Medicina de Familia Andalucía

Volumen 26, número 1, enero - abril 2025

Editorial
6 Medicina de familia y universidad

El Espacio del usuario
8 La problemática de las lsitas de espera

Originales
11 Satisfacción del paciente con el empleo de la ecografía abdominal: evaluación entre niveles asistenciales

Original breve
21 Patologías ginecológicas más prevalentes atendidas y el grado de satisfacción de las pacientes en Atención Primaria

Artículo de Revisión
28 Apendicitis aguda: revisión

Repasando en AP
38 Una sesión sobre los valores del médico de familia, el burnout y cómo prevenirlo (1ª parte)

Sin bibliografía
46 ¡Socorro, mis pacientes no afrontan su enfermedad!

¿Cuál es su diagnóstico?
48 Hombre adulto con placa fibrosa en el cuello de larga duración

50 **Publicaciones de Interés**

51 **Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP**

52 **Actividades Científicas**

Comentarios a cuál es su diagnóstico
54 Hombre adulto con placa fibrosa en el cuello de larga duración

58 **Información para los autores y otros**

25 SAMFyC 2000-2025

Publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Medicina de Familia Andalucía

Tu investigación merece ser leída

25 aniversario de la revista 2000-2025

SAMFyC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria)
C/Arriola 4, bajo D – 18001 – Granada (España)
http://www.samfyc.es

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

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

Disponible en formato digital en la web de SAMFyC (acceso libre): http://samfyc.es/revista/

DIRECTOR
Alejandro Pérez Milena

SUBDIRECTOR
Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN
Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Manuel García Torrecillas
Mª Inmaculada Mesa Gallardo
Idoia Jiménez Pulido
Rocío E. Moreno Moreno

CONSEJO DITORIAL
Luis Ávila Lachica. Málaga
Pilar Barroso García. Almería
Mª. Teresa Carrión de la Fuente. Málaga
José Mª de la Higuera González. Sevilla
Francisco Javier Gallo Vallejo. Granada
Juan Manuel García Torrecillas. Almería
José Antonio Jiménez Molina. Granada
Francisca Leiva Fernández. Málaga
José Gerardo López Castillo. Granada
Manuel Lubián López. Cádiz
Antonio Manteca González. Málaga
Mª Inmaculada Mesa Gallardo
Rafael Montoro Ruiz. Granada
Ana Moran Rodríguez. Cádiz
Andrés Moreno Corredor. Málaga
Herminia Mª. Moreno Martos. Almería
Francisca Muñoz Cobos. Málaga
Juan Ortiz Espinosa. Granada
Beatriz Pascual de la Pisa. Sevilla
Luis Ángel Perula de Torres. Córdoba
Miguel Ángel Prados Quel. Granada
J. Daniel Prados Torres. Málaga
Francisco Sánchez Legrán. Sevilla
Miguel Ángel Santos Guerra. Málaga
Reyes Sanz Amores. Sevilla
Jesús Torío Durántez. Jaén
Juan Tormo Molina. Granada
Cristobal Trillo Fernández. Málaga

Medicina de Familia. Andalucía
Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en Latindex

Título clave: Med fam Andal.
ISSN-e: 2173-5573
ISSN: 1576-4524 (hasta dic. 2023)
Depósito Legal: Gr-368-2000 (hasta dic. 2023)
Desde 2024 esta revista sólo dispone de formato digital

Para Correspondencia
Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría:
Encarnación Figueredo Sánchez
Maqueta: Sara Pérez Fajardo
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.

JUNTA DIRECTIVA

Presidente
Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente
Francisco José Rodríguez Arnay

Vicepresidente
Mª Filomena Alonso Morales

Vicepresidente
Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Secretario
Antonio Manuel Carmona González

Vicepresidente Económico
Ignacio Merino de Haro

Vocal de Docencia
Rocío Medero Canela

Vocal de Formación Continuada
Pedro Mesa Rodríguez

Vocal de Investigación
Mº Inmaculada Mesa Gallardo

Vocales de Residentes
Pablo Prieto Díaz
Carmen María Escudero Sánchez

Vocal de Comunicación e Imagen
Antonio Muñoz Gámez

Vocal provincia de Almería: *María Araceli Soler Pérez*
Vocal provincial de Cádiz: *José Joaquín Cordero de Oses*
Vocal provincial de Córdoba: *Ana Fons Díaz*
Vocal provoncial Granada: *Irene Fernández Peralta*
Vocal provincial de Huelva: *Eduardo Pérez Raquin*
Vocal provincial de Jaén: *Mª de la Villa Juárez Jiménez*
Vocal provincial de Málaga: *Rubén L.Vázquez Alarcón*
Vocal provincial de Sevilla: *Mercedes Casado Martín*

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Med fam Andal Vol.26.1, Nº.1, ENE-ABR 2025

sumario

Editorial
6 Medicina de familia y universidad

El Espacio del usuario
8 La problemática de las lsitas de espera

Originales
11 Satisfacción del paciente con el empleo de la ecografía abdominal: evaluación entre niveles asistenciales

Original breve
21 Patologías ginecológicas más prevalentes atendidas y el grado de satisfacción de las pacientes en Atención Primaria

Artículo de Revisión
28 Apendicitis aguda: revisión

Repasando en AP
38 Una sesión sobre los valores del médico de familia, el burnout y cómo prevenirlo (1ª parte)

Sin bibliografía
46 ¡Socorro, mis pacientes no afrontan su enfermedad!

¿Cuál es su diagnóstico?
48 Hombre adulto con placa fibrosa en el cuello de larga duración

50 **Publicaciones de Interés**

51 **Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP**

52 **Actividades Científicas**

Comentarios a cuál es su diagnóstico
54 Hombre adulto con placa fibrosa en el cuello de larga duración

58 **Información para los autores y otros**

25 SAMFyC 2000-2025

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Official Publication of the Andalusian Society of Family and Community Medicine

Med fam Andal Vol.26.1, Nº.1, ENE-ABR 2025

contents

Editorial

6 Family Medicine and University

The Consumer´s Corner

8 The problems of waiting list

Original Articles

11 Patient satisfaction with the use of abdominal ultrasound: evaluation between levels of care

21 Most prevalent gynaecological pahologies attended and the degree of patient satisfaction in primary care

Review article

28 Acute appendicitis: Review

Reviewing Primary Care

38 A session on family doctor values, burnout and how to prevent ir (Part 1)

No bibliography

46 Help, my patients can´t cope with their illness!

Which is your diagnosis?

48 Adult male with long-lasting fibrous plaque on neck

50 **Publications of interest**

51 **Knowledge pills @pontealdiaAP**

52 **Scientific Activities**

Comments on Which is your diagnosis

54 Adult male with long-lasting fibrous plaque on neck

58 **Information for authors and others**

EDITORIAL

Medicina de familia y universidad

Family Medicine and University

Pardo Álvarez Jesús E.

Presidente SAMFyC

Med fam Andal.2025:1: 6-7

Correspondencia: Jesús E. Pardo Álvarez, mail: alksal@gmail.com

Ante los problemas actuales en la asistencia sanitaria andaluza y española, en la cobertura de atención primaria y en el número de médicos de familia, es fundamental que nuestra especialidad impregne y llene las aulas universitarias puesto que de esta manera generaremos vocaciones trascendentales de médicos de familia y podremos mejorar la atención de nuestra población y evitar la carencia actual.

La medicina familiar y comunitaria debe de entrar en el panorama educativo sanitario y debe de ser incorporada en todas las facultades con el número de créditos correspondientes para que así genere futuros médicos de familia.

Por todo ello, la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) debe de apostar y comprometerse con las facultades de medicina de nuestro entorno, y en su cuerpo docente cuenten con suficientes médicos de familia que generen esta movilidad académica.

Durante este curso académico hemos asistido a la creación de la facultad de medicina en la única provincia andaluza donde no existía, ha sido en Huelva, donde desde septiembre, 60 nuevos alumnos inician su formación en la nueva facultad de medicina y cirugía de la Universidad de Huelva.

Es un reto para todos los médicos de familia, contribuir a la presencia de nuestra especialidad en el ámbito universitario, y que la medicina de familia juegue un papel fundamental en la formación de los futuros médicos.

Desde 2005 la Sociedad Española de Medicina Familiar Comunitaria (semFYC), cuenta con un recurso importante con la creación de la Academia de Medicina de Familia de España (AMFE) (1).

La Academia de Medicina de Familia supone un recurso importante para aquellos socios que quieren incorporarse al ámbito universitario, sirviendo de apoyo y de ayuda en todos los trámites necesarios para que el Currículum Vitae de los médicos de familia haga posible su incorporación en el ámbito universitario.

En el primer informe del observatorio de la academia emitido en el año 2023 se reseña cómo el 83% de las facultades, 34 en total, tienen asignatura de medicina familiar y comunitaria. Solo hay unidades docentes universitarias en cuatro facultades, contándose solo con tres catedráticos, recientemente aumentado en un 4º a nivel de la universidad de Aragón y 13 profesores titulares. Existe una enorme variabilidad en cuanto a cómo se denomina la asignatura y en cuanto al

número de créditos de valor que se le dan, hay 17 denominaciones distintas y en cuanto a los créditos se repite esta variabilidad teniendo un valor de tres créditos en 13 universidades y de seis créditos en 11 facultades. En la facultad de Huelva se han alcanzado los 9 créditos y su jefe de estudios es un Médico de Familia.

Es una asignatura que normalmente se imparte en el quinto curso en el 51 % de las facultades, y en el sexto en el 32 %; pero es un hecho constatado que solo el 41 % de las prácticas son tuteladas por un especialista en medicina familiar y comunitaria.

Los alumnos de medicina deben conocer desde el principio de su formación cuál es la especialidad que tiene valores como integralidad, longitudinalidad, comunicación, prevención y promoción, enfoque biopsicosocial, atención centrada en el paciente, abordaje familiar y comunitario, esa es la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria. Esta impregnación universitaria es función de todos nosotros como parte de ella, y nuestra sociedad SIEMPRE velará y reforzará que esa formación académica sea impartida por médicos de familia, ampliando así el acercamiento y las vocaciones sobre la especialidad.

(1) https://www.semfyc.es/semfyc/universidad-amfe/amfe

AGRADECIMIENTOS A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2024

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 2024. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

Luís Ávila Lachica. Especialista en MFyC. Málaga
Laura Carbajo Martín. Especialista en MFyC. Sevilla
Iñigo de la Yeza Ferrón. Especialista en MFyC. Cádiz
Mª Dolores Domínguez Pinos. Médico especialista en MFyC y en Radiodiagnóstico. Málaga
Ignacio Fernández Granell. Especialista en MFyC. Huelva
Carmen Gómez García. Especialista en MFyC. Málaga
Ana Luz Luque Ruano. Especialista en MFyC. Córdoba
Mª Angeles Moreno Santos. Especialista en MFyC. Cádiz
Francisca Muñoz Cobos. Especialista en MFyC. Málaga
Francisco Rodríguez Castilla. MIR de MFyC. Jaén

ESPACIO DEL USUARIO

La problemática de las listas de espera

The problems of waiting lists

Ranea Díaz S

Miembro de la Junta Directiva de FACUA Andalucía

Med fam Andal.2025:1: 8-10

No es la primera vez que abordamos en esta sección la normativa que regula las garantías de plazo de respuesta para intervenciones quirúrgicas (Decreto 209/2001) (1) y en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el sistema sanitario público de Andalucía (Decreto 96/2004) (2).

Sin embargo, volvemos a tratarlo por su constante vigencia, especialmente tras la publicación por parte del Servicio Andaluz de Salud (SAS) de los datos correspondientes al segundo semestre de 2024. Éstos arrojan una preocupante realidad sobre el estado de la sanidad pública en Andalucía y las carencias asistenciales que sufren los usuarios por las demoras que padecen en el acceso a los servicios, lo que resulta especialmente reprobable respecto de aquellos que están sujetos a la garantía legal de plazo de respuesta.

En este artículo nos vamos a centrar en las citas con las diferentes especialidades médicas, toda vez que los datos facilitados por la administración toman como referencia el plazo de 60 días para todas las especialidades médicas disponibles en cada centro para primeras consultas, dividiendo estas en consultas procedentes de atención primaria e interconsultas hospitalarias, con independencia de que la norma prevé un plazo máximo de espera de 60 días para las primeras consultas con médico especialista solicitadas por facultativo de atención primaria, quedando amparado por esta garantía las especialidades médicas incluidas en el Anexo II del Decreto 96/2004 (2).

El análisis de la situación del sistema sanitario público que muestra la información difundida por el SAS requiere de su valoración conjunta estén o no las especialidades médicas incluidas en la citada norma, máxime cuando un buen número de usuarios posiblemente sufrirán acumulativamente las demoras en los diferentes niveles asistenciales y para diversas actuaciones. Esto es, pueden verse en una espera que supere en muchos casos (como apreciaremos más adelante) los 60 días para acceder a la primera consulta con el especialista. Si precisa de alguna prueba diagnóstica puede que su realización conlleve su correspondiente espera, lo que puede derivar en una consulta interhospitaria o en una intervención quirúrgica.

En estos casos, la denominación de paciente sin duda es la más acertada, ya que en cada hito de este proceso médico habrá tenido que aguardar la llegada de la ansiada cita, prueba y/o intervención.

Los usuarios que sufran retrasos superiores a los 60 días en las especialidades sujetas a la garantía del mencionado Decreto 96/2004 pueden reclamar en el centro donde fueron inscritos en la lista de espera a fin de obtener el documento de atención en un centro privado autorizado. A dicha solicitud la administración debe responder en el plazo de 7 días, de no contestar en este plazo, se entiende concedida.

Se muestra a continuación el porcentaje de pacientes con demora superior a 60 días y la espera media en días que acumulan todas las especialidades en el conjunto de centros sanitarios que atienden estas consultas en cada provincia:

	% pacientes demora > 60 días	Espera media (días)
Almería	39,40%	153,66
Cádiz	53,28%	111,44
Córdoba	29,13%	74,5
Granada	50,10%	152
Huelva	66,92%	163,75
Jaén	69,72%	213,25
Málaga	59,44%	124,33
Sevilla	53,93%	133

A la vista de los datos transcritos resulta que todas las provincias tienen una espera media superior a 60 días, situación que en seis provincias andaluzas afecta a más del 50% de los usuarios. Asimismo, en cinco de ellas los días de espera son más del doble del citado plazo, para triplicarlo en Jaén.

Tras los porcentajes detallados y medias de días de espera, hay 578.023 pacientes en nuestra comunidad autónoma que están esperando una primera cita con un especialista desde hace más de 60 días.

Los números anteriores demoledores. Si descendemos al detalle de cada centro hospitalario en cada provincia, que incluyen los centros dependientes de los mismos, y analizamos cada especialidad, se detectan demoras que en ocasiones afectan a casi la totalidad de los pacientes. A modo de ejemplo, en la provincia de *Almería*, el Hospital Universitario Torrecárdenas, en la especialidad de Alergología el porcentaje de pacientes que superan los 60 días de espera alcanza al 91,35% de los mismos con una demora media de 185 días.

En *Cádiz*, en el Hospital Universitario de la Línea de la Concepción, trece de las 23 especialidades médicas de las que dispone acumulan más del 50% de los pacientes con demora superior a 60 días, teniendo Dermatología el 91,44% de pacientes fuera de plazo y 333 días como media en la tardanza para obtener cita. Cirugía ortopédica y Traumatología con 284 días de demora es la siguiente con más días acumulados para acceder a un especialista, siendo esta especialidad de las que más retraso genera en la mayor parte de los centros de la provincia.

Aunque del resumen aportado la provincia de *Córdoba* muestra los mejores resultados, no podemos pensar que su situación de se ajusta a la normativa. Al contrario, dista mucho del cumplimiento de la misma. Así, el Hospital Infanta Margarita mantiene seis especialidades médicas con unos porcentajes de pacientes esperando más de 60 días que van desde el 56,64% al 100%. Sí, la totalidad de los usuarios pendientes de una cita con endocrinología y nutrición tiene que esperar más de 60 días.

Continuando con las diferentes provincias, *Granada* no ofrece un panorama más favorable. Como ejemplo referiremos el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, donde tres de los cuatro centros hospitalarios de la provincia acopian retrasos que alcanzan los 141 días mientras el cuarto centro, si bien no supera los 60 días queda a las puertas con una demora de 55.

En el Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez hay un retraso de media de 684 días en la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular que afecta a 6.890 pacientes, en Dermatología en el Hospital Infanta Elena se acumulan 498 días de demora y 360 días en Neurología de este mismo centro, ambos de la provincia de *Huelva*.

En la provincia de Jaén diversas especialidades también superan el año de espera. Para acreditar esta afirmación, basta comprobar que Neurología en el Hospital Universitario de *Jaén* suma 493 días de espera, lo que afecta a 11.294 pacientes. En el Hospital San Juan de la Cruz hay 454 días en el Servicio de Aparato Digestivo y 504 días en Neumología en el Hospital San Agustín.

En cuanto a los porcentajes de pacientes que soportan más de 60 días para una consulta, superan el 70% en alguna o varias especialidades en los cinco hospitales de la provincia de *Málaga*.

La provincia de *Sevilla* dispone igualmente de cinco hospitales de los cuales como media superan los 120 días de espera tres de ellos. Esto es, dobla el límite de garantía, si bien en todos ellos se sobrepasan los 60 días.

Es obligación de la Administración facilitar el acceso de la población a la asistencia sanitaria sufragada con medios públicos, con unos niveles adecuados de calidad y sin demoras que puedan afectar negativamente a la salud y calidad de vida de los usuarios. Lo contrario propicia una manifiesta desigualdad social entre quienes pueden procurarse una sanidad sin esperas y quienes no. No en vano existen estudios que, comparando datos de distintas zonas residenciales, acreditan la dependencia que sobre la esperanza de vida ejerce el nivel de renta de las personas.

