la duración de algunas rotaciones tales como psiquiatría (muy extensas) y sin embargo otras se hacen muy cortas para la gran patología que abarcan (digestivo, cardiología...)</i> <i>P31: como propuesta estar únicamente 2 o 3 meses de R1^ para tomar contacto y decidir qué quieres y necesitas aprender durante las rotaciones hospitalarias y posteriormente volver de R3 para estar al menos 1 año y medio de forma continuada con tu tutor en tu centro</i> <i>P40: modificaría la distribución del número de guardias, de R4 suprimiría las del DCCU**, ya que llevamos 3 años realizando el mismo trabajo, y cargaría el número de horas a expensas de las guardias hospitalarias y el 061.</i> <i>P3: Creo que debería haber mayor libertad a la hora de gestionar las rotaciones y que cada residente pudiese aumentar su formación en las áreas que considera importantes o en las que tiene mayor déficit.</i> <i>P5: centrar un rotatorio más exclusivo en las consultas de psicología o psiquiatría centradas y abordadas en el centro de salud.</i> <i>P12: y también otra rotación en alguna especialidad que en el último año veas que es más útil para terminar tu formación.</i> <i>P5: En cuanto a mi rotación en USM***, si sirviese de opinión, considero excesiva la duración de 3 meses, una vez finalizada mi residencia y objetivizar el alcance de patologías psiquiátricas que manejamos, mejor consideraría, centrar un rotatorio más exclusivo en las consultas de psicología o psiquiatría centradas y abordadas en el centro de salud. Siendo un abordaje más próximo al que nosotros haremos en consulta.</i>
CENTRO DE SALUD	Conocer la motivación de los tutores. Planificación de sesiones y casos. Sesiones clínicas sobre patologías frecuentes. Grupos de trabajo en el centro de salud.	<i>P11: Se debe de indagar en la motivación que tienen los tutores que cada año se presentan para ser elegidos como "guías" de nuestra formación en los próximos 4 años. Creo que deberían de tenerse en cuenta la experiencia que sus residentes tienen con ellos para ver si siguen siendo buenos candidatos para seguir formando nuevas generaciones o si por el contrario les interesa tener residentes más por seguir la inercia de años previos y, por qué no decirlo, por la comodidad y flexibilidad de horario que les aporta tener a otro profesional, aunque sea en formación, en su puesto.</i> <i>P11: sería interesante valorar el número de residentes que han de escoger cada centro de salud por la implicación que toman los tutores más que por la "fama" del centro en cuestión,</i> <i>P5: Como residentes considero que la labor didáctica, el preparar sesiones, casos clínicos...habría que potenciarla y elaborar una planificación en la que como residentes de manera continua haya una base sobre este aspecto, ya que es el periodo propio para elaborar este tipo de trabajos.</i> <i>P41: sesiones clínicas en relación a las patologías más frecuentes en los centros de salud en las que los R4**** podamos poner en común nuestras actuaciones y actualizaciones.</i>
HOSPITAL (ROTACIONES)	Tutor hospitalario con menos carga asistencial. Carga asistencial en rotaciones hospitalarias Protocolizar el aprendizaje de técnicas. Repasar con tutor hospitalario el programa Mejorar habilidades técnicas hospitalarias.	<i>P10: se limitan a sentarte en una silla al lado del médico que pasa consulta que en muchas ocasiones no tiene tiempo ni ganas de explicarte nada, lo lógico sería que estar personas atendieran menos pacientes para poder explicarte más cosas,</i> <i>P10: además el residente de MFYC***** debiera tener carga asistencial supervisada por ese doctor.</i> <i>P10: incluiría la de que juntos, residente y supervisor, repasasen el programa de formación del residente y velaran por su cumplimiento</i> <i>P41: A nivel hospitalario se debería mejorar en las habilidades técnicas.</i> <i>P15: aquellos conocimientos que suponen la realización de una técnica sobre un paciente debería estar mejor protocolizada la enseñanza.</i>
HOSPITAL (GUARDIAS)	Pases de guardia en común.	<i>P11: Sería muy didáctico el hacer de forma reglada los PASES DE GUARDIA EN COMÚN: adjuntos de guardia-residentes-enfermería, donde se pongan de manifiesto cómo se ha actuado y de forma CONSTRUCTIVA, una vez pasada la situación, valorar si se podría haber mejorado la actuación y cuáles son los siguientes pasos a tomar.</i>

*MBE= Medicina Basada en la Evidencia

**DCCU= Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias

***USM= Unidad de Salud Mental

****R4= Residente de cuarto año de medicina familiar y comunitaria

*****MFYC= Medicina Familiar y Comunitaria. ^R1= Residente de primer año de medicina familiar y comunitaria

Entre los aspectos positivos resaltar la importancia del buen ambiente en el centro de salud.

Como **aportaciones** no incluidas: que cuando se habla de la importancia para el r4 de aprender la forma de trabajo de la medicina de familia, se incluya la importancia de la atención domiciliaria además de la consulta. También proponen incluir aquí la atención comunitaria.

La importancia del tutor como “ejemplo” se beneficia de rotar con varios tutores.

Se añadiría a las causas de la utilización la oposición firme del propio tutor, quien es el responsable directo de la formación del Residente.

Como aspectos de **desacuerdo** están la no identificación con el deseo de terminar la residencia expresada por algunos participantes, sino más bien de prolongarla para completar los déficits formativos.

El equipo investigador puede incluir subjetividad en el informe. Para reducir este sesgo y salvaguardar el proceso inductivo se realizó un relato recogiendo la opiniones de los investigadores ante de empezar el estudio a fin de ser analizado una vez concluida la investigación. El resumen de estos escritos del equipo investigador se recoge a continuación:

Los relatos de investigadores que son residentes y ex residentes recientes en el momento del estudio coinciden con los resultados de los participantes en la investigación.

La investigadora tutora de centro de salud se centra en aspectos negativos relacionados con la utilización y en propuestas de mejora respecto a ésta, sin mencionar aspectos positivos.

Los relatos de las investigadoras técnicas de la U Docente incluyen otros aspectos no mencionados por los participantes:

- *La investigación, la falta de repercusión en ésta del cuarto año.*
- *La variabilidad docente.*
- *La responsabilidad del tutor en asumir las actividades impuestas al residente y en la forma en que aprende el residente. La existencia de “pactos” tutor-residente-dirección.*

En algunos casos se hace referencia a aspectos positivos del R4 que supone visiones opuestas a las mencionadas por los participantes:

- *Ampliación de rotaciones externas.*
- *Mejor distribución de los cursos que en años previos.*

DISCUSIÓN

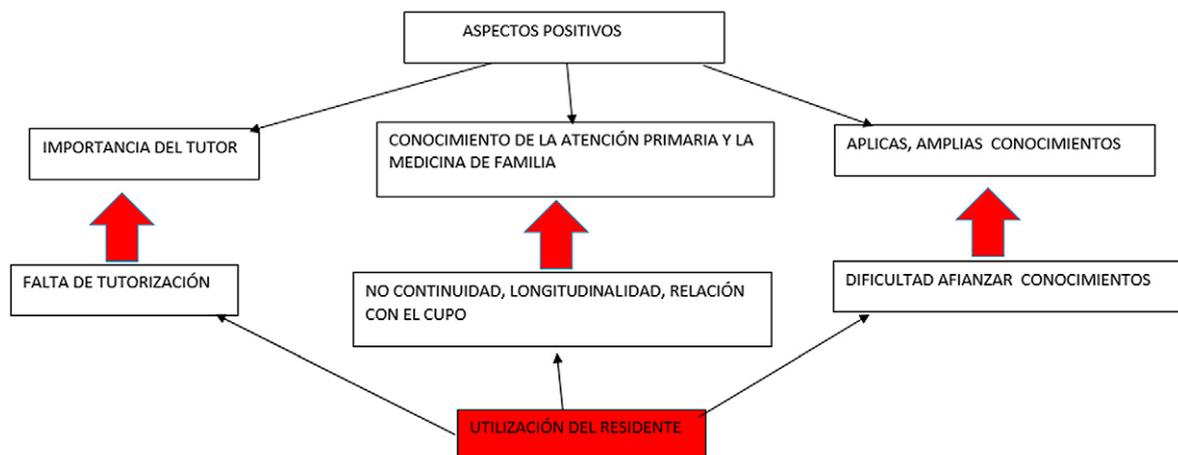
Los participantes manifiestan como aspectos positivos fundamentales del R4 el conocimiento de la medicina de familia y la atención en primaria en sus fundamentos definitorios y específicos^{27,28} (enfoque biopsicosocial, continuidad asistencial, prevención y promoción, comunicación médico-paciente, cobertura universal) y destacan como puntos clave la forma de trabajo propia del médico de familia (conocimiento del cupo, priorizar las intervenciones, variedad de situaciones atendidas) y en los aspectos formativos, la importancia de tutor (ya señalada por los residentes mediante encuesta en el estudio de Lucas, 2012)³ y la forma en que se aplican y complementan nuevos conocimientos durante el último año.

Van “repasando”, sin proponérselo, los fundamentos de la atención primaria y el guion de los que son sus características fundamentales, así como el método de trabajo en medicina de familia, denotando que están presentes en sus intereses formativos y que “entienden” y valoran qué es la especialidad. Y justo son también estos aspectos los que más manifiestan como consecuencias de la utilización del residente, señalada como principal característica del último año de residencia. Es decir, los residentes de último año se enfrentan a un choque de coincidencia entre lo más valorado y lo más perjudicado, produciéndose una gran frustración de sus expectativas de aprendizaje (Figura 1).

Otros estudios cualitativos sobre la formación del residente desde su perspectiva, coinciden en señalar como importante la utilización a la que se ven sometidos, definiéndose a sí mismos como “tapones de servicios”²⁹.

Este hecho genera malestar psicológico en el residente, expresado por la disonancia entre lo que se

Figura 1. Modelo resumen



ve obligado a hacer y lo que realmente cree que le corresponde, desea y espera hacer. La teoría de la disonancia cognitiva³⁰ explica cómo las cogniciones contradictorias en un sujeto producen un estado de tensión psicológica, que motivará al sujeto a realizar alguna acción para reducir o suprimir dicha tensión. La disonancia puede ocurrir por varias razones: a) cuando no se cumple una expectativa, b) cuando existe conflicto entre los pensamientos y las normas, c) cuando existe conflicto entre las actitudes y la conducta. Cuanto mayor es el número de elementos conflictivos o disonantes, mayor resulta la disonancia total.

En este caso son varios los elementos disonantes: frustración de expectativas, conflicto entre lo que tiene que hacer (labores de otros médicos) y lo que cree que tiene que hacer (seguimiento de su cupo, actividades en domicilio, preventivas, programas...), conflicto entre el papel reconocido al médico de familia (continuidad asistencial, enfoque biopsicosocial...) y la tarea real que desempeña ("salto" por diferentes consultas tapando huecos). A estos elementos disonantes se añade el enrarecimiento de las relaciones entre los residentes (por sentir agravios comparativos en las cargas de trabajo).

En este contexto, se dan las condiciones de riesgo de *burnout* para el residente (Maslach)³¹, más marcado en lo que se refiere a los conflictos de valores, falta de control y sensación de injusticia.

Este aspecto ha emergido por parte de los residentes en forma de las consecuencias emocionales de desilusión e indefensión. Estudios en otros países con residentes de otras especialidades han puesto de manifiesto como principales factores de *burnout* la sobrecarga de trabajo del residente (largas jornadas sin salientes)³².

El hecho de que las propuestas de mejora se refieran a aspectos puntuales y no se propongan medidas contra la utilización, puede hacer pensar en que el residente no ve factible cambiar la realidad que vive, produciéndose una situación cercana a la indefensión aprendida. La proposición básica de la teoría de la Indefensión Aprendida es que los organismos que experimentan que los acontecimientos son independientes de su conducta, es decir, son incontrolables, se forman una expectativa de que tampoco habrá consecuencias de su actuación en el futuro. Esto tiene consecuencias a tres niveles:

- A nivel conductual, tal expectativa de incontrolabilidad tenderá a producir un retraso en la iniciación de respuestas para controlar las consecuencias en una situación de aprendizaje posterior.
- A nivel cognitivo, produciría una creencia en la ineficacia de sus respuestas para controlar las consecuencias, y dificultaría el aprendizaje de éxito posterior.

- A nivel emocional, produciría malestar psicológico y depresión.

Algunas manifestaciones de las organizaciones médicas de residentes y médicos jóvenes hablan de este mecanismo para explicar la pasividad de los residentes con su situación³³.

Existen coincidencias con un estudio previo mediante encuesta a residentes³ en cuanto a resaltar la figura del tutor y también en señalar como aspecto negativo la sobrecarga asistencial, si bien no es totalmente comparable debido al método (encuesta) y al tiempo del estudio (años previos a la crisis y al endurecimiento de las condiciones de trabajo en atención primaria). Los efectos de la crisis económica han mostrado su influencia en las expectativas de los estudiantes de medicina en Grecia³⁴ condicionando la decisión de continuar la formación fuera de su país. En nuestro estudio, el ahorro se señala como una de las razones de la utilización del R4.

La falta de tiempo para realizar las tareas rutinarias es considerada factor determinante de la satisfacción profesional también en residentes de especialidades hospitalarias³⁵ que además, señalan los aspectos relacionados con la docencia e investigación, esta última no mencionada por nuestros residentes quizá mostrando su poca presencia en la rutina de los centros.

La importancia del tutor se muestra también en estudios en los que se relaciona con la valoración global de la residencia³⁶, se identifica como problema la falta de esta figura en urgencias³⁷ o se le propone como elemento fundamental para la evaluación³⁸. Otros aspectos valorados relevantes en nuestro estudio como son las rotaciones externas, se encuentran también en una investigación cualitativa con residentes de medicina preventiva³⁹.

La importancia de los aspectos relacionados con el aprendizaje de las competencias de la especialidad también ha sido encontrada en un estudio en residentes de Medicina Interna en Chile⁴⁰. Como en nuestro estudio, también en otros países se encuentra la relevancia de aspectos de atención integral, consideración de condicionantes sociales y la dedicación a la prevención y promoción de salud como características de la medicina de familia que atraen a los estudiantes de medici-

na⁴¹. La orientación comunitaria también se ha señalado como competencia fundamental en el rol de la medicina de familia en países de economías emergentes⁴².

Un aspecto que no aparece en nuestra investigación es la autopercepción de que el trabajo del R4 en una zona tenga impacto en la mejora de los servicios o en la salud comunidad, a diferencia de lo encontrado en estudios cualitativos sobre la residencia en medicina familiar, aunque en contextos no totalmente comparables⁴³.

Como fortalezas del estudio se encuentran la orientación a la mejora del proceso docente, el protagonismo de las vivencias de los participantes como objeto de estudio y la inclusión, en una segunda fase, de todos los agentes implicados en la docencia (tutores y pacientes).

Como principales limitaciones del estudio la participación abierta y anónima impide caracterizar a los participantes pero es imprescindible para mantener el anonimato.

Aunque la participación en el estudio es baja en comparación con el total de personas invitadas a hacerlo (14,6%), este aspecto no es relevante aplicando los criterios de saturación, de forma que se siguen buscando informantes para responder a las preguntas del estudio y bajo la flexibilidad de diseño que permite la investigación cualitativa. Aunque no se podía anticipar el número total de participantes, el muestreo estuvo sujeto al principio de saturación de los datos y se atiene finalmente a las recomendaciones de Morse para Teoría Fundamentada (30-50 relatos)⁴⁴.

Al tratarse de voluntarios puede ser que respondan las personas más motivadas y/o con posturas más polarizadas bien hacia vivencias y opiniones negativas o bien hacia destacar los aspectos positivos.

Las opiniones recogidas en el curso de residentes son "menos libres" que las efectuadas en la página web, puesto que están allí presencialmente luego puede saberse en realidad al menos "el grupo" que las ha emitido. También tienen menos tiempo para las respuestas y son apremiados a hacerlas en el momento, lo que limita la capacidad de reflexión y expresión, de ahí la menor riqueza informativa de estos escritos. La inves-

tigadora que recogió estas opiniones escritas no fue docente de los cursos ni mantenía vínculos docentes con los participantes.

La subjetividad del equipo investigador también se intenta reducir mediante la realización del análisis por dos miembros, de forma sucesiva en la mayoría de pasos y con la realización de varias reuniones de discusión.

La subjetividad e ideas preconcebidas de los investigadores pueden dificultar la inducción y emergencia de los resultados exclusivamente de los datos. Se considera el concepto de *sensibilidad teórica* (intuición para detectar aspectos relevantes de los datos), que coloca al investigador dentro de la investigación en continua interacción con los datos en función de su experiencia y formación previa en todos los ámbitos⁴⁵. Componente fundamental de la sensibilidad teórica es la experiencia profesional que favorece la lectura correcta de los datos y la comprensión más rápida de los significados⁴⁶.