(1) DECRETO 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en https://www.juntadeandalucia.es/boja/2001/114/3

(2) DECRETO 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2019/D96_2004.pdf

ORIGINAL

Satisfacción del paciente con el empleo de la ecografía abdominal: evaluación entre niveles asistenciales

Patient satisfaction with the use of abdominal ultrasound: evaluation between levels of care

Rodríguez García R[1], Carreño Meca P[2], Sousa Payán L[3], DOmínguez Bejarano L[4], Sánchez Pelaz L[4], Ortega Calvo M[5]

[1]Especialista en MFyC. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla;[2]Especialista en MFyC. Centro de Salud Camas. Distrito Sanitario Aljarafe. Sevilla; [3]Especialista en MFyC. Centro de Salud Los Bermejales. Distrito Sanitario Aljarafe. Sevilla; [4]Residente de MFyC. Centro de Salud Las Palmeritas. Distrito Sanitario Sevilla;

Recibido el 05-11-2024; aceptado para publicación el 25-03-2025.

Med fam Andal. 2025:1: 11-20

Correspondencia: Manuel Ortega Calvo, mail: 106mayorque104@gmail.com

RESUMEN

Título: satisfacción del paciente con el empleo de la Ecografía Abdominal: evaluación entre niveles asistenciales.

Objetivos: conocer el grado de satisfacción global de los usuarios a los que el médico de familia en Atención Primaria les realiza una ecografía abdominal.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal y multicéntrico..

Emplazamiento: dos centros de salud de la provincia de Sevilla, uno periurbano (centro de salud de Camas) y otro urbano (centro de salud "Las Palmeritas").

Población y muestra: la población fue la de los habitantes de los Distritos Aljarafe y Sevilla y la muestra estuvo constituida por dos centros de salud.

Intervenciones: la recogida de datos se realizó mediante un cuestionario no validado que se entregó a los pacientes. Los 12 ítems se apreciaron mediante una escala Likert. Se realizó un análisis de la varianza.

Resultados: se efectuaron un total de 208 encuestas. Se clasificaron según su procedencia, ya fuera Atención Primaria u Hospital. Se pudo comprobar que la satisfacción de los pacientes a los que se les realiza una ecografía abdominal diagnóstica en Atención Primaria es superior a aquellas realizadas en el Hospital (F=297,8; p<2e-16).

Conclusiones: podemos afirmar que la satisfacción percibida en los pacientes fue significativamente mayor en las ecografías abdominales realizadas en atención primaria con respecto a las llevadas a cabo a nivel hospitalario. Esta superioridad fue manifiesta en los tres tipos de ítems (estructura, competencia profesional percibida y satisfacción general).

Palabras clave: ultrasonografía, atención primaria de salud, radiología, médico de familia, análisis de la varianza.

SUMMARY

Title: Patient satisfaction with the use of abdominal ultrasound: evaluation between levels of care.

Objectives: to determine the overall degree of satisfaction of users who undergo abdominal ultrasound by a family doctor in primary care.

Desing: descriptive, cross-sectional, multicentre, observational, descriptive study.

Location: two health centres in the province of Seville, one periurban (Camas health centre) and the other urban (Las Palmeritas health centre).

Population and sample: the population was that of the inhabitants of the Aljarafe and Seville Districts and the sample consisted of two health centres.

Interventions: data collection was carried out by means of a non-validated questionnaire given to the patients. The 12 items were assessed using a Likert scale. Analysis of variance was performed.

Results: a total of 208 surveys were completed. They were classified according to their origin, either Primary Care or Hospital. It was found that the satisfaction of patients who underwent diagnostic abdominal ultrasound in Primary Care was higher than those performed in the Hospital ($F=297.8$; $p<2e-16$).

Conclusions: we can affirm that perceived patient satisfaction was significantly higher in abdominal ultrasound scans performed in primary care compared to those performed at hospital level. This superiority was evident in all three types of items (structure, quality and quality of care).

Keywords: ultrasonography, primary health care, radiology, family doctor, analysis of variance.

Introducción

La ecografía es una herramienta diagnóstica cada vez más utilizada en todos los escenarios clínicos de Atención Primaria (AP). Cada vez más autores lo consideran el nuevo fonendoscopio del médico, por lo que es probable que pronto se envíe el estetoscopio de Laënnec a los Museos de la Ciencia.(1,2) Además, en los últimos años hemos vivido un avance importante en el desarrollo de la ultrasonografía, de manera que la aparición de dispositivos portátiles, cada vez más manejables, han influido aún más en su aplicación en AP.(3,4) Por ello, existe la necesidad de investigar la aplicación de la ecografía en este ámbito con ánimo de adquirir evidencia que respalde su empleo.(1–10)

Dentro de sus prestaciones, la mayoría de estudios concluyen que el modelo Punto de Diagnóstico Ecográfico (Point-of-Care Ultrasound - POCUS) es el más adecuado para ser implementado en AP. Este modelo no pretende sustituir a la radiología convencional, sino que se basa la utilización de la ecografía como parte de la exploración del Médico de Familia (MF) en su consulta, aplicándola de forma dirigida y según el contexto clínico que surja.(1,3,4,7)

Si bien es cierto que la mayoría de los protocolos y guías del uso del ecógrafo son de índole hospitalaria (2,3,6,8) hay otros, más escasos, que valoran múltiples aspectos de su aplicación en AP.

Algunos de los resultados más destacables los arroja N. Isabirye et al (5), que valora la satisfacción de las pacientes que eran atendidas por matronas entrenadas en ecografía para analizar el trabajo de parto tanto en centros de AP como en hospitales. En el entorno europeo destaca el artículo de C. Aakjaer et al (8) en el que, basándose en un estudio previo sobre la perspectiva del Médico de Familia (MF), realizaban una encuesta de satisfacción para los pacientes a los que se hacía una ecografía en los centros de salud.

Sin embargo, en España apenas hay bibliografía. Probablemente esto se deba a que hasta hace unos años ha habido muchas dudas sobre la aplicación de la ecografía en AP en nuestro país. Las tendencias han cambiado, por lo que parece lógico que, con el aumento de su empleo, es el momento de valorar cómo lo perciben los pacientes. Como referencia en España existe un estudio desarrollado en dos centros de salud de Madrid, en los que se valora la satisfacción del paciente a través de un cuestionario anónimo.(9)

En cualquier caso, la mayoría de las investigaciones que valoran la percepción del paciente apelan a una importante variabilidad entre los diferentes países y regiones, por lo que se hace necesario continuar analizando este concepto a la hora de aplicar la ecografía en AP.(5–7,9,10)

Pero no solo interesa estudiar la competencia profesional percibida; la satisfacción de los pacientes ha sido valorada positivamente como marcador de peso a la hora de tomar decisiones. Arrazola-Vacas et al.(11) plantean que la satisfacción de los pacientes con su sistema sanitario es importante porque permite evaluar y conocer la calidad percibida, identificar qué aspectos pueden ser mejorados y porque un elevado grado de satisfacción se asocia a un mayor cumplimiento terapéutico.

Howard et al.(12) plantean que la investigación sobre la ecografía de urgencias se ha centrado en aspectos técnicos, y reflexionan sobre el papel de la satisfacción del paciente como un marcador de calidad asistencial.

Nuestro objetivo en este original ha sido conocer el grado de satisfacción de los usuarios a los que el médico de familia les realiza una ecografía abdominal.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal y multicéntrico que se realizó en dos centros de salud de la provincia de Sevilla, uno periurbano (centro de salud de Camas) y otro urbano (centro de salud Las Palmeritas) durante los meses de julio 2023 hasta abril 2024.

El centro de Camas, situado en el Distrito Aljarafe, atiende a una población de 25.430 habitantes. El centro de Las Palmeritas da respuesta a 19.715 habitantes según tarjeta sanitaria individual (TIS) adscrita a cada médico del centro (datos procedentes de Distrito Sevilla).

Población diana (Universo)

Pacientes asignados a los centros de salud previamente mencionados a quienes un médico de familia les realice una ecografía abdominal con fines clínicos; y aquellos que igualmente pertenecen a dichos centros de salud y se le haya realizado una ecografía abdominal a nivel hospitalario por parte de un radiólogo en el año previo al comienzo de este estudio.

Criterios de selección

- *Criterios de inclusión*

Pacientes de 14 años o mayores, que hubieran otorgado su consentimiento escrito.
Indicación de ecografía abdominal por parte de su médico de familia, realizada por él mismo en su centro de salud.
Indicación de ecografía abdominal por parte de su médico de familia, pero realizada por un radiólogo de dicha área en el último año.

- *Criterios de exclusión*

Pacientes que presenten limitaciones para responder la encuesta (lingüísticas o sensoriales), como por ejemplo hablar un idioma diferente al castellano o bien presentar un deterioro cognitivo que le incapacite para responder el cuestionario.

Tamaño muestral y procedimiento de muestreo

Incluimos a todos los usuarios que acudieron a realizarse una ecografía abdominal a los centros de salud referidos durante el período de estudio y que accedieron a participar en el mismo, hasta alcanzar un tamaño muestral (n) de 380 pacientes para un intervalo de confianza del 95%, ya que la población de ambos lugares es de unos 30.000 habitantes aproximadamente, asumiendo un error alfa del 5% y una potencia del 80%. El tamaño muestral estimado se obtuvo de una calculadora de muestras del IMIM (Hospital del Mar Research Institute) disponible en la web (https://apisal.es/Investigacion/Recursos/granmo.html). La selección de la muestra se realizó por muestreo consecutivo no probabilístico.

Variables (dependientes e independientes)

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas (independientes):

- **Sexo:** (hombre, mujer): variable cualitativa dicotómica.
- **Edad:** variable cuantitativa discreta.
- **Nivel educativo** (sin estudios, primarios, secundarios, superiores): variable ordinal.
- **Situación laboral** (estudiante, tareas del hogar, en activo, desempleado, pensionista): variable categórica.

  Se creó además una variable "ad hoc" denominada origen que mostraba si el estudio ecográfico había sido realizado en primaria o en una institución hospitalaria.

Las variables dependientes las identificamos como ítems de satisfacción y las agrupamos en tres categorías: estructura, competencia profesional percibida y satisfacción general (*Anexo 1*). Estos 12 ítems se evaluaron mediante una escala de actitudes tipo Likert de 10 puntos, repartidos del siguiente modo: 1 muy insatisfecho (1-2 puntos); 2 insatisfecho (3-4); 3 ni satisfecho ni insatisfecho (5-6); 4 satisfecho (7-8); 5 muy satisfecho (9-10).

Recogida de datos y fuentes de información

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario heteroadministrado y no validado que se entregó a los pacientes, inmediatamente después de finalizar la prueba. El cuestionario había sido utilizado en un estudio similar y autorizado por la Subdirección General de Calidad Asistencial del SERMAS (*Anexo 1*). Fue desarrollado y aplicado por M Arrazola-Vacas y colaboradores (11).

El "grupo control" se obtuvo a través de un cuestionario similar también heteroadministrado a aquellos pacientes que pertenecieran a ambos centros de salud y que se hubieran realizado una ecografía abdominal hospitalaria en el último año. Este cuestionario era una modificación, cambiando los términos de atención primaria por el de ámbito hospitalario y el de médico de familia por el de radiólogo. La selección de este grupo se ha efectuado de manera "oportunista", de forma que a los pacientes que acudieran por cualquier motivo a su Médico de Familia, se comprobaba en su historia clínica si tenían realizado alguna ecografía abdominal en el hospital en el último año. Tras ello, se le invitaba a participar en el estudio, y en caso afirmativo se realizaba la entrevista presencial mediante el cuestionario previamente descrito.

Análisis de datos

Se confeccionó un paquete de datos en formato R, se realizó un análisis descriptivo y se aplicó el test chi-cuadrado para conocer la relación entre las variables sociodemográficas y las variables de satisfacción de la encuesta. Posteriormente se realizó un análisis de la varianza mediante el test de ANOVA para comparar la satisfacción de la ecografía abdominal en Atención Primaria frente al Hospital. La comparación se realizó en base a los ítems (traducción numérica) del cuestionario tipo Likert aplicado en este proyecto.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el paquete R versión 3.5.3 ("Great Truth") y mediante la interfaz R Commander versión 2.5-2 (plug-in KMggplot2, ROC, NMBU, Optim Classifier, Pca Robust y Plot by Groups). El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Local (CEI).

Resultados

Se realizaron un total de 208 encuestas, de las cuales 110 (52.88%) eran de Palmeritas y 98 (47.12%) de Camas. Las encuestas de cada centro de salud se clasificaron según su procedencia, ya fuera Atención Primaria u Hospital.

Como hemos referido anteriormente, para clasificar y diferenciar las encuestas totales según el ámbito donde se realizaron, se creó una nueva variable "origen" con Primaria y Hospital como etiquetas categóricas, de forma que 88 (42.30%) encuestas de satisfacción pertenecían a pacientes cuya ecografía abdominal fue realizada en el Hospital y 120 (57.7%) a aquellos a los que le fue practicada en Primaria.

La variable origen y su relación con ambos centros de salud (Camas y Palmeritas), no arrojó diferencias significativas entre ambos centros de salud.

Con respecto a las variables sociodemográficas de tipo categórico, de todas las encuestas realizadas 110 (52.88%) pertenecen a mujeres y 98 (47.12%) a hombres. El análisis realizado para demostrar si la satisfacción de los pacientes varía en función de las variables anteriores (ocupación, sexo, nivel de estudios) no demostró diferencias estadísticamente significativas (Pruebas T para comparación de medias; $p>0.005$).

Las variables de carácter cuantitativo se describen en la *Tabla 1*. Se puede comprobar en ella que la mediana de la variable edad fue de 55 años.

Una vez analizada la satisfacción total de los pacientes en base a los ítems de las doce preguntas que contestaron, volvemos a fijar la atención en la variable "origen" que se había creado con anterioridad, ya que se observa que existe una llamativa diferencia en las medias de puntuación que los pacientes habían otorgado a cada respuesta, como queda patente en la *Figura 1*.

Figura 1. Satisfacción de los pacientes medida a través de la pregunta 6 del cuestionario (P6) (nivel de confianza) **en función de su origen** (Primaria u Hospital). Mediante el anterior diagrama de cajas y bigotes se observan puntuaciones de P6 más altas en Primaria que en Hospital.

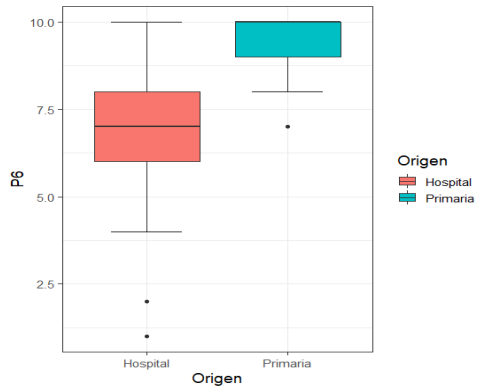
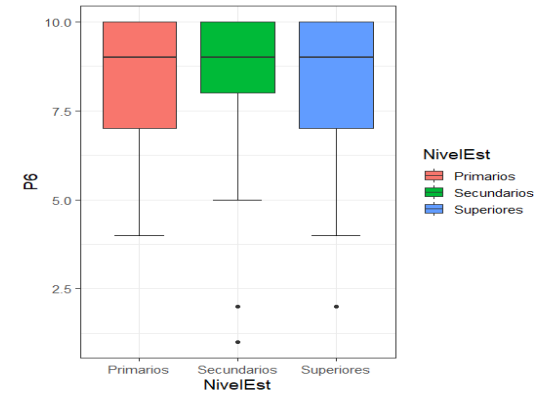


Figura 2. Satisfacción de los pacientes medida en la pregunta 6 del cuestionario (P6) (nivel de confianza) y su relación con la variable categórica nivel de estudios



Las puntuaciones de P6 han sido más altas en función de la variable origen, como se puede observar en la Figura nº 1.

Tabla 1. Descriptiva de las variables cuantitativas

Variable	Media	DE	RIQ	0%	50%	100%	n
Edad	53.45	17.19	28	20	55	87	208
P1	7.52	2.79	4.25	1	9	10	208
P2	7.60	2.81	4.25	1	9	10	208
P3	7.75	2.66	4.00	1	9	10	208
P4	8.17	1.73	3	2	9	10	208
P5	8.09	2.15	3	1	9	10	208
P6	8.46	1.75	2	1	9	10	208
P7	8.42	1.87	3	3	9	10	208
P8	8.28	2.01	3	1	9	10	208
P9	8.24	1.88	3	1	9	10	208
P10	8.28	2.07	3	1	9	10	208
P11	8.24	2.07	3	1	9	10	208
P12	8.16	2.13	3	2	9	10	208

P1 a P12 son las diferentes preguntas del cuestionario expuestas en el Anexo 1.
P1: satisfacción con el tiempo de espera hasta realización de la ecografía.
P2: satisfacción con el tiempo de espera desde el inicio de los síntomas.
P3: satisfacción con respecto a la accesibilidad.
P4: satisfacción con respecto a la comodidad.
P5: satisfacción con la información recibida.
P6: satisfacción con el nivel de confianza.
P7: satisfacción con el cuidado de la intimidad.
P8: satisfacción con respecto a la explicación recibida.
P9: satisfacción por sentirse explorado en su centro de salud.
P10: satisfacción con volverse a realizar una ecografía en su centro de salud.
P11: satisfacción con que se ofreciese ese servicio a un familiar o a un amigo.
P12: satisfacción con las expectativas de realizarse la prueba en su centro de salud.
Los estimadores estadísticos corresponden a las respuestas de los encuestados en la escala Likert.

Mediante el diagrama de cajas y bigotes no se objetivan diferencias en la mediana de satisfacción de P6 según qué nivel de estudios tenga el paciente (*Figura 2*).

Se realizó un análisis de la varianza de un factor con respecto a la variable origen (*Tabla 2*), donde se pudo comprobar que la satisfacción de los pacientes a los que se les realiza una ecografía abdominal diagnóstica en Atención Primaria es superior al Hospital, siendo estadísticamente significativo (F= 297,8; p<2e-16).

Donde más diferencia se objetiva en términos de satisfacción es en la variable "origen o tipo", es decir, en base a que la satisfacción proceda de pacientes a los que se les realiza la ecografía abdominal diagnóstica en Atención Primaria o bien de la satisfacción a nivel del Hospital (*Tabla 2*). Esta variable es por lo tanto la que más explica la variabilidad de los resultados.

Tabla 2. Análisis de la varianza (ANOVA) de un factor de la pregunta 1 del cuestionario (P1- Tiempo de espera hasta realización) con respecto a las variables categóricas de este proyecto (nivel de estudios, ocupación, sexo y origen o tipo). La mayor significación estadística se obtiene en la variable origen o tipo (p<2e-16).

	Factor	Valor de F	P
P1	Nivel de estudios	4.168	0.0168
P1	Ocupación	4.442	0.00183
P1	Sexo	2.258	0.134
P1	Origen o Tipo (Primaria/Hospital)	297.8	<2e-16
P1	Centro de Salud (Camas/Palmeritas)	5.609	0.0188

Discusión

El objetivo principal del estudio ha sido conocer el grado de satisfacción de los pacientes a los que el médico de familia les realiza una ecografía abdominal con fines diagnósticos. Diversas variables sociodemográficas han sido incluidas para valorar su posible influencia en dicha satisfacción. Adicionalmente se ha creado una nueva variable "origen o tipo" para comparar la realización de dicha prueba en Atención Primaria con la radiología hospitalaria.

Asumiendo el diseño epidemiológico, la utilización de un cuestionario no validado y los diferentes sesgos que se hayan podido cometer, los resultados obtenidos en este estudio han logrado modelar el alto grado de satisfacción en la prueba realizada por el médico de familia en comparación con el radiólogo del hospital. No han influido significativamente factores como la ocupación, el sexo o el nivel de estudios. La variable tipo u origen es la que más explicaba la variabilidad de los resultados.

Plaza et al. (13) evaluaron el grado de satisfacción de pacientes y médicos generales tras la implantación de un modelo mixto de relación, asistencial y de consultoría, entre médicos de AP y neumólogos. El porcentaje alcanzado de aceptación al modelo superaba el 90%; al compararlo con el modelo previo, la aceptación por parte de los médicos es del 100% y de los pacientes del 64%.

En el trabajo de Gómez Langley et al. (14), encontraron un alto grado de satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos de cirugía menor en AP: entre los resultados obtenidos, destacamos que el 80% de los

pacientes que previamente habían tenido una intervención hospitalaria respondieron que la intervención en AP fue igual o mejor. Por el contrario, hay discrepancias como las encontradas en revisiones sistemáticas, por ejemplo, la de Barrasa y Aibar (15), en la que sí que se observaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados en función de la atención recibida, el estado de salud y las características del paciente.

Independientemente del origen y características del paciente, el agilizar la realización de una determinada prueba con el consiguiente diagnóstico clínico y orientativo hacia una determinada patología puede mejorar las listas de espera y las derivaciones al médico hospitalario, y calma en muchas ocasiones los niveles de angustia y ansiedad que generan la incertidumbre de un diagnóstico. La WONCA ha hecho un manifiesto acerca de la importancia de este desarrollo (16). La atención primaria europea se decanta claramente en esta publicación por la utilización de los POCUS.

Unas de las fortalezas de este artículo es la utilización del análisis de la varianza de un factor para las comparaciones de los valores numéricos de los ítems de la escala Likert utilizada. En revistas de prestigio, a veces, se publican estudios con un diseño semejante, pero en los que tan sólo se utilizan pruebas T en las comparaciones (17). Nosotros pensamos que la utilización de la ANOVA es necesaria por la tendencia de los valores numéricos repetidos de acercarse a la media aritmética. Las pruebas T no contemplan la mayor o menor influencia de cada una de las variables.

Como limitaciones, se han tenido en cuenta el diseño del mismo (observacional y transversal) y la no validación de la escala que se ha propuesto para analizar la satisfacción del paciente. En un futuro se puede diseñar un estudio para la validación de este cuestionario (Validez de contenido, consistencia interna y fiabilidad test-retest). Es evidente que una muestra más amplia permitiría conclusiones más potentes.

Un diseño transversal no permite hacer inferencias causales. Asimismo, el conocimiento del médico que realice la ecografía sobre dicha técnica podría condicionar la satisfacción general del paciente, ya que es una técnica operador dependiente, y puede haber diferencias en este sentido. Hay que considerar también un posible sesgo de memoria en el grupo “control” al ser contestadas las encuestas tiempo después de realizarse la ecografía, si bien el periodo posterior desde que se efectúa la ecografía hasta que se cumplimenta el cuestionario es solo de un año. En este grupo pueden producirse adicionalmente el efecto Hawthorne. Otro posible sesgo es el de complacencia por parte del paciente al médico, que se sabe encuestado por este (18, 19).

En base al cuestionario empleado como instrumento de medida, podemos afirmar que la satisfacción percibida en los pacientes fue significativamente mayor en las ecografías abdominales realizadas en atención primaria con respecto al nivel hospitalario. Esta superioridad fue manifiesta en los tres tipos de ítems (de estructura, de competencia profesional percibida y de satisfacción general). El origen (primaria/hospital) es el que mejor explica la variabilidad de los resultados.

Anexo 1. Cuestionario de satisfacción en Atención Primaria con los ítems agrupados por categorías [11]		
Categorías	**Nº ítem**	**Enunciado de los ítems**
Variables de estructura	1	Con relación al tiempo de espera desde el inicio de los síntomas de su malestar hasta la realización de la ecografía en el centro de salud, se sintió:
	2	Con relación al tiempo de espera desde el inicio de los síntomas de su malestar hasta la realización de la ecografía en el centro de salud, teniendo en cuenta la posible lista de espera en el hospital, se sintió:
	3	Con relación a la accesibilidad de poder realizarse una ecografía en su centro de salud por un médico de familia sin tener que desplazarse al medio hospitalario, usted se siente:
	4	Con relación al grado de comodidad de la sala donde se realizó la ecografía, se sintió:
Variables de competencia profesional percibida	5	Con relación a la información que el médico de familia le brindó antes de hacerle la ecografía, usted se sintió:
	6	Con relación al nivel de confianza que le inspira que sea el médico de familia quien realice la ecografía en el centro de salud, usted se siente:
	7	Con relación al cuidado que se ha tenido con su intimidad al realizarle le ecografía, usted está:
	8	Con relación a la explicación que le dio el médico de familia tras serle practicada la ecografía en el centro de salud, se ha sentido:
Variables relacionadas con la satisfacción general	9	Con relación al saberse explorado mediante ecografía por un médico de familia en comparación con un especialista del hospital, usted se siente:
	10	Si se le volviera a usted a ofrecer la realización de una nueva ecografía en el centro de salud, realizada por un médico de familia, se sentiría:
	11	Si se le ofreciese la realización de una ecografía a un familiar o amigo suyo en el centro de salud por un médico de familia, usted se sentiría:
	12	Con relación al cumplimiento de sus expectativas respecto de esta prueba en el centro de salud, usted se siente:
Modificada de Arrazola-Vacas M, de Hevia-Payá J, Rodríguez-Esteban L. ¿Qué factores ayudan a explicar la satisfacción con la Atención Primaria en España? Rev Calid Asist. 2015; 30 :226-236.		

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo Cebrián A, López García-Franco A, Short Apellaniz J. Point of Care Ultrasound in Primary Care. Is it a high-resolution tool? Aten Primaria. 2018; 50 :500–8. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.007
2. Andersen CA, Holden S, Vela J, Rathleff MS, Jensen MB. Point-of-care ultrasound in general practice: A systematic review. Ann Fam Med. 2019; 17:61–9.
3. Conangla-Ferrin L, Guirado-Vila P, Solanes-Cabús M, Teixidó-Gimeno D, Díez-García L, Pujol-Salud J, et al. Ultrasound in primary care: Consensus recommendations on its applications and training. Results of a 3-round Delphi study. Eur J Gen Pract. 2022;28:253–9.
4. Khan MAB, Abu-Zidan FM. Point-of-care ultrasound for the acute abdomen in the primary health care. Turkish J Emerg Med. 2020;20:1–11.
5. Isabirye N, Kisa R, Santos N, Shah S, Mulowooza J, Walker D, et al. Ultrasound at labour triage in eastern Uganda: A mixed methods study of patient perceptions of care and providers' implementation experience. PLoS One. 2021;16:1–16. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0259770
6. Andersen CA, Brodersen J, Rudbæk TR, Jensen MB. Patients' experiences of the use of point-of-care ultrasound in general practice – a cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2021;22:1–11. https://doi.org/10.1186/s12875-021-01459-z.
7. Andersen CA, Guetterman TC, Fetters MD,

Brodersen J, Davidsen AS, Graumann O, et al. General Practitioners' Perspectives on Appropriate Use of Ultrasonography in Primary Care in Denmark: A Multistage Mixed Methods Study. Ann Fam Med.2022;20:211–9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35606122/

8. Aakjær Andersen C, Brodersen J, Davidsen AS, Graumann O, Jensen MBB. Use and impact of point-of-care ultrasonography in general practice: A prospective observational study. BMJ Open. 2020;10 (9). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32948563/
9. Pertierra-Galindo N, Salvo-Donangelo L, Salcedo-Joven MI, Román-Crespo B, Froilán Torres MC. Study of patient satisfaction when performing an ultrasound in Primary Care. SEMERGEN. 2019;45:239–50. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.08.007.
10. Sánchez-Duque JA, Muñoz-Marín GA: Ecografía a pie de cama en atención primaria. Aten Primaria. 2022;54:102-9. https://doi.org: 10.1016/j.aprim.2022.102474
11. Arrazola-Vacas M, de Hevia-Payá J, Rodríguez-Esteban L. ¿Qué factores ayudan a explicar la satisfacción con la Atención Primaria en España? Rev Calid Asist. 2015; 30:226-236.
12. Howard ZD, Noble VE, Marill KA, Sajed D, Rodrigues M, Bertuzzi B, et al. Bedside ultrasound maximizes patient satisfaction. J Emerg Med. 2014;46: 46-53.
13. Plaza V, Rodríguez Trigo G, Peiró M, Fernández S, Nolla T, Puig J, et al. Grado de satisfacción de médicos y pacientes en atención primaria con un nuevo esquema asistencial neumológico. Arch Bronconeumol. 2003;39: 57-61.
14. Gómez Langley SL, Sánchez Laguna FJ, Portero Bolaños A, Martín Blanco R. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria. 2008;40: 267-268.
15. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. Rev Calid Asist. 2003;18: 580-590.
16. Poppleton A, Tsukagoshi S, Vinker S, Heritier F, Frappé P, Dupont F, et al. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians (WONCA) Europe position paper on the use of point-of-care ultrasound (POCUS) in primary care. Prim Health Care Res Dev. 2024; 25:e21. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38651341/
17. Grinberg K, Yisaschar-Mekuzas Y: Assessing Mental Health Conditions in Women with Gestational Diabetes Compared to Healthy Pregnant Women. Healthcare (Basel). 2024; 12(14):1438. doi: 10.3390/healthcare12141438.
18. Delgado-Rodríguez M, Llorca J. Bias. J Epidemiol Community Health. 2004;58:635-41. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15252064/
19. Simões RAG, Weydmann G, Decker R, Benvenuti MFL, Muñoz MA, Bizarro L. Statistical process control charts for better analysis of sequential data in psychology: The case of illusion of control experiments. Behav Res Methods. 2022;54:475-492. doi: 10.3758/s13428-021-01619-0.

ORIGINAL BREVE

Patologías ginecológicas más prevalentes atendidas y el grado de satisfacción de las pacientes en Atención Primaria

Most prevalent gynaecological pathologies attended and the degree of patient satisfaction in primary care

De la Cruz Castellano A[1], Linares Canalejo A[2], Santos Estudillo MI[3]

[1]Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Gallego Arroba, Puente Genial. Córdoba

[2]Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica, Huelva

[3]Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden, Huelva

Recibido el 25-02-2024; aceptado para publicación el 24-03-2025.

Med fam Andal. 2025:1: 21-27

Correspondencia: Anaís Linares Canalejo, mail: anaislc@hotmail.com

Título: patologías ginecológicas más prevalentes atendidas y el grado de satisfacción de las pacientes en Atención Primaria.

Objetivo: analizar el número y las patologías ginecológicas más frecuentes en atención primaria, cuantificar las derivaciones al servicio de ginecología y valorar el grado de satisfacción de las mujeres con la atención médica recibida en atención primaria.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud rural.

Población y muestra: mujeres >14 años que demandaron atención relacionada con la salud sexual y reproductiva, atendidas en una "consulta de la mujer" específica del centro de salud durante 6 meses.

Intervenciones: auditoría de historias clínicas y encuesta de satisfacción de las mujeres.

Resultados: se reclutaron 101 mujeres. El uso de anticonceptivos (29%), la patología vulvovaginal (23%), el sangrado menstrual abundante (14%) y la realización de citologías (10%) fueron las consultas más frecuentes. Sólo un 15,8% de las mujeres necesitaron derivación a Ginecología. Todas las mujeres se mostraron satisfechas con la atención recibida y con la resolución del motivo de consulta. El 84,2% volvería a consultar directamente con su médico de familia, un 2% preferiría una valoración exclusiva en ginecología, mientras que el restante 13,9% aceptaría una valoración por ambas especialidades (médico de familia y ginecología).

Conclusiones: con este estudio se demuestra que el trabajo de los profesionales de atención primaria, es de gran calidad y satisfacción tanto para los usuarios como para el sistema andaluz de salud. Por ello aumentado la formación, así como el tiempo y los recursos, se podría incrementar la resolución de estos problemas de salud desde atención primaria y mejorar la satisfacción de las mujeres atendidas.

Palabras clave: salud de la mujer, atención primaria, planificación del desarrollo familiar, relaciones médico-paciente, satisfacción personal.

SUMMARY

Title: most prevalent gynaecological pathologies attended and the degree of patient satisfaction in primary care.

Objective: to analyse the number and most frequent gynaecological pathologies in primary care, to quantify referrals to the gynaecology service and to assess the degree of satisfaction of women with the medical care received in primary care.

Design: cross-sectional descriptive study.

Location: rural health centre.

Population and sample: women >14 years old who requested sexual and reproductive health care, attended in a specific 'women's consultation' of the health centre during 6 months.

Interventions: audit of medical records and women's satisfaction survey.

Results: 101 women were recruited. Contraceptive use (29%), vulvovaginal pathology (23%), heavy menstrual bleeding (14%) and cytology (10%) were the most frequent consultations. Only 15.8% of women required referral to gynaecology. All the women were satisfied with the care received and with the resolution of the reason for the consultation. 84.2% would consult again directly with their family doctor, 2% would prefer an assessment exclusively in gynaecology, while the remaining 13.9% would accept an assessment by both specialties (family doctor and gynaecology).

Conclusions: this study shows that the work of primary care professionals is of great quality and satisfaction for both users and the Andalusian health system. Therefore, by increasing training, as well as time and resources, it would be possible to increase the resolution of these health problems in primary care and improve the satisfaction of the women attended.

Key words: Women's Health, Primary Care, Family Development Planning, Physician-Patient Relations, Personal Satisfaction.

Introducción

En Atención Primaria (AP) se abordan múltiples patologías, de las cuales, las consultas ginecológicas son de las causas de mayor interés para las mujeres de todas las áreas sanitarias de Andalucía. La principal función de este tipo de consultas es la prevención y promoción de la salud de la mujer.

La atención a la mujer en el área obstétrico-ginecológica es una más de las atribuciones del médico de familia (3), con capacidad para diagnosticar y tratar aquellas enfermedades más prevalentes con el fin de cubrir las mayores necesidades de la población, reduciendo así las derivaciones innecesarias hacia la Atención Especializada Hospitalaria (3;5), las demoras en asistencia y listas de espera (5;9). Estas consultas al área de salud sexual y reproductiva de la mujer también incluyen, de forma específica, actividades de prevención y promoción. En Andalucía existen varios programas destacados que se llevan a cabo en los centros de salud: la atención al embarazo, la planificación familiar (4,2) y el diagnóstico precoz de cáncer de cérvix y mama (1,11). Por su novedad, destaca la indicación, inserción y retirada de los anticonceptivos de larga duración, tanto dispositivo intrauterino (DIU) como Implante subcutáneo (7,10) en muchos centros de salud de Andalucía. No obstante, la atención a las mujeres no está igual de implantada en todas las zonas básicas de salud, con una heterogeneidad en la implantación de la cartera de servicios.

La experiencia de los médicos de familia, así como aquellos especialistas en formación (médicos residentes), en esta área de atención específica a la mujer es muy satisfactoria tanto para profesionales como para las mujeres que son atendidas en AP, facilitando la accesibilidad a las mujeres a una atención que, en otras comunidades autónomas, quedan relegadas a la atención hospitalaria (6,8).

Con la idea de mejorar la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, del área sanitaria norte de Huelva, se elaboró un

protocolo de forma conjunta con el servicio de ginecología del hospital de referencia (Riotinto), incluyendo tanto la atención a patología ginecológica de complejidad media-baja como la planificación familiar. Este protocolo estaba especialmente dirigido a los consultorios rurales, para mejorar la accesibilidad a este tipo de atención médica. Con la presente investigación se pretendió cuantificar los motivos de consultas ginecológicas más prevalentes en AP y las necesidades de realizar una consulta al servicio de ginecología, así como evaluar el grado de satisfacción de las pacientes en la relación médico-paciente en AP tras la implantación de dicho protocolo.

Sujetos y métodos

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo, mediante un muestreo sistemático consecutivo de las mujeres que acudieron a consulta por un motivo relacionado con el área ginecológica. El tiempo total de realización del estudio fueron de 6 meses.