La investigación se ha demorado en el tiempo en la fase de análisis por una menor disponibilidad de tiempo para el equipo investigador y también por la realización simultánea de la recogida de información en tutores mediante la realización de grupos focales, cuyo contenido no ha sido aún transcrito ni evaluado. Esa demora puede influir en los resultados ya que pueden haberse producido cambios en la opinión al cambiar las circunstancias de las personas que participaron, por lo que el tiempo transcurrido hasta la revisión del informe preliminar por los participantes puede introducir excesiva distancia con las vivencias inicialmente manifestadas.

No se han aplicado en este primer análisis criterios de segmentación por diferentes grupos de edad o por género, lo que pudiera ser interesante en cuanto a la comparación de similitudes y divergencias de vivencias, opiniones y actitudes aportadas.

Se ha obtenido información solo de testimonio escrito de los informantes, siendo necesario complementar con otras fuentes de información (documental, entrevistas, observación) que permitirá en estudios posteriores realizar una verdadera triangulación de la información aportada. La continuación de este estudio mostrará

los resultados del análisis de la opinión de tutores y de pacientes sobre el mismo fenómeno de estudio y la comparación entre estos tres grupos de informantes mediante triangulación aportará una visión más amplia y completa que permitirá evaluar mejor el último año de residencia en medicina familiar.

Como aplicación práctica del estudio los autores proponen algunas sugerencias para los distintos participantes en la docencia del cuarto año (Tabla 5). Éstas se dirigen a los residentes, a los tutores de centro de salud, rotaciones hospitalarias y urgencias hospitalarias, para los directores de centros de salud, Unidad Docente, gerencia de atención primaria, responsables de docencia MIR de la Comunidad Autónoma y Comisión Nacional de la Especialidad.

Como conclusiones del estudio podríamos decir que, para los residentes que lo han cursado, el cuarto año de residencia es valorado como un choque entre la vivencia y aprendizaje de los aspectos definitorios de la medicina de familia y la atención primaria (continuidad asistencial, comunicación, atención a lo largo de la vida, valoración integral de la persona en su contexto...) y la imposibilidad de hacerlo en toda su extensión debido a la utilización del residente para realizar labores asistenciales no sustituidas de los equipos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de los mismos.

Agradecimientos

A Miguel Ángel Santos Guerra por su revisión del informe preliminar, sus interesantes aportaciones y su inspiración constante para mejorar la tarea de enseñar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. 2004.

Tabla 5. Sugerencias de los autores a los participantes en la docencia de cuarto año en medicina familiar y comunitaria

AGENTES	RECOMENDACIÓN
Para los residentes	<p>Mantener una actitud activa y crítica.</p> <p>Establecer un Plan Docente del R4 con su tutor y revisarlo.</p> <p>Exponer sus necesidades formativas a todos los niveles (conocimientos, habilidades y actitudes), trabajar por su consecución y reclamar ante su incumplimiento (al tutor, al responsable de tutores, al director, a la U Docente).</p> <p>Expresar sus necesidades emocionales y relacionales.</p> <p>Reunirse con sus compañeros residentes para reflexionar y evaluar colectivamente la consecución de objetivos docentes comunes.</p> <p>Integrarse en el equipo de atención primaria.</p>
Para los tutores de centros de salud	<p>Reforzar la tutorización en las características esenciales de la atención primaria: continuidad asistencial, modelo biopsicosocial, comunicación, atención integral, atención familiar, actividades comunitarias.</p> <p>Promover la responsabilización, autonomía y toma de decisiones del R4*.</p> <p>Proteger la planificación docente del R4* ante requerimientos para labores asistenciales no cubiertas.</p> <p>Promover un buen clima relacional en los equipos. Facilitar la integración del residente en el equipo.</p> <p>Reforzar las sesiones clínicas del centro de salud orientadas a la formación del R4*.</p>
Para los tutores de urgencias hospitalarias	<p>Protocolizar el aprendizaje de técnicas en el R4*.</p> <p>Planificar los pases de guardia.</p>
Para los tutores de rotaciones hospitalarias	<p>Planificar con el residente la consecución de los objetivos docentes durante la rotación.</p> <p>Mejorar habilidades técnicas hospitalarias.</p>
Para los directores de centros de salud	<p>Planificar la actividad asistencial sin modificar el plan docente de los R4*.</p> <p>Promover un buen clima relacional en los equipos.</p> <p>Crear canales de comunicación efectiva con residentes y tutores.</p> <p>Garantizar el cumplimiento del plan docente del R4 y corregir cualquier incumplimiento en el que tenga competencia.</p>
Para la Unidad Docente	<p>Proteger el plan docente del R4*. Dar directrices expresas para gerentes, directores, tutores y residentes, vigilar su cumplimiento, establecer correctores en caso de incumplimiento.</p> <p>Establecer canales efectivos de conocimiento y control de la actividad asistencial de los R4*.</p> <p>Promover cursos de mayor contenido clínico y práctico.</p> <p>Supervisar la normativa de las rotaciones externas y velar por su cumplimiento.</p> <p>Ampliar la formación en competencias emocionales de los R4*.</p> <p>Promover un buen clima relacional entre los residentes.</p> <p>Valorar la inclusión en el R4* de la orientación laboral.</p> <p>Revisar el número de guardias y el dispositivo en el que se realizan en el R4*.</p>
Para la dirección gerencia de distritos sanitarios	<p>Planificar la actividad asistencial en aspectos previstos e imprevistos sin modificar el plan docente de los R4*. Dar directrices expresas para gerentes, directores, tutores y residentes, vigilar su cumplimiento, establecer correctores en caso de incumplimiento.</p> <p>Garantizar el mantenimiento de una estructura docente estable en los centros de salud.</p>
Para los responsables de docencia MIR de comunidad autónoma	<p>Reforzar la figura del tutor mediante su reconocimiento e incentivación.</p> <p>Implantar la figura del tutor personalizado en todas las especialidades.</p> <p>Establecer normas y directrices para la protección del plan docente del R4* y la evitación expresa de la utilización para actividad asistencial no sustituida.</p> <p>Establecer canales de comunicación efectiva con residentes y tutores.</p> <p>Garantizar el cumplimiento de los aspectos que se reflejan en el Real Decreto de formación especializada andaluz sobre incentivos y liberación de tutores.</p>
Para la Comisión Nacional de la Especialidad	<p>Establecer normas y directrices para la protección del plan docente del R4* y la evitación expresa de la utilización para actividad asistencial no sustituida.</p>

*R4= Residente de cuarto año de medicina familiar y comunitaria.

2. Casado V, Pablo F. La acreditación de las UDD de MFyC de España: estado de situación. Jornadas de Jefes de Estudio de las UDD de Medicina Familiar y Comunitaria de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2 de Marzo de 2010.
3. Lucas FJ, Chacón P, Casado V, Pablo F. Percepción de los residentes de medicina familiar y comunitaria sobre el programa formativo de la especialidad. *RevClinMed Fam.* 2012; 5 (1): 17-24.
4. Otero S. Medicina familiar, a la cola en vocación. La Opinión. A Coruña. 20-05-2014.[Consultado 12-11-14] . Disponible en: <http://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2014/05/20/medicina-familiar-cola-vocacion/843209.html>.
5. Casado V, Bonal P, Cucalón JM, Serrano E, Suárez F. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. *GacSanit.*2012; 26 (Supl 1):S69-75.
6. Martín A, Jiménez J, Monreal A, Mundet X, Otero A, Alonso P, por el Grupo de Investigación Universidad y Medicina de Familia. Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal. *Aten Primaria.* 2013;45: 38-45.
7. Bonal P. Problemas y disfunciones en la formación MIR en medicina de familia y comunitaria generadas por las características actuales de la licenciatura de medicina. *Tribuna Docente.* 2007;8:1-6.
8. González B, Ortún V, Barber P, Harris JE. Importantes diferencias entre facultades de medicina. Implicaciones para la medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria.* 2014; 46(3): 140-146.
9. Declaración de rechazo a que los médicos residentes de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria se incorporen al ejercicio profesional de forma autónoma. semFYC, febrero 2008. [Consultado 20-10-2014]. http://www.semfyces/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/declaracion%20conjunta%20R%20y%20JMF%20sobre%20R41.doc.
10. Porras P. ¿Cómo se forman las generaciones de nuevos médicos de familia? *Med FamAndal.* 2014;15(1):7-8. Disponible en: <https://www.samfyces/wp-content/uploads/2018/07/v15n1.pdf>
11. Simó J. Salud, dinero y atención primaria. <http://saludinerop.blogspot.com>
12. Santos Guerra MA, Fernández Sierra J, Angulo F, Martín MV. Informe de la evaluación de la formación de un sector de los médicos internos residentes de medicina familiar y comunitaria del hospital regional Carlos Haya de Málaga. En: Santos Guerra MA, Prados D, eds. *Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento.* Barcelona: semFYC; 1996. p.59-152.
13. Escalera A. La falta de contratos deja a los centros de salud hasta con un 30% menos de médicos. *Diario Sur,* 13 diciembre 2013. Disponible en: <http://www.diariosur.es/v/20131219/malaga/falta-contratos-deja-centros-20131219.html>
14. Valero Sainz M. Anatomía de un MIR. Tribulaciones y anécdotas del día a día de los Médicos Internos Residentes. Madrid: Ed. La esfera de los libros; 2009.
15. Santos Guerra MA. *Hacer visible lo cotidiano. Teoría y práctica de la evaluación cualitativa.* Madrid: Ed. Akal;1990.
16. Glasser B G. *Basics of Grounded Theory Analysis. Emergence vs Forcing.* Mill Valley CA: Sociology Press. 1992.
17. Strauss A, Corbin J. *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada.* 2 ed. Bogotá (Colombia): CONTUS-Editorial Universidad e Antioquia; 2002.
18. Glasser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research.* New York, United States of America: Aldine Publishing; 1967.
19. Holton JA. The coding process and its challenges. En A. Bryant y K. Charmaz. *The Sage Handbook of Grounded Theory.* Londres: Sage publications; 2007. p. 265-89.
20. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A practical guide through Qualitative Analysis (Introducing Qualitative Methods Series).* Londres: SAGE Publications Ltd.; 2006.
21. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ.* 2000;320:114-6.
22. De Andrés J. El análisis de estudios cualitativo. *Aten Primaria.* 2000;25:42-6.
23. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ.* 2000;320(7226):50-2.
24. Cádiz J. Rigurosidad científica y principios orientadores para el evaluador/investigador. *Ars Médica [revista en internet]* 2006 [Consultado el 15 Octubre 2013] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica9/ars3.html>.
25. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiry.* Newbury Park, CA: SAGE; 1985.
26. Rada DM. El rigor en la investigación cualitativa: Técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. *Redes [internet]* 2006 [Consultado el 30 de Octubre 2010] Disponible en: www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc
27. Gallo FJ, Alisent R, Díez J, Fernández C, Foz G, Granados MI, Lago F. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria.* 1993;23(4):236-45.
28. Martín Zurro A. *Principios, organización y métodos en medicina de familia. Séptima Edición.* Barcelona: Elsevier; 2014.
29. Aymat A, Bazán J, Cerisola G, Heredia V, Llapur F, Puchulu M, Rotger L Santillán V, Vanni L, Caldach R. El sistema de residencias visto por el residente. *Archivos de Medicina Familiar y General.* 20016; 3(2):22-7.
30. Ovejero A. La teoría de la disonancia cognoscitiva. *Psicothema.* 1993; 5: 201-206. Universidad de Oviedo

- Oviedo, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72705116>.
31. Maslach C, Leiter M. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
 32. MohdIsmail MNB, Lindstrom Johnson S, Weaver SJ, Wu AW, Gielen AC. Factors influencing burn-out among resident physicians and the solutions they recommend. *Postgrad Med J* 2018;94:540-42.
 33. Justo S. El residente y la indefensión aprendida. <http://amyts.es>. 1-4-2018.
 34. Petousis S, Karamitros G, Margioulas-Siarkou C, Christidis P, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagleis T. Specialty education and Greek financial crisis: should I stay or should I go? *Postgrad Med J* 2019;0:1-2. doi:10.1136/postgradmedj-2018-136368
 35. Ayala-Morillas LE, Fuentes-Ferrer ME, Sánchez-Díaz J, Rumayor-Zarzuelo M, Fernández-Pérez C, Marco-Martínez F. Factores asociados a la satisfacción del residente con su formación como especialista. *Rev Clin Esp* 2014;214(4):175-83.
 36. Mini E, Medina J, Peralta V, Rojas L, Butron J, Gutiérrez EL. Programa de residentado médico: percepciones de los médicos residentes en hospitales de Lima y Callao. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(2):303-10.
 37. Gillen-Astete C, Migunes-Blanco I, Zamorano-Serrano M, Machin-Muñoz E, Gallego-Rodríguez P, de la Casa-Resino C. Encuesta nacional sobre valoración de la actividad de los médicos internos residentes en los servicios de urgencias españoles. *Educ Med*. 2019; 20(S1):115-23.
 38. Cervera E, Andrés MJ, Cabello L, en nombre de Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid. La evaluación de residentes en las unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid: ¿qué opinan los residentes y sus tutores? *Educ Med*. 2018;19(2):82-90.
 39. Latasa P, Reques L, Gil-Borelli Ch. Actitudes y valoraciones de los médicos residentes sobre la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. *Inv Ed Med*. 2016;5(19):182-90.
 40. Díaz LA, Sepúlveda P, Abbott E, Fuentes-López E, Letelier LM, Riqueleme A, et al. "Residents get no... satisfaction" a problem to face during internal medicine rotations: development and psychometric properties of the IMPRINT-15 *Postgrad Med J*. 2019; 0:1-6. doi:10.1136/postgradmedj-2018-136187
 41. Weissman Ch, Zisk-Rony RY, Avidan A, Elchalal U, Tandete H. Challenges to the Israeli health care system: attracting medical students to primary care and to the periphery Israel *Journal of Health Policy Research* (2018) 7:28 <https://doi.org/10.1186/s13584-018-0218-z>
 42. Mash R, Almeida M, Wong WCW, Kumar R, von Pressentin KB. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa *Human Resources for Health* (2015) 13:93 DOI 10.1186/s12960-015-0090-7
 43. Fletcher S, Mullett J, Beerman S. Value of a regional family practice residency training program site Perceptions of residents, nurses, and physicians. *Canadian Family Physician*. 2014;60: e447-54.
 44. Morse JM. Analytic Strategies and Sample Size. *Qual Health Res*. 2015;25:1317-8.
 45. Corbin J, Strauss AL. Basic of qualitative research. 3ª ed. California: Sage publication; 2008.
 46. Silverman D. Interpreting qualitative data. Londres: Sage publications; 2006.

REPASANDO EN AP

¿Detectamos a los pacientes simuladores?

Simão Aiex L¹,
Morillas Fernández M²L²,
Pineda Tenor D³

*1Médico de Familia. CS San Miguel. Distrito Sanitario
Costa del Sol. Málaga*

2Médico Especialista en Medicina Legal y Forense

3Especialista en Psicología Clínica

CORRESPONDENCIA

Leticia Simão Aiex
E-mail: leticia.aiex@gmail.com

Recibido el 7-03-2018; aceptado para publicación el 3-05-2018
Med fam Andal. 2019; 1: 52-54

Durante una guardia de Atención Primaria avisan para acudir a atender a una joven de aproximadamente 20 años que había sufrido un cuadro sincopal en vía pública sin dar más datos. A la llegada del equipo sanitario, unos minutos más tarde, se encuentra a la joven consciente, acompañada de sus padres y hermanos pequeños, en posición de decúbito supino con las piernas elevadas y ligero trabajo respiratorio.

Aunque aparentemente poco reactiva a estímulos verbales y dolorosos, el resto de exploración es normal: frecuencia cardiaca de 80 lpm, temperatura 36°C, tensión arterial, 124/75, saturación de oxígeno 100%, glucemia capilar 124. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, sin signos de isquemia, ni alteraciones de la repolarización.

Tras una rápida anamnesis a su madre que refiere que anteriormente ya había presentado un cuadro similar por el cual fue estudiada sin que se encontrara ninguna causa aparente, se le administra naloxona y flumazenilo y dado que no presenta mejoría clínica es trasladada al hospital de referencia.

Ya en el hospital y pasado un tiempo la paciente por si sola empieza a responder y la exploración neurológica es normal, por lo que se sospecha de posible trastorno conversivo/simulación.

Se realiza analítica de sangre y orina con tóxico sin alteraciones.

Es dada de alta y al día siguiente vuelve al hospital por cuadro de similar al del día previo, acompañado de frialdad y palidez de mucosas, por lo que rápidamente se le realiza TAC craneal en el cual se objetiva sistema ventricular de morfología normal. No se aprecia desplazamiento de la línea media ni efecto masa a nivel infra ni supratentorial. No se aprecia alteración de la sustancia blanca ni signos de hemorragia intracraneal.