Se incluyeron en el estudio a mujeres mayores de 14 años, registradas en el centro de salud de Valverde del Camino (Huelva), que demandaron atención ginecológica en cada uno de los cupos médicos. A todas ellas se les ofreció ser atendidas en una consulta específica denominada "consulta de la mujer" mediante un protocolo de actuación consensuado con el servicio de Ginecología del hospital de referencia (Riotinto). Las mujeres que eligieron libremente ser atendidas en la consulta de la mujer, se les facilitó una hoja de información y se les explicó previamente el motivo del estudio, tras lo que firmaron un consentimiento informado para la recogida de sus datos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de referencia. Las variables se recogieron en la misma consulta, y fueron:

- Motivo de consulta
- Necesidad de derivación al servicio de ginecología.
- Uso o recomendación de un método de planificación familiar.
- Satisfacción de la mujer con la atención recibida (mediante una encuesta de elaboración propia, donde se registró 4 preguntas):
  - » **Resolución:** ¿Se le ha ayudado a resolver su motivo de consulta?
  - » **Satisfacción:** ¿Se ha sentido incómoda o insatisfecha con la actuación del médico?
  - » **Reconsulta:** ¿Volvería a consultar al médico de Atención Primaria por una patología ginecológica o preferiría ser valorada por ginecología?
  - » Puntúe del 0-10, su satisfacción con la atención del Médico.

Para el análisis de los datos fue utilizado el programa estadístico SPSS (versión 16). Se realizó un estudio estadístico descriptivo obteniendo la media y desviación típica para las variables cuantitativas y porcentajes y distribuciones de frecuencias para las variables cualitativas. Se utilizó el programa Excel como complemento para la tabulación y gráficas de resultados.

Resultados

Participaron en el estudio 101 mujeres. Ninguna mujer rechazó ser atendida en esta consulta ni su inclusión en el estudio. Los motivos de consulta más frecuentes fueron los métodos anticonceptivos (29%), el sangrado menstrual abundante (14%), la patología inflamatoria vulvovaginal (24%) y la realización de citologías dentro del programa de detección precoz del cáncer de cuello uterino (10%) (*Tabla 1*). Solo un 15,8% de las muje-

res necesitaron una derivación al servicio de ginecología, sobre todo para el uso de anticonceptivos (DIU e implanon NXT) (32%) y el sangrado menstrual abundante (25%) (*Tabla 1*).

Un total de 45 mujeres (44,5%) solicitaron un método anticonceptivo (*Tabla 2*). Solo fue necesaria la derivación al servicio de ginecología de 8 mujeres (18%) a quienes se le indicó un DIU como método de planificación familiar. El resto fueron atendidas en la consulta de la mujer de Atención Primaria, con una mayoría de uso de métodos anticonceptivos hormonales orales (40%), destacando el uso del implante anticonceptivo de etonogestrel (7%).

Se analizó la satisfacción de las usuarias (mediante la encuesta) tras la atención en la consulta de la mujer, obteniendo los siguientes datos:

- Resolución: 100% de las pacientes comentaron que se le había ayudado a resolver su motivo de consulta.
- Satisfacción: 100% de las mujeres se mostraron muy satisfechas con el trato dispensado por el médico de familia.
- Reconsulta: 84.2% respondió que consultaría directamente con su médico de familia. 14% contestó que le gustaría ser valorada por ambas especialidades (médico de familia y ginecología). El 2%, contestó que consultaría directamente con el ginecólogo.

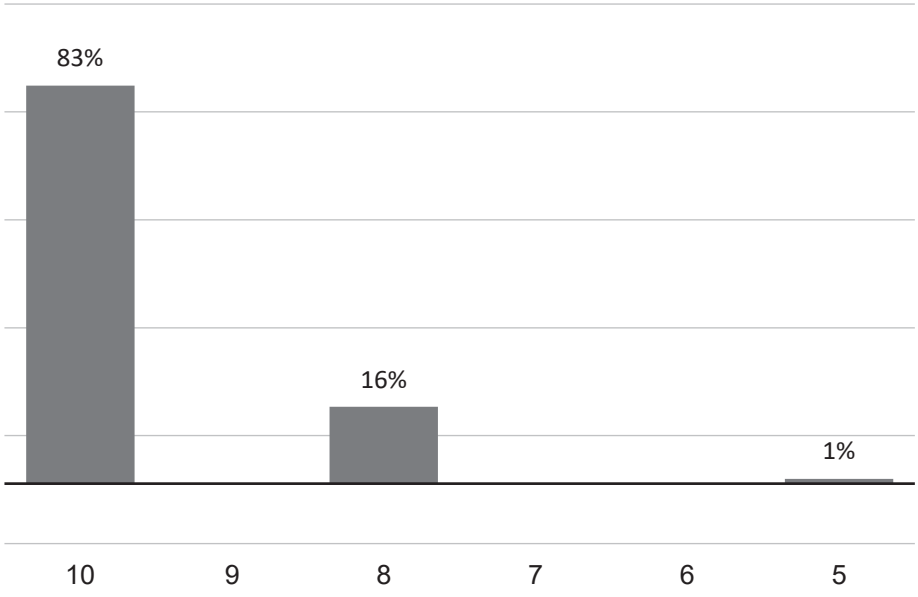
Tabla 1. Patología ginecológica consultada y derivación

Patología ginecológica	Consulta de la mujer en centro de salud	Derivación al servicio de Ginecología	**Total**
Amenorrea	2	0	2 (2%)
Anticonceptivos	24	5	29 (29%)
Atrofia vulvovaginal	11	0	11 (11%)
Citología	10	0	10 (10%)
Citología alterada	0	1	1 (1%)
Coitalgia	0	1	1 (1%)
Dismenorrea	4	0	4 (4%)
Dispareunia	2	0	2 (2%)
Hipermenorrea	1	1	2 (2%)
Liquen escleroso vulvar	1	0	1 (1%)
Metrorragias	2	2	4 (4%)
Metrorragias postmenopausia	0	1	1 (1%)
Oligoamenorrea	5	0	5 (5%)
Prolapso vesical	1	0	1 (1%)
Sangrado menstrual abundante	10	4	14 (14%)
Vulvovaginitis	12	1	13 (13%)
Total	85 (84,2%)	16 (15,8%)	**101 (100%)**

Tabla 2. Anticonceptivos y derivación al servicio de ginecología

Anticonceptivos	Consulta de la mujer en	Derivación al servicio de	Total
Oral	18	0	18 (4%)
Colocación DIU	0	8	8 (18%)
Retirada de DIU	5	0	5 (11%)
Implante Subcutáneo	3	0	3 (7%)
Anillo Vaginal	1	0	1 (2%)
Parche	1	0	1 (2%)
Ninguna elección	9	0	9 (2%)
Total	37 (82%)	8 (18%)	45 (100%)

Figura 1. Grado de satisfacción de las mujeres con la atención médica en la "consulta de la mujer" del centro de salud



Escala Likert: 10 muy satisfecha, 0 nada satisfecha.

Discusión

La "consulta de la mujer" ha sido muy aceptada entre la población femenina atendida en Atención Primaria, dando respuesta a muchos problemas de salud específicos y con un contenido preventivo y de promoción de la salud. Además, solo un pequeño porcentaje de las consultas precisaron una derivación al servicio de ginecología, siendo la causa la necesidad de realizar pruebas complementarias (como las anomalías del sangrado menstrual) o técnicas específicas (como la inserción del DIU) (1,6,8). Hay que destacar la ausencia de formación completa y dirigida de las investigadoras y médicas de la consulta de la mujer desde Atención Primaria para la colocación de DIU, cuyo uso es desigual en el Servicio Andaluz de Salud y depende muchas veces de la formación autodidacta del médico y de la capacidad organizativa y de recursos del centro de salud (7,11).

Los motivos de consulta debidos a anomalías del sangrado menstrual e infecciones/inflamaciones vulvovaginales son muy frecuentes, y pueden ser diagnosticadas y tratadas en su mayoría en Atención Primaria (3). De igual manera, la petición de un método de planificación familiar y la realización de citologías como cribado del cáncer de cuello uterino son excelentes oportunidades para realizar educación para la salud y promover hábitos sexuales saludables. Pese a la implantación desde hace décadas del programa de cribado en todos los centros sanitarios, no todas las mujeres lo conocían, lo que debe dar lugar a una reflexión sobre los motivos de este desconocimiento en las mujeres andaluzas y la manera de potenciarlo a través de una mayor información poblacional.

El estudio puede presentar algunas limitaciones en el reclutamiento debido al corto periodo de tiempo para su ejecución y al muestreo sistemático realizado. El estudio es unicéntrico, lo que limita la extrapolación de los datos a nivel poblacional. Por último, hay que contemplar la subjetividad de la encuesta de satisfacción en cuanto a puntuación final, tanto por el uso de un cuestionario no validado como por el sesgo de deseabilidad social.

La formación continuada y la adquisición de habilidades por parte del médico de familia es de gran utilidad en la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer (5,9). Este tipo de atención médica, junto al tiempo y recursos necesarios para llevarla a cabo, permitiría mejorar la accesibilidad y disminuiría la necesidad de realizar derivaciones al hospital (2). Es especialmente llamativo que el 100% de las mujeres atendidas estuvieran satisfechas con la atención por parte del médico de familia para estas patologías. La gran mayoría no necesitaron más estudios que los realizados en la consulta, mientras que las mujeres que necesitaron derivación, entendieron y agradecieron las explicaciones y la empatía de las médicas. La cercanía, el trato amable y la competencia profesional han sido claves para el buen desarrollo de la "consulta de la mujer".

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Ayudas a la investigación

Este estudio ha contado con financiación a través de un premio de "ayudas a la investigación SAMFyC -Isabel Fernández-, expediente PI204/22" de la Fundación SAMFyC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Páez Borda A, Redondo González E, Ríos González E, Linares Quevedo A, Sáenz Medina J, Castillón Vela I. Adecuación de las derivaciones desde Atención Primaria a un Servicio de Urología. Actas Urol. Esp. 2007;31.

2. Salud sexual [Internet]. Junta de Andalucía. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/servicios/salud-sexual.html

3. Núñez Ocaña C. Análisis e incidencia de motivos derivación a consulta de ginecología desde atención primaria. TFG. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid; 2021.

4. Planificación familiar/métodos anticonceptivos [Internet]. Who.int. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

5. Bailón Muñoz E, Delgado Sánchez A, Arribas Mir L, Melguizo Jiménez M. La atención a las mujeres en atención primaria. Elsevier. Aten Primaria. 1996;17:483-485. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo- la-atencion-mujeres-atencion-primaria-14255

6. Pérez Martín Á, López Lanza JR, Dierssen Sotos T, Villa Puente M, Raba Oruña S, del Río Madrazo JA. Análisis de las derivaciones hospitalarias desde un servicio de urgencias de Atención Primaria durante un año. Semergen [Internet]. 2007;33(7):341–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593(07)73912-6

7. Castillo Lacerda LDR, Cipriano de Arma J, Gama Paes L, Ferreira Siqueira E, Brandes de Acevedo Ferreira LB, da Rosa Turatti Fetzner R et al. Inserción de dispositivo intrauterino por enfermeras de atención primaria. Enferm Foco. 2021(Sup.1):99-104. Disponible en: https://enfermfoco.org/es/article/insercion-de-dispositivo-intrauterino-por- enfermeras-de-atencion-primaria/

8. Rodríguez Alcalá FJ, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández N, López de Castro F, Sánchez Ramiro A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. Aten Primaria [Internet]. 2005 [citado el 25 de febrero de 2024];36(3):137–43. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-motivos- interconsulta-entre-atencion-primaria-13077482

9. Rodríguez Rodríguez R, Moreno Gómez AI, Polentinos Castro E, Triano Sánchez R, González Fernández C, Martínez Alsina N et al. Salud, mujer y atención primaria. SoMaMFyC. Madrid. Disponible en: https://gdtmujersomamfyc.wordpress.com/

10. Soto F, Delgado AE, Becerra MJ, Gullamón M, Jiménez S. DIU en atención primaria. Medicina Integral. 2003;41(3):162- 169. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13046291

11. Trillo Fernández C, Navarro Martín JA, Alonso Llamazares MaJ, Gotor Montoro S, Tijeras Úbeda Ma J, Naranjo Ratia MaC. Anticoncepción y Salud Sexual (SAMFyC-SAC-SEMERGEN). Granada: La Ideal; 2021. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2023/02/Anticoncepcion_y_SS_2021_SAMFyC_SAC_SEMERGEN_bbb.pdf

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Apendicitis aguda: revisión

Acute appendicitis: Review

Mengíbar Cabrerizo P

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

Recibido el 24-03-2025; aceptado para publicación el 03-04-2025.

Med fam Andal. 2025:1: 28-37

Correspondencia: Pedro Mengíbar Cabrerizo, mail: puntodepartida27@gmail.com

Resumen

La apendicitis aguda (AA) es una inflamación del apéndice cecal, generalmente provocada por la obstrucción de su luz y exacerbada por la flora bacteriana del colon. Este artículo revisa los aspectos anatómicos, epidemiológicos y etiopatogénicos de esta enfermedad, destacando su alta incidencia como causa de abdomen agudo y las complejidades asociadas a su diagnóstico y manejo, especialmente en poblaciones vulnerables.

Puntos Clave

- Ante todo dolor en fosa ilíaca derecha, se debe realizar un diagnóstico diferencial que incluya la sospecha de apendicitis aguda.
- La apendicitis aguda representa la causa más común de abdomen agudo (incidencia de 1 caso por cada mil personas).
- La quinta parte de los casos se presentan como apendicitis perforada, habitualmente con fiebre elevada (>38,5ºC).
- Los síntomas de más utilidad clínica para confirmar la apendicitis aguda son el dolor en fosa ilíaca derecha y su migración característica (cronología de Murphy).
- La sintomatología clásica aparece solo en el 50% de los casos, en el resto se aprecian síntomas atípicos relacionados con la localización del apéndice.
- Los signos clínicos más útiles para confirmar una apendicitis aguda son la defensa involuntaria y el signo del psoas.
- La ecografía es una herramienta diagnóstica muy útil en Atención Primaria por su alta especificidad y coste-eficacia.
- Las escalas o score nos pueden servir para seleccionar a los pacientes con mayor probabilidad de padecer una apendicitis aguda.

Definición

La apendicitis aguda se caracteriza por la inflamación del apéndice vermiforme, habitualmente secundaria a la obstrucción luminal por fecalitos, hiperplasia linfoide, infecciones, parásitos o neoplasias. Este evento desencadena una respuesta inflamatoria que puede complicarse por trombosis vascular, necrosis tisular y perforación. El apéndice, histológicamente diferente al ciego por la presencia de linfocitos B y T en la mucosa y submucosa de su lámina propia, desempeña un papel inmunológico en la producción de IgA (1). Sin embargo, este tejido linfoide se atrofia con la edad (2).

Anatomía del apéndice vermiforme

El apéndice es un órgano tubular de 6 a 10 cm de longitud, implantado en el ciego, a 2-3 cm por debajo de la unión ileocecal. Está en relación a nivel anterior con la pared abdominal y el músculo iliopsoas y plexo lumbar a nivel posterior (3,4). Aunque la base de implantación del apéndice es constante, su posición es variable debido a factores embriológicos que determinan su relación con las estructuras adyacentes, existiendo algunas anomalías a tener en cuenta para el diagnóstico (5):

- **Retrocecal** (25%) (6): puede ser fijo por adherencias peritoneales detrás del ciego o libre (fijado detrás de un ciego flotante o de un colon ascendente libre).
- **Pélvica** (5%): el apéndice es largo como un meso estirado sumergido en la cavidad pélvica y en relación con vejiga, recto, útero, ovarios y ligamento ancho.
- **Mesocelíaca** (1%): orientado hacia dentro, pasa por detrás de la última asa de intestino delgado hacia posterior del mesenterio.
- **En forma de embudo:** anomalía banal, pero no rara, con una base de implantación en el polo inferior del ciego.

Epidemiología

La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo, con una incidencia estimada de 100 casos por cada 100.000 habitantes (7). Es más frecuente entre la segunda y tercera década de vida, con una relación hombre: mujer de 1.3:1. (7,8) En un 20% de los casos, se presenta como apendicitis perforada, lo que incrementa significativamente la morbimortalidad, especialmente en pacientes mayores de 75 años, pudiendo alcanzar un 11% de mortalidad en la población mayor de 85 años (10). Como dato en nuestro país, en un estudio observacional realizado en la Comunidad Valenciana durante 10 años (1998-2007), de los 42.742 casos de apendicitis estudiados durante este período se contabilizaron 171 muertes (0.38%), concluyendo que la mortalidad está relacionada con la edad y la presencia de apendicitis perforada (10).

Etiopatogenia y factores de riesgo

La causa de la apendicitis aún no se conoce por completo. El origen de la apendicitis aguda es multifactorial, destacando como factores de riesgo la dieta baja en fibra (11,12), la edad, el sexo (mayor incidencia en varones jóvenes), grupos sociales y raza (13). La apendicitis es más común en países desarrollados donde existe un consumo de comida precocinada y dieta pobre en fibra. La patogénesis se centra en la obstrucción luminal del apéndice que puede ser secundaria a fecalitos, hiperplasia linfoide, infecciones, parásitos o tumores (4,14), aunque no siempre se puede identificar la causa (4, 14). Esta obstrucción genera un aumento de la presión intraluminal e intramural, favorece la progresión de la inflamación y puede provocar trombosis e isquemia de pequeños vasos, necrosis de la pared y perforación por

sobrecrecimiento bacteriano. En condiciones normales, el apéndice es reservorio de Escherichia coli y Bacteroides spp. (15, 16). El mecanismo de obstrucción varía según la edad. En pacientes jóvenes predomina la hiperplasia linfoide secundaria a infecciones y la formación de fecalitos. En pacientes mayores está en relación con fibrosis, procesos neoplásicos o fecalitos (17).

Anatomía patológica

La evolución de la apendicitis aguda puede clasificarse en cinco estadios según los hallazgos histopatológicos, reflejando la progresión del daño inflamatorio y sus complicaciones. Estos grados se describen a continuación (4, 18, 19, 20):

- **Grado 0 o Apendicitis Blanca (11%):** en este estadío inicial, no se identifican cambios histopatológicos relevantes en el apéndice, aunque pueden presentarse síntomas clínicos inespecíficos.
- **Grado I o Apendicitis Catarral (33%):** caracterizado por edema local y aumento de la presión intraluminal. Este grado representa la fase inicial de inflamación, con mínima afectación estructural.
- **Grado II o Apendicitis Flegmonosa (26%):** se observa ulceración de la mucosa apendicular e invasión bacteriana de la pared del apéndice, con inflamación más extensa y significativa.
- **Grado III o Apendicitis Gangrenosa (15%):** en esta fase avanzada, la necrosis isquémica afecta la totalidad de la pared del apéndice, asociada con la formación de un absceso localizado.
- **Grado IV o Apendicitis Perforada (15%):** etapa terminal caracterizada por perforación apendicular, distensión significativa, formación de abscesos locales y peritonitis, frecuentemente con afectación del ciego adyacente.

Esta clasificación refleja la progresión de la apendicitis desde las fases iniciales hasta las complicaciones más severas, facilitando el entendimiento de su manejo clínico y quirúrgico.

Síntomas y signos diagnósticos

- **Anamnesis y síntomas**

La presentación clásica de apendicitis se suele iniciar con un dolor en epigastrio o periumbilical persistente y desagradable de 12 a 24 horas de evolución, que corresponde con la obstrucción de la luz apendicular. Este dolor inicial posteriormente migra hacia fosa iliaca derecha (*Figura 1*), como signo de irri-

Figura 1. Migración clásica del dolor de apendicitis aguda desde epigastrio a fosa ilíaca derecha

¿Dónde dolía al principio?	¿Dónde duele ahora?
φ	φ

Tabla 1. Sintomatología de la apendicitis aguda y su capacidad diagnóstica (25, 26, 27)		
Síntoma	Prevalencia	Valor predictivo positivo
Dolor abdominal	>95%	7,9
Anorexia	>90%	2,0
Náuseas	>70%	
Vómitos	75%	
Migración de dolor a fosa ilíaca derecha	60%	3,18 a 4,0
Fiebre	20%	
Diarrea	16%	
Estreñimiento	16%	

tación peritoneal, acompañado de anorexia, náuseas y vómitos de origen reflejo y contenido alimenticio o bilioso. A esta secuencia se le conoce como cronología Murphy y los síntomas como triada de Murphy (21, 22, 23). Esta cronología solo se presenta en el 50% de los casos (21, 22, 23, 24). La fiebre, en caso de estar presente, suele ser inferior a 38˚C y si la temperatura es superior, deberá sospecharse una apendicitis complicada. La asociación de fiebre y leucocitosis además de los síntomas descritos anteriormente se conoce como pentada de Murphy (23).

Los síntomas más frecuentes y su valor predictivo se muestran en la *tabla 1* (25,26, 27), dependiendo en gran medida de la disposición del apéndice. En la apendicitis retrocecal, la clínica puede asociar dolor lumbar, urgencia miccional, tenesmo vesical y diarrea. En la apendicitis pélvica el paciente puede describir un dolor a nivel suprapúbico asociado a disuria, polaquiuria y tenesmo vesical por la cercanía del apéndice con la vejiga.

Existen otras asociaciones de síntomas que pueden alertarnos sobre la presencia de apendicitis aguda, la triada de Cope descrita como la asociación de dolor abdominal, vómitos alimenticios y febrícula aparece en el 75% de los pacientes (24). La triada de Dieulafoy compuesta por hiperestesia cutánea, contracción muscular refleja en fosa ilíaca derecha y dolor en punto de Mc Burney (*Figura 2*), si se asocia a la triada de Murphy son altamente sugestivas de apendicitis aguda (15,28).

- **Exploración física**

No suele existir una alteración de los signos vitales, con excepción de la temperatura, con un estado general habitualmente bueno, aunque puede deteriorarse en fases avanzadas. El paciente puede adoptar una posición antiálgica en decúbito supino con los muslos flexionados a medida que avanza el cuadro y el dolor migra a fosa ilíaca derecha (28), ya que la inmovilidad permite evitar la irritación peritoneal causada por el movimiento. La exploración física abdominal se debe iniciar por la zona menos dolorosa. Las principales maniobras y su valor predictivo se muestran en la *tabla 2*. La alteración de los ruidos intestinales no se relaciona con exclusión ni diagnóstico del cuadro (29). Puede haber variaciones en los signos, en edades extremas de la vida (lactantes, niños y ancianos) el dolor puede no estar localizado, que sea mínimo o inexistente (25).

Tabla 2. Maniobras exploratorias de la apendicitis aguda y su capacidad diagnóstica (25, 27, 31)

Maniobra	Hallazgo	VPP
Mc Burney	Punto de máximo dolor en cuadrante inferior derecho. 2/3 ombligo, línea trazada del ombligo a espina iliaca anterosuperior derecha.	3,4
Blumberg	Dolor a la descompresión brusca de la fosa ilíaca derecha al levantar la mano, sugiere irritación peritoneal.	2,0-4,2
Rovsing	La palpación en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen causa dolor en el cuadrante inferior derecho, signo sugestivo de irritación peritoneal.	2,3
Psoas	La extensión de la cadera del lado derecho causa dolor sobre la región posterolateral de la cadera, lo que sugiere apendicitis retrocecal.	3,4
Signo del obturador	Dolor a la rotación interna pasiva del muslo derecho, sugiere apendicitis pélvica.	1,4
Tacto rectal	Dolor intenso a la palpación fondo saco Douglas derecha, sugestivo de apendicitis pélvica.	1,2

- **Pruebas complementarias**

El diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda se basa en la historia clínica y el examen físico, siendo necesarias las pruebas de laboratorio y de imagen para su confirmación (30).

» **Análisis de sangre:** el hemograma puede mostrar un recuento leucocitario elevado en con desviación a la izquierda, aportando un valor predictivo positivo de 2,47 para elevaciones >10.000/mm3 y de 3,47 si es >15.000/mm3 (30). El aumento de la proteína C reactiva ofrece un valor predictivo positivo de 1,97 para valores >10mg/L, y de 2,39 para valores >2,39 mg/L (31). La PCR y la leucocitosis deben considerarse en conjunto con la valoración clínica y nunca como factor único diagnóstico (21,32). Es necesario solicitar una coagulación, que puede estar alterada en caso de apendicitis aguda complicada, y una prueba de embarazo en mujeres en edad fértil.

» **Radiografía de abdomen:** no se considera una prueba sistemática. La imagen de un apendicolito (masa nodular con una densidad similar a la del calcio sobre fosa ilíaca derecha) es un hallazgo patognomónico, pero solo presente en el 5-8% de los casos. Otros signos radiológicos son la mala definición de la línea grasa del músculo psoas del lado derecho o el íleo reflejo (33).

» **Ecografía de abdomen:** es muy útil para el diagnóstico de apendicitis aguda, con una sensibilidad del 59-96% y una especificidad del 83-98%. Los principales hallazgos ecográficos de la apendicitis aguda se muestran en la *tabla 3* (33, 34, 35, 36). El dolor en el punto de McBurney ecográfico tiene un valor predictivo positivo de 12 (15 en niños) (31).

» Otras pruebas de imagen se reservan para casos complicados o perfiles determinados de pacientes. Así, la TC abdomen se reserva para pacientes obesos y de edad avanzada y en casos de sospecha de apendicitis complicada con plastrón o absceso apendicular. Por su parte, la RMI de abdomen y pelvis se realiza en mujeres embarazadas en la que la ecografía abdominal no ha podido confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda.

La *tabla 4* muestra el diagnóstico diferencial de dolor en fosa ilíaca derecha según edad y sexo (37, 38). Durante el proceso diagnóstico es importante detectar la presencia de peritonitis (VPP 3,6 par defensa abdominal; 2,4 en la sensibilidad a la percusión ligera, y 2 para el signo de Bloomberg) y la obstrucción intestinal (VPP 18,8 para peristaltismo visible; 9,6 para abdomen distendido y 5 si hay sonidos intestinales hiperactivos).

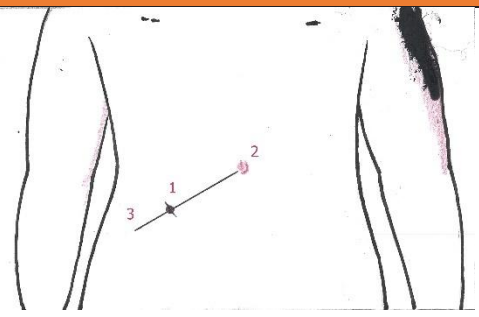
Cribados mediante tablas de puntuación

Existen modelos de score clásicos, que son herramientas simples y fáciles de aplicar para estratificar el riesgo de apendicitis aguda en pacientes que presentan dolor abdominal. Son sistemas objetivos que utilizan variables subjetivas con alta capacidad diagnóstica, asignando una puntación a cada variable. En función de su puntuación se recomiendan distintas actitudes. Los cribados más usados son el test de Alvarado y el Score AIR (*Tabla 5*) (39, 40). Una puntuación en el test de Alvarado ≥7 ofrece un valor predictivo positivo de 3,1, mientras que si el valor es ≤4, el valor predictivo negativo es de 0,1 (31).

Complicaciones y tratamiento

Un diagnóstico tardío de la apendicitis aguda puede dar lugar a la aparición de complicaciones (30). Las principales complicaciones pueden ser:

Figura 2. Localización del punto de Mc Burney



φ

Tabla 3. Criterios diagnósticos ecográficos de la apendicitis aguda (33, 34, 35, 36)

Criterios diagnósticos	Signos ecográficos
Aumento diámetro apendicular	- >7 mm con técnica compresión gradual. - Apéndice no comprimible.
Engrosamiento pared	- Pérdida estratificación mural con predominio de la capa submucosa.
Inflamación y vascularización pared	- Aumento señal Doppler por hiperemia.
Inflamación grasa periapendicular	- Grasa hiperecogénica.
Contenido apendicular	- Apendicolito
Engrosamiento ciego	- Difuso o focal.
Adenopatías	- Región ileocecal - < 1 cm.

Las principales complicaciones pueden ser:

- Locales: perforación, peritonitis localizada, plastrón apendicular, absceso.
- Generales: sepsis, shock.
- A distancia: flebitis, embolia pulmonar, absceso hepático, absceso subfrénico.

El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico (41, 42, 43): la apendicetomía consiste en la resección quirúrgica del apéndice, que puede ser mediante abordaje laparoscópico, la técnica ideal para muchos cirujanos; sin embargo, la modalidad abierta siempre será una elección cuando no se tengan las condiciones y los medios para realizar abordajes laparoscópicos. La apendicetomía debería ir precedida de la administración de antibióticos vía intravenosa.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda por edad y sexo (37, 38)

	Patología	Síntomas	Pruebas Diagnósticas
Infancia	**Gastroenteritis aguda**	Dolor mal focalizado, vómitos, diarreas.	Rx simple abdomen
	Linfadenitis mesentérica	Clínica similar a AA en el contexto de un proceso catarral.	Ecografía
	Invaginación intestinal	1º y 2º años, clínica oclusiva, palpación "morcilla".	Enema opaco
	Neumonía basal derecha	Incluso contractura muscular, no vómitos.	Rx tórax
Ancianos	**Diverticulitis aguda sigma**	Con sigma redundante, clínica indistinguible de apendicitis aguda (AA).	TC
	Neoplasia de ciego	Clínica similar si hay perforación. Masa en FID.	Fibrocolonoscopia
	Colitis isquémica	Localización aislada en colon derecho, no siempre se acompaña de rectorragia.	TC (casos graves)
	Infarto segmentario epiplón	Clínica similar a AA.	TC, Laparoscopía
	Oclusión intestino delgado	AA complicadas pueden cursar con íleo similar a un síndrome adherencial o hernia estrangulada.	Rx abdomen, TC
Adultos	**Ileitis terminal (Yersinia, Crohn, Behçet)**	Dolor cólico recurrente, diarrea, masa en FID.	TC, Laparoscopía, Ileoscopia
	Cólico renal	Dolor cólico irradiado a región lumbar e ingle. Enfermo inquieto. Disuria.	Urografía, Ecografía
	Pielonefritis derecha	Dolor lumbar, fiebre muy elevada.	Ecografía
	Úlcera GD perforada	Historia ulcerosa previa, AINE, neumoperitoneo.	Rx abdomen, TC
	Pancreatitis aguda	Dolor epigástrico irradiado a ambos hipocondrios. Elevación de amilasa y lipasa.	TC
	Colecistitis aguda	Antecedentes de colelitiasis, dolor localizado más alto, que se irradia a espalda.	Ecografía
	Divertículo de Meckel	Dolor epigástrico recurrente, anemia crónica.	Gammagrafía, TC
	Hematoma en vaina rectos	Antecedente traumático, toma anticoagulantes.	TC, Ecografía
Mujer adulta	**Salpingitis**	Dolor hipogástrico, secreción vaginal.	Ecografía
	Rotura quiste folicular	Dolor hipogástrico en mitad del ciclo menstrual. Líquido libre peritoneal.	Ecografía
	Torsión de ovario o tumor ovárico	Dolor intenso en abdomen inferior, fiebre, vómitos. Masa pelviana.	Ecografía
	Embarazo ectópico	Inicio brusco, lipotimia o colapso, amenorrea, metrorragia.	Test embarazo + Ecografía
	Endometriosis	Dolor en relación con ciclo menstrual, dismenorrea.	Ecografía, Laparoscopía

Tabla 5. Cuestionarios útiles para el cribado de apendicitis aguda (31, 39, 40).

Score Alvarado

Criterio	Puntuación
Síntomas	
- Dolor migratorio en FID	1
- Náuseas	1
- Anorexia	1
Signos	
- Defensa en FID	2
- Fiebre >37°C	1
- Descompresión dolorosa	1
Laboratorio	
- Leucocitosis (>10x10^9/L)	2
- Desviación a la izquierda de neutrófilos	1
Total	**10**

- ***Score 1-4:*** *Probabilidad de apendicitis del 30%. Posible alta hospitalaria.*
- ***Score 5-6:*** *Probabilidad de apendicitis del 66%. Se recomienda observación.*
- ***Score 7-10:*** *Probabilidad de apendicitis del 93%. Candidatos a cirugía urgente.*

Score AIR (The appendicitis inflammatory response)

Criterio	Puntuación
Vómitos	1
Dolor en fosa ilíaca derecha	1
Defensa muscular	
- Leve	1
- Mediana	2
- Importante	3
Temperatura (>38°C)	1
Neutrofilia (70-84%)	1
Neutrofilia (>85%)	2
Leucocitosis	
- 10.0-14.9x10^9/L	1
- >15.0x10^9/L	2
PCR	
- 10-49 g/L	1
- >50 g/L	2
Total	**12**

- ***Score >4****: Probabilidad baja, manejo ambulatorio.*
- ***Score 5-8:*** *Probabilidad intermedia, permanecer en observación y completar estudios diagnósticos.*
- ***Score 9-12:*** *Probabilidad alta, tratamiento quirúrgico.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Mulholland MW, Lillemoe KD, Doherty GM, Maier RV, Simeone DM, Upchurch GR. Greenfield's Surgery: Scientific Principles & Practice. Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 4760 p.

2. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Robbins SL, Cotran RS, MD Consult LLC. Robbins and Cotran pathologic basis of disease. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. Disponible en: http://home.mdconsult.com/das/book/41697506-2/view/1249

3. Cilindro de Souza S, Matos Rodrigues da Costa SR, Silva de Souza IG. Vermiform appendix: positions and length–a study of 377 cases and literature review. J Coloproctol (Rio J). 2015; 35: p. 212-216.

4. Hernández-Cortez J, De León-Rendón JL, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, José-Ramírez H. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cirujano General. 2019; 41: 33-38. www.medigraphic.com/cirujanogeneral

5. Marrie A, Chirurgie de l'appendice iléo-caecal. Techniques chirurgicales. Appareil digestif. 1991; 40-500.

6. Williamson WA, Bush RD, Williams LF. Retrocecal apendicitis. Am J.Surg. 1981; 141: 507-509.

7. Ferris M, Quan S, Kaplan BS, Molodecky N, Ball CG, Chernoff GW, et al. The Global Incidence of Appendicitis: A Systematic Review of Population-based Studies. Ann Surg. 2017; 266(2): 237-41.

8. Golz RA, Flum DR, Sanchez SE, Liu X, Donovan C, Drake FT. Geographic Association Between Incidence of Acute Appendicitis and Socioeconomic Status. JAMA Surg. 2020; 155(4): 330-338.

9. Gómez López JR. Valor predictivo de las escalas diagnósticas en el abdomen agudo de fosa iliaca derecha en un hospital de nivel I [internet]. 2019. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/handle/10324/38453

10. Andreu-Ballester JC, González-Sánchez A, Ballester F, Almela Quilia A, Cano-Cano MJ, Millan-Sheiding M, Ruiz del Castillo J. Epidemiology of Appendectomy and Appendicitis in the Valencian Community. Dig Surg. 2009; 406-412.

11. Burkitt DP. The aethiology of apendicitis. Br J Surg. 1971; 58: 696-699.

12. Arnbjornsson E. Acute apendicitis and dietary fiber. Arch Surg. 1983; 118: 868-870.

13. Ohmann C, Franke C, Kraemer M, Yang O. Status report on epidemiology of acute appendicitis. Chirurg. 2002; 73(8): 769-776.

14. Arnbjörnsson E, Bengmark S. Obstruction of the appendix lumen in relation to pathogenesis of acute appendicitis. Acta Chir Scand. 1983; 149(8):789-791.

15. Aguilar Salinas P, Domínguez Garibaldi FJ. Apendicitis aguda en el adulto. Revista Universitaria de Ciencias de la Salud. 2012; (2): 21-28.

16. Old JL, Dusing RW, Yap W, Dirks J. Imaging for suspected appendicitis. Am Fam Physician. 2005; 71(1): 71-78.

17. Appendicitis at the Millennium | Radiology. Disponible en: https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiology.215.2.r00ma24337?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

18. Gomes CA, Sartelli M, Di Saverio S, Ansaloni L, Catena F, Coccolini F, et al. Acute appendicitis: proposal of a new comprehensive grading system based on clinical, imaging and laparoscopic findings. World J Emerg Surg WJES. 2015; 10: 60.