Dada la normalidad de todas las pruebas realizadas y la repetición del cuadro, se contacta con neurólogo de guardia, el cual realiza una anamnesis más detallada a la paciente y a sus padres, por separado, en la cual descubre que los episodios empezaron a ocurrir coincidiendo con el cambio de domicilio de la chica de Alemania a España, y de vivir con su padre a vivir con su Madre y su actual pareja y hermanastros, hecho que la chica no lo acepta...

El término **simulación** puede referirse a actitudes de encubrimiento, exageración de síntomas, fingimiento o engaño, aunque también puede ser la invención consciente de un trastorno mental o físico para conseguir alguna ventaja personal que puede ser de tipo económico, exención de deberes u obligaciones e incluso llamadas de atención.

Así, el malestar que el simulador presenta puede ser de tipo físico como apraxias, algias, distonías u otros tipos de afecciones internas; o de tipo psíquico como depresión que no cede con ninguna medida habitual; ansiedad permanente; pánico; agorafobia; trastorno adaptativo... además de aquellos simuladores con problemas mixtos, que suelen ser la mayoría.

No es fácil desmontar al simulador, pues a medida que pasa el tiempo, este refuerza su posición, teniendo la capacidad de presentar falsos positivos y en convertirse en pacientes crónicos. Por ello, la detección y manejo de estos pacientes es difícil y ha sido muy estudiada y analizada en distintos ámbitos de la medicina y salud mental. Desde que se ha incluido como problema de atención clínica (1980-DSM y 1992-CIE) se han desarrollado diversos instrumentos, estrategias, procedimientos y protocolos de actuación para intentar detectar este tipo de pacientes.

En un estudio realizado en Holanda se detectó que aproximadamente el 42% de los paciente que acuden a consulta lo hacen buscando algún otro beneficio más allá de la mejoría clínica... Sin embargo, los profesionales en la mayor parte de los casos no eran conscientes de ello.

La simulación, exageración o perpetuación de los síntomas está presente de forma muy relevante en la práctica clínica y forense afectando de forma importante al tratamiento, pronóstico y evolución de los casos. Por ello, la correcta detección de esta situación supone una buena gestión del tiempo y recursos profesionales disponibles.

La entrevista clínica y psiquiátrica es el primer y, en general, el mejor instrumento para lograr una aproximación a la problemática del individuo, seas esta de la ídolo que sea, obteniendo información y así poder ayudarlo de la mejor manera posible.

En la entrevista es necesario cierto grado de suspicacia, no siendo detector de mentiras, sin embargo existen señales que permiten sospechar el engaño...

Signos para detección de simulación

1. Retención de información y falta de cooperación - memoria con lagunas, es cauteloso al dar información ya que cree que cuanto menos información tenga el examinador será mejor. Actitud antagónica. Piensan las respuestas. Respuestas evasivas.
2. Exageración.
3. Llamadas de atención sobre la enfermedad e incluso aspecto físico.
4. Actitudes psicóticas, amnesias, delirios...
5. Ausencia de alteración afectiva asociada con la supuesta enfermedad que padece.
6. Incoherencia entre las pruebas diagnósticas y la funcionalidad de la vida cotidiana del paciente.
7. Alteraciones en lenguaje no verbal - tono e intensidad de voz varían ante la mentira, velocidad de frases es lenta evasiva, tarda en responder ya que precisa pensar las respuestas con pausas y errores en el discurso con cambios en las expresiones faciales. La mirada del simulador suele ser desconfiada (hay que tener mucho cuidado con las diferencias culturales a la hora de evaluar este punto). Las palmas de las manos no se encuentran visibles ni hacia arriba; los dedos, en general, están doblados hacia las manos. Piernas dobladas o cruzadas.
8. Suelen actuar de manera normal cuando no se dan cuenta que están siendo observados.
9. Sobreactuar al simular síntomas físicos y solo simula los síntomas más conocidos de la enfermedad... Se fingen más síntomas que cuadros diagnósticos íntegros, suelen ser quejas inconexas, inconsistentes.
10. Cuando se intenta desenmascarar a un paciente simulador inmediatamente este empeora, demanda mayor ayuda profesional... De ningún modo el paciente está dispuesto a perder su condición de enfermo.
11. Adicionalmente puede acompañarse de manifestaciones fisiológicas como sequedad de boca, carraspera, sudación, cambios en ritmo respiratorio, llanto, midriasis.

¿Cuándo se debe sospechar simulación?

- En contexto médico-legal.
- Cuando exista discrepancia entre el estrés o la alteración explicado por el paciente y los datos objetivos de la exploración.
- Cuando el paciente no coopere debidamente.
- Casos de incumplimiento de tratamiento.
- En trastornos antisocial de personalidad (poco específico y escasamente útil)...

Existen diversos procedimientos psicométricos de valoración de la simulación, siendo algunos de los más usados:

- Test Retención Visual Benton - simulador comete más fallos de distorsión que los pacientes con lesiones cerebrales pero nos más errores de omisión.
- MMPI - simuladores obtienen peores resultados que los paciente con lesiones
- Malingering Scale - escala de simulación de deficiencia mental.
- SIMS (Structured Inventory of Mallingered Symptomatology) - detecta posible simulación de inteligencia, afectividad, daño neurológico, amnesia.

- SIRS (Structured Interview of Reported Symptoms) - desenmascarar simuladores o exageradores de trastornos mentales...

No hay que decir que una puntuación aislada en un test no puede determinar por si misma a un simulador, será la convergencia de todos los datos disponibles y procedentes de distintas fuentes de información el que al final hará determinar la existencia de la simulación.

Por ello sería importante poder desarrollar protocolos de actuación en contextos donde se sospecha simulación a fin de detectar más fiablemente a aquellos paciente verdaderamente simuladores (positivos) diferenciándolos de aquellos que están enfermos (negativos) a fin de reducir la tasa de falsos positivos (pacientes enfermos que son tratados como simuladores) y falsos negativos (paciente simuladores que son tratados como enfermos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Chica Urzola HL, Escobar Córdoba F, Folino JO. La entrevista psiquiátrica del sujeto simulador. Rev. Colomb Psiquiat. 2005;1(34).
2. Rodríguez Sanz J, Kurt Luna C. Sospechar que un paciente está simulando. 2012. <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/sospechar-que-paciente-esta-simulando>
3. González Ordi H, Santamaría Fernandez P, Castilla Ramírez P. Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar. TEA Ediciones. 2012.

ARTÍCULO ESPECIAL

Ecografía renal en atención primaria

Berchid Débdi MS

*Médico de Familia. Centro de Salud de Villacarrillo (Jaén).
Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC*

CORRESPONDENCIA

M. Solimán Berchid Débdi
E-mail: soliman.berchid@gmail.com

Recibido el 30-01-2019; aceptado para publicación el 20-02-2019
Med fam Andal. 2019; 1: 55-70

La ecografía es una técnica, inocua y de bajo coste que empleada como complemento de la exploración física por parte de médico de familia tiene una alta sensibilidad para la evaluación inicial del paciente con patología renal.

Permite detectar y orientar de forma rápida y eficaz patología a nivel renal (tumores, litiasis, hidronefrosis, quistes, etc.) siendo en este sentido la primera exploración complementaria a realizar tras la anamnesis y la exploración física.

Es fundamental, para que la exploración resulte de una calidad óptima, una buena formación y pericia del operador, una adecuada preparación del paciente así como conocer los límites de la técnica.

En este artículo vamos a revisar la patología renal subsidiaria de ser estudiada por ecografía en atención primaria.

Anatomía

Órgano par, retroperitoneal, situado a ambos lados de la columna vertebral que en decúbito supino van desde la última vértebra torácica hasta la segunda-tercera vértebra lumbar aproximadamente.

Aunque tienen un tamaño y formas parecidas, el riñón izquierdo es ligeramente más largo y estrecho y se localiza algo más alto que el derecho.

El polo superior del riñón derecho se relaciona con el diafragma, hígado, con el que delimita el espacio hepatorenal o de Morrison, duodeno y ángulo hepático del colon.

En su porción inferior se extiende sobre el músculo iliopsoas. La cara posterior está protegida en su zona superior por las últimas costillas.

El riñón izquierdo se relaciona con el bazo por su polo superior y anteriormente con la cola del páncreas y con el ángulo esplénico del colon.

Los vasos sanguíneos (arteria y vena renales), los linfáticos y los nervios penetran en cada riñón a nivel de su zona media, a través del hilio. Detrás de los vasos sanguíneos, está la pelvis renal que, con el uréter, sale del riñón hacia la vejiga urinaria, tal y como se observa en la figura 1.

En el polo superior de cada riñón se encuentran las glándulas suprarrenales.

El riñón está delimitado por una delgada cubierta de tejido conectivo denso de gran resistencia, la cápsula o fascia de Gerota.

En un corte longitudinal del parénquima renal se distinguen dos partes. Una externa, denominada corteza, tiene un aspecto amarillento y granuloso y en ella están los corpúsculos renales (Malpighi); y una zona interna denominada médula renal, constituida por subdivisiones de morfología cónicas llamadas pirámides renales.

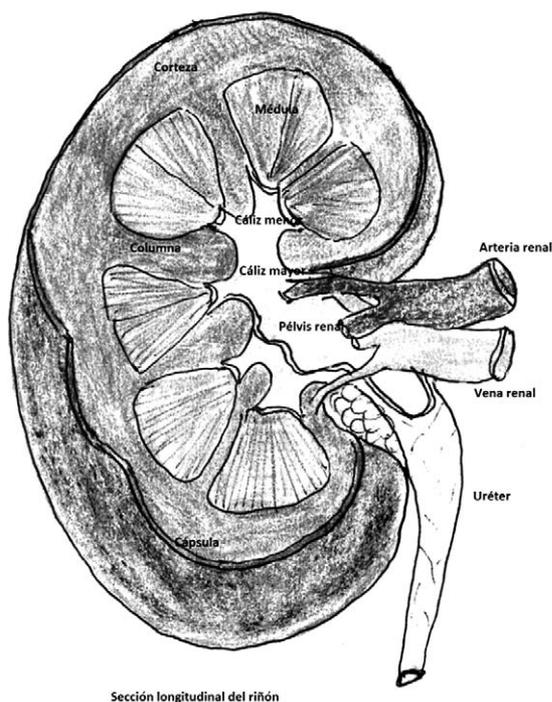
Cada pirámide está separada de la siguiente por tabiques de sustancia cortical que penetran en la medula renal dirigiéndose hacia el hilio, formando las llamadas columnas renales o de Bertín. (Fig. 1)

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS NORMALES

Desde el punto de vista técnico es importante, que el paciente esté en ayuno de al menos 6 horas, para evitar el gas y acudir a la exploración con la vejiga llena. Aunque en sentido estricto para una ecografía renal no se requiere ninguna preparación previa y podremos realizarla en el mismo acto de la consulta si disponemos del ecógrafo.

Se empleará una sonda convexa o sectorial de 3,5 a 5,5 MHz. Ajustaremos la ganancia, el foco y la profundidad a 12-15 cm. Se aconseja tener definido en el ecógrafo un preset renal y realizar las modificaciones sobre él dependiendo de las características de cada individuo.

Figura 1. Corte longitudinal



Paciente en decúbito supino, explicamos el procedimiento, en un ambiente confortable, aplicaremos gel en la sonda y se realizarán cortes longitudinales y transversales por vía intercostal y subcostal tanto derecha como izquierda, tal y como se aprecia en las imágenes 1, 2, 3, 4.

En casos en los que no se consigue una visualización adecuada de los riñones podemos recurrir al decúbito lateral derecho o izquierdo.

Es importante la colaboración del paciente mediante movimientos respiratorios forzados, especialmente la inspiración máxima mantenida, hace que el riñón se desplace en sentido caudal y permite su mejor visualización.

Desde el punto de vista ecográfico en el riñón normal del adulto, se distinguen:

- La *capsula renal* aparece como una banda hiperecogénica alrededor del riñón
- *Corteza*: es ecográficamente homogénea con una ecogenicidad semejante o ligeramente más hipocogénica que el hígado (figuras 2 y 3).
- *Médula*: formada por las pirámides que se ven hipocogénicas o incluso anecoicas por su mayor contenido líquido y se disponen de forma semicircular alrededor del seno renal. Los vasos arcuatos que se reconocen como pequeñas imágenes hiperecogénicas y se utilizan como referencia para valorar el grosor de la corteza y las columnas de Bertín que son proyecciones del tejido cortical entre las pirámides adyacentes dirigiéndose hacia el hilio renal
- *Seno renal*: contiene el sistema colector, vasos renales, linfáticos, grasa y tejido fibroso. Ecográficamente se ve como una imagen hiperecogénica ovoide en los cortes sagitales y redondeada en cortes transversales (figuras 2 y 3).

Las medidas del riñón en el adulto suelen ser de 10-12 cm de longitud, 5-6 cm de anchura y 2,5-3,5 cm de grosor. Estas medidas pueden variar en relación con la edad, sexo, constitución y estado de hidratación de cada individuo.

Imagen 1. Corte longitudinal derecho



Imagen 2. Corte transversal derecho



Imagen 3. Corte longitudinal izquierdo

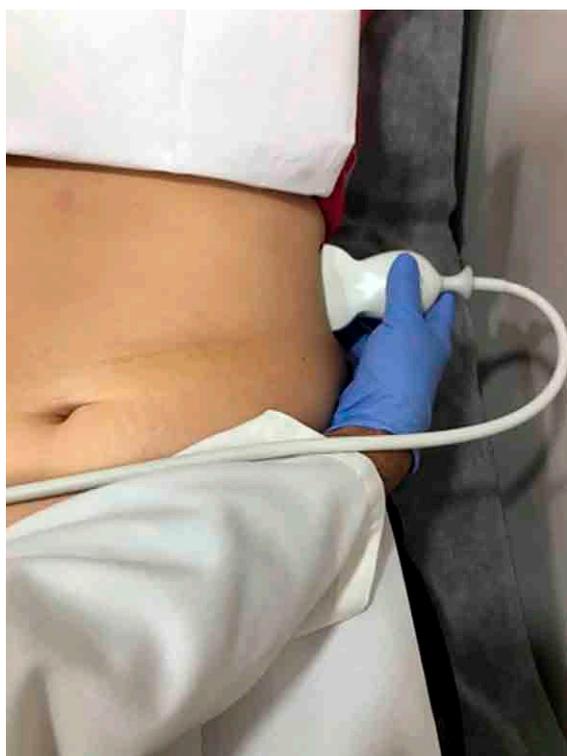


Imagen 4. Corte transversal izquierdo



El riñón derecho se visualiza mejor con el paciente en decúbito supino o en decúbito lateral izquierdo utilizando el hígado como ventana acústica.

El riñón izquierdo, es más posterior y superior que el derecho, se explora en decúbito lateral

derecho utilizando el bazo o el estómago lleno de líquido como ventana acústica.

Cada riñón debe ser estudiado cuidadosamente en cortes sagitales y transversales. Siempre se debe evaluar con la inspiración y la espiración para ase-

Figura 2. Corte longitudinal del riñón derecho

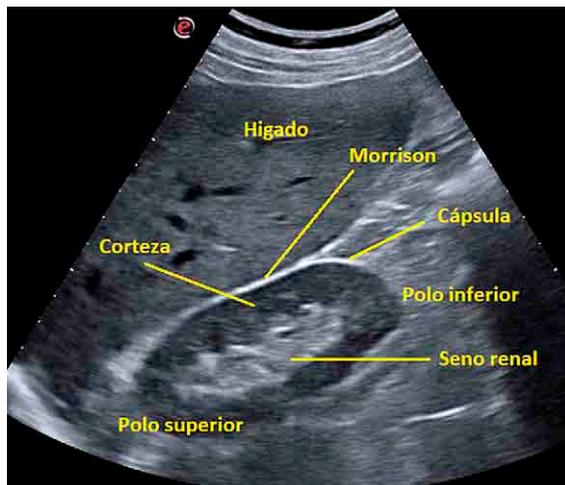
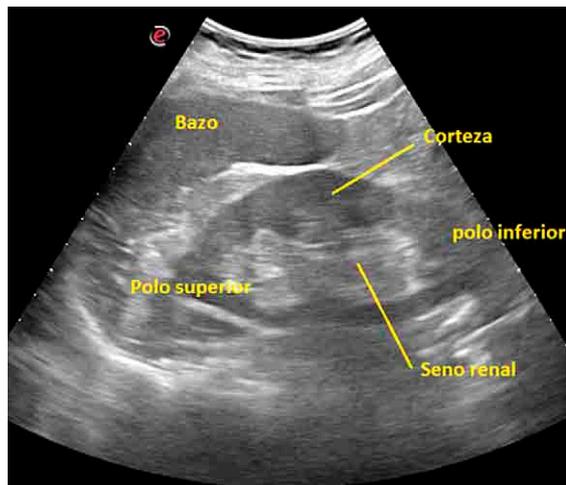


Figura 3. Corte longitudinal del riñón izquierdo



gurarse de que se ven de forma completa, ya que en muchas ocasiones las sombras de los arcos costales y el gas intestinal pueden dificultar el examen.