19. Dubón Peniche MC, Ortiz Flores A, Dubón Peniche M del C, Ortiz Flores A. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. Rev Fac Med México. 2014; 57(4): 51-57.

20. Guzmán-Valdivia Gómez G. Una clasificación útil en apendicitis aguda. Rev Gastroenterol Mex. 2003; 68: 261-265. Disponible en: https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-X037509060324308X

21. Liang MK, Roland AE, Jaffe BM, Berger HD. El apéndice. En: Andersen D, Brunicardi F, Hunter J, Matthews J, Pollock R, T. Billiar T. Principios de Cirugía. México DF: MacGrawHill; 2015. p. 1241-1257.

22. Maa JM, Kirkwood SK. El Apéndice. En: Townsed MC, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. Sabiston Tratado de Cirugía. Barcelona: ElSeiver; 2013; p.1279-1291.

23. Young P. La Apendicitis y su historia. Revista Médica de Chile. 2014; p. 667-672.

24. Archundia GA, Fernandez OM. Abdomen Aguda y Apendicitis. En: Archundia A. Cirugía 2. México DF: McGrawHill; 2013. p. 199-205.

25. Harrison. Principios de medicina interna. Volumen 1 México DF: McGraw-Hill; 2018.

26. Brunicardi FC, Anderson D, Billiar T. Schwartz, Principios de Cirugía. McGraw-Hill España; 2020.

27. De Rungs Brown DR, Víctor Baldin A, Muñoz Hinojosa J, Valdés Castañeda A, Gómez Palacio M. Exploración física del abdomen agudo y sus principales signos como una práctica basada en la evidencia. Cirujano General. 2015; 37: 32-7.

28. Cuervo LJ. Apendicitis Aguda. Revista Hospital Niños de Buenos Aires. 2014; 15-31

29. Incidencia de Signos Apendiculares frecuentes y no frecuentes en la Apendicitis Aguda. Tesis de graduación presentada en el Instituto de Salud del estado México. p. 8-15.

30. García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Enfermedades quirúrgicas del abdomen. La Habana: Editorial de Ciencias Médica, Ecimed; 2005; 8

(3).

31. Menárguez Puche JF. Apendicitis aguda. AMF. 2022;18(10):572-583.

32. Beltrán M, Villar R, Tapia T. Score diagnóstico de Apendicitis: Estudio prospectivo, doble ciego, no aleatorio. Revista Chilena de Cirugía. 2004; p. 550-557.

33. Arévalo O, Moreno M, Ulloa L. Apendicitis Aguda. Hallazgos radiológicos y enfoque actual de las imágenes diagnósticas. Revista Colombiana de Radiología. 2014; p. 3877-3888.

34. Brown MA. Imaging acute appendicitis. En: Semin Ultrasound CT MR. 2008; p. 293-307.

35. Kessler N, Cyteval C, Gallix B, Lesnikc A, Blayac PM, Pujol J, et al. Appendicitis: Evaluation of sensitivity, specifity and predictive values of US, Doppler US, and laboratoy finding. Radiology. 2004; 230: 472-478.

36. Lee MW, Kim YJ, Jeon HJ, Park SW, Jung SI, Yi JG. Sonography of acute right lower quadrant pain: Importance of increased intraabdominal fat echo. AJR Am J Roentgenol. 2009; 192: 174-179.

37. Guirao Garriga X, Arias Díaz J. Infecciones quirúrgicas. Guía clínica de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Aran Edi ciones SL. 2006; 211-224.

38. Parrilla Paricio, P y Landa García JI. Cirugía AEC. Manual de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA; 2010. p. 469-474.

39. Andersson M, Andersson RE. The appendicitis inflammatory response score: a tool for the diagnosis of acute appendicitis that outperforms the Alvarado score. World J Surg. 2008; 32(8): 1843-1849.

40. Subotic AM, Sijacki AD,Dugalic VD, Antic AA,Vukovic GM, Vukovic VC, Glisic TM, Galun D. Evaluation of the Alvarado score in the diagnosis of acute appendicitis. Acta Chir Iugosl. 2008; 55(1): 55-61.

41. Wei HB, Huang JL, Zheng ZH, Wei B,Zheng E, Qiu WS,Guo WP,Chen TF, Wang TB. Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective randomized comparison. Surg Endosc. 2010; 24(2): 266-269.

42. Cariati A,Brignole E, Tonelli E, Filippi M, Guasone F, De Negri A, Novello L, Risso C, Noceti A, Giberto M, Giua R. Lapaoscopic or open appendectomy. Critical review of the literature and personal expierence. G chir. 2001; 22(10): 353-357.

43. Chen D,Shi H, Dong H, Liu K,Ding K. Gasless single-incision laparoscopic appendectomy. Surg Endosc. 2010.

REPASANDO EN AP

Una sesión sobre los valores del médico de familia, el burnout y cómo prevenirlo (1ª parte)

A session on family doctor values, burnout and how to prevent it (Part 1)

Darwish Mateos S

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Manuel Polaina Baillón. Mengíbar, Jaén

Recibido el 03-04-2025; aceptado para publicación el 29-04-2025

Med fam Andal. 2025:1: 38-45

Correspondencia: Sara Darwish Mateos, mail: sdarwish.m@gmail.com

Los valores profesionales del médico de familia guían el rumbo

Los valores profesionales del médico se conforman alrededor de un núcleo central de conductas y actitudes que se adaptan a los cambios sociales de cada etapa histórica y de cada sociedad (1,2). Las personas que acuden a su médico esperan encontrar excelencia, altruismo, responsabilidad, integridad, comprensión, respeto, sentido del deber y honestidad del profesional entre otras muchas características (2), todas ellas puestas al ejercicio de la profesión que ejerce y útiles para que la persona enferma reciba una atención de calidad. Estos valores, algunos implícitos por el tipo de actividad laboral desarrollada, y otros explícitos y marcados por la ética y las necesidades de la comunidad a la que se atiende, son los que mantienen la suficiencia en las competencias profesionales. El médico de familia, si cabe, tiene unos valores particulares que se derivan de su permanente contacto con la comunidad, lo que implica una mayor exigencia en el respeto de la autonomía del paciente, sus creencias y cultura.

La tradición médica contiene ciertos valores y la medicina de familia (MF) los comparte, destacando algunos que se configuran cruciales para el desarrollo de la especialidad. No son exclusivos, ni siquiera son asumidos por todo médico de familia, pero tomados en conjunto representan un modo propio de enfocar la práctica médica. La MF debe reinventarse continuamente alrededor de un núcleo central de estos valores, que forman un sistema propio de navegación que orienta sobre el rumbo preciso a seguir en cada circunstancia clínica (1). La ausencia de una clarificación de este sistema de referentes o la falta de acierto para su puesta en práctica pone en riesgo la propia existencia de la especialidad. Por ejemplo, hay factores que disuaden a los estudiantes escoger la MF, como la percepción de limitación de posibilidades diagnósticas, la monotonía, el bajo prestigio o la aparente amplitud de conocimientos requeridos ACSNS 2018). Es necesario, por tanto, revisar continuamente este núcleo central de valores y su grado de desarrollo para dar respuesta a las necesidades reales de las personas, primero las de los pacientes, pero también de los profesionales, financiadores y gestores (1,2). Porque la MF es una especialidad basada tanto en

valores como en pruebas. La MF debe ser viable con profesionales satisfechos y con sensación de control sobre su trabajo y, por tanto, no se deben obviar estrategias específicas orientadas a promover el «bienestar profesional».

El presente artículo expone cuatro casos clínicos de atención familiar, haciendo una referencia a los Valores Profesionales. Estos casos no estarán centrados en el diagnostico ni tratamiento, aunque se mencionen, sino en la forma que se pone en práctica ese valor. De esta forma, se tratará de:

- Identificar los valores profesionales del médico de familia contextualizándolos en distintos escenarios reales de consulta.
- Reflexionar sobre la conexión del médico de familia con dichos valores en la práctica clínica y cómo puede afectar al desarrollo del *burnout*.
- Poner de relieve las habilidades prácticas que pueden ayudar a conectar con los valores profesionales en la consulta diaria, para ejercer de forma plena la medicina de familia.

El desarrollo de los valores profesionales del médico de familia en la práctica clínica

1. Excelencia. El enfoque biopsicosocial del médico de familia.

La búsqueda de la excelencia no encuentra su sentido en el prestigio o el reconocimiento, sino en la atención a las necesidades de los pacientes para mejorar su salud. Cuenta al menos con 3 ámbitos de actuación de la mayor importancia: el de la formación profesional continua, el de la mejora continua de la calidad y el de la investigación (2). El primero está orientado a mejorar las competencias profesionales personales, el segundo a optimizar los procesos y resultados de la práctica clínica y el tercero a incrementar el conocimiento médico. El espíritu de inconformidad necesario para la mejora continua no debería confundirse con la cultura de la queja. Muchos justifican la incapacidad para el cambio por falta de tiempo, recursos, herramientas o incentivos (3). Ciertamente, hay abundantes datos que sugieren que hay numerosas oportunidades de mejora en la atención primaria. Pero no se puede confundir atención primaria con «atención primitiva». La excelencia en MF, una especialidad que puede implantarse en contextos de gran precariedad social, no está necesariamente vinculada a los recursos, sino al mejor aprovechamiento y a la obtención, en la medida de lo posible, de los mismos (4).

- Motivo de consulta: paciente de 58 años, diagnosticado de EPOC y fumador de >20 paquetes/año. Acude por episodio de tos y expectoración espesa, con disnea de moderados esfuerzos, que no ha mejorado tras 2 tratamientos antibióticos diferentes (amoxiclavulánico y levofloxacino) en los últimos 14 días. En la radiografía de tórax se aprecia una zona clara opacidad en el parénquima pulmonar del lóbulo medio derecho de bordes parcialmente definidos. Ante sospecha de patología neoplásica, se contactó con el servicio de Neumología para realizar una valoración urgente. Al explicarle el problema y la necesidad de atención urgente en el hospital, el paciente prefiere continuar con el mismo tratamiento y esperar. Solo tras varias llamadas telefónicas y una posterior entrevista presencial, acepta acudir al hospital.
- Estudio familiar y enfoque integral: el paciente no ha presentado intención de abandono de hábito tabáquico a pesar de conocer los riesgos de su elevado consumo. Refiere que tiene otros muchos problemas de los que ocuparse ahora, estando más alarmado por su insomnio

crónico y episodios frecuentes de ansiedad. El genograma (*Figura 1*) muestra una estructura familiar atípica, vive con su madre (viuda) y con su hermano (soltero) con mala relación con ambos. La madre desempeñaba el rol de cuidadora, pero desde que desarrolló demencia ha dejado de realizar las tareas domésticas y el paciente refiere que ni él ni su hermano han asumido dichas labores. Trabajó como transportista de camión, con mucha presión laboral, y ahora está de conductor de autobuses con muchos problemas laborales al tener que trabajar más horas de las estipuladas y no recibir compensación económica. Hace poco tiempo ha fallecido un amigo íntimo por in infarto agudo de miocardio, lo que acentúa su soledad.

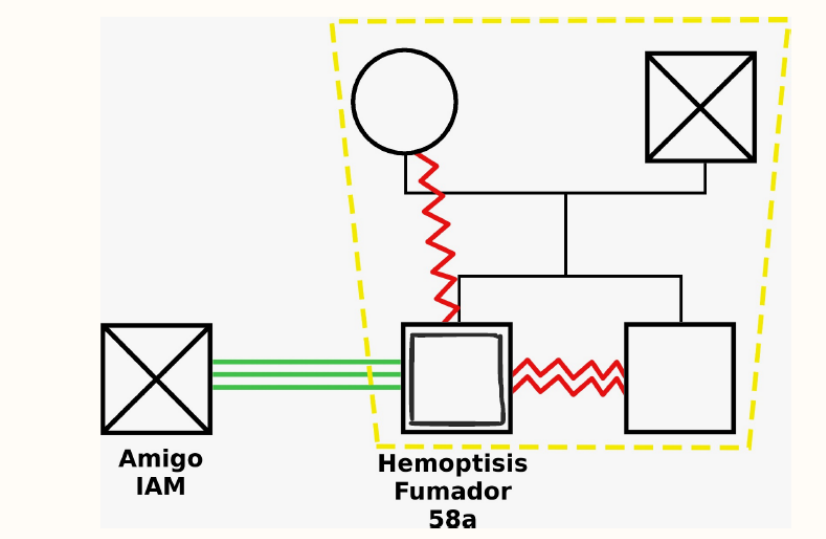
- Plan de actuación: mientras se realizan las pruebas complementarias en neumología, se ofertan citas programadas al paciente para comprobar la realización de dichas exploraciones, se comienza a abordar con el paciente los hábitos que pueden perjudicarle y se inicia una atención individualizada en el que se exploran sus condicionantes familiares y sociales y se buscan de forma conjunta soluciones para el resto de problemas psicosociales que comenta.

- Ejercicio de valor profesional: el médico de familia con excelencia trata de ver la enfermedad de forma amplia e integrada en su contexto. No se trata de saber mucho en profundidad de una sola cosa. Si no de tratar a la persona y su entorno, propiciando las medidas necesarias para mejorar su calidad de vida a nivel BIO-PSICO-SOCIAL (5). En este paciente se hace un abordaje social y familiar, preparando el terreno para un posible cambio de rol, con menos independencia y necesidad acompañamiento (pruebas invasivas, tratamientos, revisiones) Se aborda así mismo con tacto el hábito tabáquico animando a que se inicie una fase contemplativa de abandono del consumo de tabaco, para mejorar en lo posible su evolución.

2. Altruismo y gentileza. Una cuestión de reencuadre.

La compasión, gentileza y la benevolencia, el altruismo, la empatía, la mirada directa, el contacto físico, el respeto, la franqueza y el

Figura 1. Hombre de 58 años con sospecha de cáncer de pulmón



lenguaje claro y preciso pueden facilitar el trabajo del médico de familia en igual o superior medida que los conocimientos científicos (6,4). Como se ha dicho: "la simpatía cura más que la ciencia" Una atención con excelente calidad técnica puede verse minusvalorada ante la falta de un trato gentil o cálido con el paciente.

- Motivo de consulta: mujer de 46 años de edad con paraparesia de miembros inferiores por una lesión en la infancia, que precisa silla de ruedas para su desplazamiento. Refiere cansancio generalizado y dolor cervical mecánico. Pese a toma de analgésicos de primer escalón (paracetamol), no presenta mejoría y solicita la baja laboral. Ha tenido en los últimos meses diferentes periodos de incapacidad temporal por dolor dorsal y lumbar, dolor en rodillas y en hombros, de forma intermitente, asimétrica y no inflamatoria. Trabaja vendiendo cupones de la ONCE y no puede realizar su trabajo en la calle por dolor.

- Estudio familiar y enfoque integral: familia nuclear sin hijos. Vive con su pareja, quien hace 6 meses fue diagnosticado de cáncer laríngeo. Tuvo que ser intervenido para realizarle una traqueostomía, con una rápida aparición de disnea y dolor, constatándose la aparición de metástasis en un breve plazo de tiempo. Finalmente precisó un ingreso prolongado en la unidad de crónicos del hospital para tratamiento paliativo, falleciendo dos meses antes de la consulta que hace la paciente. Ha pasado al estadio IV del ciclo vital familiar (*Figura 2*) sin hijos ni familiares cercanos. Tiene esporádicos contactos telefónicos con familiares de segundo grado en otra provincia. Ha contado con la ayuda durante unas semanas de un sobrino de 14 años, pero que no siempre acude cuando le necesita. Cuenta que tras el fallecimiento del marido estuvo más acompañada por amigas y vecinas, pero que ahora han dejado de llamarle y se encuentra sola. Presenta muchas dificultades para actividades instrumentales de la vida por la silla de ruedas, duerme en un sofá porque no puede pasar de la silla de ruedas a la cama. Se encuentra en fase de Negación - Ira del duelo: "si hubiéramos consultado antes, si no lo hubieran dado de alta y hubieran continuado el tratamiento, no se hubiera extendido".

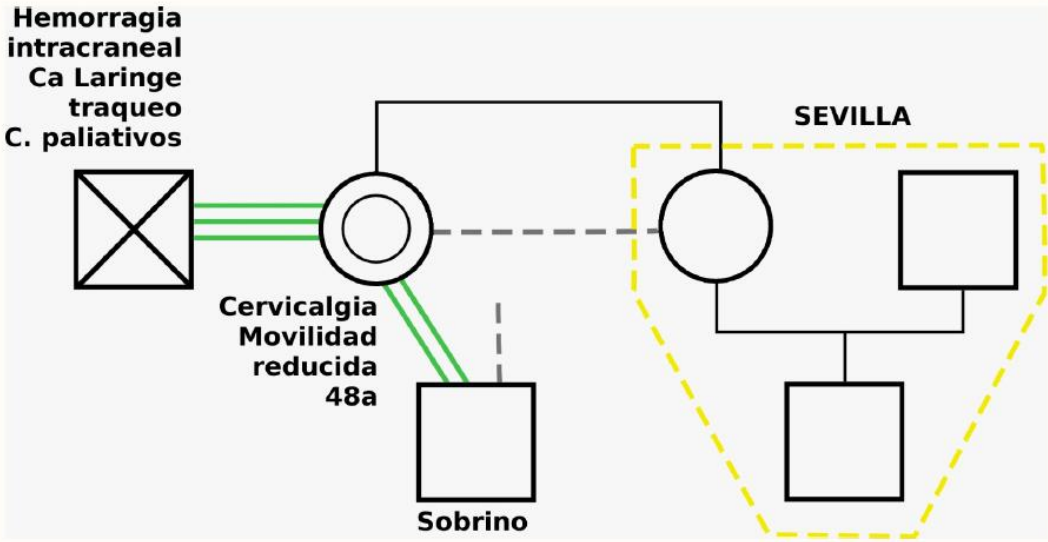
- Plan de actuación: se le aconsejan estiramientos y es valorada por terapeuta ocupacional en su domicilio para ayudarle a mejorar su movilidad. Se programan citas presenciales y telefónicas para validar sentimientos de tristeza perdida y duelo. Se abraza a la paciente. Se valora de forma conjunta cómo retomar de forma activa el contacto telefónico con la familia y reiniciar las salidas fuera de la casa y la ampliación de su red social.

- Ejercicio de valor profesional: esta paciente cumple características para generar nuestro rechazo o "contratransferencia negativa" (paciente hiperdemandante, con un problema de rentismo, falta de ética social, falta de recursos personales y mala higiene personal). Esta vez se trata de hacer un reencuadre: dejar un lado los juicios negativos, centrándose en la persona y su vivencia con empatía. Se pueden ejercer los valores de altruismo y gentileza procurando dar la mejor atención posible que necesita en cada momento de su etapa vital (2).

3. Integridad y honestidad. Limitando el esfuerzo terapéutico.

El médico ha de mantener informados a sus pacientes, de manera completa y honesta, para que éstos sean capaces de tomar decisiones en el ámbito de su autonomía sobre los procedimientos diagnósticos y terapéu-

Figura 2. Mujer de 46 años con dolor cervical y duelo



ticos (6). Esto no significa que el paciente se involucre en todas y cada una de las decisiones diarias, sino en aquellas que son las relevantes o componen los aspectos clave del plan de manejo de la enfermedad. Esta información a los pacientes debe alcanzar a los efectos adversos que potencialmente se puedan producir o que hayan tenido lugar como consecuencia de errores o incidentes.

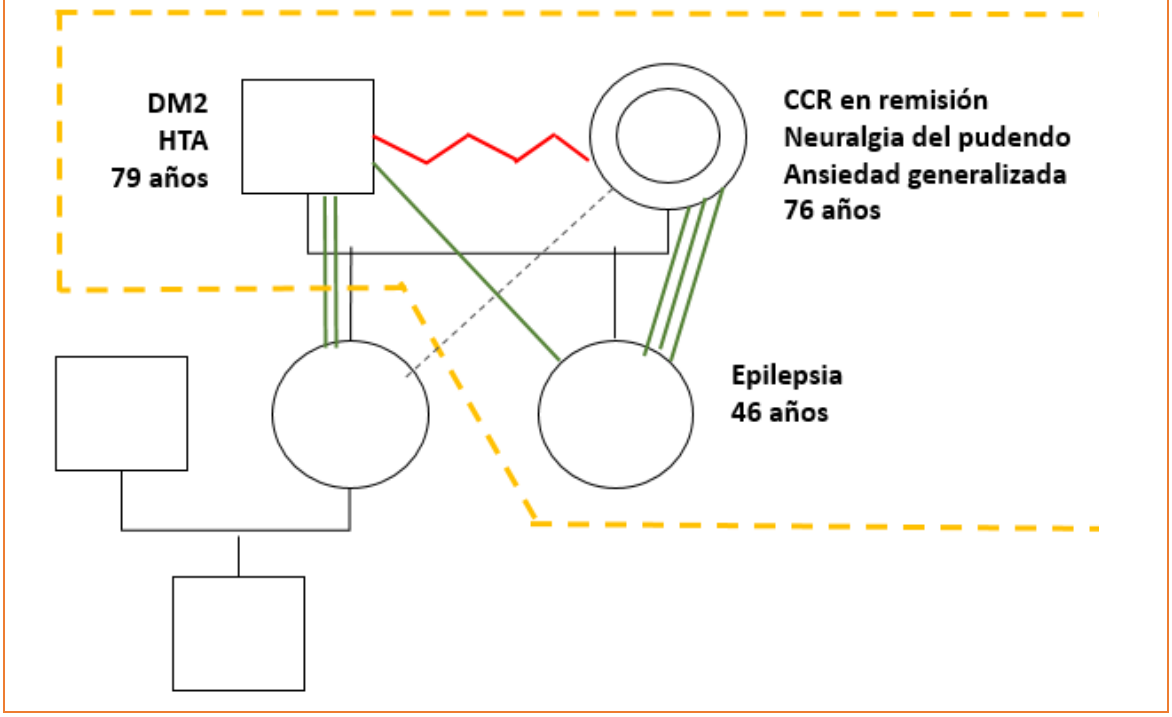
En consecuencia, un valor derivado de este compromiso del médico es analizar las razones de los posibles errores, no ignorándolos o despreciándolos. Errar es humano, y la medicina hace humildes a los médicos porque nos enseña diariamente que nos podemos equivocar. Es preciso ser consciente de ello para evitar tales errores.

- Motivo de consulta: mujer de 76 años intervenida de adenocarcinoma colorrectal, que hace 6 meses tuvo una anastomosis intestinal con cierre de la ostomía. Desde entonces presenta un intenso dolor en zona perianal que no ha cedido a analgesia de tercer escalón (hasta 200 mg diarios de cloruro mórfico de acción retardada), debido a una neuralgia del pudendo, secundaria a la segunda cirugía. En la última visita a la unidad del dolor, rechazó el uso de una bomba de morfina, porque escuchó en sala de espera a otro paciente que le habló mal del dispositivo. El dolor es continuo y de alta intensidad (EVA 9/10), con alternancia de diarrea y estreñimiento, lo que le hace pedir con frecuencia atención domiciliaria.

- Enfoque integral y atención familiar: estructura familiar nuclear. Vive con su marido (79 años, hipertenso) y su hija pequeña (46 años, epilepsia). La relación es muy buena con la hija y difícil con el marido, cuidador sobrecargado que realiza todas las tareas de la casa, pero con pocas posibilidades de decisión en temas familiares. Tiene otra hija que acude de forma intermitente a prestar ayuda (*Figura 3*). Desde el diagnóstico de cáncer, la paciente presenta grandes niveles de ansiedad y ha dejado de realizar las tareas domésticas y de cuidar de sí misma.

- Plan de actuación: se informa debidamente a la paciente de los recursos disponibles para conseguir la analgesia, respetando su autonomía para aceptar el tratamiento que prefiera. Finalmente opta por uso de cloruro mórfico oral, que se titula hasta una dosis eficaz de 200 mgr diarios. Se potencia la autonomía mediante la asunción progresiva de tareas que había dejado de realizar y se abordan otros problemas como la retirada del reservorio subcutáneo (sin uso desde hace 5 años) y el control del hábito intestinal.
- Ejercicio de valor profesional: lo que se trata en este caso es de no hacer prevalecer nuestras preferencias o conflictos de interés sobre la autonomía del paciente, por mucho que confiemos en una terapia debemos honestamente informar al paciente y respetar sus decisiones sin paternalismo ni superioridad. Como ejercicio de integridad, que es la capacidad de mantenerse en el compromiso a pesar de dificultades o conflictos propios, decidimos asumir con responsabilidad la situación biopsicosocial de la paciente, evitando omitir las acciones médicas oportunas por el rechazo de la paciente a ser tratada e informando de forma clara y completa a la paciente para que pueda elegir la mejor terapia para ella.

Figura 3. Mujer de 76 años con neuralgia del pudendo



4. Responsabilidad y compromiso. Profesión, paciente y equipo.

Nuestra responsabilidad como médicos atañe no sólo a la mejora continua de la asistencia que prestamos y a las cualidades de ésta (calidad, eficiencia, equidad, etc.), sino también a procurar velar por los principios de la profesión médica (7). En consecuencia, una correcta relación con los demás profesionales es determinante, y la participación en la autorregulación de la profesión que la sociedad encomienda a los médicos es, asimismo, clave. Por tanto, hemos de participar en el establecimiento de controles en el ejercicio de la profesión de acuerdo con unos valores y en la corrección de las desviaciones en el caso de que se produjeran (8). En la práctica esto significa que el médico tiene una responsabilidad individual con respecto al ejercicio de su profesión, pero también colectiva.

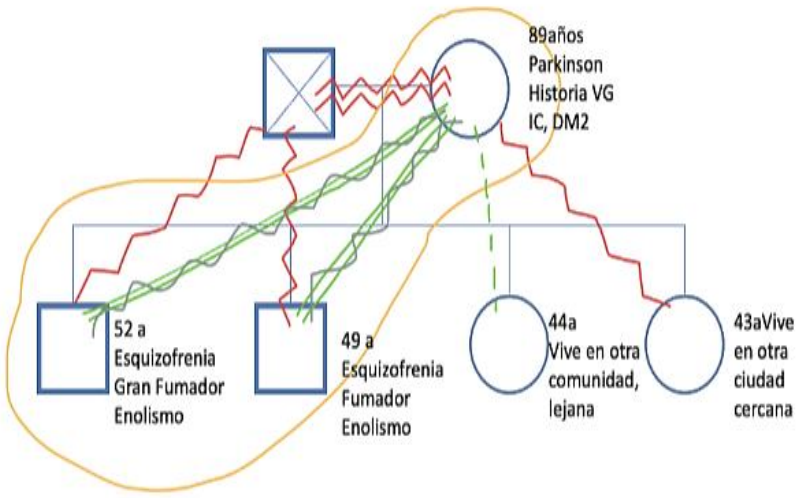
- Motivo de consulta: mujer de 89 años de edad con antecedentes personales de DM, retinopatía diabetica con ceguera, HTA y fibrilación auricular. En tratamiento con apixaban. bisoprolol enalapril, hidroclorotiazida, sitagliptina y metformina. Desde hace 8 semanas y de forma progresiva presenta temblor de reposo y en ambas piernas y manos, que le dificulta la deambulacion (ya necesita ir cogida a uno de sus hijos, ha puesto un cordón en la pared del pasillo para poder agarrarse en los desplazamientos), así como astenia e inapetencia por los alimentos. La patología sugiere el inicio de una enfermedad de Parkinson, por lo que se indica uso de levodopa/carbidopa. Incluimos a la paciente en el programa de atención domiciliaria de enfermos crónicos complejos, y en el transcurso de 5 meses se aprecia un deterioro general significativo con pérdida ponderal importante, astenia e imposibilidad para la deambulación (permanece en cama, no puede andar y el índice de Barthel pasa de 85 a 30 puntos). Surgen síntomas sugerentes de insuficiencia cardíaca (disnea de mínimos esfuerzos, ortopnea y edemas maleolares) para lo que se añade tratamiento diurético, sin mejoría.

- Enfoque integral: familia nuclear en fase de disolución, con atipia al vivir con ella dos hijos de 52 y 49 años con trastorno mental grave estable (esquizofrenia), con buena relación, pero incapaces de asumir el cuidado de la paciente: se equivoca al tomar la medicación porque no ve las pastillas, no come regularmente porque los hijos no saben cocinar y no tiene higiene adecuada porque no les deja ayudarla en el baño. Tiene dos hijas que viven en otras provincias, con las que se relaciona telefónicamente y desconocen el estado real de su madre (*Figura 4*).

- Plan de actuación: contactamos con las hijas para informar del estado de la paciente. Acordamos con enfermera y trabajadora social un plan de actuación para cubrir los cuidados esenciales. La paciente fallece en pocas semanas, se continua la atención social y al duelo de los dos hijos mediante visitas programadas.

- Ejercicio de valor profesional: se prioriza el bienestar de la paciente, programando visitas y reevaluando su estado físico, familiar y social. Se toman iniciativas para abordar sus cuidados en base a su evolución clínica mediante un trabajo coordinado en equipo. Continuamos la atención familiar tras el fallecimiento de la paciente, haciendo un seguimiento proactivo del duelo en los hijos y de sus posteriores necesidades básicas.

Figura 4. Mujer de 89 años con ceguera y enfermedad de Parkinson



Conclusiones: la integración de los valores profesionales en la práctica médica

El profesionalismo médico se nutre de la presencia constante de los valores que conforman las acciones del médico de familia (6) (9). Estos valores suelen pasar inadvertidos en la consulta diaria, pero son una pauta de comportamiento que guía al facultativo ayudándolo a establecer una relación eficaz y de compromiso vital con el paciente, potenciando la calidad de la atención médica y facilitando la visión holística necesaria para una correcta atención del paciente y su familia dentro de la comunidad en la que viven (2). En un segundo artículo hablaremos sobre cómo esos valores profesionales pueden mejorar la satisfacción del médico y evitar la aparición del *burnout*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Montero S. Una vuelta a los valores centrales en medicina de familia. Atención primaria. 2017;49(4):248-52. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.06.01

2. Millán Núñez-Cortés J. Valores del médico para un ejercicio de calidad: el profesionalismo. FEM. 2014; 17 (Supl 1): S1-S47.

3. Rodríguez-Marín J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. Rev Calidad Asistencial. 2010;25(6):318-20.

4. Bautista-Molano W. ¿Qué es la excelencia en Medicina? Revista Med. 2014;22(1):6-7.

5. León-Sanromà M. El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica. Aten Primaria. 1 de agosto de 2007;39(8):451. DOI: 10.1157/13108625

6. Núñez-Cortés JM. Estudio: valores del médico y su carácter [internet]. FEM. 2014; 17. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322014000500003&lng=es

7. Del Estal García MC, Melián González S. Importancia del compromiso del personal sanitario para la satisfacción de los pacientes en Atención Primaria. Atención Primaria. 2022;54(4):102281. DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102281

8. Roberts RG. Evaluación y mejora de la calidad asistencial: las personas no son coches. Aten Primaria. 2007;39(6):279-82. DOI: 10.1157/13106278

9. Zelada Vargas J. Los valores humanos, que el médico del siglo XXI debe conocer y practicar en su desempeño profesional. Cuadernos Hospital de Clínicas. 2018;59(2):63-71.

SIN BIBLIOGRAFÍA

¡Socorro, mis pacientes no afrontan su enfermedad!

Help, my patients can´t cope with their illness

Ruiz Pereira C[1], Ramírez Álvarez C[2], Román Alvalez MªC[3], Castillo Muñoz LMª[4]

[1]Residente de Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Amate. Sevilla,[2]Residente de Médico de Medicina Familiar y Comunitaria,

[3]Residente de Médico de Medicina Familiar y Comunitaria, [4]Residente de Médico de Medicina Familiar y Comunitaria.

Recibido el 04-02-2025; aceptado para publicación el 05-03-2025

Med fam Andal. 2025:1: 46-47

Correspondencia: Celia Ruiz Pereira. mail: celiaruizpereira@hotmail.com

Son muchos los pacientes que no afrontan su enfermedad; esto afecta al ánimo del paciente, pero también a su salud, haciendo un camino largo y difícil. Debemos preguntarnos si cómo médicos, podemos hacer algo por nuestros pacientes. Por ello, me gustaría plantear sesiones en nuestros centros de salud con nuestros pacientes más difíciles: jornadas grupales, guiadas por un equipo multidisciplinar (médicos de Atención Primaria, enfermeros, trabajadores sociales, fisioterapeutas…), donde se explique el proceso de afrontamiento de una enfermedad. Esto consiste en dar herramientas a nuestros pacientes para adoptar un papel activo en su enfermedad.

Proceso del afrontamiento de la enfermedad:

1. Reacción inicial ante el diagnóstico: conocer y aceptar las emociones como parte natural del proceso.
2. Conocimiento de la enfermedad: a través de información médica, de auto búsqueda, de experiencias de otros…
3. Afrontar la enfermedad y los retos.

Nos centraremos en el tercer punto, sin olvidar que cada paciente presenta una reacción diferente ante la enfermedad, pues cada uno es protagonista de su vida. Debemos convencer de que tomar papel activo en el cuidado de nuestra salud puede ayudar a mejorar también nuestro bienestar emocional y la relación con la enfermedad.

- Actitud positiva: los pensamientos generan sentimientos; cambiando lo primero, cambiará lo segundo. Reduciendo las emociones negativas, se reduce la percepción del dolor y de la enfermedad.

- Evitar inmovilismo y rechazo. Es frecuente que nuestros pacientes adopten una actitud de inmovilismo, rechazando la enfermedad y a los seres queridos. ¿Por qué salir a la calle, si estoy enfermo?, ¿por qué dar cariño, si quizás muera pronto?, ¿por qué esforzarme en mi vida?, ¿por qué continuar haciendo lo que me gusta…?, son preguntas que se hacen nuestros pacientes y que los hace sentir mal, ayudémosles a plantar cara, a no tirar la toalla y a cambiar la actitud de inmovilismo.

Debemos insistir en que nuestros pacientes deben realizar ejercicio físico, sonreír más,

dedicar tiempo a un hobby, celebrar la mejoría de su sintomatología, dar cariño a sus seres queridos… todo lo que evite el inmovilismo y vaya hacía el camino de la mejoría clínica, bien sea física o mental.

- Papel activo en nuestra propia enfermedad. Un paciente experto de su enfermedad toma papel activo en el cuidado de su salud. Por ello, debemos explicar de una manera clara y concisa toda la información relevante sobre la enfermedad que padece nuestro paciente. De esta manera, será más fácil que el paciente sea experto de su enfermedad.
- Dar confianza y apoyo por parte del equipo médico.
- Insistir en apoyo en los seres queridos.
- Dimensión espiritual, basado en los ideales y creencias del paciente.
- Vivir el presente, olvidar como se estuvo antes de la enfermedad y el futuro que llegará a su tiempo.
- Relativizar. Explica que la enfermedad no define al paciente, es tan sólo una parte de su vida. Evitar etiquetas.
- ``Quiérete. Acéptate y valora tus capacidades. Cuídate.'' Son algunos de los mensajes que debemos transmitirles a nuestros pacientes.