El parénquima renal es más hipocóico en comparación con el hígado y el bazo. La relación parénquima/seno renal en el adulto normal es de 1,6:1 y en personas mayores de 1:1.

Cuando se evalúa a un paciente con sospecha de patología renal, se aconseja empezar siempre por el lado sano para tener una imagen basal del riñón con la que poder comparar luego con el lado afecto.

Si durante el examen ecográfico no se ve un riñón, hay que pensar en una nefrectomía, una atrofia o hipoplasia renal, una agenesia renal unilateral o en la existencia de una anomalía de fusión como el riñón en herradura.

Los riñones ectópicos a menudo se localizan en la pelvis menor, por delante de los vasos ilíacos.

En el estudio ecográfico del riñón debemos tener en cuenta las numerosas *variantes de la normalidad y anomalías congénitas* que nos podemos encontrar y que es importante conocer. A continuación se enumeran las más relevantes.

- **Lobulaciones fetales persistentes:** son abombamientos en la superficie renal que

se caracterizan por no alterar la arquitectura cortico-medular renal. Son normales hasta los 4-5 años, y se descubren hasta en el 51% de los riñones adultos. (Figura 4)

- **Joroba de dromedario,** abombamiento de la porción media de la cortical del riñón izquierdo debida a la impronta del bazo.
- **Defecto parenquimatoso de la unión:** afecta a la unión del tercio medio con el superior, ecográficamente es de morfología triangular e hiperecogénico y se dirige desde la superficie renal hacia el hilio. (Figura 9)
- **Hipertrofia de la columna de Bertín:** es una variante de la normalidad que se produce entre el tercio medio y superior, y está formada por tejido cortical hipertrofiado ubicado entre las pirámides que se proyecta en el seno renal hacia el hilio. Son más frecuentes en el lado izquierdo. Plantean diagnóstico diferencial con tumores renales y a veces pueden ser necesarios otros estudios de imagen para caracterizarlas. (Figura 5)
- **Duplicidad pielocalicial,** son dos senos renales centrales, ecogénicos con un puente de parénquima que los separa. Pueden estar asociados a un solo uréter o a dos que desembocan de forma separada en la vejiga. Debe

Figura 4. Lobulaciones fetales



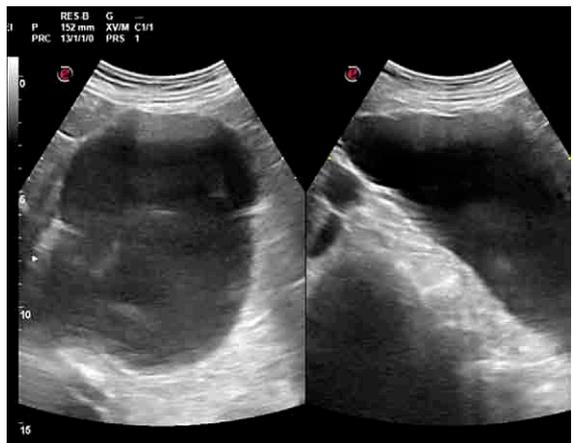
Figura 5. Hipertrofia de columna



Figura 6. Doble sistema pielocalicial



Figura 7. Megaureter congénito en adulto



sospecharse al apreciar un mayor tamaño renal. (Figuras 6 y 8)

- **Riñón en herradura:** Su localización suele ser más baja, unidos por sus polos inferiores, pasando por delante de la aorta y por debajo de la mesentérica inferior. Es la anomalía congénita más frecuente del tracto urinario, y predomina en varones con una razón de 2:1. La fusión también puede ser en la línea media, simétrica o lateral.

- **Agenesia renal** da lugar a un riñón contralateral aumentado de tamaño, con hipertrofia compensadora.
- **Hipoplasia renal:** son riñones pequeños, pero de aspecto normal. En la figura 14 se observa la diferencia entre un riñón hipoplásico y otro normal.
- **Pelvis extrarrenal:** variante anatómica en la que la pelvis adopta una morfología globulo-

Figura 8. Doble sistema



Figura 9. Defecto parenquimatoso de la unión



Figura 10. Riñón ectópico, pelviano



Figura 11. Atrofia renal



sa o elongada al situarse fuera del seno renal parcialmente. La morfología de los cálices suele ser normal, y no indica patología obstructiva. El estudio mediante Doppler ayuda a su identificación.

- **Ectopia renal:** consiste en la localización del riñón fuera de la fosa renal, generalmente por debajo de su localización habitual. La ectopia renal más frecuente es la pelviana. (Figura 10)

- **Megaureter congénito:** en una malformación congénita con gran dilatación del uréter. Se suele diagnosticar en niños, aunque también puede presentarse en adultos, ya que en más de la mitad de los casos pueden ser asintomáticos. En la figura 7 se puede observar el aspecto ecográfico de un megaureter congénito izquierdo detectado en un adulto.

PRINCIPALES HALLAZGOS PATOLÓGICOS

En el estudio ecográfico del riñón podemos encontrar:

- Alteraciones en la forma y el tamaño renal.
- Alteraciones en el parénquima renal que engloba a la corteza y médula renal.
- Alteraciones en el seno renal que engloba la pelvis y los vasos renales.

Alteraciones en la forma y en el tamaño

Con frecuencia en personas mayores se pueden observar retracciones de la superficie. Las pielonefritis también las suelen provocar.

Es frecuente observar sistemas colectores dobles y un abombamiento del parénquima del riñón izquierdo por debajo del límite del bazo llamada "joroba de dromedario".

En el llamado riñón en herradura existe un puente de parénquima en el polo inferior de ambos riñones, por lo que produce una imagen típica en herradura.

Tanto el puente del parénquima como una columna renal hipertrofica pueden confundirse con tumores renales.

Es importante conocer las características ecográficas del hipernefoma, que generalmente puede ser hipococico o hiperecico, es muy heterogéneo, de bordes irregulares y produce un abombamiento y una deformidad en el contorno renal.

El aumento de tamaño de un riñón puede ser constitucional, o secundario a sistemas dobles o a una hipertrofia compensadora.

Alteraciones en el parénquima renal

Se agrupan en alteraciones difusas y alteraciones focales o localizadas.

Alteraciones difusas:

En las alteraciones difusas vamos a encontrar cambios en la ecogenicidad renal en función de la patología presente en cada momento.

En la tabla 1 se resumen las principales alteraciones difusas del parénquima renal.

En la glomerulonefritis aguda se produce un agrandamiento del tamaño renal y un ensanchamiento del parénquima que se muestra ligeramente hiperecico con pirámides medulares hipocogénicas.

En la glomerulonefritis crónica se produce un adelgazamiento y una condensación del parénquima renal, con pirámides medulares imprecisas y un límite confuso o poco nítido entre la corteza y la médula renal.

Estos cambios se distinguen del riñón envejecido, en el que su parénquima también está adelgazado, en que su densidad no está aumentada.

De igual modo, en la nefropatía diabética, riñón de mieloma, (figuras 12 y 13) y en la nefropatía por AINEs los hallazgos ecográficos son igualmente inespecíficos, produciéndose variaciones

Tabla 1

Tabla 1	Hipoecogénicas	Hiperecogénicas
Alteraciones difusas del parénquima renal	Insuficiencia renal aguda Pielonefritis Trombosis de la vena renal Riñón hipoplásico Insuficiencia renal transitoria	Insuficiencia renal aguda Nefropatía diabética Glomerulonefritis aguda Mieloma múltiple Nefropatía por Aines Pielonefritis crónica

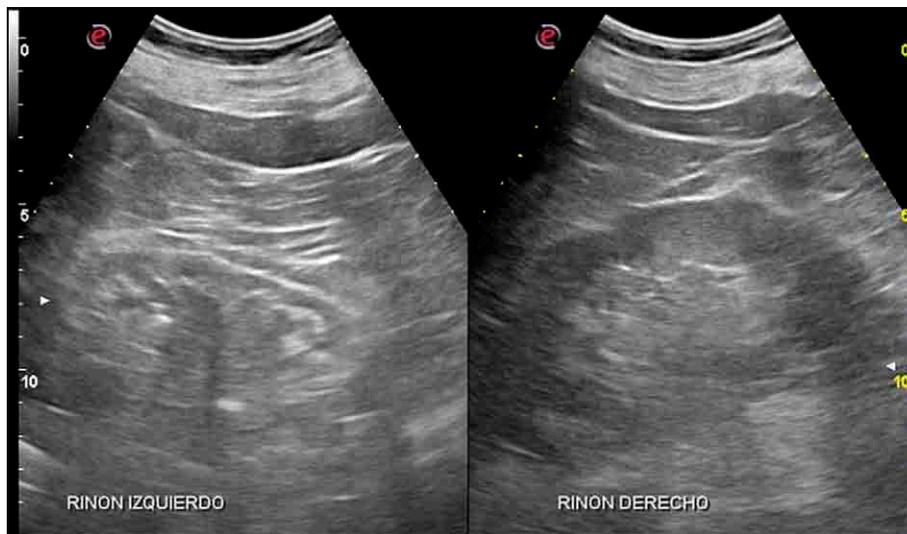
Figura 12. Riñón de mieloma



Figura 13. Nefropatía diabética



Figura 14. Comparativa riñón hipoplásico con riñón normal



en la ecogenicidad y ecoestructura renales en función del estadio de la enfermedad.

Alteraciones circunscritas o focales del parénquima renal

En función de su ecogenicidad se agrupan en anecoicos, hipoeoicos, isoecoicos y ecogénicos o hiperecoicos (tabla 2).

De los cambios renales circunscritos, los más relevantes por su frecuencia son los quistes renales. Pueden ser solitarios o múltiples.

Los quistes simples o serosos están presentes hasta en el 50% de la población mayor de 50 años, son benignos y de etiología desconocida.

Los quistes renales pueden tener una localización cortical, subcapsular o parapélvicos del seno renal.

Tabla 2

Tabla 2			
Anecogénicos	Hipoecogénicos	Isoecogénicos	Hiperecogénicos
Quiste simples	Adenoma renal	Lobulaciones	Carcinoma renal
Poliquistosis renal	Linfoma	Bandas de parénquima	Angiomiolipoma
Quistes atípicos	Absceso renal	Hematoma	Nefrocalcinosis
Ectasia pielocalicial	Metástasis	Carcinoma renal	Calcificaciones vasculares
Carcinoma quístico			Calcificaciones parenquimatosas
Quiste hemorrágico			
Linfangioma			
Hematoma			

Los criterios ecográficos para definirlos son: deben ser anecoicos, de bordes lisos y con una pared delgada, de morfología generalmente redondeada u ovalada en los parapiélicos y presentar un refuerzo acústico posterior. (Figuras 15,17,20,22)

Los quiste sinusales o parapiélicos suelen plantear diagnóstico diferencial con una hidronefrosis. (Figuras 16,18,19,21)

Cuando son múltiples y bilaterales, tanto corticales como medulares, hay que descartar una enfermedad renal poliquística autosómica dominante, en la que hay una proliferación progresiva de quistes renales, que acaban reduciendo el parénquima renal y desarrollando una insuficiencia renal crónica alrededor de los 60 años de edad. Se asocia con frecuencia a quistes hepáticos.

Figura 15. Quiste cortical simple



Figura 16. Quistes parapielicos



Figura 17. Quiste renal simple en polo inferior

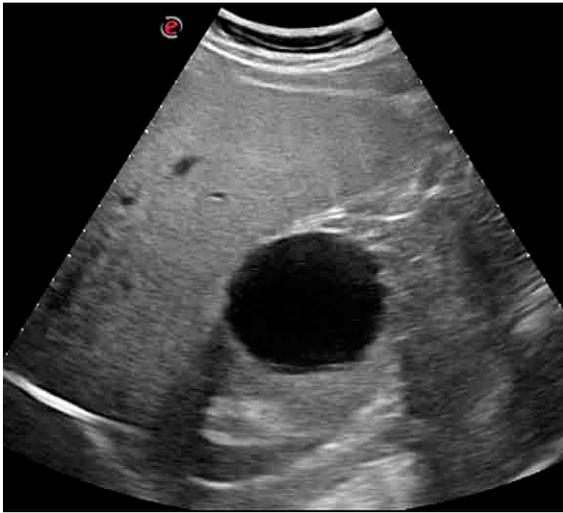


Figura 18. Quistes sinusales o parapielicos



Figura 19. Quistes parapielicos



Figura 20. Quiste cortical simple



Entre los cambios hiperecoicos del parénquima renal hay que destacar el angiomiolipoma y el carcinoma de células renales.

El angiomiolipoma, es otro hallazgo frecuente en la ecografía renal. Es un tumor mesenquimático benigno compuesto por grasa, músculo y vasos atípicos con paredes muy engrosadas. Desde el punto de vista ecográfico se muestra como una masa redondeada de bordes lisos y contornos

bien definidos, intensamente ecogénicos, hasta el punto de que se le conoce como "tumor blanco", no protruye en el contorno renal y su tamaño suele ser de 1-3 cm.

Es la lesión renal sólida benigna más frecuente. (Figuras 23,24 y 25)

El carcinoma de células renales representa el 90% de las neoplasias renales primarias, la eco-

Figura 21. Quistes sinusale



Fig.22. Quiste de gran tamaño en polo renal inferior

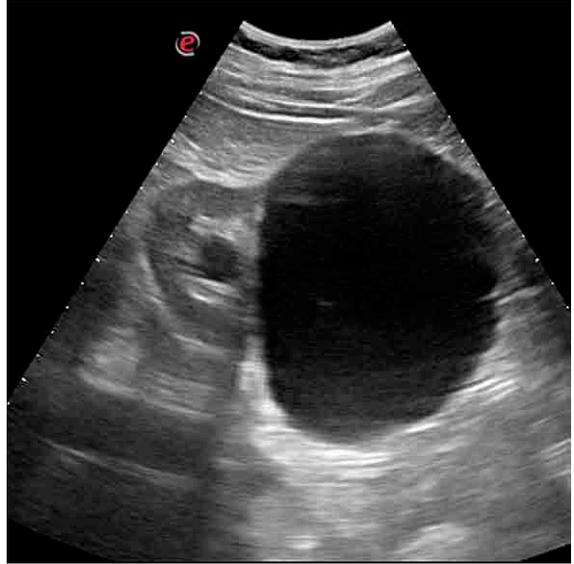


Fig.23. Angiomiolipoma renal en polo superior

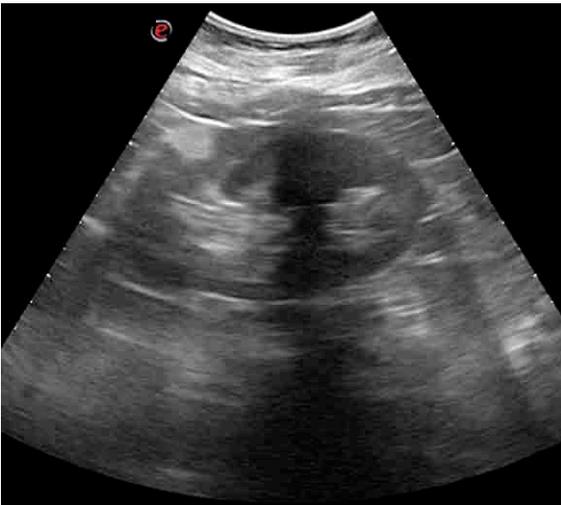


Figura 24. Angiomiolipoma renal en polo inferior



grafía no lo distingue ni lo caracteriza de forma adecuada. En más de la mitad de los casos suele ser un hallazgo fortuito. Son masas isoecogénicas o ligeramente hiperecogénicas respecto a parénquima renal circundante. Protruyen en el contorno renal, deformando su arquitectura normal, suelen presentar calcificaciones quísticas y es frecuente la invasión de la vena renal y de la cava.

Carcinoma de células renales: representa el 30% de los tumores hiperecogicos Renales. (Figuras 26 ,27 y 28)

Alteraciones ecográficas del seno renal

Ecográficamente el seno renal se ve como un centro hiperecico y heterogéneo en el parénqui-

Fig.25. Angiomiolipoma renal en polo superior



Figura 26. Masa renal en polo superior

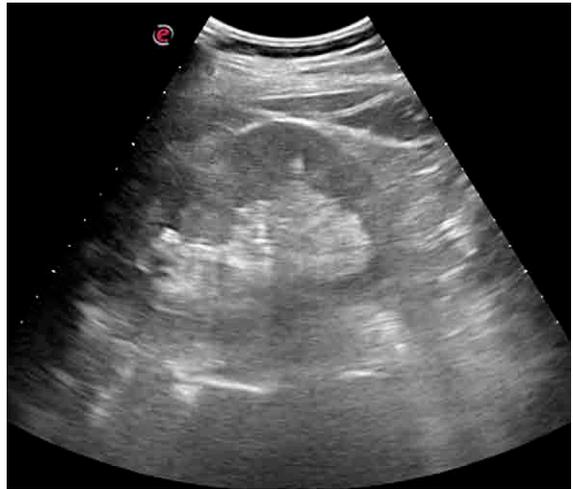


Figura 27. Masa renal en mesonefro

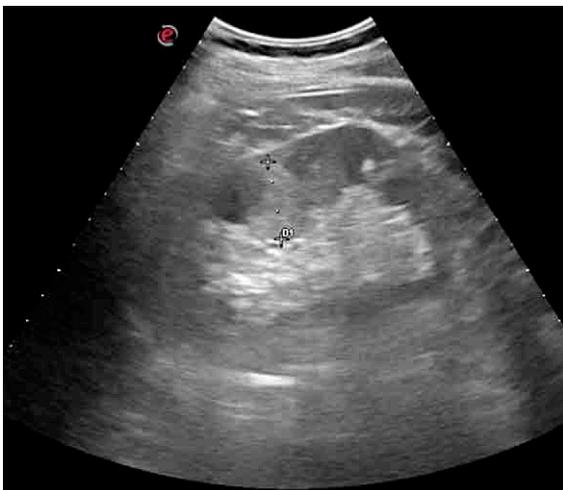


Figura 28. Masa renal en polo inferior



ma renal. Está formado por la pelvis renal, los vasos y el tejido adiposo. Uno de los hallazgos más frecuentes en el seno renal es encontrar en él prolongaciones o puentes de parénquima. A veces lo atraviesan totalmente como ocurre en los casos de los riñones dobles.

Habitualmente en el seno renal no se reconoce líquido en condiciones de normalidad.

La salida del uréter a veces se puede reconocer, pero el uréter normal no se puede visualizar por medio de la ecografía.

La dilatación patológica de la pelvis renal (figuras 29, 30, 31, 32,33) puede ser secundaria a coágulos, tumores, compresión extrínseca del uréter, litiasis, fibrosis retroperitoneal, tumor pélvico etc. La congestión ureteral o hidronefrosis provocada de esta manera, va a dar lugar a un adelgazamiento del parénquima renal, siendo éste el criterio ecográfico que se emplea para su clasificación:

- *Estadio 1:* parénquima renal conservado. Los cuellos de los cálices tubulares están dilatados, pero no deformados dentro de la ecogenicidad del seno renal.

Figura 29. Hidronefrosis grado I



Figura 30. Hidronefrosis grado III



Figura 31. Hidronefrosis grado II



Figura 32. Hidronefrosis grado III



- *Estadio 2*: adelgazamiento del parénquima renal. Corteza atrófica, pero $>0,8$ cm, cálices y pelvis más dilatados (figuras 30,32).

- *Estadio 3*: pelvis renal dilatada en forma quística y deformada. Atrofia parenquimatosa renal importante (figuras 29,31).

- *Estadio 4*: no se reconoce parénquima renal. Pelvis renal muy dilatada.

Otro hallazgo relativamente frecuente en la pelvis renal es la ectasia piélica o dilatación de la pel-

vis renal, frecuente en niños puede ser expresión de cambios fisiológicos asociados al desarrollo y crecimiento de la pelvis o por el contrario formar parte de un cuadro obstructivo. Puede observarse en adultos. Su hallazgo no siempre suele tener relevancia clínica (figura 35).

Litiasis renal

La litiasis renal es una patología sumamente frecuente. Se estima que entre un 5 y un 12% de la población general, ha sufrido algún episodio

Figura 33. Hidronefrosis grado II



Figura 34. Dilatación pielocalicial

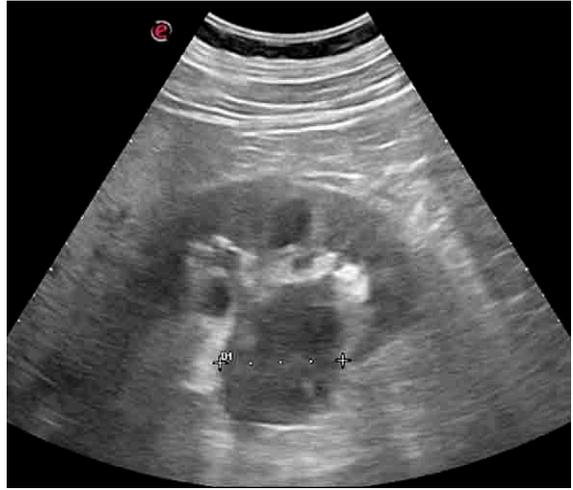
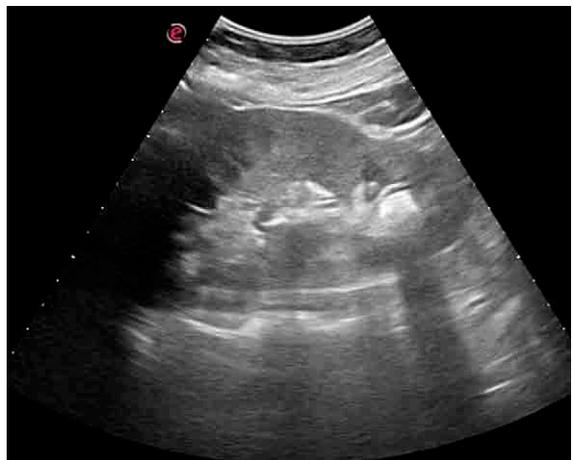


Figura 35. Ectasia piélica



Figura 36. Litiasis renal



antes de los 70 años de edad. Su prevalencia aumentan con la edad y es más frecuente en la raza blanca. El 60-80% de las litiasis renales son de oxalato cálcico.

Los cálculos se caracterizan por ser ecográficamente hiperecoicos, suelen estar bien delimitados y proyectan una sombra acústica posterior (figuras 36, 37,38).

Identificar cálculos de reducido tamaño en la pelvis renal puede resultar difícil.

La sombra acústica que proyectan suele ser su principal característica definitoria. Las litiasis obstructivas se van a asociar ecográficamente a la presencia de una mayor o menor grado de hidronefrosis. Los cálculos de cáliz que no son obstructivos, pueden ser asintomáticos.

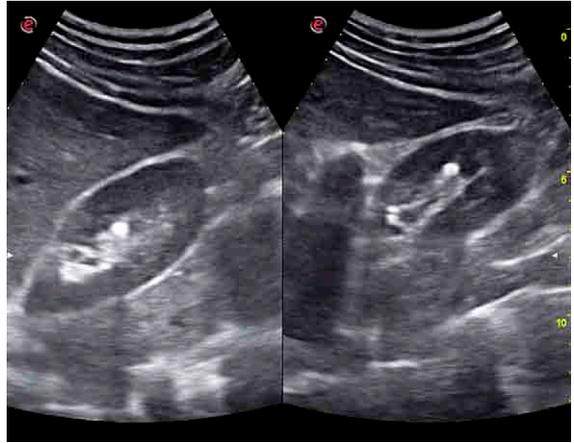
GLÁNDULAS SUPRARRENALES

Suelen tener distintos aspectos ecográficos. Habitualmente tienen forma de horquilla, en Y, o

Figura 37. Litiasis renal



Figura 38. Litiasis renal derecha en corte longitudinal y transversal



pueden ser triangulares. La derecha se localiza entre el polo superior del riñón derecho y la cava inferior. La glándula suprarrenal izquierda se localiza entre el polo superior del riñón izquierdo y la aorta.

Si son normales, habitualmente no se visualizan. Para hacerlo es necesario un examen prolongado y con equipos de muy alta resolución. Es más fácil visualizarlas cuando están aumentadas de tamaño o cuando son asiento de patología.

Protocolo de examen:

- Glándula suprarrenal derecha: cortes ecográficos transversales u oblicuos del abdomen superior lateral para localizar el polo renal superior y la vena cava. La glándula suprarrenal derecha se sitúa entre ambas estructuras.

Cortes longitudinales del hemiabdomen superior a la altura de la línea medio clavicular o línea axilar anterior; localizar la cava inferior y polo superior del riñón derecho.

- Glándula suprarrenal izquierda: cortes transversales en flanco izquierdo localizando el polo inferior del bazo y el polo superior del riñón izquierdo, con el transductor ligeramente angulado hacia la aorta. La glándula puede identificarse entre la aorta y el polo superior del riñón.

URÉTERES

Los uréteres, tal y como se ha referido con anterioridad, no se visualizan por ecografía a menos que estén dilatados. Para su estudio ecográfico se engloban en el estudio del seno renal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rumack CM, Wilson SRS, Charboneau JW, Johnson JA. Diagnóstico por ecografía. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2006;
2. Szmigielski W, Kumar R, Al Hilli S, Ismail M. Renal trauma imaging: Diagnosis and management. A pictorial review. *Pol J Radiol.* 2013;78:27-35.
3. Block B. Ecografía abdominal. Aprendizaje paso a paso. Madrid: Panamericana; 2011. 247
4. Block B. Color atlas of ultrasound anatomy. Stuttgart: Thieme; 2004.
5. Devesa RM, Solla JM. Teoría y práctica de la ecografía abdominal. Madrid: Panamericana, SEMG; 2011.
6. Taboury J. Ecografía abdominal. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1991.
7. Roca FJ. Ecografía clínica del abdomen. 2ª ed. Barcelona: Jims; 1989.
8. Schmidt G. Ecografía. De la imagen al diagnóstico. Madrid: Panamericana; 2008.

9. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. ABC de la ecografía abdominal. Teoría y práctica 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2011.
10. Segura Cabral JM, editor. Ecografía digestiva. 2ª ed. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
11. Soni Nilam J; Arntfield R; Kory P. Ecografía a pie de cama. Barcelona: Elsevier; 2016.
12. Ordoñez Gil FJ; Gómez Carbonel MR. Manual de técnica ecográfica. De la física a la práctica. Barcelona: Elsevier; 2014.
13. Berchíd Débdi M. Ecografía abdominal. En: Trillo Fernández C, coordinador. Ecografía en Atención Primaria. Guía de práctica clínica. Granada: SAMFyC; 2013. p.79-123.
14. Esquerrà M, Roura P, Canal V, Masat T, Maideu J, Cruent R. Ecografía abdominal: una herramienta diagnóstica al alcance de los médicos de familia. Aten Primaria. 2011;44:576-83
15. Devesa Muñoz RM, Solla Camino JM. Teoría y práctica de la ecografía abdominal. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
16. Lemos J, Amorós J, González C. ABC de ecografía abdominal. 1ª ed. Escuela Española de Ecografía. Madrid: Sociedad de Medicina General; 2002.
17. Hoffer M. Curso básico de ecografía. Manual de Iniciación. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.

ARTÍCULO ESPECIAL

Ecografía en urgencias: E-FAST

Gómez Montes CV¹, Trillo Fernández C^{2*}

¹Médico de Atención Primaria. CS Estepona Oeste.
Estepona (Málaga)

²Médico de Atención Primaria. CS Puerta Blanca. Málaga

*Grupo de Trabajo de SAMFyC de Ecografía

CORRESPONDENCIA

Cristóbal Trillo Fernández
E-mail: ctrillof@gmail.com

Recibido el 30-01-2019; aceptado para publicación el 20-03-2019
Med fam Andal. 2019; 1: 71-78

INTRODUCCIÓN

El uso de la ecografía en el paciente politraumatizado se inicia en los años 80. Hoy se ha generalizado y validado debido al aporte que da al médico en la toma de decisiones (1). No es hasta el 2004 cuando se aplica la extensión de la ecografía de urgencia al tórax, permitiendo la detección de neumotórax y hemotórax (2). En 2011, el papel del ultrasonido en el punto de atención se definió como una de las cinco principales prioridades de investigación en atención crítica prehospitalaria proporcionada por médicos (3).

El E-FAST (the Extended Focused Assessment with Sonography in Trauma) tiene como objetivo fundamental detectar líquido libre en la cavidad abdominal, y/o líquido en pericardio, en el contexto de un paciente politraumatizado, y decidir si precisa cirugía urgente, así como el examen básico del tórax para descartar neumotórax (4).

Entre sus ventajas encontramos que se trata de un método rápido, no invasivo, que no necesita preparación previa y que se puede realizar en cualquier paciente sin necesidad de movilizarlo. Si cambia la condición del paciente, podemos realizarlo las veces que necesitemos; además no requiere medios de contraste, no tiene radiación ionizante y no tiene contraindicaciones, excepto la necesidad urgente de una laparotomía.

El E-FAST está indicado en el traumatismo toracoabdominal cerrado o penetrante y ante la sospecha de taponamiento pericárdico o de hemotórax o neumotórax. También en el paciente traumatológico con hipotensión de origen desconocido y el traumatismo toracoabdominal en mujer gestante.

El estudio abdominal se realiza en 3-5 minutos, es un estudio fácilmente reproducible, y con alta sensibilidad, excepto en rotura de víscera sólida como rotura hepática o esplénica. El estudio torácico se realiza en tres minutos; también es fácilmente reproducible y tiene un nivel de evidencia A. tiene una sensibilidad en el diagnóstico de neumotórax del 98%, mayor que con la radiografía de tórax que es del 52%. Se puede detectar una cantidad tan pequeña como 1 ml de aire libre (5).

PROTOCOLO E-FAST

Una vez realizada la valoración inicial en el paciente politraumatizado, procedemos a realizar el E-FAST (6). Si este es positivo actuaremos en función del ámbito en el que nos encontremos y de los hallazgos de la exploración. Si el E-FAST es negativo podemos concluir la exploración ecográfica o volver a realizarla de forma seriada en función del estado del paciente.

Es importante conocer la cantidad de líquido que se encuentra en el abdomen y en relación con esto se han realizado algunos estudios. En 1995, el grupo de Jehle definía que una línea de 0.5 en la bolsa de Morrison correspondía a la presencia de 500 ml de líquido en cavidad abdominal. En 2001, el grupo de Gracias (7) nos habla de la aparición de una línea anecoica en el espacio de Morrison equivale a 250 ml de líquido intraabdominal. Y en el 2003, el grupo de Von Kuenssberg (8) ya habla de que 100 ml de líquido en cavidad abdominal son suficientes para ser detectados a través de la técnica de ultrasonido en urgencia extrahospitalaria.

Para realizar el E-FAST (9) utilizamos una sonda tipo convex multifrecuencia de entre 3.5 – 5 Mhz. Colocamos al paciente en decúbito supino. Iniciaremos explorando el abdomen. Si existe líquido, éste se concentrará en la zona más declive. Se evaluarán las cuatro zonas o ventanas fundamentales, relacionadas con el FAST: Ventana subxifoidea o cardíaca, ventana del cuadrante superior derecho para evaluar la bolsa de Morrison, ventana del cuadrante superior izquierdo para evaluar el espacio espleno-renal y ventana suprapúbica. Por último exploraremos el tórax si decidimos realizar la extensión del FAST.

VENTANA SUBXIFOIDEA O CARDÍACA

Se utiliza una sonda convex (también puede utilizarse una sectorial). Se coloca la sonda en epigastrio, enfocándola hacia el tórax, presionándola hacia abajo y poniéndola casi paralela al abdomen para que los ultrasonidos se dirijan hacia el corazón por debajo de la parrilla costal, ligeramente oblicua hacia la izquierda del paciente. En la imagen se deben visualizar las cuatro cámaras cardíacas a través de la ventana hepática. En condiciones normales el pericardio no se debe visualizar (figura 1).

En condiciones patológicas veremos líquido en pericardio (figura 2).

VENTANA DEL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

La sonda se sitúa en la línea axilar anterior derecha en corte longitudinal por debajo de la parrilla costal, o en la línea medio axilar a nivel del octavo o noveno espacio intercostal en corte coronal. En caso que las costillas interfieran en la visualización, podemos oblicuar la sonda. Debemos visualizar ambos polos del riñón derecho,

Figura 1. Ventana subxifoidea en valoración de derrame pericárdico

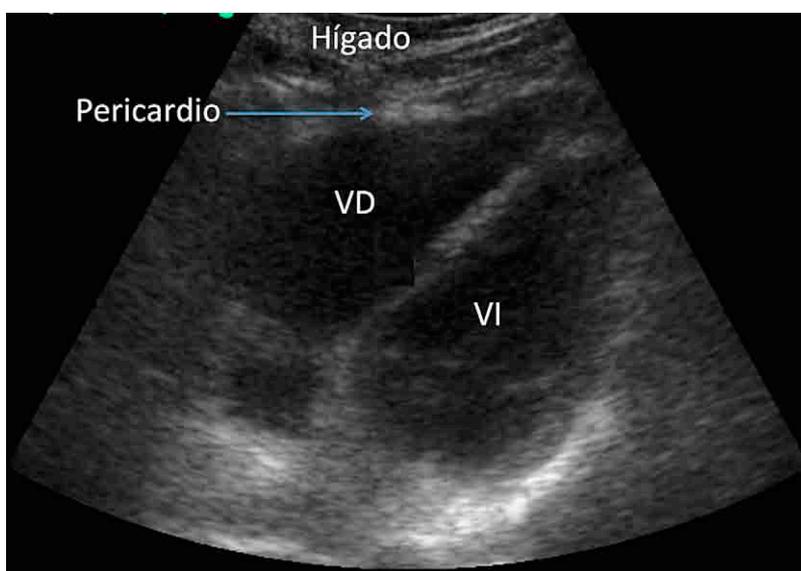
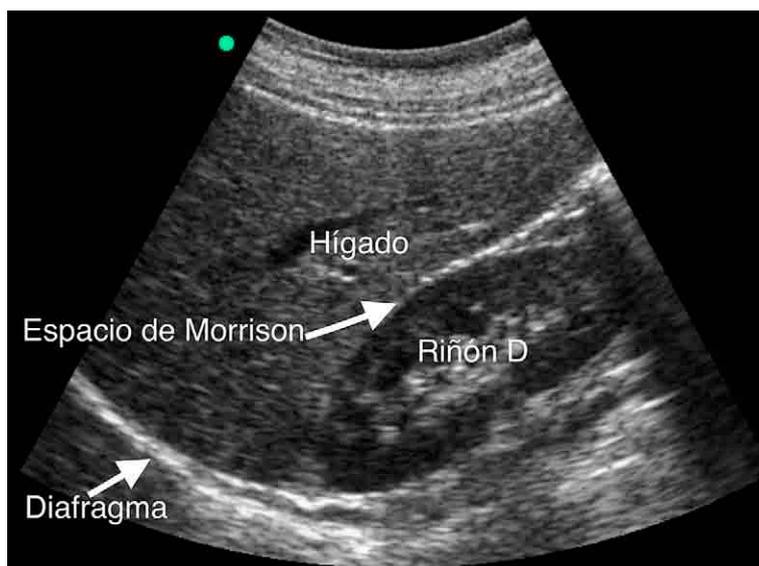


Figura 2. Derrame pericárdico



Figura 3. Espacio de Morrison



tanto el superior como el inferior. En condiciones normales vamos a visualizar en la parte más cercana al traductor el hígado, a continuación el espacio de Morrison, que es aquel espacio que existe entre el hígado y el riñón derecho, y detrás el riñón (figura 3).

Podemos evaluar el diafragma y visualizar la presencia de derrame pleural tras el, que aparecería anecoico (figura 4).

En caso de que exista líquido en el espacio de Morrison se visualizaría como una imagen anecoica (figura 5).

Figura 4. Derrame pleural



Figura 5. Líquido en espacio de Morrison



Es conveniente evaluar la gotiera paracólica derecha, que es el espacio comprendido entre el riñón y el músculo psoas.

Podemos acudir a maniobras como la posición de Trendelenburg para facilitar la visualización de pequeñas cantidades de líquido en la bolsa de Morrison.

VENTANA DEL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

La sonda se sitúa en la línea medio-axilar izquierda a nivel del octavo/noveno espacio intercostal. Debemos identificar el espacio espleno-renal. En condiciones normales vamos a observar cercano al traductor el bazo, después el espacio

espleno-renal y a continuación el riñón izquierdo (figura 6).

En caso de que existiese líquido a este nivel, aparecería como una imagen anecoica en el espacio espleno-renal. En este corte también podemos detectar la presencia de derrame pleural izquierdo como una imagen anecoica detrás del diafragma.

ÁREA SUPRAPÚBICA

Colocaremos la sonda por encima del pubis inclinándola hacia abajo para que los ultrasonidos penetren detrás de este, en un corte longitudinal. En la mujer podremos observar el fondo de saco de Douglas por detrás del cuello uterino (figura 7).

Figura 6. Espacio espleno-renal



Figura 7. Fondo de saco de Douglas

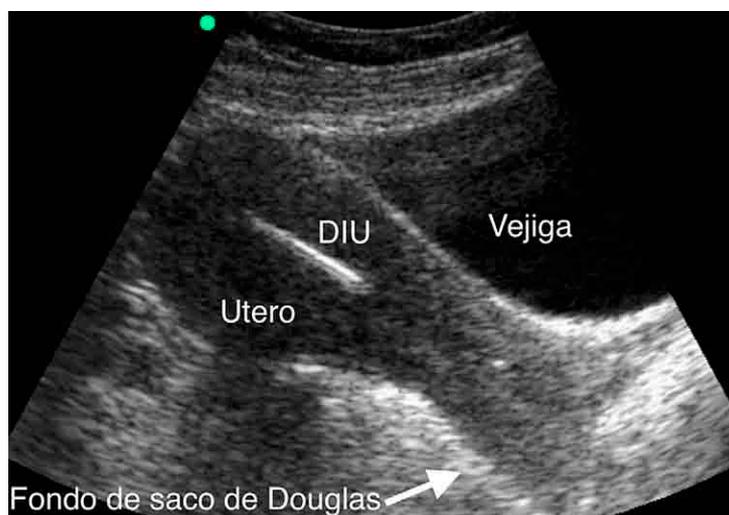
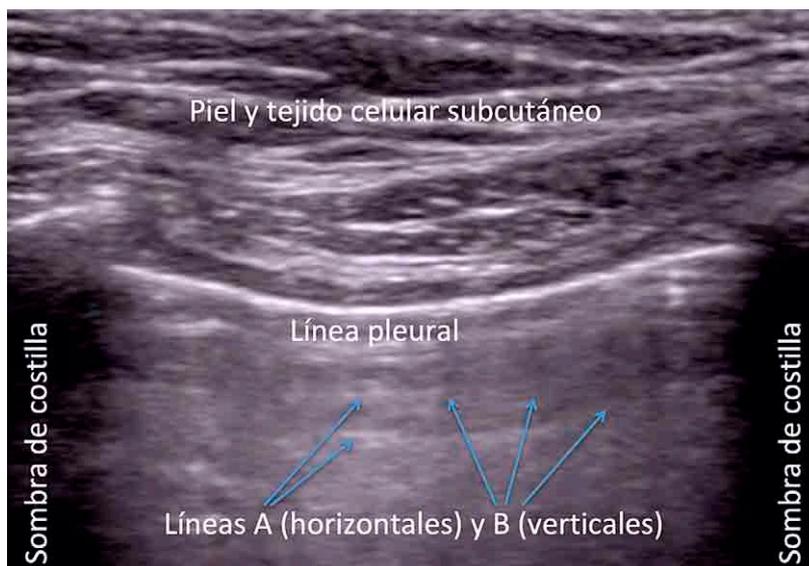


Figura 8. Líquido en fondo de saco de Douglas



Figura 9. Ecografía torácica normal en modo B



En el hombre miraremos el espacio retrovesical, por delante de la próstata.

En el caso de que haya líquido intrabdominal se van a llenar estos espacios entre la vejiga y el útero (figura 8) o entre la vejiga y la próstata.

VENTANA TORÁCICA. EXTENSIÓN DEL FAST

En el caso de E-FAST, se abre una nueva ventana al área torácica para el diagnóstico de neumotórax y el derrame pleural. Para evaluar el tórax es conveniente utilizar una sonda de alta frecuencia (7.5 a 20 MHz).

Técnica: vamos a realizar cortes ecográficos entre dos costillas a nivel de 2° espacio intercostal con línea media clavicular, 4° espacio intercostal con línea axilar anterior, 6° espacio intercostal con línea axilar media y 8° espacio intercostal con línea axilar posterior.

Vamos hablar de hallazgos normales que son los que tenemos que observar para descartar la presencia de un neumotórax, como las línea B o en cola de cometa, el deslizamiento pleural y las líneas A, que son artefactos que vamos a utilizar como signos de normalidad en el tórax (figura 9).

En modo M observaremos el signo de la playa (figura 10).

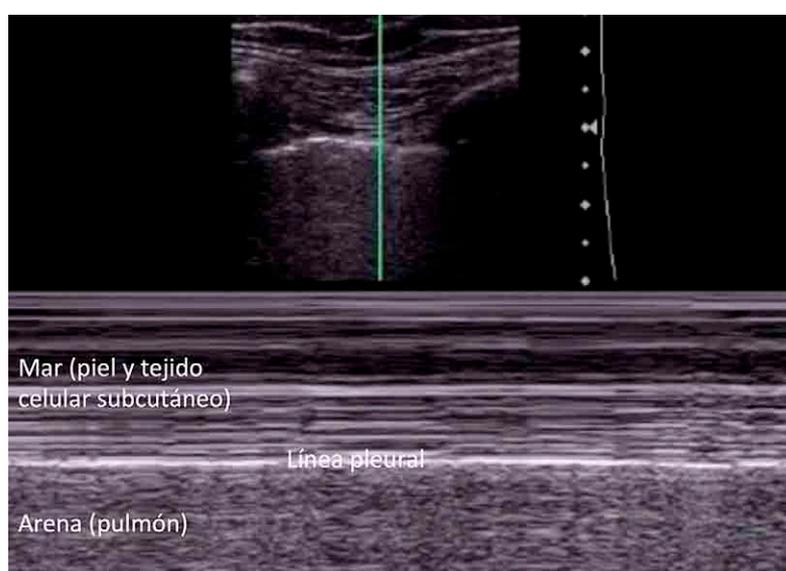
Al realizar el estudio se debe identificar la línea pleural. Para conseguirlo debemos posicionar el transductor en un plano longitudinal en sentido cráneo-caudal, localizando 2 costillas que servirán de guía para la identificación de la línea pleural. Allí debemos visualizar un artefacto llamado “cola de cometa o línea B”, que aparecen verticales a partir de la línea pleural, generadas por el movimiento de las pleuras visceral y parietal y el aire presente en el pulmón. El deslizamiento de la línea pleural se visualiza como hormiguelo o sliding.

Cuando existe un neumotórax, tanto el signo de cola de cometa o líneas B como el signo de deslizamiento pleural desaparecen. Cuando hay derrame, ambas hojas pleurales se separan y entre ellas se ve una línea anecogénica de menor o mayor tamaño, dependiendo de la cantidad contenida en dicho espacio. Se puede visualizar contenido a partir de 3 a 5 ml (10) (11), mientras que para visualizar dicho líquido a través de la radiología de tórax en posición PA se necesitan entre 150 – 525 ml.

La imagen del modo M es una imagen de patrón granular de artefactos en movimiento generados por un pulmón deslizándose; esto se corresponde en la imagen con la arena en la playa y va a equivaler al movimiento del pulmón normal. Los tejidos extrapulmonares aparecen proximalmente a la imagen anterior y representan una imagen tranquila y lineal que se representa como las olas del mar. Esta imagen en el modo M que nos sugieren las olas y la arena de la playa es la que llamamos signo de la playa.

Cuando existe un neumotórax desaparece el granuloso correspondiente al tejido pulmonar, apreciándose sólo la imagen lineal proximal (signo del código de barras o de la estratosfera). Este signo es 100% específico de presencia de

Figura 10: Signo de la playa



neumotórax. Se asocia en el modo B a la ausencia de líneas B o colas de cometa y de deslizamiento pleural.

Otros signos que podemos evaluar son el punto pulmonar que es aquel punto de transición entre la presencia y ausencia de deslizamiento pleural. Se trata de la transición entre el signo de la playa y el signo de código de barras.

En resumen, cuando tenemos un neumotórax nos encontramos con la presencia de cuatro parámetros: ausencia de línea B, ausencia de deslizamiento pleural, presencia de punto pulmonar y el signo de la estratosfera o código de barra en el modo M. Cuando observamos línea B, el deslizamiento pleural y signo de la playa se descarta el neumotórax.

CONCLUSIÓN

El uso de la ecografía, en emergencia, es una herramienta que mejora la evaluación del paciente politraumatizado, influye en la toma de decisiones y ayuda a determinar si un paciente inestable requiere o no una intervención de emergencia (12). En consecuencia, la educación continua de los médicos en la realización de la ecografía de emergencia pasa a ser de gran importancia en los momentos actuales.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros pacientes, que nos permiten aprender cada día más de ellos a través de la ecografía.

BIBLIOGRAFÍA

- Quinn AC, Sinert R. What is the utility of the Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) exam in penetrating torso trauma? *Injury*. 2011; 42(5):482-7.
- Montoya J, Stawicki SP, Evans DC, Bahner DP, Sparks S, Sharpe RP, Cipolla J. From FAST to E-FAST: an overview of the evolution of ultrasound-based traumatic injury assessment. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2016; 42(2):119-26.
- Bøtker MT, Jacobsen L, Rudolph SS, Knudsen L. The role of point of care ultrasound in prehospital critical care: a systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2018; 26(1):51.
- Shaukat NM, Copeli N, Desai P. The Focused Assessment With Sonography For Trauma (FAST) Examination And Pelvic Trauma: Indications And Limitations. *Emerg. Med Pract*. 2016; 18(3):1-20, 24.
- Dulchavsky SA, Schwarz KL, Kirkpatrick AW, Billica RD, Williams DR, Diebel LN, Campbell MR, Sargysan AE, Hamilton DR. Prospective evaluation of thoracic ultrasound in the detection of pneumothorax. *J Trauma*. 2001; 50(2):201-5.
- Ketelaars R, Reijnders G, van Geffen GJ, Scheffer GJ, Hoogerwerf N. ABCDE of prehospital ultrasonography: a narrative review. *Crit Ultrasound J*. 2018; 10(1):17.
- Gracias VH, Frankel HL, Gupta R, Malczynski J, Gandhi R, Collazzo L, Nisenbaum H, Schwab CW. Defining the learning curve for the Focused Abdominal Sonogram for Trauma (FAST) examination: implications for credentialing. *Am Surg*. 2001; 67(4):364-8.
- Von Kuenssberg Jehle D, Stiller G, Wagner D. Sensitivity in detecting free intraperitoneal fluid with the pelvic views of the FAST exam. *Am J Emerg Med*. 2003; 21(6):476-8.
- Gómez Montes C. Manual para médicos de Urgencias en el manejo de Eco-Fast: (Focussed Assesment Sonography for Trauma) y E-Fast. España: Punto Rojo Libros S.L.; 64-7.
- Gryminski J, Krakówka P, Lypacewicz G. The diagnosis of pleural effusion by ultrasonic and radiologic techniques. *Chest*. 1976; 70(1):33-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369216531882>
- Teichgräber UK, Hackbarth J. Sonographic Bedside Quantification of Pleural Effusion Compared to Computed Tomography Volumetry in ICU Patients. *Ultrasound Int Open*. 2018; 4(4):E131-E135. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6203686/>
- Brun PM, Bessereau J, Chenaitia H, Pradel AL, Deniel C, Garbaye G, et al. Stay and play eFAST or scoop and run eFAST? That is the question! *Am J Emerg Med*. 2014; 32(2):166-70.

ARTÍCULO ESPECIAL

La Filosofía Griega como motivación para explicar el concepto de "Entrevista Clínica" a alumnos pregraduados

Ortega Calvo M, Santos Lozano JM

Médicos de Familia. Investigadores CIBER-OBN.ISCIII. Profesores Asociados CIS del Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla

CORRESPONDENCIA

Manuel Ortega-Calvo
E-mail: mortega7@us.es

Recibido el 22-01-2019; aceptado para publicación el 15-02-2019
Med fam Andal. 2019; 1: 79-82

Se describe en este trabajo como se emplea la Mayéutica de Sócrates, Los Diálogos de Platón y la Lógica Aristotélica para motivar a los alumnos de Tercero de Grado de Medicina a que escuchen una clase magistral sobre Entrevista Clínica. El objetivo pedagógico es la motivación hacia los conocimientos básicos en comunicación clínica.

Conceptos clave: Mundo Griego, Filosofía, Entrevista, Materiales de Enseñanza, Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

La historia de la cultura refiere que la madre de Sócrates, *Fenareta*, era matrona de oficio. Sabemos también que el término "Mayéutica" se puede traducir del griego como la "Técnica para asistir a los partos". Desde un punto de vista filosófico, la mayéutica socrática consiste en facilitar la adquisición de conocimientos a base de preguntas formuladas dentro de un dialogo¹. En realidad era una técnica extractiva de conocimiento mediante preguntas.

El tema de *Entrevista Clínica* está incluido en el programa de la asignatura de Tercero de Grado, que incluye contenidos de Atención Primaria y que se imparte en el Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla². Motivar a un alumno a que atienda una clase magistral sobre la misma no es tarea fácil. Ellos perciben esta parte del conocimiento como algo esencialmente práctico y difícil de comunicar teóricamente desde un estrado. Algo vinculado más con las competencias prácticas que con una presentación teórica.

Sin embargo nuestro objetivo motivacional es mostrar la utilidad de estas técnicas en Medicina de Familia y en otras especialidades, al explicar el tema en Tercero de Grado. Nuestro objetivo cardinal es realmente implementar los recursos de comunicación en el alumno, absolutamente esenciales en toda su trayectoria científica.

Comenzamos la disertación manifestando una lógica negativa, los asistentes no van a escuchar una clase de Historia Clínica^{3,4}, sino sobre Entrevista que es un concepto bastante distinto. Está claro que la historia clínica es un documento realizado a base de entrevistas, de menor o mayor

tiempo. En ese momento estamos recabando el valor epistemológico de la negación en la Lógica Aristotélica de Orden Cero (Lógica Proposicional)⁵. Se comienzan a ver caras de sorpresa entre ellos.

Parece como si la negación lógica tuviera un mayor valor epistemológico que la afirmación que va cargada siempre de cierto grado de incertidumbre. Una de las primeras veces que aparece el problema de la negación en la historia de la filosofía occidental es en el Diálogo platónico "El Sofista" en donde se aborda entre otros el problema del ser y del no ser.

Dejada clara esta premisa, nos adentramos hacia el cuerpo informativo de la clase afirmando que evidentemente no queremos atentar contra la libertad y la creatividad de los alumnos, quienes realizarán sus propias entrevistas clínicas en el tiempo histórico que les toque vivir, y dentro del marco jurídico-administrativo en el que trabajen. Tan sólo intentamos transmitir una serie de conocimientos existentes en la Atención Primaria contemporánea para ayudarles a no cometer demasiados errores.

Adoptando entonces un dinámica platónica, nos emplazamos en su lugar y decimos: "Sí, sí profesor, pero nosotros estamos atraídos por la belleza y el rigor científico de las imágenes histopatológicas que se observan debajo de la lente del microscopio, el patólogo dice la última palabra en el terreno diagnóstico". Y entonces nos respondemos: "Correcto, eso es cierto, pero también os digo que el buen patólogo es aquel que cuando tiene dudas morfológicas, habla y se entrevista con el internista que por ejemplo lleva al paciente en la planta o incluso con el mismo enfermo, para lo cual, los conceptos que hoy exponemos son muy útiles. No toda la verdad está debajo de la lente del microscopio"⁶. Algunos comienzan a estar atónitos.

Proseguimos con la dinámica platónica, "De acuerdo profesor, pero yo quiero ser radióloga, la escala de grises de una ecografía bien realizada, la sombra sónica, el diagnóstico diferencial de una lesión nodular en la radiografía postero-anterior de tórax, los cortes del TAC de alta resolución! Eso sí que es medicina!"

Y nos respondemos "Bueno, quizás tengáis razón, pero también quiero decir que el buen radiólogo es aquel que cuando tiene dudas, y pocas veces se está en lo cierto de forma absoluta, sale de la sala de informes

y pregunta al paciente por la evolución temporal de tal o cual síntoma, lo que ayuda a precisar el pensamiento diagnóstico".

Finalmente un alumno levanta la mano y dice: "Bueno, casi nos está convenciendo, pero yo realmente lo que quiero ser es cirujano, la solemnidad de una cavidad abdominal abierta en el centro de un quirófano con todo el aparataje alrededor, allí están las manos del cirujano que intenta extirpar una neoplasia de colon ascendente o limpiar las bridas secundarias a una intervención anterior. Eso es la medicina para mí, profesor". Y le respondemos, "Efectivamente la técnica del cirujano y de su equipo es fundamental para la resolución de enfermedades muy graves, pero quiero decir también que el buen cirujano no es el que opera mejor, no es el que posee la mejor técnica, es el que sabe cuándo hay que intervenir, el que conoce cuando se ha de llevar al paciente al quirófano... y para ello tiene que saber mucho sobre la historia natural de la enfermedad quirúrgica. El conocimiento de la historia natural de la enfermedad, queridos amigos, se obtiene realizando muchas entrevistas clínicas e historias, además de memorizando libros de texto o de entrenarse en técnicas avanzadas".

...

La verdad es que después de este preámbulo basado en las escuelas clásicas de la filosofía griega (la Mayéutica socrática, el Diálogo platónico y la Lógica aristotélica)⁷, percibimos cómo ellos se motivan y podemos empezar el cuerpo doctrinario de la clase magistral.

A continuación vendrá la cita a Francesc Borrell i Carrió⁸ de la Universidad de Barcelona, como impulsor del pensamiento español en entrevista clínica, la alusión al Profesor Roger Ruiz Moral de la Universidad Francisco de Vitoria y a sus elegantes trabajos sobre comunicación⁹, hablaremos de empatía¹⁰, del duelo de inmigración y de la Escuela Granadina de Atención Primaria¹¹, de resiliencia¹², de asertividad, de reencuadres tipos I y II¹³, de la yatrogenia verbal y gestual^{14,15}, ... Señalaremos también las diferencias distintivas de la entrevista motivacional¹⁶ como una forma refinada de guía hacia el paciente.

La mayéutica ha sido de nuevo la substancia estimulante de la entrevista. Quizás este sea un capítulo nuevo en la relación entre el médico-enfermo¹⁷. Por muchas revoluciones o cambios

Tabla 1. Conceptos Básicos

Mayéutica	La mayéutica (del griego <i>μαιευτικός</i> , <i>maieutikós</i> , «perito en partos»; <i>μαιευτική</i> , <i>maieutiké</i> , «técnica de asistir en los partos») es el método aplicado por Sócrates a través del cual el maestro hace que el alumno, por medio de preguntas, descubra diversos conocimientos.
Dialogo Platónico	Un diálogo platónico es un reflejo, de un discurso «vivo y animado» de alguien que sabe sobre uno o varios temas determinados. La mayor parte del legado del filósofo está recogida con este género literario.
Lógica Aristotélica	Los trabajos principales del Estagirita sobre la materia se agrupan bajo el nombre <i>Órganon</i> («herramienta»), y constituyen la primera investigación sistemática acerca de los principios del razonamiento válido o correcto (Lógica de Orden Cero).
Motivación Pedagógica	Es el momento del aprendizaje en que se aprovechan los intereses y las necesidades de los alumnos como motivos del aprendizaje. El alumno así motivado estará en las mejores condiciones para aprender.
Entrevista Clínica	La entrevista clínica tiene tres funciones: establecer una relación con el paciente y la familia, conseguir una buena comprensión de los problemas del consultante y proceder a informar de las mejores conductas diagnósticas, terapéuticas y preventivas (F.Borrel i Carrió ^{8,10})
Comunicación	La comunicación es la actividad consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir significados a través de un sistema compartido de signos y normas semánticas.

estructurales en la atención primaria contemporánea¹⁸, los conocimientos sobre entrevista clínica seguirán siendo angulares en el desarrollo profesional del médico, la capacidad de comunicación¹⁹ será esencial siempre (Tabla nº 1 - Conceptos Básicos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Grisales-Franco LM³. Aproximación histórica al concepto de didáctica universitaria. Educación y educadores. 2012; Edu. Edu. 15: 203-218.
2. Universidad de Sevilla. Patología Médica de las Enfermedades Infecciosas y del Sistema Inmune. Atención Primaria. Visitado el 28 de Febrero de 2018. Disponible en: http://www.us.es/estudios/grados/plan_172/asignatura_1720029#cuatrimestre2
3. Laín Entralgo P. La historia clínica: Historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones científicas. Diana Artes Gráficas; 1950.
4. Ortega Calvo M. La historia clínica como elemento de trabajo fundamental en atención primaria. Centro de Salud. 1995; 3:821-824.
5. Brauer D. El secreto de la negación: Investigaciones epistemológicas acerca de las formas negativas del discurso y de la acción. Revista de Filosofía y Teoría Política. 1993; 30: 4-57.
6. Oliva Aldámiz H. Relatos de la célula errante. Madrid: Ed. Tebar; 2011.

7. Dominiczak MH. A think tank or a template for university campus: Plato's academy. *Clin Chem.* 2015; 61:1004-6.
8. Borrell i Carrió F. La entrevista clínica con el paciente crónico: retos y soluciones más frecuentes. *Medicina de Familia. SEMERGEN.* 2013; 26: 310-315.
9. Ruiz Moral R. Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente. *Educ. Medi.* 2015; 16: 74-82.
10. Borrell i Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc).* 2011; 136:390-397.
11. De la Revilla L, de los Ríos Álvarez AM^a, Luna del Castillo JD, Gómez García M, Valverde Morillas C, López Torres G. Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Aten Primaria.* 2011; 43:467-73.
12. Tobin S, Maskrey N. Ten Commandments for the resilient practitioner. *Br J Gen Pract.* 2016; 66:528-9.
13. Borrell-Carrió F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *Ann Fam Med.* 2004; 2:310-6.
14. Agrest A. En busca de la sensatez en medicina. Buenos Aires: Libros del Zor. 2011.
15. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Inv Ed Med.* 2013; 2: 162-167.
16. Miller WR. Motivational Interviewing: Research, Practice, and Puzzles. *Addictive Behaviors.* 1996; 21: 835-42.
17. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Ediciones Guadarrama SA. Madrid. 1969. pp. 1-255.
18. Ellner AL, Phillips RS. The Coming Primary Care Revolution. *J Gen Intern Med.* 2017; 32:380-386.
19. Salazar-Blanco O F, Casasbuenas-Duarte L, Idárraga-Arenas C, Marcela-Vélez C. Valoración de las habilidades comunicativas en la entrevista clínica de estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Antioquia, por medio de la escala CICAA. *FEM.* 2014; 17: 239-248.

CARTAS AL DIRECTOR

Cáncer de páncreas. A propósito de un caso

Sr. Director:

Estamos ante el caso de una mujer de 75 años con antecedentes personales de HTA, espondiloartritis, que presenta una hernia inguinal derecha de larga evolución junto a clínica de náuseas, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada desde hace dos años.

En la exploración física se palpa hernia inguinal gigante derecha no dolorosa y reducible. Se realiza analítica de sangre y radiografía de abdomen normales. Es derivada a cirugía general y digestiva para programar cirugía de hernia inguinal.

Se realiza TAC abdominal para valorar hernia inguinal gigante, encontrándose como hallazgo

incidental una masa en cuerpo del páncreas junto a implantes peritoneales (figura).

Debido a la inespecificidad del cuadro, se planteó como primer diagnóstico una gastroenteritis; otros posibles diagnósticos serían otros tipos de cánceres: cáncer de colédoco distal, cáncer de duodeno, cáncer de vesícula.

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados es valorado por comité oncológico que decide PET TAC y EcoEDA con PAAF de la lesión para plantear posteriormente quimioterapia, dado que es irreseccable y presenta carcinomatosis peritoneal.

La incidencia del cáncer de páncreas en España es de 6.6/100000 habitantes al año en hombres y

Figura .TAC Abdominal



3.9 en mujeres. La mayoría se diagnostican entre los 65 y los 75 años. El 80% son adenocarcinomas acinares, la mayoría de localización cefálica. En nuestro medio al momento de su diagnóstico la mayoría de los pacientes son candidatos a la paliación de sus síntomas por presentar elementos de irresecabilidad o incurabilidad.

Los síntomas más frecuentes en el momento del diagnóstico son: astenia, pérdida de peso, anorexia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, ictericia, diarrea. Los signos de enfermedad metastásica suelen estar al diagnóstico; suelen afectar al hígado, peritoneo, pulmonar y menos frecuentemente afectación ósea.

El diagnóstico se realiza con EcoEDA con PAAF cuando se necesita confirmación histológica, aunque no en aquellos casos en los que haya hallazgos típicos de imágenes. Marcador tumoral CA 19.9 es usado como valor pronóstico.

La resección quirúrgica es el único tratamiento potencialmente curativo para el cáncer pancreático exocrino, pero debido a la presentación tardía de la enfermedad, solo el 15-20% de los pacientes son candidatos para una pancreatometomía. Además, el pronóstico del cáncer de páncreas es malo incluso en aquellos con enfermedad potencialmente resecable. La supervivencia a los cinco años después de la pancreatoduodenectomía es de aproximadamente 25 a 30% si no hay afectación ganglionar y 10 % para los tumores con afectación ganglionar.

Es un cuadro con clínica inespecífica donde el paciente acude a consulta por distintos síntomas, siendo importante estar atentos ante síntomas como pérdida de peso, hiporexia, para poder unificar y poder sospechar patología oncológica

y poder realizar pruebas complementarias desde atención primaria tales como analítica sangre, rx abdomen, ecografía abdomen, y poder derivar para continuación del estudio, a pesar de que al diagnóstico la mayoría de los pacientes suelen presentar cáncer de páncreas irresecable y con metástasis, y así poder recibir un correcto tratamiento paliativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Penza PA, Ruso Martínez L. Cáncer de páncreas. Epidemiología de su mal pronóstico. Rev Méd Urug. 2017; 33(3):122-128.
2. Fernández del Castillo C, Jimenez RE. Epidemiology and nonfamilial risk factors for exocrine pancreatic cancer. Tanabe K: UpToDate; 2019 [acceso 15 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
3. Fernandez del Castillo C. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of exocrine pancreatic cancer. Howell A: UpToDate; 2019 [acceso 15 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>

Daryani Lachhman P¹, Simão Aiex L²,
Atienza López S³

*1Médico de Familia de AP. CS Antequera.
AGS Norte de Málaga*

*2Médico de Familia de AP. CS San Miguel.
Torremolinos. AGS Costa del sol. Málaga*

*3Médico de Familia de AP. CS Salobreña.
AGS Sur de Granada*

E-mail: pinky_daryani18@hotmail.com

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Miocardiopatía en un paciente de origen boliviano

Regata Cuesta C

*Microbiología y parasitología clínica (Hospital Clínic i Provincial, Barcelona)
Medicina Familiar y Comunitaria (UdÇ Girona)*

Resumen

Se aborda un caso clínico de cardiomiopatía dilatada y enfermedad importada. La enfermedad de Chagas puede volverse crónica y afectar a varios órganos, incluido el corazón, generando alteraciones del ritmo y anomalías estructurales que terminan en complicaciones graves. En el presente caso, intentamos un acercamiento a esta patología endémica en los países de origen de muchos de nuestros pacientes.

Caso clínico

El paciente del caso propuesto tiene 60 años, proviene de Bolivia, es originario de Santa Cruz de la Sierra, generalmente viaja a su país natal una o dos veces por al año.

Como **antecedentes familiares**, su padre y 3 de sus 11 hermanos se vieron afectados por la enfermedad de Chagas, no presentaban factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes cardiacos destacables (1,2).

Como antecedentes personales, el paciente sufrió un accidente de tráfico en 1993 en su país, donde se le realizó una transfusión de sangre.

Presenta factores de riesgo cardiovascular, tiene hipertensión y dislipemia en tratamiento.

En 2007 sufrió una muerte súbita, presentando un extenso IAM anteroseptal con enfermedad de

un solo vaso (AD) con implantación de 3 stens y un DAI unicameral como profilaxis secundaria.

En la **exploración** ambulatoria destaca: buen estado general, TA 109/78, no edemas. No crepitantes. No IY. RCR a 7 por min sin soplos. Neuro: secuelas de memoria tras muerte súbita, sin focalidad neurológica actual. Resto de exploración normal.

Como **pruebas diagnósticas** complementarias se realizaron las siguientes:

En una ecocardiografía de seguimiento después de la implantación del DAI presentó una FE del 20% con VI severamente dilatado, con movilidad mínimamente hipertrófica y severamente disminuida debido a la acinesia anteroseptal extensa que presentaba. Tenía disfunción diastólica de grado 1, insuficiencia mitral leve secundaria y raíz de la válvula Aórtica ligeramente dilatada (3,4).

Como podemos ver en las pruebas complementarias, la radiografía de tórax (figura 1) muestra un aumento del índice cardiorácico y el DAI (dispositivo automático implantable) con electrodos correctamente implantados, sin cambios en los senos costofrénicos o infiltrados en el parénquima pulmonar.

La evolución crónica de esta enfermedad y los factores de riesgo cardiovascular asociados han podido causar daño estructural al corazón que ha conducido a una miocardiopatía isquémica

dilatada que se muestra en el ecocardiograma (figura 2), una disfunción grave del ventrículo izquierdo, junto con un VI muy dilatado y una patología valvular asociada.

El ECG también muestra afectación con RS, eje a 60°, PR 100mseg, QRS estrecho, QS anterior con T negativo desde V1 a V6.

Preguntas

En un varón de 60 años de Bolivia, las causas más probables de miocardiopatía dilatada podrían ser:

1. Hipertrofia ventricular por hipertensión (hipertensión arterial).
2. Miocardiopatía dilatada de origen enólico.
3. IAM (infarto agudo de miocardio).

4. Cardiomiopatía por enfermedad de Chagas.
5. Las respuestas 2 y 4 son correctas.

¿Deben tratarse las formas crónicas de la enfermedad de Chagas?

- Nunca.
- La terapia antitrypanosomal está garantizada para pacientes con enfermedad cardíaca de chagas avanzada.
- El tratamiento está garantizado para adultos con la forma indeterminada de infección crónica por T. cruzi.
- No se justifica el tratamiento en niños de 18 años o menos con infección crónica por T. cruzi.
- Siempre.

Figura 1. Radiografía de tórax

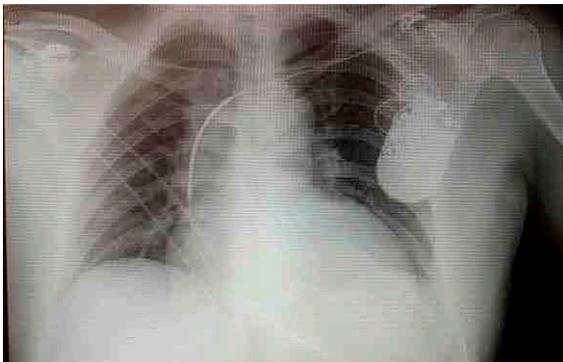
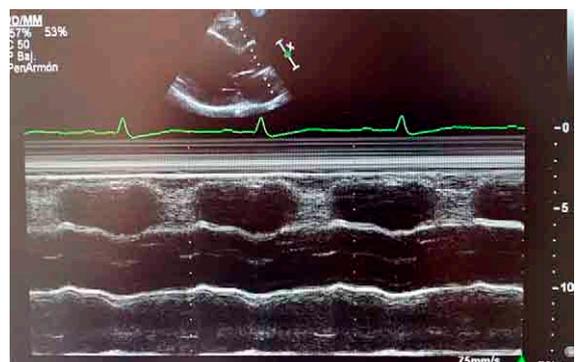


Figura 2. Ecocardiografía



PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(A partir del 1 de marzo de 2014)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo, Málaga

Los artículos publicados desde marzo de 2014, clasificados por *MESES/REVISTAS*, mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección publicaciones externas/alerta bibliográfica) con sus resúmenes y comentarios (R/C). También en la cuenta de twitter de la Revista <http://twitter.com/RevistaMFSamfyc>



La recopilación se extrae de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Debajo de cada referencia, se presenta su PMID, identificador para localizar el artículo en PubMed, en aquellos casos en los que se dispone de tal dato y su enlace interno a su resumen-comentario (R/C).

@pontealdiaAP



Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Grupo de Trabajo Nuevas tecnologías de SAMFyC (*eSAMFyC*)

@pontealdiaAP consiste, básicamente, en ofrecer una actualización online permanente, rápida y eficaz en relación con la medicina de familia, en forma de mensaje corto, concreto.

Para ello, miembros de eSAMFyC revisamos diariamente lo que publican en twitter 47 organizaciones, grupos de trabajo y profesionales relevantes, consensuados periódicamente, en nuestro ámbito de conocimiento. A continuación se selecciona y concreta la información e incluye el vínculo para acceder de forma directa a la publicación completa. A destacar el código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) A Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2).



Si quieres recibir esta información puedes elegir alguno de los siguientes canales:

- 1.*Twitter (instantáneo): Seguir a @pontealdiaAP
2. Facebook (instantáneo): Seguir a <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352> [1]
3. Correo (diario): pulsando RSS de la página @pontealdiaAP de nuestro blog: <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
4. Blog (semanal) <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
5. Second life (en los paneles informativos) <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35> [3]
6. Web (mensual) www.samfyc.es [4]
7. Revista SAMFyC <https://www.samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>

Toda la información sobre el proyecto, las fuentes que revisamos, con qué criterios son seleccionadas y más, se encuentra en

<https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/> [5]

Puedes ayudarnos a mejorar con tus sugerencias a través de esamfyc@gmail.com.

LINKS:

[1] <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352>

[2] <http://esamfyc.wordpress.com/>

[3] <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35>

[4] <http://Wwww.samfyc.es>

[5] <https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/>

DE INTERÉS

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

SAMFyC

- **3^{as} Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC**
San Juan de Aznalfarache (Sevilla), 25 y 26 de octubre de 2019
<http://www.jornadasresidentesy tutoressamfyc.com>
- **5^{as} Jornadas Andaluzas de Ecografía en MF. SAMFyC**
Sevilla, 1 de octubre de 2020
<http://www.jornadasecografiasamfyc.com/>
- **28 Congreso Andaluz de MFyC. SAMFyC**
Sevilla, 1-3 de octubre de 2020
<http://www.congresosamfyc.com/>

Secretaría técnica: ACM
Apdo. de Correos 536, Granada
andaluzacongresosmedicos@andaluzacongresosmedicos.com
Telf. / Fax. 958 523 299

semFYC

- **XXX Congreso Comunicación y Salud**
Santander, 3 a 5 de octubre 2019
<https://semfyc.eventszone.net/cys2019/>
- **IV Jornadas semFYC de Medicina Rural**
Logroño, 25 y 26 de octubre 2019
<https://www.semfyc.es/agenda/iv-jornada-semfyc-de-medicina-rural/>
- **XL Congreso de la semFYC**
Valencia, 14 a 16 de mayo de 2020
<https://www.congresodelasemfyc.com>

Secretaría técnica: congresos y ediciones semFYC
congresos@semfyc.es
Carrer del Pi, 11, pl. 2^a, Of. 13
08002 Barcelona
Telf. 93 317 71 29
Fax 93 318 69 02

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 20, Núm. 1)
(Med fam Andal 2019; 20: 85-86)

Respuestas razonadas

Miocardiopatía en un paciente
de origen boliviano

Regata Cuesta C

*Microbiología y parasitología clínica (Hospital Clínic i
Provincial, Barcelona)*

Medicina Familiar y Comunitaria (UdÇ Girona)

En un varón de 60 años de Bolivia, las causas más probables de miocardiopatía dilatada podrían ser:

1. Hipertrofia ventricular por hipertensión (hipertensión arterial).
2. Miocardiopatía dilatada de origen enólico.
3. IAM (infarto agudo de miocardio).
4. Cardiomiopatía por enfermedad de Chagas.
5. Las respuestas 2 y 4 son correctas.

1. **INCORRECTA:** la hipertrofia ventricular por HTA suele ser de VI y no suele afectar a otras estructuras del corazón, es una miocardiopatía progresiva y se puede detectar a través del ECG.

2. **CORRECTA**

3. **INCORRECTA:** el IAM provoca acinesia de la pared cardiaca afectada que puede llegar incluso a rotura, pero no produce hipertrofia de la misma y la dilatación secundaria no es tan extensa.

4. **CORRECTA**

5. **CORRECTA:** La enfermedad de Chagas (EC) es causada por *Trypanosoma cruzi*, un parásito protozooario que puede causar miopericarditis aguda, así como miocarditis crónica de fibrosis. La miocarditis de chagas es la causa más común de miocardiopatía no isquémica en América Latina

¿Deben tratarse las formas crónicas de la enfermedad de Chagas?

1. Nunca
2. La terapia antitrypanosomal está garantizada para pacientes con enfermedad cardíaca de chagas avanzada.
3. El tratamiento está garantizado para adultos con la forma indeterminada de infección crónica por *T. cruzi*.
4. No se justifica el tratamiento en niños de 18 años o menos con infección crónica por *T. cruzi*.
5. Siempre.

1. **INCORRECTA:** hay que tratarlo para que no evolucione a cronicidad en etapas iniciales o para intentar frenar el deterioro cardiaco.

2. **INCORRECTA:** en casos muy avanzados hay que valorar los efectos secundarios de los tratamientos y en algunos casos en los que la enfermedad está muy evolucionada la terapia no mejora el cuadro evolutivo.

3. **CORRECTA:** El tratamiento antitrypanosomal está garantizado para adultos con la forma indeterminada de enfermedad crónica. Infección cruzi (serología positiva pero sin signos ni síntomas de cardiomiopatía chagásica o enfermedad gastrointestinal). Los fármacos antitrypanosomales incluyen Beznidazol y Nifurtimox; en general, el Benznidazol se tolera mejor, por lo que es el

tratamiento de primera línea para la enfermedad de Chagas.

4. INCORRECTA: se deben tratar los casos detectados en la juventud para evitar la progresión.

5. INCORRECTA: ver respuesta 2.

Resolución final del caso

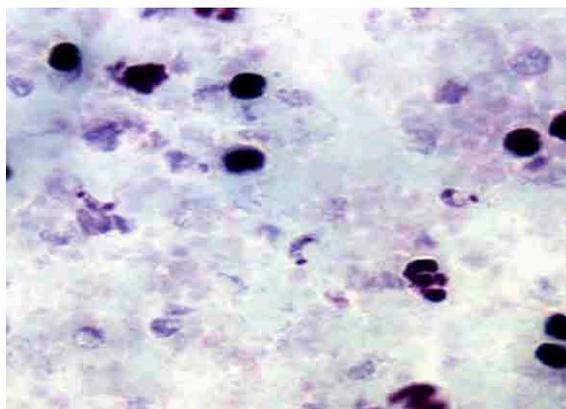
Los estudios serológicos fueron positivos para: *T. cruzi*, IgG de Zika, IgG de EBV, IgG de Dengue, IgG de Parvovirus y CMV.

Se decidió iniciar el tratamiento con Benznidazol para prevenir la progresión de la enfermedad y, en caso de un posible trasplante de corazón en el futuro, con una buena respuesta al tratamiento y la negativización de la PCR (detección del gen de la polimerasa) de *Trypanosoma cruzi* causante de esta enfermedad (5, 6).

La enfermedad de Chagas (EC) es causada por una infección con el parásito protozoario *Trypanosoma cruzi* (figura 3); Las principales manifestaciones son la miocardiopatía chagásica y la enfermedad gastrointestinal.

Los pacientes con la forma indeterminada de la fase crónica de la infección por *T. cruzi* tienen una serología positiva, pero no presentan signos

Figura 3. *Trypanosoma cruzi* (tinción de Giemsa)



ni síntomas de cardiomiopatía o enfermedad gastrointestinal. Tales pacientes, habitualmente tienen hallazgos normales de electrocardiograma de 12 derivaciones y exámenes radiográficos normales.

La enfermedad del corazón asociado a la enfermedad de Chagas se desarrolla más comúnmente que la enfermedad gastrointestinal.

El derrame pericárdico es común en la EC aguda y en ocasiones se complica con el taponamiento.

El diagnóstico de la infección crónica por Chagas requiere métodos serológicos para detectar anticuerpos de inmunoglobulina (Ig) G contra *T. cruzi*, más comúnmente el ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA) y el ensayo de anticuerpos inmunofluorescentes (IFA).

La terapia antitrypanosomal es necesaria para tratar a pacientes con EC crónica temprana, incluso si hay una miocardiopatía leve establecida (es decir, solo anomalías electrocardiográficas simples, clase 1 de Kuschnir y puntuación de Rassi <10) pero no en pacientes con estadios más avanzados de CCC.

En la enfermedad crónica, un objetivo de la terapia antitrypanosomal oportuna en pacientes con EC aguda y precoz es prevenir la cardiomiopatía de Chagas avanzada, ya que no existe evidencia clínica de que la terapia antitrypanosomal pueda revertir la enfermedad cardíaca de Chagas establecida (CCC). En pacientes con enfermedad cardíaca avanzada, el foco del tratamiento es la atención de apoyo para la insuficiencia cardíaca, la arritmia y el tromboembolismo.

El Benznidazol tiene el mejor perfil de seguridad y eficacia y, por lo tanto, la mayoría de los expertos lo consideran el tratamiento de primera línea.

Discusión

La orientación final del caso se puede resumir como una miocardiopatía chagásica Kuschnir I-II en un paciente con ICD después de una muerte súbita que ocurrió después de un infarto agudo de miocardio en el área anteroseptal. El paciente como antecedentes de riesgo de esta enfermedad parasitaria presentó una transfusión de sangre

en su país natal (Bolivia) y vivió durante su juventud en un área endémica (Santa Cruz de la Sierra y Camiri, en Bolivia).

Es importante la detección en pacientes provenientes de áreas endémicas de esta patología, para poder evitar la cronicidad y las graves complicaciones que esta enfermedad puede causar a largo plazo.

Puntos clave

1.-La enfermedad de Chagas crónica debe sospecharse en individuos que han vivido en países endémicos de América Latina (Bolivia, Argentina, Brasil etc...)

2.-la evaluación inicial de esta enfermedad consiste en un historial médico, que incluye una revisión exhaustiva de los síntomas que sugieren arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca congestiva temprana, tromboembolismo y enfermedad gastrointestinal.

3.-Los medicamentos antitrypanosomal incluyen Beznidazole y Nifurtimox; en general, el Benznidazol se tolera mejor, por lo que es el tratamiento de primera línea para la enfermedad de Chagas.

4.- Los pacientes con síntomas o cambios en el ECG consistentes con miocardiopatía chagásica deben someterse a una evaluación cardíaca integral y ser derivados al servicio especializado de referencia.

Dirección para correspondencia:
Cristina Regata Cuesta
E-mail: cregatta@gmail.com

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>
- 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Med fam Andal. 2000; 1: 104-110.

SOLICITUD DE COLABORACIÓN:

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya cincuenta y tres los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/ Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN



Remitir por:

- a) Correo:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)
- b) Fax: 958 804202.
- c) Correo electrónico: revista@samfyc.es

SOCIO, TE ROGAMOS COMUNIQUES CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO U OTROS DATOS A LA MAYOR BREVEDAD:



**BOLETIN DE INSCRIPCIÓN
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFyC)**

ALTA (Nuevo socio) Actualizar datos BAJA Fecha / /

Evento:.....

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:** + LETRA

DOMICILIO:

MUNICIPIO: **C.P.:**

PROVINCIA: **TELEFONOS:**

E-MAIL:

ESPECIALISTA MFyC: SI NO (Si **negativo**, indicar especialidad).....

RESIDENTE MFyC: SI NO **FECHA INICIO RESIDENCIA**/...../.....

UNIDAD DOCENTE de referencia

DOCTORADO: SI NO **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

DIRECCION: **PROVINCIA:**

CARGO QUE OCUPA:

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Mediante la presente orden de pago, autorizo a SAMFyC a enviar una orden anual a mi entidad bancaria para adeudar en mi cuenta, el importe correspondiente a la cuota anual de la sociedad, a cuyo efecto facilito los siguientes datos bancarios:

ENTIDAD:..... **IBAN:** (hay que rellenar todas las casillas)

ES

BIC:

Lugar y Fecha: **Firma:**.....

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) con NIF: G41156498 es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado/a** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento: **Finalidades del tratamiento y plazos de conservación de los datos:** gestionar y tramitar el alta como socio para poder mantenerle informado sobre cursos, congresos, publicaciones, jornadas relacionadas con el ámbito de la medicina de familia. El hecho de darse de alta en SAMFyC implica automáticamente el alta como socio en www.semfyec.es como federación (puede consultar [aquí](#) el listado de sociedades federadas y sus sitios web) así como a la Fundación SAMFyC para el envío de la revista. Sus datos personales serán conservados mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento o por la existencia de una obligación legal, y cuando ya no sean necesarios, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. **Legitimación del tratamiento:** el tratamiento de los datos del interesado para llevar a cabo la prestación de los servicios está basado en el consentimiento del interesado/a. **Comunicación de los datos:** no se cederán a ningún tercero, salvo a la semfyc y fundación SAMFyC para los fines anteriormente descritos. **Derechos que asisten al interesado:** derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos de contacto para ejercer sus derechos:** Calle Arriola 4, bajo D, 18001 Granada o al email: samfyc@samfyc.es



3^{as}

Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

www.jornadasresidentesy tutoressamfyc.com
info@jornadasresidentesy tutoressamfyc.com

San Juan de Aznalfarache
Sevilla 2019
25 y 26 de octubre
Ilunion Alcora Sevilla

acm andaluza de
congresos médicos

Apertado de Correos 536. 18080, Granada Tfno/Fax: 958 523 299
www.andaluzacongresosmedicos.com | info@andaluzacongresosmedicos.com



Valencia
2020

Avanzando
hacia la Atención
Primaria que
queremos



**Congreso
de la semFyc**

del 14 al 16 de mayo de 2020



Societat Valenciana de Medicina
Familiar i Comunitària


semFyc
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



www.congresodelasemfyc.com