"No hay cambios en la mente ni en el alma que no se reflejen en el cuerpo. Ni cambio en el cuerpo que no se refleje en la mente o en el alma". Aristóteles.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Hombre adulto con placa fibrosa en el cuello de larga duración

Adult male with long-lasting fibrous plaque on neck

Pérez Milena A[1], Rodriguíz-Castilla F[2],

Mengíbar-Cabrerizo P[2]

[1]Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén,

[2]Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle, Jaén

Recibido el 17-02-2025; aceptado para publicación el 17-03-2025

Med fam Andal. 2025:1: 48-49

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

Varón de 63 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, en tratamiento con hidroclorotiacida 25 mgr/24 horas y con adecuado control. No presenta alergia ni intolerancia a fármacos, sin antecedentes de intervenciones quirúrgicas ni traumatismos de gravedad. No fumador, toma alcohol de forma diaria (4 unidades de bebida estándar) preferentemente vino y ocasionalmente, sobre todo en fin de semana, bebidas alcohólica de alta graduación (1-2 unidades de bebida estándar).

Acude por primera vez a consulta, es británico y no aporta documentación sanitaria de su lugar de origen. Consulta por la presencia de un área hipopigmentada de piel indurada en la zona dorsal del cuello que ha aumentado de tamaño en el último año de forma progresiva. Refiere que la tiene desde hace 2 años, comenzando como un eritema en la zona media del cuello y con una progresiva extensión de la misma en sentido caudal y craneal, constituyendo lentamente una placa de centro blanquecino y borde violáceo, con discreta atrofia de los tejidos adyacentes (*Figura*). No se aprecia descamación de la zona ni lesiones satélites ni en otras zonas de piel. El paciente refiere prurito al inicio de la aparición del eritema, que no mejoró con un tratamiento tópico que no recuerda, durando aproximadamente un año hasta que cambió el color de la lesión. No hay lesiones similares entre sus familiares cercanos ni antecedentes familiares ni personales de cáncer de piel. La exploración física no muestra otras lesiones en piel, no tiene dolor articular y la exploración cardiorrespiratoria y abdominal es normal. La analítica de sangre es normal, incluyendo velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva.

Figura. Lesión en varón de 64 años con fototipo II

Preguntas

1. ¿Cuál sería la principal sospecha clínica ante el cuadro dermatológico presentado por el paciente?

a. Lipodermatoesclerosis.

b. Esclerodermia sistémica.

c. Esclerodermia localizada.

d. Lesión dérmica producida por la hidroclorotiazida.

e. Fascitis eosinofílica.

2. ¿Cuáles serían las exploraciones o pruebas complementarias necesarias para llegar a un diagnóstico?

a. No se precisan pruebas complementarias, la inspección física es suficiente.

b. Se deben pedir pruebas complementarias en caso de normalidad de las zonas acras.

c. Siempre debe realizarse un estudio analítico de sangre que incluya ANA, anticuerpos reumatoideos y complemento.

d. La biopsia es muy útil para confirmar el diagnóstico y valorar el patrón de la enfermedad.

e. El diagnóstico está más allá de las capacidades del médico de familia, debe remitirse siempre a Dermatología para valoración.

3. ¿Cuáles serían las exploraciones o pruebas complementarias necesarias para llegar a un diagnóstico?

a. Estas lesiones no tienen tratamiento.

b. Corticoides tópicos.

c. Tacrolimus tópico.

d. Fototerapia.

e. Metotrexato.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(A partir del 1 de marzo del 2014)

Manteca González A

Médico de Familia

Los artículos publicados desde marzo de 2014, clasificados por MESES/REVISTAS, mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección alerta bibliográfica). 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.

@pontealdiaAP

Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Grupo de Trabajo de Tecnologías de la Información y la Comunicación 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.

SCAN ME

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).

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

DE INTERÉS

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

SAMFyC

- **31º Congreso Andaluz de MFyC. SAMFyC**

Punta Umbría, Huelva, 22 a 24 de mayo de 2025
Secretaría técnica: Andaluza Congresos Médicos
Apartado de correos 536/18080 Granada
Telf. 958 523 299
https://congresossamfyc.com

- **8as Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC**

Sancti Petri, Chicalana de la Frontera, Cádiz, 28 de noviembre de 2025
Secretaría SAMFyC
Telf. 958 80 42 01
https://residentesytutoressamfyc.com/

- **9as Jornadas Andaluzas de Ecografía. SAMFyC**

Sancti Petri, Chicalana de la Frontera, Cádiz, 29 de noviembre de 2025
Secretaría SAMFyC
Telf. 958 80 42 01
https://ecografiasamfyc.com/

Formación SAMFYC

https://www.samfyc.es/actividad-formativa/

Agenda semFYC

https://www.semfyc.es/actividad/actividades-semfyc/

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

Formación semFYC

https://www.semfyc.es/formacion-semfyc/

RESPUESTAS RAZONADAS

Hombre adulto con placa fibrosa en el cuello de larga duración

Adult male with long-lasting fibrous plaque on neck

Pérez Milena A[1], Rodriguíz-Castilla F[2], Mengíbar-Cabrerizo P[2]

[1]*Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén,*

[2]*Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle, Jaén*

Recibido el 17-02-2025; aceptado para publicación el 17-03-2025

Med fam Andal. 2025:1: 54-57

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

Nos encontramos ante una forma típica de una esclerosis cutánea localizada con una amplia zona de piel indurada que forma una lesión en placa. Se trata de una esclerosis cutánea localizada (o morfea), una enfermedad crónica benigna del tejido conectivo (1, 2). Su incidencia se estima en 27 personas por año y 1.000.000 de habitantes, y es más frecuente en general en mujeres y niños, mientras que las formas localizadas son más frecuentes en adultos (3,4). El curso de una lesión de morfea incluye etapas inflamatorias (placa eritematosa o edematosa, acompañada de prurito), escleróticas (placas o nódulos unidos con un borde eritematoso e indurado) y atróficas (4). Tiene diferentes variantes clínicas:

- *Morfea limitada*:
  - » Lesión en placa, más frecuente en adultos, de aspecto ovalado o redondeado y situadas en tronco y extremidades.
  - » Lesión en gotas, como pequeñas lesiones papulosas que pueden terminar confluyendo con el tiempo en una placa única.
- *Esclerodermia lineal*, más frecuente en niños y adolescentes, generalmente unilaterales y situadas en frente, cuero cabelludo y extremidades.
- *Lesión generalizada*, con múltiples placas que terminan por confluir y afectan a una amplia extensión de piel.
- *Lesión subcutánea o profunda*, afectando los estratos de la piel hasta llegar incluso a músculo, por lo que puede producir atrofias y limitaciones de la zona afectada. Ocurre más frecuente en las formas lineal y generalizada.
- Existen *otras formas infrecuentes*, como la nodular, la queloideana y la bullosa.

Su etiología no ha sido establecida, catalogándose la enfermedad como un desorden autoinmune órgano específico, que compromete sobre todo a la piel. Se ha asociado a otras enfermedades autoinmunes, infecciones bacterianas (*Borrelia burgdorferi*) y víricas (*Epstein Barr*, varicela), así como a traumatismos locales. En la mayoría de los casos es de curso benigno y limitado (1 a 3 años), sin compromiso de órganos internos y una supervivencia similar a la población general. Se han descrito casos de remisión espontánea.

Respuestas razonadas:

1. ¿Cuál sería la principal sospecha clínica ante el cuadro dermatológico presentado por el paciente?

Respuesta correcta:

c) Esclerodermia localizada.

El diagnóstico diferencial incluye diferentes cuadros esclerodermiformes (3) que incluyen enfermedades de origen endocrino-metabólico, genéticas e inflamatorias, infecciones dérmicas, consumo de medicamentos y exposición a radiaciones o tóxicos. La lesión característica inicial de la morfea consiste en una mancha eritematosa bien delimitada que, según progresa, se va constituyendo en una placa de centro blanquecino rodeada de un halo violáceo (o anillo liliáceo), que es la zona de crecimiento de la lesión. En la palpación se aprecia una induración firme asociada a depresión de los tejidos, con una pérdida de anejos en su interior. Las lesiones rara vez causan molestias, incluso en etapas iniciales pueden pasar desapercibidas. En este caso, el paciente presenta una placa de morfea hipopigmentada (en etapa atrófica), lo que indica que está en fase de inactividad.

La distribución característica suele ser única y unilateral, siguiendo las líneas de Blaschko. La atrofia de tejidos adyacentes y la presencia de deformidades son factores relacionados con un peor pronóstico.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con la esclerodermia sistémica (3) debido a su peor pronóstico. Para ello, hay que valorar la presencia de síntomas sistémicos, la afectación de la piel de zonas acras (bilateral y simétrica) o la aparición de fenómenos de Raynaud. A diferencia de la esclerodemia sistémica, en la esclerosis localizada la microcirculación cutánea a nivel periungueal está preservada y no se afectan órganos internos.

La lipodermatoesclerosis es una paniculitis fibrosante (5) que aparece en miembros inferiores de pacientes con insuficiencia venosa crónica, con placas endurecidas que dan a la parte inferior de las piernas un aspecto de “botella de champán” invertida. Por su parte, la fascitis eosinofílica (6) presenta placas edematosas grandes, dolorosas y simétricas de aparición rápida que progresan hacia lesiones fibróticas. En ocasiones puede estar provocada por un traumatismo y, a diferencia de la esclerodermia, no afecta a los dedos.

Las tiazidas se han asociado con lesiones dérmicas y reacciones de fotosensibilidad (7), provocando una erupción cutánea simétrica localizada en áreas fotoexpuestas (cara, cuello, tronco anterior, cara dorsal de manos y antebrazos) que puede semejar a una quemadura solar (eritema de bordes bien delimitados, con edema variable, que asocia normalmente prurito o sensación urente) o a un eccema (dermatitis pruriginosa aguda o subaguda que evoluciona rápidamente hacia la descamación). Otras lesiones menos frecuentes son la erupción tipo lupus cutáneo subagudo-like, reacciones liquenoides o pseudoporfiria. Su uso crónico se ha asociado a algunos tipos de cáncer cutáneo, en relación con el tiempo y la dosis del tratamiento.

2. ¿Cuáles serían las exploraciones o pruebas complementarias necesarias para llegar a un diagnóstico?

Respuesta correcta:

d) La biopsia es muy útil para confirmar el diagnóstico y valorar el patrón de la enfermedad.

El diagnóstico es clínico y se basa en los hallazgos del examen de la piel y se confirma mediante biopsia (1, 2). En el caso presentado, el estudio histológico mostró un engrosamiento dérmico por depósito de colágeno e infiltrado inflamatorio perivascular, sin afectar a tejido celular subcutáneo ni fascia muscular. Otras pruebas complementarias de rutina no están indicadas en ausencia de síntomas o signos adicionales (4), como son la presencia del fenómeno de Raynaud, el enrojecimiento e hinchazón de manos, los cambios capilares en las uñas, la esclerodactia (rigidez en la piel de los dedos), la existencia de lesiones tempranas extensas o generalizadas, y la presencia de otros síntomas extracutáneos.

En estos casos se deben excluir otras formas generalizadas de esclerodermia y enfermedades autoinmunes, por lo que se debe solicitar un estudio con analítica de sangre (incluyendo ANA, anticuerpos reumatoideos y complemento), sistemático de orina, radiografía de tórax y electrocardiograma. Algunos autores consideran importante solicitar un estudio de anticuerpos antirribonucleoproteina, anticentrómero y anti Scl-70 (3). Se debe consultar con el dermatólogo cuando no se pueda realizar biopsia en Atención Primaria, exista una duda diagnóstica o se deban pedir pruebas complementarias que no estén al alcance del médico de familia.

3. ¿Cuál sería el tratamiento inicial de elección para este caso clínico?

Respuesta correcta:

b) Corticoides tópicos.

No existe tratamiento específico y su objetivo es ayudar a controlar el prurito, evitar el crecimiento de la lesión y prevenir la aparición de otras nuevas (1–3, 8). La morfea localizada se trata inicialmente con corticoterapia tópica, siendo otras alternativas los retinoides, el calcipotriol o el tracolimus tópicos. En caso de fracaso se aconseja el uso de la fototerapia (UVA/PUVA) y/o fotoquimioterapia. En las formas profundas se indica el tratamiento oral con combinaciones orales de corticoides e inmunosupresores como el metotrexato.

La morfea puede tener un curso remitente y recurrente, con períodos de actividad y reactivación durante varios años. Algunos autores (8) proponen un seguimiento clínico a largo plazo para respaldar el logro del control de la enfermedad y el reconocimiento temprano de la recurrencia de la actividad de la enfermedad. Los exámenes serán más frecuentes los dos primeros años tras el diagnóstico, tras lo que se aconseja un seguimiento anual. Se debe informar a los pacientes sobre la posibilidad de recurrencia y alentarlos a regresar para una evaluación si notan el desarrollo de nuevas lesiones u otros signos de progresión de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berkovich Menta V, Martínez Brotóns ML, Acero Guasch MN. ¿Es una morfea? El reto de la piel en la consulta de atención primaria. Aten Primaria. 2022; 54(9):102416. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102416
2. Fett NM. Morphea (Localized Scleroderma). JAMA Dermatology. 2013; 149(9):1124. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.5079.
3. Leroux MB, Bergero A. Esclerodermia localizada: Diagnósticos diferenciales. Revista argentina de dermatología. 2011; 92(3). Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2011000300002&lng=es.
4. Morphea (localized scleroderma) in adults: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate 2025 [Internet]. [citado 17 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/morphea-localized-scleroderma-in-adults-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis
5. Maniam GB, Limmer EE, Gibson LE, Tolkachjov SN, Alavi A. Panniculitis: a narrative

review. Arch Dermatol Res. 2025; 317(1):373. doi: 10.1007/s00403-025-03816-9

6. Joly-Chevrier M, Gélinas A, Ghazal S, Moussa S, McCuaig CC, Piram M, et al. Morphea, Eosinophilic Fasciitis and Cancer: A Scoping Review. Cancers (Basel). 2023; 15(18):4450. doi: 10.3390/cancers15184450

7. Llamas-Molina JM, Navarro-Triviño FJ, Ruiz-Villaverde R. Tiazidas: lo que el dermatólogo debería saber. Actas Dermosifiliogr. 2022; 113(5):498-504. doi: 10.1016/j.ad.2021.12.015

8. Morphea (localized scleroderma) in adults: Management - UpToDate 2025 [Internet]. [citado 17 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/morphea-localized-scleroderma-in-adults-management

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

1.—Página Web de la revista: https://www.samfyc.es/revista/

2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas bio médicas.

Med fam Andal. 2000; 1: 104-110 (https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v0n0.pdf).

Solicitud de colaboración

Apreciado/a amigo/a:

Con este son ya sesenta y ocho 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 a revista@samfyc.es.

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.

NORMAS DE EDICIÓN

NORMAS DE PUBLICACIÓN

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Revista Medicina de Familia. Andalucía

C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)

INFORMACIÓN PARA LOS SOCIOS

SOCIO, te rogamos comuniques cualquier cambio de domicilio u otros datos de contacto a la mayor brevedad. Puedes hacerlo a través de los siguientes canales:

- Por correo electrónico a sociocentinela@samfyc.es (asunto: actualización datos)
- A través de la web de SAMFyC: https://www.samfyc.es/actualizacion-de-datos/
- Por teléfono, llamando al 958 80 42 01

INFORMACIÓN PARA EL LECTOR

- Quieres hacerte socio SAMFyC, y por ende semFYC; puedes hacerlo a través de la web https://www.samfyc.es/hazte-socio/ o llamando al 958 80 42 01.

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

☐ (ALTA) Nuevo socio ☐ Revisión datos ☐ BAJA Fecha..... / ..... / .....

APELLIDOS: .....

NOMBRE: .....**DNI:** .....- LETRA

DOMICILIO: .....

MUNICIPIO: ..... **PROVINCIA**: ..... **C.P.**:.....

TELEFONOS: ..... **e-mail:** .....

ESPECIALISTA M.F.yC.: SI ☐ NO ☐ (Si **negativo**, indicar especialidad).....

RESIDENTE M.F.yC. : SI ☐ NO ☐ **FECHA INICIO RESIDENCIA**...../...../.....

DOCTORADO: SI ☐ NO ☐ **TEMA:** .....

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO: .....

PROVINCIA: .....

CARGO QUE OCUPA: .....

Es imprescindible la cumplimentación de **todos** los datos que a continuación solicitamos, incluyendo el **domicilio completo** de la sucursal de la entidad bancaria. Envíen este formulario **sin** recortar la orden de pago. Gracias.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Ruego se sirvan domiciliar el cobro del Recibo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

ENTIDAD:..... SUCURSAL.....

CALLE: ..... COD. POSTAL: .....

MUNICIPIO:..... PROVINCIA.....

Nº CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO: (hay que rellenar todas las casillas)

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Entidad Oficina D.C. Nº C/C

NOMBRE y APELLIDOS: .....

Firma:

A los efectos previstos en la **Ley 15/1999 (LOPD)** y de los derechos reconocidos en la misma, le informamos que los datos facilitados por Vd. para la relación de la Asociación, serán incorporados a un fichero del que es responsable **SAMFyC**, con objeto de aplicarlos a la actividad de Investigación y desarrollo. Serán utilizados por nuestra parte y por la semFYC, para las finalidades propias de la actividad antes indicada, así como para remitirle información no promocional ni publicitaria en relación a la misma. Asimismo le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a:

SAMFyC, C/ Arriola Nº 4, Bajo D, 18001 Granada.

SAMFyC
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

9as JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFÍA SAMFyC

JORNADAS DE ECOGRAFÍA CLÍNICA 2025: ELEVA TU DIAGNÓSTICO, POTENCIA TU PRÁCTICA.

SANCTI PETRI

CHICLANA DE LA FRONTERA - CÁDIZ

29 DE NOVIEMBRE 2025

HIPOTELS BARROSA PARK

8as JORNADAS ANDALUZAS de RESIDENTES y TUTORES MFyC

SANCTI PETRI

Chiclana de la Frontera, Cádiz

SAMFyC
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Inscríbete en las jornadas
residentesytutoressamfyc.com
¡Te esperamos!

28 NOVIEMBRE 2025

HIPOTELS BARROSA PARK

31º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22 al 24 de mayo
Hotel Barceló Punta Umbría Beach
¡Reserva la fecha!

Punta Umbría HUELVA 2025

acm andaluza de congresos médicos

SAMFyC Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria