

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 6 La medicina rural: esencia, valor y desafío pendiente en la Medicina de Familia en Andalucía

El Espacio del usuario

- 8 Caos en Urgencias: “la verdad está ahí fuera”

Área docente

- 10 Hacia una (R)evolución en la Educación Médica: La Medicina Familiar y Comunitaria como Corazón del Grado

Originales

- 25 Características de las lesiones de órgano diana en adultos hipertensos y su relación con el riesgo cardiovascular y la adherencia al tratamiento

- 38 Exploración física en atención primaria ¿estamos dejando de realizarla?

Artículo revisión

- 47 Bases bioéticas de la alimentación vegetariana en la infancia y adolescencia

A debate

- 57 Prescripción Enfermera: situación actual

Artículo especial

- 64 Centro de salud El Valle, Jaén. 40 años desde su apertura

Cuál es su diagnóstico

- 74 Taquicardia ventricular monomorfa en paciente joven

- 76 Disfagia en atención primaria: cuando el tratamiento precede al diagnóstico

Carta al director

- 78 Cantar para recordar: música, demencia y esperanza compartida

- 80 Al día

Comentarios a cuál es su diagnóstico

- 81 Taquicardia ventricular monomorfa en paciente joven

- 83 Disfagia en atención primaria: cuando el tratamiento precede al diagnóstico

- 87 Actividades científicas

- 89 Información para los autores

33

CONGRESO
ANDALUZ
DE MEDICINA
FAMILIAR Y
COMUNITARIA

SAMFyC

7/8/9

OCTUBRE
2027

ALMERÍA



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

SAMFyC (Sociedad Andaluza de
Medicina Familiar y Comunitaria)

C/Arriola 4, bajo D – 18001 – Granada (España)
<http://www.samfyc.es>

JUNTA DIRECTIVA

Presidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente 1º

Antonio Manuel Carmona González

Vicepresidente 2º

Ignacio Merino de Haro

Vicepresidente 3º

Francisco José Rodríguez Arnav

Secretaría

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Vicepresidente Económico

Mª Filomena Alonso Morales

Vocales de Residentes

Alberto Pajarón Álvarez

Samar N. Hassan Querol

Sección de Docencia

Rocío Medero Canela

Sección de Investigación

Mª Inmaculada Mesa Gallardo

Sección de Comunicación e Imagen

Antonio Muñoz Gámez

Vocal provincial de Almería

María Araceli Soler Pérez

Vocal provincial de Cádiz

José Joaquín Cordero de Oses

Vocal provincial de Córdoba

Ana Fons Díaz

Vocal provincial de Granada

Carmen Mª Escudero Sánchez

Vocal provincial de Huelva

Eduardo Pérez Razquin

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

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):
<https://www.samfyc.es/revista>

DIRECTOR

Alejandro Pérez Milena

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE REDACCIÓN

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 EDITORIAL

Luis Ávila Lachica. Málaga

Vidal Barchilón Cohén. Cádiz

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 M. Manteca González. Málaga

Mª Inmaculada Mesa Gallardo. Sevilla

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 Pérula 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 Torio Duránte. Jaén

Juan Tormo Molina. Granada

Cristóbal Trillo Fernández. Málaga

*Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en Latindex*

Título clave: Med fam Andal.
Clave DOI (DOI PREFIX): 18.82033
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

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.

Para Correspondencia:

Dirigirse a Revista Medicina de Familia.
Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
e-mail: revista@samfyc.es
Telf. + 34 958 80 42 01

Secretaría:

Encarnación Figueredo Sánchez

Maqueta:

Sara Pérez Fajardo



sumario

Editorial

- 6 La medicina rural: esencia, valor y desafío pendiente en la Medicina de Familia en Andalucía

El Espacio del usuario

- 8 Caos en Urgencias: “la verdad está ahí fuera”

Área docente

- 10 Hacia una (R)evolución en la Educación Médica: La Medicina Familiar y Comunitaria como Corazón del Grado

Originales

- 25 Características de las lesiones de órgano diana en adultos hipertensos y su relación con el riesgo cardiovascular y la adherencia al tratamiento

- 38 Exploración física en atención primaria ¿estamos dejando de realizarla?

Artículo revisión

- 47 Bases bioéticas de la alimentación vegetariana en la infancia y adolescencia

A debate

- 57 Prescripción Enfermera: situación actual

Artículo especial

- 64 Centro de salud El Valle, Jaén. 40 años desde su apertura

Cuál es su diagnóstico

- 74 Taquicardia ventricular monomorfa en paciente joven

- 76 Disfagia en atención primaria: cuando el tratamiento precede al diagnóstico

Carta al director

- 78 Cantar para recordar: música, demencia y esperanza compartida

- 80 Al día

Comentarios a cuál es su diagnóstico

- 81 Taquicardia ventricular monomorfa en paciente joven

- 83 Disfagia en atención primaria: cuando el tratamiento precede al diagnóstico

- 87 Actividades científicas

- 89 Información para los autores



contents

- Editorial**
- 6 Rural medicine: its essence, value and remaining challenges in family medicine in Andalusia
- The Consumer´s Corner**
- 8 Chaos in A&E: “The truth is out there”
- Teaching Area**
- 10 Towards a (R)evolution in Medical Education: Family and Community Medicine at the Heart of the Degree Programme
- Originales Articles**
- 25 Characteristics of target organ damage in hypertensive adults and its relationship with cardiovascular risk and treatment adherence
- 38 Physical examinations in primary care: are we neglecting them?
- Reviewing in Primary Care**
- 47 The bioethical foundations of a vegetarian diet in childhood and adolescence
- Up for debate**
- 57 Nursing Prescription: Current Situation
- Special Article**
- 64 El Valle Health Centre, Jaén. 40 years since it opened
- What is your diagnosis?**
- 74 Monomorphic ventricular tachycardia in a young patient
- 76 Dysphagia in Primary Care: When Treatment Precedes Diagnosis
- Letter to the editor**
- 78 Singing to Remember: Music, Dementia and Shared Hope
- 80 **Up to date**
- Comments on your diagnosis**
- 81 Monomorphic ventricular tachycardia in a young patient
- 83 Dysphagia in Primary Care: When Treatment Precedes Diagnosis
- 87 **Scientific Activities**
- 89 **Information for authors and others**

La medicina rural: esencia, valor y desafío pendiente en la Medicina de Familia en Andalucía

Rural medicine: its essence, value and remaining challenges in family medicine in Andalusia

Pardo Álvarez Jesús E.

Presidente SAMFyC

Med fam Andal.2026:1: 6-7

La Medicina Familiar y Comunitaria encuentra en el medio rural una de sus expresiones más completas, complejas y valiosas.

En Andalucía, donde una parte importante de la población vive en municipios pequeños, dispersos y con especiales dificultades de acceso, la medicina rural no representa una excepción dentro del sistema sanitario, sino una pieza estructural e imprescindible para garantizar la equidad, la cohesión territorial y la calidad asistencial.

Hablar de medicina rural es hablar de cercanía, continuidad y conocimiento profundo de las personas y de su contexto. El médico de familia rural no solo atiende enfermedades; acompaña trayectorias vitales, conoce las dinámicas familiares, identifica factores sociales invisibles en otros entornos y actúa como verdadero referente sanitario y comunitario. Esta longitudinalidad, uno de los pilares de la Atención Primaria, alcanza en el ámbito rural su máxima expresión.

La consulta rural exige además una elevada capacidad resolutive. La distancia a hospitales de referencia, la menor disponibilidad de recursos diagnósticos inmediatos y la necesidad frecuente de tomar decisiones con mayor autonomía clínica convierten al profesional en un especialista en incertidum-

bre, capaz de integrar urgencia, prevención, cronicidad, salud mental, atención domiciliaria y cuidados paliativos en una misma jornada. La polivalencia no es una opción: es una necesidad.

A ello se suma un fuerte componente humano. La accesibilidad real no depende únicamente de la existencia de un centro de salud, sino de la confianza construida durante años entre profesionales y pacientes. En pueblos pequeños, el médico forma parte del tejido social, y esa relación de proximidad fortalece la adherencia terapéutica, mejora la prevención y favorece una medicina más eficiente y más humana.

Sin embargo, esta realidad convive con una paradoja persistente: la medicina rural sigue siendo uno de los ámbitos más difíciles de cubrir. Las denominadas “plazas de difícil cobertura” se han convertido en una preocupación creciente en Andalucía. Consultorios alejados, dispersión geográfica, problemas de transporte, sobrecarga asistencial, menor conciliación familiar, escaso reconocimiento profesional y una percepción de aislamiento continúan alejando a muchos médicos jóvenes de estos destinos.

Con frecuencia, estas plazas se abordan desde una lógica de sustitución urgente y

no desde una estrategia de planificación estructural. La consecuencia es una elevada rotación de profesionales, pérdida de continuidad asistencial y una sensación de provisionalidad que repercute directamente en la calidad de la atención y en la confianza de la población. La dificultad no reside únicamente en atraer médicos, sino en conseguir que quieran quedarse.

La solución no pasa solo por incentivos económicos, aunque estos sean necesarios. Requiere prestigiar la medicina rural dentro de la propia especialidad, incorporarla con mayor protagonismo en la formación MIR, mejorar las condiciones laborales, facilitar el acceso a vivienda y conciliación, reforzar equipos multidisciplinares y reconocer profesionalmente la complejidad clínica que implica trabajar en estos entornos. También exige liderazgo institucional y una visión política que entienda la sanidad rural como inversión en justicia social.

La medicina rural no debe considerarse un destino transitorio ni un lugar de paso, sino un espacio de excelencia clínica y de alto valor profesional. Defenderla es defender la esencia de la Medicina de Familia: una atención integral, cercana, continuada y centrada en las personas.

En una comunidad extensa y diversa como Andalucía, preservar la fortaleza de la medicina rural significa proteger el derecho a una atención sanitaria digna independientemente del código postal. Las zonas de difícil cobertura no son solo un problema de recursos humanos; son un síntoma de cómo valoramos —o infravaloramos— la Atención Primaria y el mundo rural.

Reforzar la medicina rural es reforzar el sistema sanitario en su conjunto. Porque donde más difícil es llegar, es precisamente donde más necesaria resulta la Medicina de Familia.

AGRADECIMIENTOS A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2025

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 2025. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

María Buendía Corro. Especialista en MFyC. Málaga.

Laura Carbajo Martín. Especialista en MFyC. Sevilla

M^a Teresa Carrión de la Fuente. Especialista en MFyC. Málaga

Iñigo de la Yeza Ferrón. Especialista en MFyC. Cádiz

M^a Dolores Domínguez Pinos. Médico especialista en MFyC y en Radiodiagnóstico. Málaga

Ignacio Fernández Granell. Especialista en MFyC. Huelva

Eloísa Fernández Santiago. Especialista en MFyC. Sevilla

Carmen Gómez García. Especialista en MFyC. Málaga

M^a de la Villa Juárez Jiménez. Especialista en MFyC. Jaén

Eladio Lapresa Acosta. Especialista en MFyC. Granada

Fco. Javier Leal Helmling. Especialista en MFyC. Jaén

Ana Luz Luque Ruano. Especialista en MFyC. Córdoba

M^a Angeles Moreno Santos. Especialista en MFyC. Cádiz

Francisca Muñoz Cobos. Especialista en MFyC. Málaga

Caos en Urgencias: “la verdad está ahí fuera”

Chaos in A&E: “The truth is out there”

Yesa Herrera J

Directivo de FACUA Andalucía

Med fam Andal.2026:1: 8-9

El colapso que, históricamente, padecen los dispositivos de urgencia tanto extra como hospitalarios que, indudablemente, se ha incrementado en los últimos años, no es más que un claro reflejo de las notables carencias, a todos los niveles del sistema sanitario público andaluz. Las urgencias han sido y siguen siendo cada vez más en el mar en el que desembocan todos los males e ineficiencias del sistema sanitario.

Los usuarios debemos ser conscientes cuando acudimos a estos dispositivos de atención que el problema de la saturación que se padece en los mismos no tiene su origen en la organización y prestación de estos servicios. Como he denunciado en otras ocasiones en esta misma publicación, la **infrafinanciación que padece la sanidad pública andaluza afecta de especial manera a la atención primaria**. Ante la falta de una respuesta adecuada a las necesidades de salud (principalmente, la demora en la atención en consulta por parte de los médicos de familia) la solución por la que se ven obligados a optar muchos usuarios es acudir al dispositivo de urgencias, aun siendo conocedores de que ni muchísimo menos le va

a tocar al santo en cuanto se llegue, pero, en cualquier caso, siempre es mejor tener que esperar horas que días.

En apoyo de este argumento, y como considero que podrán corroborar los profesionales que prestan sus servicios en las unidades de urgencias, debemos recordar que un importante número de los usuarios que acuden a las mismas no requieren realmente este nivel de atención.

También incide de forma notoria en esta situación el pertinaz comportamiento de los rectores de la Consejería de Sanidad que por sistema ignoran los picos estacionales de demanda y operan con márgenes de ocupación que no contemplan la variabilidad real de las necesidades sanitarias.

¿Nos encontramos ante un mal endémico del sistema? Podría ser, pero, en cualquier caso, no ante un problema de imposible solución. Como ante todo problema complejo, es preciso adoptar un enfoque integral y coordinado, cuyo primer paso, imprescindible, fundamental, es el **refuerzo de la Atención Primaria**.

Dotarla de más personal y recursos permitiría una mayor capacidad de resolución, mejor atención domiciliaria y una labor de prevención que racionalice el uso del sistema.

Sin duda alguna, la reducción de listas de espera tanto de asistencia especializada como de pruebas diagnósticas e intervenciones supondría una reducción drástica del número de usuarios que acuden para ser atendidos “de urgencia”. Asimismo, deberían potenciarse los centros de cuidados continuados para aquellos enfermos agudos que requieran atención profesional pero no tratamiento hospitalario.

Por lo tanto, parafraseando la introducción

de la memorable serie de televisión Expediente X, “la verdad está ahí afuera”. Con independencia de ello, es evidente que deben implementarse mejoras en el propio servicio de urgencias. Dejando de lado que haya acudido o no con una causa justificada, es impresentable que un usuario tenga que esperar más de 4 horas para ser atendidos como con frecuencia denunciamos.

En conclusión, es posible solucionar el sempiterno colapso de las urgencias, pero ello exige la colaboración estrecha entre profesionales, ciudadanía y la administración sanitaria y, sobre todo, requiere de voluntad política.

Hacia una (R)evolución en la Educación Médica: La Medicina Familiar y Comunitaria como Corazón del Grado

Towards a (R)evolution in Medical Education: Family and Community Medicine at the Heart of the Degree Programme

Casado Vicente V¹ y Junta Rectora AMFE²

¹PhD MD. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Senior. Acreditada por ANECA como Catedrática de Universidad. Presidenta Academia de Medicina de Familia de España. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (AMFE-semFYC)

²La Junta Rectora de AMFE está además compuesta (por orden alfabético) por Susana Aldecoa, Cruz Bartolomé, Guillermo García, Rosa Magallón, Remedios Martín, Elena Polentinos y Antoni Sisó

Recibido el 19-03-2026; aceptado para publicación el 22-03-2026.

Med fam Andal. 2026;1:10-24

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2026.AD1576>

Correspondencia: Verónica Casado Vicente, mail: vcasadovicente@gmail.com

RESUMEN

Para superar el reduccionismo del modelo biomédico, la AMFE-semFYC propone integrar la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) como disciplina nuclear en el Grado de Medicina. La orientación profesional del Grado debería ser la correspondiente al denominado “médico de base” según la directiva europea y atendiendo al marco legal español. El 65% de las competencias a adquirir por el alumnado son propias de esta especialidad. La propuesta AMFE-semFYC busca formar “médicos de base” con enfoque holístico basado en métodos clínicos propios y con tres propuestas clave: una asignatura específica de 12 ECTS, presencia transversal de la MFyC a lo largo del grado y prácticas tuteladas de 1º a 6º curso. Como soporte estructural son claves la creación de Unidades Docentes Universitarias de MFyC, la presencia de profesorado vinculado y asociado suficiente y las practicas tuteladas en “Centros de Salud Universitarios”.

La plena integración de la MFyC en el Grado de Medicina es esencial para formar médicos que respondan a las necesidades reales del sistema sanitario y de la sociedad, mejorar los niveles de salud y fomentar la elección vocacional de la MFyC. La propuesta de la AMFE-semFYC es un llamado a superar el hospitalocentrismo académico y reconocer el alto valor científico, humano y social de la MFyC y de la Atención Primaria. Formar “médicos de base” competentes en la complejidad del ser humano es el camino para construir una base sólida sobre la cual edificar cualquier especialidad posterior, preparando al estudiantado para un futuro médico más humano, eficiente y equitativo.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria. Grado en Medicina. Centros de Salud Universitarios. Transversalidad. Prácticas Clínicas Tuteladas.

ABSTRACT

To overcome the reductionism of the biomedical model, AMFE-semFYC proposes integrating Family and Community Medicine (FCM) as a core discipline within the medical degree programme. The professional focus of the degree should correspond to that of the so-called 'general practitioner' as defined by the European directive and in accordance with the Spanish legal framework. 65% of the competencies to be acquired by students are specific to this speciality. The AMFE-semFYC proposal aims to train "general practitioners" with a holistic approach based on specific clinical methods and with three key proposals: a specific 12-ECTS module, the cross-cutting presence of FCM throughout the degree programme, and supervised placements from the 1st to the 6th year. Key structural supports include the creation of University Teaching Units for Family and Community Medicine, the presence of sufficient affiliated and associated teaching staff, and supervised placements in "University Health Centres".

The full integration of Family and Community Medicine (F&CM) into the medical degree is essential for training doctors who can meet the real needs of the healthcare system and society, improve health outcomes, and encourage students to choose a career in F&CM. The proposal put forward by AMFE-semFYC is a call to move beyond academic hospital-centred approaches and to recognise the high scientific, human and social value of F&CM and primary care. Training 'general practitioners' who are competent in the complexity of the human being is the way to build a solid foundation upon which to develop any subsequent specialism, preparing students for a more humane, efficient and equitable future in medicine.

Key words: Family and Community Medicine, Primary Health Care, Medicine graduated, University Health Centers, Interdisciplinarity. Supervised Clinical Practices.

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES: EL IMPERATIVO DE UN CAMBIO DE PARADIGMA

La formación de los médicos del siglo XXI enfrenta el desafío de adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad y los sistemas de salud.

La Academia de Medicina de Familia de España (AMFE) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) plantea una revisión profunda del modelo educativo actual, que se considera predominantemente biomédico y hospital-céntrico (1-3).

La propuesta de la **AMFE-semFYC** no es solo una propuesta de una sociedad científica; es un manifiesto por la supervivencia del sistema sanitario público orientado a la inversión en salud.

El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) se define como el experto en **lo frecuente, lo amenazante y lo perma-**

nente (4). Sin una presencia nuclear de esta disciplina en la Universidad, el estudiantado corre el riesgo de graduarse con una visión fragmentada del ser humano, considerando "órganos enfermos" en lugar de "personas con dolencias".

La formación médica en España y en Europa se encuentra en un momento crítico de redefinición. Durante el último siglo, la enseñanza en las facultades de Medicina ha estado dominada por el **modelo Flexneriano** (5), un paradigma que priorizó las ciencias básicas y la especialización hospitalaria sobre la visión generalista. Si bien este enfoque permitió avances tecnológicos sin precedentes, ha generado una desconexión profunda entre lo que se enseña en las aulas y las necesidades reales de salud de la población.

Por otra parte, la pedagogía médica ha evolucionado desde las disciplinas científicas a principios de siglo, al aprendizaje basado en la resolución de problemas a mitad del siglo XX a la educación basada sobre las compe-

tencias y las personas en el siglo XXI.

En este último aspecto la especialidad de MFyC ha sido pionera.

El programa oficial de la Especialidad publicado en 2005 (6) fue el primer programa de especialidad que marcó un cambio significativo, no sólo por su paso de 3 a 4 años, sino por su apuesta hacia un modelo formativo basado en competencias e hitos competenciales.

Los puntos clave de este programa son que:

- Definió el perfil del especialista en MFyC.
- Desarrolló un enfoque competencial, superando la estructura tradicional basada meramente en tiempos de rotación y centrándose en el desarrollo de los valores y las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que el residente debe adquirir.
- Marcó los “hitos de responsabilidad y progresión”: el programa introdujo la necesidad de que el residente adquiriera competencias de manera progresiva, definiendo niveles de prioridad y responsabilidad en las actividades, lo que actúa como “hitos” en su formación.
- Definió claramente la importancia del rol del Tutor.
- Determinó, no solo los contenidos específicos, sino también los esenciales y transversales, donde las mal llamadas en la actualidad competencias blandas (7) son denominadas competencias esenciales (4,6).

El programa de Medicina Familiar y Comunitaria del 2024 (4) no sólo se adapta a la Ley 44/2003 (8), como el anterior sino también al RD 589/2022 (9) y sus principales novedades con respecto al programa del 2005:

- Profundización en el enfoque en Competencias y Valores.

- Se centra en la formación en los métodos clínicos propios de la especialidad: Método Clínico Centrado en la Persona (MCCP); Método Clínico Centrado en la Familia (MCCF); Método de la Atención Clínica Mesocomunitaria (ACMC) o Gestión Clínica Poblacional (GCP); Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).
- Permite la incorporación de las “actividades profesionales confiables” (APROC).
- Nuevas Tecnologías e Investigación: IA, Big Data y fortalece la investigación clínica en AP
- Comunicación Clínica Avanzada.
- Acreditación de Unidades Docentes: nuevos requisitos.
- Adaptación a la realidad social: amplia variedad de problemas de salud, mayor énfasis en la atención comunitaria y el trabajo en equipos interdisciplinarios.

Las **APROC (actividades profesionales confiables)**, o EPA (*Entrustable Professional Activities*) (10): Unidades de práctica profesional (tareas o responsabilidades) observables y medibles que se confían a un alumno o a un residente, una vez demostrada la competencia necesaria para actuar de modo autónoma. Su finalidad es servir de puente entre las competencias y la práctica clínica real, en un **Contexto Médico no sólo de posgrado** sino también de pregrado. Fueron introducidas para operacionalizar las competencias, y delegar confianza en el desempeño de tareas específicas. Sus tipos son APROC transversales (desarrolladas a lo largo de la formación) y específicas (propias de una especialidad particular) y su validación proviene de grupos de expertos.

Todos estos avances tan trascendentes en la especialidad deben también imbuir la formación de grado.

2. EL DIAGNÓSTICO DEL MODELO ACTUAL: LA "BURBUJA BIOMÉDICA"

La invisibilización de la Atención Primaria (3) financiera, política, mediática, asistencial, docente de grado, de investigación propicia un fenómeno preocupante: la **fa-gocitosis hospitalocéntrica**. Este concepto describe cómo la asistencia, la investigación, la gestión y la docencia pivotan exclusiva o principalmente en torno al hospital, asumiendo erróneamente que la medicina de alta complejidad tecnológica es superior a la medicina de alta complejidad humana y social de la Atención Primaria. Así, parte de los políticos, gestores, profesores universitarios, investigadores, medios de comunicación, profesionales, y la propia sociedad, asumen e interiorizan que hay un nivel asistencial **superior** y un nivel asistencial **inferior**.

2.1. El Sesgo de Prevalencia y la Falacia de Neyman

El especialista en MFyC es experto en lo frecuente, lo amenazante y lo permanente.

Programa de la Especialidad de MFyC 2024 (4)

Uno de los grandes aportes teóricos de la MFyC a la Universidad es la corrección de sesgos epidemiológicos. En el hospital, el estudiante observa casos menos frecuentes y estadios terminales de enfermedades, lo que genera una percepción distorsionada de la realidad clínica. La incorporación de la MFyC permite combatir la **falacia de Neyman (sesgo de prevalencia)**, enseñando al alumno a prevenir, diagnosticar y abordar en estadios iniciales y a gestionar problemas de salud que nunca llegarán a un hospital porque se resuelven con eficacia en el primer nivel.

2.2. Limitaciones del Enfoque Reduccionista

El enfoque biomédico tradicional se basa en la enfermedad y es curativo y centrado en la evidencia cuantitativa. Sin embargo, la reali-

dad clínica actual está marcada por la **multi-morbilidad, la fragilidad y la cronicidad**. Estos problemas no tienen una solución quirúrgica o farmacológica única; requieren un abordaje que considere los determinantes sociales de la salud. La MFyC aporta el contrapunto necesario: una visión **salutogénica** que no solo busca la ausencia de enfermedad, sino la producción de salud en el entorno del paciente.

La Crisis del Modelo Biomédico Reduccionista

El modelo educativo actual, influenciado por la reforma Flexner de 1910 (5), ha proporcionado avances científicos y tecnológicos significativos, como ya he comentado anteriormente, pero ha marginado la visión generalista, lo que ha llevado a una fragmentación de la persona en órganos y sistemas. Este enfoque se muestra limitado para abordar problemas de salud emergentes y prevalentes como, entre otros, la multimorbilidad, la cronicidad, la fragilidad, el dolor crónico, los malestares emocionales de origen social y la polifarmacia.

El paradigma dominante produce sesgos significativos en la formación del estudiantado, ignorando la realidad holística de la salud y la enfermedad. Se evidencia una falta de respuesta adecuada a la función central que deben tener las facultades de Medicina: formar médicos "de base" con competencias generalistas.

2.3. La Relevancia Estratégica de la Atención Primaria (AP) y la MFyC

La MFyC se posiciona como la disciplina académica nuclear y vertebradora de los estudios de Grado por múltiples motivos. Los países con una AP sólida presentan mejores indicadores de salud poblacional, como menor morbimortalidad evitable, reducción de hospitalizaciones innecesarias y mejor salud autopercebida (11-13).

El especialista en MFyC es el experto en gestionar los problemas más frecuentes, los problemas crónicos y la multimorbilidad y detectar síntomas y signos de alarma así como prevenirlos. La integración de esta visión en el currículo no solo enriquece el aprendizaje, sino que prepara mejor a los estudiantes para la realidad asistencial del Sistema Nacional de Salud (SNS), donde la mayoría de los problemas de salud se atienden y resuelven en el primer nivel asistencial (14).

3. LA IDENTIDAD CIENTÍFICA Y ACADÉMICA DE LA MFyC

Para que una disciplina sea considerada "nuclear" en la Universidad, debe demostrar un cuerpo doctrinal y un método científico propio (tabla 1).

La AMFE-semFYC detalla cuatro pilares metodológicos que transforman el acto clínico:

- **Métodos Clínicos Propios: Más Allá de la Enfermedad**

Se precisa trascender el método clínico biomédico convencional y la medicina basada en la evidencia (MBE) para incorporar un marco comprensivo de la salud y la enfermedad.

Los métodos clínicos de la medicina general se basan en métodos científicos tanto cuantitativos como cualitativos, integrando las humanidades y las ciencias sociales:

- Método Clínico Centrado en la Persona (MCCP).
- Método Clínico Centrado en la Familia (MCCF).
- Método de la Atención Clínica Mesocomunitaria (ACMC) o Gestión Clínica Poblacional (GCP).
- Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).

Estos métodos permiten un abordaje de alta

complejidad que responde mejor a la realidad clínica del SNS que el modelo hospitalario fragmentado.

3.1. El Método Clínico Centrado en la Persona (MCCP)

Este es, quizás, el cambio más disruptivo. Mientras que el modelo hospitalario se centra en la "disease" (la enfermedad biológica), el MCCP integra la "illness" (la vivencia subjetiva de la dolencia). Distingue entre enfermedad y dolencia: la enfermedad es la patología clínica, mientras que la dolencia es la vivencia subjetiva de la enfermedad o del malestar por parte de la persona.

En el grado se necesita transformar el método clínico, y adaptarlo a lo que precisa un "médico de base" con un método específico: el **método clínico centrado en la persona** (MCCP) (15).

Este método exige que el médico explore no solo los síntomas, sino las expectativas, miedos y el contexto vital del individuo. La toma de decisiones compartida no es un adorno ético, es una herramienta clínica que mejora la adherencia al tratamiento y los resultados en salud (16). Marca la forma de relacionarse los profesionales con las personas, y el desarrollo de los encuentros clínicos, suponiendo un cambio profundo con respecto al modelo biomédico. La atención centrada en la persona busca comprenderla en su totalidad, con una mirada holística que incorpora al contexto clínico el aspecto biográfico, emocional, social y cultural de la persona.

El objetivo es explorar y basar las intervenciones en la toma compartida de decisiones, así como fortalecer la relación médico/a-paciente desde la confianza y el respeto mutuo.

Por lo tanto, es un paradigma médico que considera la persona/el paciente como un individuo completo, teniendo en cuenta sus factores biológicos, familiares, cognitivos, psicológicos, sociales y culturales, además

Tabla 1. La MFyC como disciplina académica, como especialidad médica y como parte de la profesión médica

<p>Un ámbito de actuación diferenciado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Atención Primaria
<p>Métodos clínicos propios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El método clínico centrado en la persona (MCCP), - El método clínico centrado en la familia (MCCF), - El método clínico centrado en la población adscrita (cupo) o gestión clínica poblacional (GCP) y - La atención primaria orientada a la comunidad (APOC) <p><i>Dichos métodos clínicos se basan en métodos científicos cuantitativos y también cualitativos que integran humanidades y ciencias sociales.</i></p>
<p>Cuerpo de conocimientos propio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La promoción de la salud - La medicina preventiva clínica - La medicina de alta prevalencia e incidencia - La medicina familiar y la medicina comunitaria - La medicina de alta complejidad
<p>Paradigma de actuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Globalidad <ul style="list-style-type: none"> o Integral: la persona, la familia, la población asignada y la comunidad o Integrada: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, conciliación diagnóstica y de tratamiento, seguimiento, cuidado paliativo, muerte digna. - Accesibilidad - Longitudinalidad

de su enfermedad o sus dolencias. Se diferencia del modelo hegemónico que tiene el enfoque biomédico clásico, y se caracteriza por centrarse en la persona y no solo en la enfermedad, involucrándose activamente en la toma de decisiones y valorando las preferencias y objetivos de las personas.

Se trata de un enfoque que busca la humanización de la asistencia sanitaria y se basa en la comunicación, la empatía y el respeto por la dignidad del paciente.

3.2. El Método Clínico Centrado en la Familia (MCCF)

Aborda la salud en el contexto de la unidad familiar, reconociendo las dinámicas relacionales y su impacto en la salud individual. Incorpora el **método clínico centrado en la familia** (17) que a su vez incorpora herramientas y abordajes específicos y propios (entre otros el genograma, el ciclo vital familiar y sus crisis de desarrollo, el análisis

de los tipos de familia y su influencia sobre la salud, la entrevista familiar, los niveles de intervención). Aborda la salud en el contexto de la unidad familiar, reconociendo las estructuras y las dinámicas relacionales y su impacto en la salud individual y en la estabilidad familiar.

3.3. Atención Primaria Orientada a la población atendida: Gestión Clínica Poblacional y el Concepto de "Cupo"

Aplica la epidemiología y la gestión de datos al cupo o listado de personas adscritas a un médico de familia para mejorar proactivamente la salud de esa población específica.

A diferencia de otras especialidades, el médico de familia es responsable de una población definida (el cupo). Esto permite aplicar el método científico a nivel **mesocomunitario**. El médico de familia utiliza la epidemiología clínica para entender los riesgos de las personas adscritas a su cupo, realizando

intervenciones proactivas, tras la identificación y priorización de las necesidades y problemas de este con puesta en marcha de estrategias de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, que evitan que la población enferme o sea sobrediagnosticada o sobremedicada (16).

3.4. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)

La APOC es un proceso cíclico y sistemático que utiliza, entre otros métodos la investigación cuantitativa, cualitativa y participativa y la epidemiología para identificar problemas de salud, planificar, implementar y evaluar intervenciones, siendo la comunidad sujeto y objeto de la investigación. Sus etapas son el diagnóstico de salud comunitario, la priorización, la intervención y la evaluación, buscando la participación ciudadana y los activos comunitarios para mejorar la salud local con evidencia y recursos disponibles (18).

La salud no ocurre solo en la consulta. La APOC es el proceso sistemático por el cual el equipo de salud identifica no solo necesidades y estrategias sino también activos en la comunidad para mejorar el bienestar local. Enseñar esto en el grado permite que el futuro médico entienda que una prescripción de "ejercicio físico en el parque local", un "taller de pintura" o la ayuda de una ONG puede ser más efectiva que una estatina o una benzodiacepina en determinados contextos.

4. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DE LA AMFE-semFYC

La teoría sin práctica carece de propósito y aplicación real, mientras que la práctica sin fundamento teórico es ciega y carece de dirección crítica.

Immanuel Kant

Para pasar de la teoría a la acción, la AMFE propuso en primer lugar la creación del observatorio de la MFyC en la universidad española y, tras su análisis, tres ejes estratégicos que deben ser adoptados por las facultades de

Medicina:

4.1. El Observatorio AMFE y la Realidad Actual

El Observatorio de la MFyC en la Universidad, instaurado por la AMFE en 2023, ha permitido conocer la situación de partida y diseñar estrategias (19). Tras la evaluación de la primera encuesta del observatorio la AMFE observó 6 grandes hechos:

- La **progresión** de la MFyC en la universidad en asignaturas, contenidos y profesorado, aunque aún estamos lejos del nivel en el que se encuentran las universidades de otros países de nuestro entorno europeo.
- **Debilidades:** gran heterogeneidad en denominación, contenidos, metodologías, carga docente, profesorado y estructura propia.
- **Fortalezas:** implementación de metodologías docentes y evaluativas innovadoras (ECOEs, simulaciones, portafolio) lideradas por especialistas en MFyC
- **Crecimiento Docente:** La aparición lenta pero constante de profesores vinculados: En 2015 había 4 titulares Médicos de familia y dedicados a la MFyC en el grado. En 2025 5 catedráticos y una catedrática. 4 MF acreditados como catedráticos aún sin plazas y 18 profesores titulares con plaza y varios pendientes de plaza, con un número creciente de PPL y una base consistente y cada vez más amplia de profesores asociados clínicos.
- La aparición lenta de estructuras docentes propias "**unidades docentes universitarias de MFyC**" en los departamentos.

La segunda encuesta del observatorio, iniciada conjuntamente con la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España (CNDFME) en 2025, busca una evaluación más homogénea de la situación actual.

Figura 1. Asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria. Propuesta de 12 ECTS

Denominación		Medicina Familiar y Comunitaria
Departamento / Unidad Docente	Medicina / Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria	
Créditos ECTS*	12	
Curso en la que se imparte	5º Curso	
Carácter	Obligatorio	
Cómputo de dedicación del alumno (en horas)	1. Actividades Presenciales: 137 - Clases teóricas: 59 - Trabajo en Grupos (sesiones grupales): 14 - Seminarios de Comunicación (simulación): 8 - Seminarios Clínicos (clases inversas, ABP): 56 2. Entrevista personalizada / orientación académica: 1 3. Aprendizaje autónomo, que incluye el desarrollo de un trabajo tutorizado: 162 Total: 300	
Atendiendo a una carga total de 300 horas, estas se distribuyen en actividades presenciales (42%) y aprendizaje autónomo (58%). La adquisición de competencias se consigue mediante la definición de objetivos de aprendizaje para cuyo desarrollo se incluyen los siguientes bloques temáticos: A. La Medicina Familiar y Comunitaria y la Atención Primaria. B. Prevención y promoción de la enfermedad desde Atención Primaria. C. Entrevista clínica y comunicación avanzada en salud. D. Razonamiento e integración del conocimiento clínico en la práctica asistencial. E. Abordaje de los problemas de salud crónicos prevalentes. F. Situaciones de complejidad. G. La comunidad. H. El domicilio I. Aspectos legales y seguridad del paciente. J. Ética y buenas prácticas		

4.2. El Eje de la Asignatura Específica (12 ECTS) (figura 1) (20).

4.2.1 Naturaleza y Relevancia Estratégica

La asignatura de MFyC se establece como un pilar indispensable en la formación médica, ya que la **AP** es el nivel donde se resuelven la mayoría de los problemas de salud. Su integración en la universidad es vital para la **sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud**, preparando a los futuros profesionales para un modelo asistencial donde la eficiencia y el uso racional de recursos son prioritarios.

4.2.2 Enfoque Docente: De la Enfermedad a la Persona

El objetivo central es desplazar el foco de la patología aislada hacia una atención centrada en la persona. Se promueve un enfoque **biopsicosocial y holístico** que considera:

- **Factores determinantes:** Género, edad, etnia, clase social y entorno cultural/espiritual.
- **Gestión clínica:** Capacidad para manejar la incertidumbre, centrar el razonamiento clínico sobre los síntomas y signos como carta de presentación y no sobre patologías concretas, priorizar problemas de salud y ofrecer un seguimiento longitudinal a lo largo de la vida del paciente.
- **Visión familiar y comunitaria:** Com-

preensión de la salud en el contexto de la familia y el entorno social, fomentando el trabajo en equipo multidisciplinar.

4.2.3 Estructura y Carga Académica

La asignatura está diseñada siguiendo las directrices de los Ministerios de Sanidad y Educación:

- **Créditos y Ubicación:** Consta de **12 créditos ECTS** (300 horas totales) y se imparte idealmente en el **5.º curso**, permitiendo integrar conocimientos previos.
- **Distribución de horas:** El 42% es actividad presencial (137 horas) y el 58% es aprendizaje autónomo (163 horas, incluyendo tutorías).
- **Metodología Innovadora:** Se aleja de la clase magistral tradicional para incorporar, entre otras, **simulaciones, role-playing, aula inversa (flipped classroom), gamificación y aprendizaje basado en proyectos (ABP) y competencias.**

4.2.4 Contenidos Curriculares (Bloques Temáticos)

El programa abarca desde la definición de la MFyC y de la AP y su organización del sistema hasta la práctica clínica avanzada, destacando:

- **Comunicación:** entrevista clínica y habilidades avanzadas de relación médico-paciente.
- **Clínica Integral:** abordaje de problemas prevalentes, crónicos, agudos y situaciones complejas.
- **Ámbitos Especiales:** atención domiciliaria, cuidados al final de la vida y salud comunitaria.
- **Marco Ético-Legal:** bioética, buenas prácticas y seguridad del paciente.

En conclusión, la asignatura busca formar médicos capaces de ofrecer una **atención humana y técnica**, equilibrando la excelencia clínica con la responsabilidad social y el conocimiento profundo del entorno del paciente.

4.3. El Eje de la Transversalidad (65% de Competencias)

El análisis competencial es revelador: el **65% de lo que un médico debe conocer y**

Figura 2. Matriz de competencias y componentes metodológicos en Medicina Familiar y Comunitaria: avanzando hacia la transversalidad (21). 60 créditos ECTS totales

Competencia	ECTS	Metodología Docente	Metodología Evaluativa	Objetivos Docentes MFyC
Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos	5	Clases expositivas • Sesiones grupales (ABP) • Simulaciones	Evaluación continuada • Examen respuesta múltiple • Simulación • Mini ECOE	Conflictos éticos • Seguridad del paciente • Consentimiento informado
Fundamentos científicos de la medicina	5	Clases expositivas • Sesiones grupales (ABP) • Simulaciones	Evaluación continuada • Examen respuesta múltiple • Simulación • Mini ECOE	Factores de riesgo • Farmacología aplicada • Polimedición
Habilidades Clínicas	25	Clases expositivas • Sesiones grupales (ABP) • Simulaciones	Evaluación continuada • Examen respuesta múltiple • Simulación • Mini ECOE	Anamnesis y exploración • Condiciones crónicas • Multimorbilidad
Comunicación	5	Clases expositivas • Sesiones grupales (ABP) • Simulaciones	Evaluación continuada • Examen respuesta múltiple • Simulación • Mini ECOE	Comunicación básica • Situaciones difíciles • Decisiones compartidas
Salud pública	5	Clases expositivas • Sesiones grupales (ABP) • Simulaciones	Evaluación continuada • Examen respuesta múltiple • Script test • Evaluación por proyectos	Organización SNS • Determinantes de salud • Prevención y protección
Manejo de la información	5	Clases expositivas • Sesiones grupales (ABP) • Simulaciones	Evaluación continuada • Examen respuesta múltiple • Simulación • Consultas figuradas	Búsqueda de información • Elaboración de informes • Teleconsulta y TIC
Análisis crítico e investigación	10	Clases expositivas • Sesiones grupales (ABP) • Simulaciones	Evaluación continuada • Examen respuesta múltiple • Cuestionario ad-hoc • Evaluación por proyectos	Evidencia científica • Metodología investigación • Pregunta PICO

Nota: MFyC = Medicina Familiar y Comunitaria; ABP = Aprendizaje Basado en Problemas; ECOE = Evaluación Clínica Objetiva Estructurada; DOPT = Direct Observation of Procedural Skills

hacer al graduarse coincide con el programa oficial de la especialidad de MFyC (4, 21). La concordancia de las competencias a adquirir en el grado y el programa de la especialidad abre la puerta a la docencia compartida (co-docencia) en múltiples asignaturas a lo largo de los seis cursos. Se pueden implementar algunas de sus recomendaciones sin necesidad de cambios de planes de estudio, con propuestas colaborativas de co-docencia y guías docentes, alineadas con el marco legal (21). Por ejemplo, en una clase de cardiología sobre insuficiencia cardíaca, un médico de familia debería explicar la prevención clínica, el despistaje y criterios de riesgo, diagnóstico inicial en AP y seguimiento en consulta y en el domicilio, así como la conciliación diagnóstica y de la medicación, aportando la visión real de cómo vive el paciente con esa patología.

En la propuesta de transversalidad¹⁴ “**Aportaciones de la Medicina Familiar y Comunitaria al aprendizaje por competencias: avanzando hacia la transversalidad**” (fi-

gura 2) se propone 60 créditos ECTS que pueden ser impartidos desde la MFyC como docencia propia o como co-docencia. Incluye valores, conocimientos y habilidades en atención basada en la persona y medicina de alta complejidad, la prevención clínica primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, la comunicación, la ética cotidiana, la anamnesis y la exploración física basada en el síntoma, la persona y la evidencia, la salud comunitaria... Estas competencias se estructuran en 7 categorías (competencias clínicas, comunicación, información, investigación, salud pública/sistemas, fundamentos integrados, profesionalismo/ética). Y permitirá una participación progresiva de docencia compartida a lo largo de 1º a 6º, adaptable a la situación de partida de cada universidad.

4.4. El Eje de las Prácticas Clínicas Tuteladas (PCT) (figura 3)

El tercer proyecto estratégico sobre contenidos es el **Documento Integrado de las**

Figura 3. Prácticas Clínicas Tuteladas (PCT). 6 cursos (1º a 6º) /20 ECTS totales/500 horas totales

Etapa	Curso	Nombre PCT	ECTS	Presencial	Dirigidas	Supervisadas	Autónomas	
Etapa temprana (1º-2º)	1º	PCT MFyC I	3	75 h	41,3% (31 h)	27 h: 1 h teoría + 8 h SEM + 18 h PCT (4 días x4,5 h)	4 h: tutoría grupal CSU 3 h + presentación Trabajo cooperativo 1 h	44 h: cooperativo 14 h + memoria 4 h + lecturas 8 h + estudio 18 h
	2º	PCT MFyC II	3	75 h	41,3% (31 h)	27 h: 1 h teoría + 8 h SEM + 18 h PCT (4 días x4,5 h)	4 h: tutorías grupales (en CSU)	44 h: memoria 6 h + lecturas 10 h + estudio 28 h
Etapa intermedia (3º-4º)	3º	PCT MFyC III	3	75 h	41,3% (31 h)	27 h: 1 h teoría + 8 h SEM + 18 h PCT (4 días x4,5 h)	4 h: tutorías grupales (en CSU)	44 h: memoria 6 h + lecturas 10 h + estudio 28 h
	4º	PCT MFyC IV	1	25 h	48,0% (12 h)	10 h: PCT (2 días x5 h)	2 h: tutorías individuales (en CSU)	13 h: memoria 2 h + lecturas 5 h + estudio 6 h
Etapa avanzada (5º-6º)	5º	PCT MFyC V	2	50 h	45,0% (22,5 h)	22,5 h: PCT (5 días x4,5 h)	—	27,5 h: memoria 4 h + lecturas 3,5 h + estudio 20 h
	6º	PCT MFyC VI	8	200 h	82% (160 h)	150 h: CSU (6 semanas, 5 h/día)	14 h: simulación (paciente estandarizado)	36 h: memoria clínica 4 h + lecturas 12 h + estudio 20 h

CSU centro de salud universitario

guías docentes de las asignaturas de las prácticas clínicas tuteladas (PCT) en Medicina Familiar y Comunitaria (22). En la actualidad, estas prácticas son escasas en algunas facultades y presentan una gran variabilidad en créditos ECTS (0-12), lo que exige un marco curricular homogéneo y evaluaciones consistentes. Globalmente, la propuesta pretende consolidar, estandarizar y actualizar las guías docentes de las PCT en MFyC para el Grado de Medicina en un Documento Integrado, apoyándose en enfoques basados en competencias, objetivos de aprendizaje y en herramientas para facilitar su implementación, actualización y evaluación continua a lo largo de los seis cursos del Grado de Medicina, siempre bajo la perspectiva de que las PCT son un eje central para el desarrollo de competencias técnicas, clínicas, comunicativas y éticas en entornos reales de la atención familiar y comunitaria. Es una propuesta de máximos y el marco puede considerarse de forma completa o por años adaptándolo a cada Facultad. Se basa en la premisa de que el contacto de los estudiantes con la MFyC (y la AP) debe ser temprano, por su impacto evidente (23-27).

Las prácticas clínicas son esenciales para "aprender a ser médicos". Las PCT en MFyC deben ser:

- **Tempranas:** el contacto debe iniciarse desde los primeros cursos para impactar la vocación y la visión del estudiante. El contacto ha de ser precoz para que el alumno acuda a un Centro de Salud para entender la diversidad humana antes de que algunas perspectivas lo desensibilicen.
- **Longitudinales:** deben abarcar todo el grado, sumando idealmente al menos 20 créditos ECTS, culminando en un rotatorio final en sexto curso
- **Rotatorio de 6º:** un periodo de inmersión total (al menos 8 ECTS) donde el alumno actúe con un médico de familia bajo supervisión, enfrentándose a la consulta real, las urgencias de AP y la atención domiciliaria.

5. EL PERFIL DEL DOCENTE Y LA ESTRUCTURA UNIVERSITARIA

La viabilidad de estas propuestas requiere cambios estructurales:

- **Profesorado Permanente:** es imprescindible que todas las facultades cuenten con al menos un profesor permanente (Catedrático, Titular o profesor permanente laboral -PPL-) especialista en MFyC, apoyado por una base sólida de profesores asociados clínicos.
- **Creación de Estructuras:** la creación formal de **Unidades Docentes Universitarias (UDU) de MFyC** y la designación de **centros de salud universitarios** son elementos estructurales necesarios para garantizar la calidad docente.
- **Fomento del Doctorado:** es crucial fomentar las tesis doctorales entre los médicos de familia para generar un cuerpo docente e investigador propio en la Universidad.

La integración no será real sin **profesores especialistas** en MFyC. AMFE celebra el avance: de 4 titulares en 2015 a una base creciente de catedráticos, titulares, PPL y asociados en 2025. Pero propone continuar sin pausa. Por otra parte, se evidencia que la MFyC todavía carece de **Unidades Docentes Universitarias** propias en muchos departamentos. También es vital facilitar la transición del clínico a la universidad. La investigación en Atención Primaria debe ser valorada por las agencias de acreditación (ANECA), reconociendo que, por ejemplo, publicar sobre la gestión de la polifarmacia en ancianos tiene tanto valor científico como un estudio genético de laboratorio.

6. COMBATIR EL ESTIGMA Y FOMENTAR LA VOCACIÓN

No se puede amar lo que no se conoce, ni defender lo que no se ama.

Frase atribuida a *Leonardo Da Vinci*

Uno de los objetivos secundarios pero vitales es mejorar la elección vocacional. Si el estudiante solo o sobre todo cuenta con rotaciones en el hospital, solo querrá ser especialista hospitalario. La presencia de referentes (médicos de familia doctores, investigadores y docentes) en la facultad es una de las variables para que los egresados elijan la especialidad de MFyC por convicción y no por descarte. Siguiendo al "Health Education England" (28), el sistema sanitario español necesita que el **50% de sus graduados** elijan esta vía para ser sostenible.

7. EPILOGO: "APRENDER A SER MÉDICOS"

"Ser médico requiere una transformación de la persona: no basta con aprender a ser médico, hay que convertirse en médico" (29). Y como menciona Letamendi, *"quien solo sabe medicina, ni medicina sabe"* y la MFyC aporta a la Universidad el humanismo, la ética de lo cotidiano y la ciencia de la complejidad, con un método clínico específico. No se trata solo de añadir una asignatura, sino de cambiar la cultura de las facultades para que el paciente vuelva a ser el centro del sistema.

La universidad española no sabrá todo lo que vale la Medicina de Familia hasta que no le permita ocupar el lugar nuclear que le corresponde por ley, por ciencia y por compromiso social (30).

8. CONCLUSIÓN: UN IMPERATIVO PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La plena integración de la MFyC en el Grado de Medicina es esencial para formar mé-

dicos que respondan a las necesidades reales del sistema sanitario y de la sociedad. La propuesta de la AMFE-semFYC es un llamado a superar el hospitalocentrismo académico y reconocer el alto valor científico, humano y social de la Atención Primaria. Formar "médicos de base" competentes en la complejidad del ser humano es el camino para construir una base sólida sobre la cual edificar cualquier especialidad posterior, preparando al estudiantado para un futuro médico más humano, eficiente y equitativo.

10 conclusiones clave en consonancia con la Recomendaciones AMFE 2026 (tabla 2):

- Orientación al "Médico de Base":** la formación de grado debe alinearse con las directivas europeas y las necesidades sociales, priorizando la figura del médico generalista sobre la especialización prematura.
- Superación del Modelo Biomédico:** es necesario trascender el enfoque centrado solo en la enfermedad para adoptar métodos clínicos holísticos que atiendan a la persona, la familia, el cupo y la comunidad.
- MFyC como Disciplina Nuclear y transversal:** la Medicina Familiar y Comunitaria debe ser el eje académico central, ya que aporta el **65% de las competencias** que un estudiante debe adquirir durante el grado. Por lo que debería contar con **60 créditos ECTS** para esta función.
- Carga Lectiva Específica:** se recomienda la consolidación de una asignatura de MFyC con un peso mínimo de **12 créditos ECTS** en todas las facultades.
- Prácticas Longitudinales:** las prácticas en centros de salud deben sumar al menos **20 créditos ECTS**, iniciándose en primer curso y garantizando un contacto continuo del alumno con la AP.

Tabla 2. Recomendaciones de la Academia de Medicina de Familia de España (2026)
1. Incorporación en el grado de los métodos clínicos propios de la MFyC (Método clínico centrado en la persona, en la familia, en la población adscrita y en la comunidad y medicina de alta complejidad).
2. Asignatura obligatoria “específica” de MFyC en todas las facultades de medicina públicas y privadas. Horizonte 12 ECTS.
3. Prácticas tuteladas de MFyC independientes o incluidas en los rotatorios de asignaturas preclínicas y clínicas desde primero a sexto con al menos 20 ECTS totales.
4. La Medicina Familiar y Comunitaria, como área de competencias transversales : asignaturas preclínicas y clínicas, patología general, propedéutica médica, razonamiento clínico, anamnesis, exploración física, comunicación, ética, relación médico paciente, cuidados paliativos... 60 ECTS totales.
5. Unificación de la nomenclatura empleando para la disciplina académica: asignatura y prácticas tuteladas, el nombre de Medicina Familiar y Comunitaria.
6. Unidad Docente Universitaria de Medicina Familiar y Comunitaria en todas las facultades de Medicina.
7. El departamento en el que se incluya la medicina familiar y comunitaria deberá incorporar el nombre de medicina de familia/MFyC.
8. Todos los centros donde se realicen las prácticas tuteladas pasarán a denominarse “centros de salud universitarios” mediante convenio con los servicios de salud.
9. Apoyo al desarrollo del profesorado vinculado y acreditado de los especialistas en MFyC, mediante agencia de calidad. Es imprescindible que todas las facultades cuenten con al menos un profesor permanente (Catedrático, Titular, PPL) especialista en MFyC, apoyado por una base sólida de profesores asociados clínicos. Todos los profesores que participen en las prácticas si son colaboradores deben contar al menos con reconocimiento curricular.
10. Reconocer, apoyar y extender las metodologías formativas y evaluativas novedosas (clases inversas, gamificación, simulaciones, ECOE, SCT, evaluaciones 360º, portafolio...) así como las nuevas tecnologías de la docencia (IA...)

6. **Fin del Hospitalocentrismo:** es urgente equilibrar el sistema académico para que la Atención Primaria, donde se resuelve el **80-90% de los problemas de salud**, tenga el mismo peso docente que el hospital.
7. **Expertos en la Complejidad:** los médicos de familia deben ser reconocidos como los docentes expertos en gestionar lo **frecuente, lo permanente y lo amenazante** desde una perspectiva científica cualitativa y cuantitativa.
8. **Estructura Universitaria Propia:** se requiere la creación de **unidades docentes de MFyC** y la designación de **centros de salud universitarios** mediante convenios formales.
9. **Cuerpo Docente Estable:** cada facultad

debe contar con profesorado permanente (Catedráticos, Titulares o profesores permanentes laborales -PPL-) especialista en MFyC, apoyado por una red sólida de profesores asociados clínicos.

10. **Innovación Formativa y Evaluativa:** la MFyC aporta metodologías y tecnologías de vanguardia (**como las simulaciones, las clases inversas, la gamificación, la ECOE, el Script Concordance Test-SCT-, el Feed-Back 360º o el portafolio y la IA entre otros**) que deben integrarse y reconocerse como estándares de calidad en toda la enseñanza médica.

Agradecimientos

A todos los médicos y médicas de familia que desde sus facultades de medicina están apostando por la evolución de la formación en el grado de nuestro país para conseguir

mejores niveles de salud, mejores médicos/as formados/as y mayor orientación hacia las necesidades de salud de nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casado Vicente V, Martín Álvarez R, Polentinos Castro E, Magallón Botaya R, Bartolomé Moreno C, Aldecoa Landesa S, García Velasco G, Sisó Almirall A, Medicina familiar y comunitaria en la universidad: más necesaria que nunca. Una propuesta educativa (primera parte). *Educación Médica*, 2026,101170, ISSN 1575-1813, <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2026.101170>. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181326000227>)
2. Casado Vicente V, Martín Álvarez R, Polentinos Castro E, Magallón Botaya R, Bartolomé Moreno C, Aldecoa Landesa S, García Velasco G, Sisó Almirall A. Medicina familiar y comunitaria en la universidad: más necesaria que nunca. Una propuesta educativa (segunda parte), *Educación Médica*, 2026,101171, ISSN 1575-1813, <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2026.101171>. Disponible en <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#sent?projector=1>
3. Casado Vicente V. El sesgo de visibilidad de la Atención Primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2025 1, 29-39 Disponible en <https://doi.org/10.20318/recs.2025.8876>
4. Orden PJC/798/2024, de 26 de julio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria. BOE-A-2024-15685. Consultado el 11/2/2026. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2024/07/26/pjc798>
5. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. The Carnegie Foundation 1910; bulletin number four. Archivado el 16 de febrero de 2015 en Wayback Machine, Merrymount Press. OCLC 9795002. Disponible en: http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/library/Carnegie_Flexner_Report.pdf
6. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. «BOE» núm. 105, de 3 de mayo de 2005, páginas 15182 a 15225 (44 págs.). BOE-A-2005-7188. Consultado el 11/2/2026. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/03/03/sco1198>
7. Heckman JJ, Kautz T. Hard evidence on soft skills. *Labour Econ*. 2012 Aug 1;19(4):451-464. doi: 10.1016/j.labeco.2012.05.014. PMID: 23559694; PMCID: PMC3612993. Disponible en <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3612993/>
8. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE» núm. 280, de 22/11/2003. BOE-A-2003-21340. Consultado el 11/2/2026 Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
9. Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos, y el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica; y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación en especialidades en Ciencias de la Salud. «BOE» núm. 173, de 20/07/2022. BOE-A-2022-12015. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/07/19/589/con>
10. Ten Cate O. Competency-based education, trustworthy professional activities, and the power of language. *J Grad Med Educ* 2013; 5: 6-7. Disponible en <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3613319/>
11. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994.Oct 22;344(8930):1129-33. Disponible en [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(94)90634-3)
12. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. PMID: 29035488. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458728/>
13. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. 2022 Jan 27;72(715):e84-e90. Disponible en <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
14. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024 Resumen ejecutivo. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnual2024/Informe_Anual_2024_Resumen_ejecutivo.pdf

15. Stewart M, Belle Brown J, Weston WW, Freeman TR, Ryan BL, McWilliam CL, McWhinney IR. Medicina centrada en la persona: transformar el método clínico. 4ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2025:27-50. Disponible en: <https://www.semfyec.es/actualidad/semfyec-medicina-centrada-persona>
16. Perez-Valencia JJ, Vázquez Díaz, JR. El nuevo programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria: una oportunidad que no se debe perder. *Aten Primaria* 55 (7). Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102650>.
17. De la Revilla L. La familia como unidad de atención, *FMC* 14 (5), 2007, 1-7. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)74015-X](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(07)74015-X).
18. Lluís de Peray J, Montaner Gomis I. Una mirada a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad. *Comunidad*. 2016;18(1). Disponible en https://comunidad.semfyec.es/wp-content/uploads/Comunidad_-_Una-mirada-a-la-Atencion-Primaria-Orientada-a-la-Comunidad.pdf
19. Casado Vicente V, Martín Álvarez R, Sisó Almirall A, Aldecoa Landesa S, Magallón Botaya R, García Velasco G y grupo Colaborativo ACOAMFE G. Primer informe del Observatorio de la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España (AMFE) en la universidad española, 2023. *Rev Clín Med Fam*. 2023;16(3):247-259. Disponible en <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.160303>
20. Casado Vicente V, Sisó-Almirall A, Martín Álvarez R, Aldecoa Landesa S, Magallón Botaya R et García Velasco G. Guía Docente de la Asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria para ser incluida en los Planes de Estudios de las Facultades de Medicina Españolas. Barcelona: Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2024. DOI: 10.55783/semFYC.00002. Disponible en <https://www.semfyec.es/storage/publication/asignaturaAMFE03022026.pdf>
21. Solanas-Saura P, Del Cura-González I, Fernández-Merino MC, Girón-Hortelano J, Medina-Abellán M, Sánchez-Calavera MA, y grupo colaborativo AMFE. Aportaciones de la Medicina Familiar y Comunitaria al aprendizaje por competencias: avanzando hacia la transversalidad. En prensa.
22. Azagra-Ledesma R, Izquierdo-García N, Arauzo-Palacios D, Rubio-Prieto P. y grupo colaborativo AMFE. Documento Integrado de las guías docentes de las asignaturas de las prácticas clínicas tuteladas (PCT) en Medicina Familiar y Comunitaria. En prensa
23. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, García P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
24. Wass V, Gregory S, Petti-Saphon K. By choice not by chance. Supporting medical students towards future GP careers. *Health Education England* 2016. Consultado el 3 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.medschools.ac.uk/latest/publications/by-choice-not-by-chance-supporting-students-towards-future-gp-careers/>
25. Lea A, Emery H, Carson J. Increasing student likelihood of becoming a general practitioner: the general practice society professional development scheme. *Educ Prim Care*. 2025;36:116-20. Consultado el 3 de marzo de 2026. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40134052/>
26. Thompson LSJ, Jones D. Why do students choose to do an extended GP placement? *Educ Prim Care*. 2024;35:109-12. Consultado el 3 de marzo de 2026. Disponible en : https://discovery.dundee.ac.uk/ws/portalfiles/portal/139686766/Why_do_students_choose_to_do_an_extended_GP_placement_.pdf
27. Deutsch T, Lippmann S, Frese T, Sandholzer H. Who wants to become a general practitioner? Student and curriculum factors associated with choosing a GP career – a multivariable analysis with particular consideration of practice-orientated GP courses. *Scand J Prim Health Care*. 2015;33: 47-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25761999/>
28. Health Education England (HEE) Investing in people for health and healthcare. Workforce plan for England: proposed education and training commissions for 2016/17. London HEE; 2016. Disponible en: https://recipeforworkforceplanning.hee.nhs.uk/Portals/0/HEWM_LinksAndResources/HEE%20Workforce%20Plan%20for%20England%202016%20180516_0.pdf?ver=2016-05-31-125416-483
29. Fuks A, Brawer JD. The foundation of physician ship. *Perspectives in Biology and Medicina*. 2012; 55:114-26. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22643720/>
30. Junta Rectora de AMFE semFYC. Web AMFE semFYC. Barcelona. semFYC. 2022. Acceso el 14 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.semfyec.es/semfyec/universidad-amfe>

Características de las lesiones de órgano diana en adultos hipertensos y su relación con el riesgo cardiovascular y la adherencia al tratamiento

Characteristics of target organ damage in hypertensive adults and its relationship with cardiovascular risk and treatment adherence

Santa Cruz-Domínguez M¹, Laserna-Fernández EM², Jiménez-Huete M³, Pérez-Milena A³

¹Licenciado en Medicina. Máster en Investigación en Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén

²Enfermera de Familia. CS El Valle. Jaén

³Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

Recibido el 06-07-2025; aceptado para publicación el 01-02-2026.

Med fam Andal. 2026;1: 25-37

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2026.2025345>

Correspondencia: Michel Santa Cruz-Domínguez, mail: msd00030@red.ujaen.es

RESUMEN

Título: características de las lesiones de órgano diana en adultos hipertensos y su relación con el riesgo cardiovascular y la adherencia al tratamiento.

Objetivo: describir las características clínicas y epidemiológicas de las lesiones de órganos diana (LOD) en pacientes hipertensos del centro de salud urbano El Valle y su relación con el control de la presión arterial, el riesgo cardiovascular y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Diseño: se realizó un estudio de diseño observacional, descriptivo transversal, de correlación.

Emplazamiento: centro de salud urbano El Valle, Jaén capital.

Población: reclutando pacientes hipertensos que acudieron a consulta, con un muestreo sistemático incluyendo pacientes ≥ 18 años, diagnosticados de hipertensión arterial y con tratamiento farmacológico.

Intervenciones: los datos se obtuvieron de una auditoría de historias clínicas de las personas hipertensas reclutadas para el estudio y de una entrevista personal.

Resultados: se reclutaron 100 pacientes hipertensos. El 40% de los sujetos presentó LOD, con especial prevalencia de las enfermedades cardíacas y renales. El perfil del paciente hipertenso con LOD encontrado tuvo las siguientes características: sexo femenino (57,7%); con una media de edad de 73,7 años ($\pm 9,9$); con 13,6 años ($\pm 8,3$) de evolución de la enfermedad de base, con un control de presión arterial adecuado (68%), con un riesgo cardiovascular muy alto (47%), obesos (75%), que utilizan IECA/ARA2 (93%) como tratamiento farmacológico y con buena adherencia al tratamiento (61%). El análisis multivariante obtuvo un modelo explicativo final en el cual quedaron como factores de riesgo el tiempo de evolución de la hipertensión arterial (OR 1,082), la presencia de dislipemia (OR 3,142) y la mala adherencia al tratamiento (OR 5,964).

Conclusión: las variables que pudieron tener relación con la LOD fueron: sexo femenino, factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, diabetes, tabaquismo) y mala adherencia al tratamiento. Aunque no hubo diferencias estadísticas sí hubo significación clínica y correlación con otros estudios.

Palabras clave: lesión de órgano diana, hipertensión arterial, riesgo cardiovascular, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Title: Characteristics of target organ damage in hypertensive adults and its relationship with cardiovascular risk and treatment adherence.

Objective: to describe the clinical and epidemiological characteristics of target organ damage (TOD) in hypertensive patients at the El Valle urban health centre and its relationship with blood pressure control, cardiovascular risk and adherence to drug treatment.

Design: an observational, descriptive, cross-sectional, correlational study was conducted.

Location: El Valle urban health centre, Jaén capital.

Setting: Urban health centre.

Population and sample: hypertensive patients who attended the clinic were recruited using systematic sampling, including patients ≥ 18 years of age diagnosed with high blood pressure and receiving pharmacological treatment.

Interventions: data were obtained from an audit of the medical records of hypertensive individuals recruited for the study and from a personal interview.

Results: : 100 hypertensive patients were recruited. Forty per cent of the subjects had LOD, with a particular prevalence of heart and kidney disease. The profile of hypertensive patients with LOD had the following characteristics: female (57.7 per cent); mean age of 73.7 years (± 9.9); with 13.6 years (± 8.3) of underlying disease progression, with adequate blood pressure control (68%), with very high cardiovascular risk (47%), obese (75%), using ACE inhibitors/ARBs (93%) as pharmacological treatment, and with good treatment adherence (61%). The multivariate analysis yielded a final explanatory model in which the risk factors were the duration of hypertension (OR 1.082), the presence of dyslipidaemia (OR 3.142) and poor adherence to treatment (OR 5.964).

Conclusion: the variables that could be related to TLE were female sex, cardiovascular risk factors (dyslipidaemia, diabetes, smoking), and poor adherence to treatment. Although there were no statistical differences, there was clinical significance and correlation with other studies.

Keywords: target organ damage, high blood pressure, cardiovascular risk, adherence to treatment.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad muy frecuente. Se estima que en el mundo hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con HTA y que la mayoría de ellos vive en países en vías de desarrollo(1). En España, el 33% de los adultos de 30-79 años (10 millones) eran hipertensos en 2019: el 68% estaba diagnosticado y el 57% recibía tratamiento farmacológico (2). La prevalencia de la HTA atendida en la Atención Primaria española supone el 16,5% de la población (15,7% hombres y 17,3% mujeres) (3).

La Sociedad Europea de Hipertensión considera que se puede hablar de HTA a partir de 140 mm Hg de sistólica y 90 mm Hg de diastólica (4), indicando también unos valores que permiten clasificar a la persona hipertensa en uno de los tres grados de hipertensión definidos. Asimismo, se conoce

como hipertensión sistólica aislada a aquella que presenta una presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y una presión arterial diastólica menor de 90 mmHg (5).

La HTA es una patología silenciosa debido a que gran parte de los síntomas solo se presentan como resultado de un mal control de las cifras de presión arterial (PA). Una PA mal controlada provocará con el tiempo un cuadro asintomático subclínico o una patología manifiesta debido a las lesiones de órgano diana (LOD). La HTA provoca daño endotelial que a su vez contribuye a la aparición de aterosclerosis, causando una insuficiencia arterial periférica que es la base etiológica de las LOD de la HTA en las arterias periféricas.

Las lesiones más frecuentes en personas hipertensas se localizan principalmente en el encéfalo, provocando con mayor frecuencia patologías cardíacas (infarto agudo de mio-

cardio 3,8% en hombres y 1,6% en mujeres, aumentando a 11,4% y 5% respectivamente en mayores de 64 años), enfermedad renal crónica (prevalencia en hipertensos del 20,5%) y accidentes cerebrovasculares (5,3%-6,7% en mayores de 64 años) y deterioro cognitivo (3) Otra afectación frecuente es la retinopatía (hasta el 11% de pacientes hipertensos(6).

La causa del mal control de la HTA es múltiple, habitualmente se debe a un retraso diagnóstico que provoca que hasta un 46% de los adultos hipertensos desconozcan que padecen esta afección. Otra causa es un mal tratamiento debido a una mala indicación del fármaco a tomar o por inercia terapéutica (7) o por una mala adherencia al tratamiento por parte del paciente. Se ha comprobado que la mala cumplimentación de la terapia farmacológica puede originar la aparición de LOD (8).

La elevada morbimortalidad que provoca la HTA debido a la LOD hace que esta enfermedad sea uno de los principales problemas de salud pública. Es por ello que la presente investigación pretende describir las lesiones de órgano diana en adultos hipertensos de una zona urbana de Jaén y su relación con el perfil de la persona hipertensa, en especial valorando su relación con el riesgo cardiovascular y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Dicho conocimiento contribuirá a visualizar la magnitud del problema, así como, gestionar los recursos sanitarios necesarios para mejorar la prevención secundaria y contribuir a disminuir el riesgo de aparición de LOD. Los resultados obtenidos pueden ser útiles también a los profesionales para mejorar la atención individual a los pacientes hipertensos y realizar registros médicos de mayor calidad.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño metodológico

Se planteó un estudio con un diseño metodológico observacional, descriptivo, transversal y de correlación. La población objeto de estudio estuvo compuesta por adultos con diagnóstico de HTA pertenecientes al Centro de Salud El Valle (Jaén capital, Andalucía) al inicio en el período comprendido del 1 de marzo al 31 de mayo de 2025. Estos pacientes debían tener codificado el diagnóstico de hipertensión arterial con alguno de los siguientes códigos (9):

- I10 Hipertensión esencial (primaria).
- I15 Hipertensión secundaria.
- I16 Crisis hipertensiva.

Los criterios de inclusión para la selección de la población de estudio fueron una edad igual o superior a 18 años, con diagnóstico de hipertensión arterial codificado en la historia clínica e incluidos en el Proceso Asistencial Integrado “Riesgo Vascular” (10) del Servicio Andaluz de Salud, que estuvieran tomando un tratamiento farmacológico antihipertensivo en el momento del estudio. Se excluyeron aquellas personas con enfermedad neurológica grave o trastorno de salud mental grave que les impidiera responder a la encuesta, o cuando la medicación antihipertensiva fuera preparada y administrada por una tercera persona por incapacidad del paciente de tomarla de forma adecuada.

Se realizó un muestreo sistemático consecutivo de pacientes hipertensos que acudieron por cualquier motivo a una consulta médica o de enfermería del centro de salud El Valle (Jaén). La Zona Básica de Salud perteneciente al centro sanitario atendía a una población de 11.500 personas, por lo que unas tres mil personas deberían estar diagnosticadas de HTA (estimándose una prevalencia del 26%) (11). El tamaño de muestra

mínimo calculado fue de 263 pacientes a reclutar, en base a una presencia de lesiones de órgano diana del 25% (12), con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Este tamaño de muestra aumentará a 277 sujetos a reclutar si se cuenta con unas pérdidas de un 5%. Finalmente, se realizó un estudio piloto reclutando un total de 100 sujetos.

La variable principal fue el registro en la historia clínica de las lesiones de órgano diana, tanto de Atención Primaria como los registros realizados en los diferentes servicios del hospital de referencia. Estas lesiones se codificaron según los códigos CIE-10 (*tabla 1*). El resto de variables independientes fueron:

Tabla 1. Clasificación de las lesiones de órgano diana (CIE-10)	
I11 Enfermedad cardiaca hipertensiva	<ul style="list-style-type: none"> • I11.0 Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca • I11.9 Enfermedad cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca
I12 Enfermedad renal crónica hipertensiva	<ul style="list-style-type: none"> • I12.0 Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal • I12.9 Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o con enfermedad renal crónica no especificada • I13.2 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardiaca y con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal
I60-I69 Enfermedades cerebrovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • I61.9 Hemorragia intracerebral no traumática, no especificada • I62.0 Hemorragia subdural no traumática • I63 Infarto cerebral • I65 Oclusión y estenosis de arterias precerebrales, que no produce infarto cerebral • I67.2 Aterosclerosis cerebral • I67 Otras enfermedades cerebrovasculares • I67.4 Encefalopatía hipertensiva • I67.81 Insuficiencia cerebrovascular aguda • I67.82 Isquemia cerebral • I67.9 Enfermedad cerebrovascular, no especificada
H35.03 Retinopatía hipertensiva	
I73.9 - Enfermedad vascular periférica, no especificada	

- Variables sociodemográficas: edad y sexo.
 - Variables clínicas de la HTA: tiempo de evolución, tratamiento farmacológico, media de los valores registrados de presión arterial y grado de control de la presión arterial. (Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión)
 - Presencia de factores de riesgo cardiovascular (RCV): riesgo cardiovascular (SCORE2 y SCORE2-OP), diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, índice de masa corporal y obesidad (IMC \geq 30).
 - Adherencia al tratamiento farmacológico, valorada mediante el test de Haynes-Sackett (o test del cumplimiento autocomunicado) y el test de Morisky-Green (13), considerando un resultado positivo cualquier respuesta que indique mala cumplimentación del tratamiento farmacológico.
- Los datos se obtuvieron mediante audito-

ría de historias clínicas de las personas hipertensas reclutadas para el estudio (para variables dependientes, sociodemográficas, características de la HTA y factores de RCV) y por medio de una entrevista personal realizada por personal de enfermería (para la adherencia al tratamiento), aprovechando un contacto clínico con el paciente por cualquier motivo de demanda. En la entrevista se explicó el motivo del estudio, asegurándose que entendían los objetivos y el alcance del estudio, se obtuvo su aceptación explícita y firmaron el consentimiento informado.

Análisis estadístico

Se creó una base de datos en el software Excel® para su posterior análisis a través del programa informático SPSS® v27.0. Se comprobó la Normalidad de la distribución de las variables (test de Shapiro-Wilk) y su homocedasticidad (test de Levene). Con el análisis descriptivo se obtuvieron proporciones y medias con su desviación estándar para cada valor obtenido. Se procedió primero a realizar un análisis bivariante y luego otro multivariante. En ambos casos, la variable dependiente fue categórica, definida como ausencia o presencia de lesión de órgano diana (0=no, 1=sí). En el análisis bivariante, las comparaciones se realizaron aplicando el test t de Student o su correspondiente test no paramétricos (U de Mann Whitney) para variables cuantitativas y el test X^2 para cualitativas. El análisis multivariante se realizó mediante regresión logística binaria por pasos hacia atrás (de Wald), utilizando el test de Hosmer-Lemeshow para ajustar el modelo final.

Aspectos éticos

El estudio se llevará a cabo según la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigaciones Biomédicas, la Ley de Autonomía del paciente 41/2002 y las indicaciones del informe Belmont y la Declaración de Helsinki

(actualizada en la Asamblea de Brasil en 2013) para la investigación biomédica. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación del SSPA previamente a su inicio, siguiendo en el trabajo de campo las recomendaciones expresas para la realización de un trabajo de fin de máster: los datos clínicos han sido recogidos por profesionales sanitarios con actividad clínica, usando una contraseña personal para el acceso a las historias clínicas, mientras que el alumno del máster universitario no tuvo acceso a las historias clínicas ni a datos personales de los pacientes que permitieran la identificación de los resultados obtenidos de forma individualizada.

En aplicación del Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se utilizaron datos personales pseudonimizados, no se utilizaron los datos para otros fines diferentes a los del proyecto de investigación ni se cedieron a otras personas ajenas a la investigación.

RESULTADOS

1. Caracterización de la muestra

Se han reclutado un total de 100 pacientes hipertensos, con una media de edad de 71,9 años ($\pm 10,6$), con una edad mínima de 49 años y una máxima de 89 (rango de 40 años). Por sexos, el 58% fueron hombres y el 42% mujeres, con una media de edad casi significativamente más elevada para las mujeres (75,4 años $\pm 8,8$) que para los hombres (66,9 años $\pm 11,2$; $p=0,085$ test t Student). La media del tiempo de evolución de la hipertensión arterial fue de 12,6 años ($\pm 7,2$). La *tabla 2* muestra los resultados obtenidos en función del control de la PA. De acuerdo con los criterios de la Guía Europea (ESC/

ESH 2024), presentaron un mal control de la presión arterial un 33% de la muestra estudiada; diferenciando por edad, el porcentaje de hipertensos inadecuadamente

controlados es de un 24% entre las personas con 65 o más años de edad, mientras que en el grupo etario de 64 años o menos de edad la prevalencia de mal control tensional

Tabla 2. Características de las personas hipertensas en tratamiento farmacológico con mal control de la presión arterial (según criterios de la Guía ESC/ESH 2024)

	Control de la presión arterial	
	Adecuado	Mal control
Edad (años)	74,1±9,8	67,8±11,2
Sexo (mujer)	59%	61%
Tiempo de evolución	12,9±7,8	12,3±5,9
Grupos farmacológicos		
- IECA/ARA2	82%	91%
- Diuréticos	53%	69%
- Calcioantagonistas	22%	23%
- Betabloqueante	4%	0%
- Alfabloqueante	4%	0%
Riesgo cardiovascular		
- Bajo moderado	13%	21%
- Alto	46%	44%
- Muy alto	41%	35%
Factores de riesgo cardiovascular		
- Diabetes Mellitus tipo 2	52%	44%
- Dislipemia (*)	54%	78%
- Obesidad	61%	67%
- Tabaquismo (*)	0%	9%

Diferencias significativas con (1) p<0,05 test X²

fue del 58%. No hay diferencias en el grado de control de la presión arterial en función de la edad, el tiempo de evolución, los diferentes grupos farmacológicos prescritos ni el riesgo cardiovascular (tabla 1). Respecto a los factores de riesgo, la presencia de dislipemia y el tabaquismo es más frecuente entre los hipertensos con un mal control de la presión arterial (p<0,05 test X²; tabla 2). La media de los valores de presión arterial registrados en la historia clínica fue de 132,7 mmHg (±17,1) para la sistólica y de 75,0 mmHg (±10,3) para la diastólica. El valor medio del índice de masa corporal fue de 32,4 (±7,0). El riesgo cardiovascular fue bajo-moderado en el 16% de los pacientes, alto en el 45% y muy alto en el restante 39%. En cuanto al tratamiento farmacológico em-

pleado, la mayoría usaban un fármaco de la familia de los IECA/ARA2 (83%) seguido por los diuréticos (58%) y los calcioantagonistas (22%), estando poco indicados los betabloqueantes (3%) y los alfabloqueantes (3%). El factor de riesgo CV que predominó fue la dislipemia (62%) seguido de la DM tipo 2 (49%).

Las principales características de los pacientes de acuerdo con la cumplimentación del tratamiento farmacológico se presentan en la tabla 3. La adherencia al tratamiento farmacológico ha sido inadecuada en el 18% de los pacientes valorados, según el test de Haynes Sackett. Utilizando el cuestionario de Morinsky Green, el porcentaje de mala cumplimentación de la terapia far-

Tabla 3. Principales características de los pacientes con mala cumplimentación del tratamiento farmacológico.

	Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo	
	Mala	Buena
Sexo (mujer)	54,2%	62,2%
Edad (años)	71,6 ±11,9	72,1 ±10,0
Tiempo de evolución	12,3 ±6,3	12,9 ±7,7
Control de la presión arterial		
- Adecuado	63%	69%
- Mal control	37%	31%
Grupo farmacológico		
- IECA/ARA2	87%	84%
- Diurético	57%	59%
- Calcioantagonistas	25%	21%
- Betabloqueantes	0%	5%
- Alfabloqueantes	0%	5%
Riesgo cardiovascular		
- Bajo moderado	17%	16%
- Alto	33%	51%
- Muy alto	50%	33%
Factores de riesgo CV		
- Diabetes Mellitus tipo 2	54%	47%
- Dislipemia (*)	46%	71%
- Obesidad	67%	61%
- Tabaquismo (*)	8%	0%

Diferencias significativas con (1) $p < 0,05$ test χ^2

macológica fue del 33%. Existe una adecuada relación entre ambos cuestionarios, con una concordancia en tabla de contingencia significativa ($p < 0,0001$ test χ^2) y un índice Kappa de 0,52 ($\pm 0,10$).

2. Lesiones de órgano diana

El 40% de los pacientes hipertensos tenían registrado en su historia clínica algún tipo de lesión de órgano diana, mientras que el restante 60% presentaron una hipertensión arterial no complicada. Las prevalencias de presentación de las diferentes lesiones de órgano diana se muestran en la *figura 1*, siendo las patologías cardíaca y renal las más frecuentes. La mayoría de pacientes presentaban una afectación única de un ór-

gano mientras que 5 pacientes tenían registrada la afectación de 2 órganos y 2 pacientes tuvieron una afectación de tres órganos diferentes.

3. Factores que influyen en la aparición de lesiones de órgano diana

En la *tabla 4* se muestran los resultados del análisis bivariante comparando los resultados de las variables estudiadas en función de la ausencia o presencia de lesiones de órgano diana. La presencia de dislipemia y obesidad se han relacionado con la presencia de lesiones de órgano diana ($p < 0,05$ test χ^2 , *tabla 4*). De igual forma, solo los pacientes fumadores tenían lesiones de órgano diana ($p < 0,10$ test χ^2 , *tabla 3*).

Tabla 4. Análisis bivariante de las variables estudiadas con respecto a la presencia o no de lesiones de órgano diana en los pacientes con hipertensión arterial.

	Lesión de órgano diana	
	No	Sí
Sexo		
- Mujer	60,5%	57,7%
- Hombre	39,5%	42,3%
Edad (años)	70,8 ±11,1	73,7 ±9,9
Tiempo de evolución de la HTA (años)	12,0 ±6,3	13,6 ±8,3
Medias de presión arterial		
- Sistólica	133,6 ±16,5	131,4 ±18,3
- Diastólica	75,7 ±7	73,9 ±11,7
Control TA (ESC/ESH 2024)		
- Adecuado	66%	68%
- Mal control	34%	32%
Riesgo cardiovascular		
- Moderado-bajo	22%	7%
- Alto	44%	46%
- Muy alto	34%	47%
Índice de masa corporal	33,1 ±7,2	31,3 ±6,8
Diabetes Mellitus tipo 2	56%	39%
Dislipemia (1)	47%	73%
Obesidad (1)	40%	75%
Tabaquismo (2)	0%	7%
Tratamiento farmacológico		
- IECA/ARA2	79%	93%
- Diuréticos	56%	61%
- Antagonistas del Calcio	18%	29%
- Betabloqueantes	3%	
- Alfabloqueantes	3%	4%
		4%
Adherencia al tratamiento farmacológico:		
- Test Haynes Sackett	88%	75%
- Test Morinsky Green	71%	61%

Diferencias significativas con (1) p<0,05 test X² (2) p<0,10 test X²

DISCUSIÓN

El modelo explicativo final de las variables que influyen en la presencia de lesiones de órgano diana en los pacientes con hipertensión arterial (*tabla 5*) ofrece como factores de riesgo el tiempo de evolución de la hipertensión arterial con una Odds Ratio (OR) de 1,082 por cada año transcurrido desde el diagnóstico inicial, la presencia de dislipemia (OR 3,142) y la mala adherencia al tratamiento (OR 5,964) con cualquiera de los

En este estudio, 4 de cada 10 pacientes presentaron una afectación de órgano diana, dicha proporción evidencia la magnitud de esta complicación que puede comprometer parcial o totalmente la calidad de vida de los pacientes y por consiguiente la desus familiares. Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con la literatura revisada (14)(15), aunque existen otros trabajos publicados con prevalencias de LOD más elevadas (casi 7 de cada 10 pacientes con afectación orgánica) que se encuentra vin-

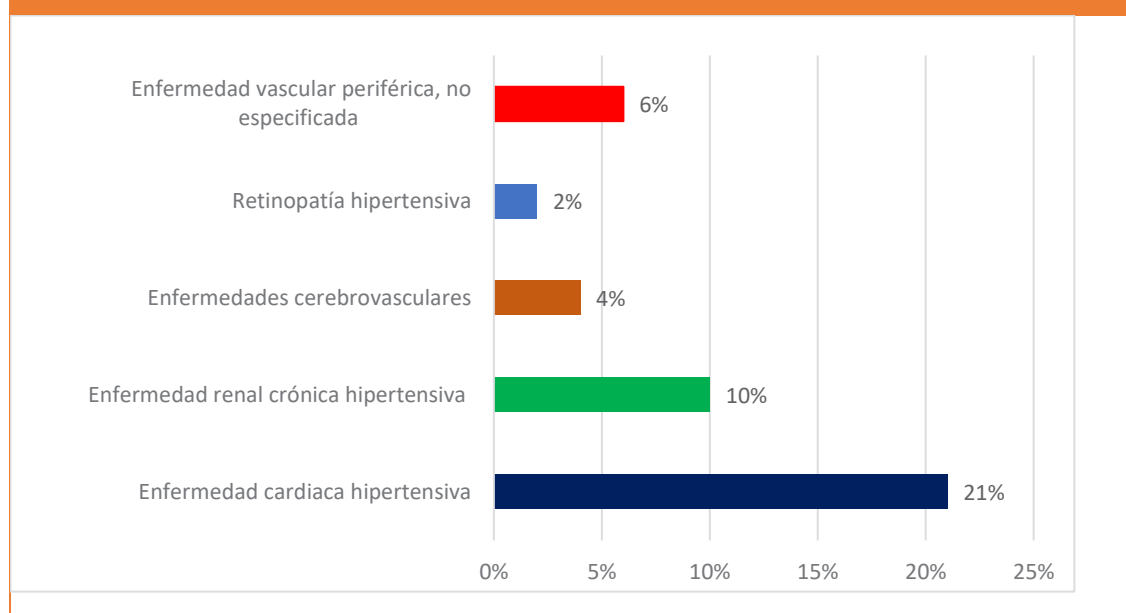
Tabla 5. Modelo explicativo de las variables que influyen en la presencia de lesiones de órgano diana en los pacientes con hipertensión arterial.

Variable	Coficiente	OR	IC 95%	X ² (Wald)	P
Sexo (mujer)	-0,960	0,383	(0,09-1,71)	1,580	0,209
Tiempo de evolución	0,079	1,082	(0,96-1,21)	1,891	0,169
Dislipemia	1,145	3,142	(0,58-16,89)	1,778	0,182
Índice de masa corporal	-0,033	0,967	(0,87-1,08)	0,355	0,552
Presión arterial diastólica	-0,033	0,968	(0,90-1,05)	0,687	0,407
Mala adherencia al tratamiento	1,786	5,964	(0,47-75,03)	1,910	0,167
Constante	1,781			0,346	0,557

Fuente: elaboración propia.

Variable dependiente: lesión de órgano diana (0 no / 1 sí).

Prueba de Hosner y Lemmeshow con $p=0,262$ (X^2 8,870 con 7 grados de libertad), por lo que no se rechaza este test, lo que indica que el modelo está bien ajustado.

Figura 1. Prevalencias de las diferentes lesiones de órgano diana en los pacientes hipertensos estudiados.

culado al contexto (refugiados de guerra) donde se encontraban inmersos los sujetos de estudio (16) y otros con inferior porcentaje (casi 1 cada 10 pacientes con complicaciones) debido a que el diagnóstico de la misma en la investigación en cuestión dependió de la pericia del facultativo y de la cultura preventiva de los pacientes (17).

Las enfermedades más frecuentes causadas por la hipertensión arterial fueron la enfermedad cardíaca hipertensiva (I11) y la en-

fermedad renal crónica hipertensiva (I12). Éstos fueron los órganos más frecuentemente afectados en otras series de pacientes estudiados (18) (15), excepto en uno que presentó como segunda localización de mayor prevalencia el encéfalo en lugar de los riñones (14). La mayoría presentaba una sola lesión, aunque casi 2 de cada 10 tenían dos o más órganos lesionados.

El sexo femenino y la presencia de dislipemia pueden ser factores asociados con la

presencia de lesiones de órgano diana. En el caso del sexo femenino una posible explicación puede ser el cese de la protección estrogénica secundaria a la menopausia que contribuiría al aumento de la grasa central abdominal, alteración del perfil lipídico y resistencia a la insulina (19) propiciando la descompensación de la PA y por consiguiente la LOD. El riesgo de ECV aumenta considerablemente alrededor de la edad típica de la menopausia (aproximadamente 51 años). Si bien los mecanismos subyacentes a este fenómeno aún no se han dilucidado con precisión, la (dis)función autonómica relacionada con la menopausia probablemente desempeña un papel clave en el desarrollo de ECV en mujeres posmenopáusicas. Se sabe que la actividad simpática aumenta con la edad y puede aumentar de forma más pronunciada en mujeres mayores, lo que resulta en desequilibrio autonómico y enfermedad crónica (20).

En el caso de la dislipemia, constituye un sustrato del proceso aterogénico provocando la reducción del calibre de los vasos arteriales de todo el cuerpo, llegando a la obstrucción total del órgano tubular en cuestión propiciando LOD en diversas localizaciones. Tanto la dislipemia como la diabetes mellitus se configuran como factores de riesgo cardiovascular que aparecen frecuentemente en la presentación de lesiones de órgano diana durante la historia natural de la hipertensión arterial (21) (14), donde este último representa el 49% de la muestra de estudio, constituyendo el segundo factor de mayor prevalencia.

Diversos factores, como los demográficos, los socioeconómicos, las afecciones médico-conductuales concomitantes, los relacionados con la terapia, los del equipo de atención médica y del sistema, y los del paciente, se asocian con la falta de adherencia (22). El mal cumplimiento farmacológico es importante y superior en los pacientes con

lesiones de órgano diana, asociado clínicamente al mal control de la PA, al tratamiento farmacológico con IECA/ARA2, RCV muy alto, DM, obesidad y tabaquismo. Los datos obtenidos en el estudio coinciden con los resultados que muestran otros estudios revisados(23) (24) (25) (26), excepto en otros donde el incumplimiento farmacológico fue elevado debido al desconocimiento de la cronicidad de la enfermedad de base (27) (28), el número de medicamentos a tomar (29) y que la totalidad de los sujetos de estudio fueron adultos mayores (30), dicho grupo etario se caracteriza por la presencia de modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento como es el caso de la rigidez arterial que propicia la descompensación de la PA, esto asociado a la elevada prevalencia de comorbilidades que presentan generalmente dichos pacientes contribuyen a la aparición de LOD.

El grado de control de la presión arterial no se ha relacionado en este estudio con la mayor presencia de lesiones de órgano diana ni tampoco con la falta de cumplimentación del tratamiento farmacológico (31). No obstante, se ha demostrado que a medida que el control de la HTA es más efectivo, se reduce significativamente el riesgo de daño a estos órganos. Se ha demostrado que los hipertensos con mal control de la presión arterial en la consulta presentaron un mayor deterioro de los órganos diana que aquellos con buen control, a pesar de presentar un perfil metabólico similar (32) (33). Las diferencias respecto al estudio realizado donde 3 de cada 10 pacientes presentaron un mal control de la PA, pueden deberse al tamaño de muestra, inferior al estimado, y al escaso tiempo de estudio de las cifras de presión arterial, tan solo valorando las cifras de un año.

Las principales limitaciones del estudio pueden deberse a sesgos de selección, de información y de confusión. Respecto a

los sesgos de selección, éstos pueden haber ocurrido durante la selección de participantes para el estudio, lo que puede llevar a conclusiones inexactas en los resultados. En primer lugar, el muestreo es sistemático y no probabilístico: el reclutamiento de pacientes de forma consecutiva puede relacionarse con patrones cíclicos o periódicos de la población hipertensa que coincida con el intervalo de muestreo, haciendo que se seleccionen pacientes con mayor o menor presencia de lesiones de órgano diana. La fecha del reclutamiento de los pacientes (primavera) no coincide con etapas de infecciones respiratorias u otras patologías estacionales que pudieran influir en la presencia de pacientes hipertensos más vulnerables en consulta. Otro elemento a tener en cuenta es el reclutamiento de un número de sujetos inferior al tamaño muestral mínimo calculado. Este hecho puede causar que el estudio tenga menos poder estadístico, haciendo más difícil detectar diferencias significativas entre los hipertensos con lesiones y aquellos sin lesiones de órgano diana. Las estimaciones resultantes del análisis estadístico también serán menos precisas, y la probabilidad de encontrar resultados falsos positivos o falsos negativos puede aumentar. Este error sistemático puede estar detrás de la falta de significación estadística de algunas variables que sí son referenciadas en la literatura consultada, como la asociación entre la presencia de patología orgánica debida a la HTA y el mal control de la presión arterial o la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.

Esta limitación es particularmente notoria en los resultados obtenidos con el análisis multivariante, que no presenta diferencias estadísticamente significativas, aunque si permite establecer una sospecha clínica en la asociación entre la presencia de lesiones de órgano diana y un mayor tiempo de evolución de la HTA, la presencia de dis-

lipemia y la mala adherencia al tratamiento. Posiblemente aumentando la muestra se encontraría una relación más fuerte. Otra limitación importante a tener en cuenta fue el diseño de estudio, el mismo no permitió indagar acerca de la causalidad debido a que no presenta secuencia temporal.

El sesgo de información puede haberse introducido al realizar una auditoría de las historias clínicas para recoger parte de las variables de estudio. No obstante, todos los pacientes tienen recogida la cifra de presión arterial, dado que acudieron a consulta y se procedió en todo caso a la toma y registro de la presión arterial. El infrarregistro de las tomas de presión arterial en los registros clínicos es frecuente y puede llegar a un (13,4%) según los estudios publicados (7) (34). Se ha visto que el diagnóstico y control de la presión arterial se asocia con un mayor registro de la toma de presión arterial en las historias clínicas (7). Además, los registros de la presión arterial en las historias clínicas digitales parecen ser mayores que en la historia clásica en papel (34).

Como conclusiones, las lesiones de órgano diana fueron frecuentes en la población hipertensa estudiada, afectando a 4 de cada 10 sujetos, con especial prevalencia de las enfermedades cardíacas y renales. El perfil del paciente hipertenso con LOD encontrado tuvo las siguientes características: sexo femenino, en la octava década de vida, con más de 10 años de evolución de la enfermedad de base, con un control de PA adecuado, con un RCV muy alto, obesos, que utilizan IECA/ARA2 como tratamiento farmacológico y con buena adherencia al tratamiento. Las variables que pueden tener relación con la LOD fueron: sexo femenino, factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, diabetes, tabaquismo) y mala adherencia al tratamiento. Aunque no hay diferencias estadísticas sí hay significación clínica y correlación con

otros estudios.

Esta investigación precisaría completarse con un mayor reclutamiento de personas hipertensas para completar el tamaño de muestra calculado para obtener diferencias estadísticas. Los resultados obtenidos pueden favorecer nuevas líneas de investigación sobre la relación entre lesión de órgano diana y la discriminación de género en salud (mayor presencia de LOD en mujeres), el papel de la cumplimentación farmacológica y el grado de control de la presión arterial, así como la importancia de los factores de riesgo cardiovascular acompañantes.

No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores.

El estudio cuenta con la aprobación previa del Comité Ético de Investigación Científica del Complejo Hospitalario de Jaén, según RD 223/04. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se han ajustado a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Hipertensión. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Banegas JR, Sánchez-Martínez M, Gijón-Conde T, López-García E, Graciani A, Guallar-Castillón P, García-Puig J, et al. Cifras e impacto de la hipertensión arterial en España. *Rev Esp Cardiol*. 2024; 77(9): 767-778. Disponible en: <https://www.revvespcardiol.org/es-cifras-e-impacto-de-la-hipertension-arte-articulo-S0300893224001076-pdf>
3. Subdirección General de Información Sanitaria. Indicadores clínicos en atención primaria 2016. BDCAP. 2019.
4. Sánchez-Monge M. ¿Qué es la hipertensión arterial? [internet]. *CuídatePlus*. 2009. Accessed Dec 26, 2024. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial.html>
5. Coca Payeras A. Hipertensión. ¿Qué es la Hipertensión Arterial? *PortalCLÍNICA*. 2018. Accessed Jan 3, 2025. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/hipertension-arterial>
6. González DM. La retinopatía hipertensiva incrementa el riesgo de reingreso en pacientes coronarios [notas de prensa, internet]. *Sociedad Española de Cardiología*. 2016. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/8042-la-retinopatia-hipertensiva-incrementa-el-riesgo-de-reingreso-en-pacientes-coronarios>
7. Pérez Milena A, Simão Aiex L, Jiménez Pulido I, Extremera García E, Molina Oliva P, Alvarez Nieto C. Inercia diagnóstica para la hipertensión arterial en pacientes diabéticos con seguimiento en atención primaria. *Salud(i)Ciencia*. 2020; 24:18-23.
8. Rodilla E, Escrivá M, García J, Costa J, Pascual J. Hipertensión [Comunicación]. *Revista Clínica Española*. XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). 2014. Accessed Dec 26, 2024.
9. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. CIE.10.ES Clasificación internacional de enfermedades. 10ª revisión. Modificación clínica. 3ª ed. enero 2020. <https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones.do?metodo=detalle-Publicacion&publicacion=5710>
10. Navarro Moya FJ, coord. Riesgo vascular, proceso asistencial integrado [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2010. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af19570c6aaf_riesgo_vascular.pdf
11. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Memoria Estadística y Cartográfica: Prevalencia de Hipertensión arterial en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/institutoestadisticaycartografia/badea/operaciones/consulta/anual/23978?CodOper=b3_1274&codConsulta=23978
12. Armario P, Oliveras A, del Rey RH, Poch E, Larrouse M, Roca-Cusachs A, et al. Prevalencia de lesión de órganos diana y factores asociados a la presencia de episodios cardiovasculares en sujetos con hipertensión arterial refractaria. *Medicina clínica* 2009;133(4):127-131.
13. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica (Internet)*. 2018;59(3):163-172.
14. Faggiano P, Fattirolli F, Frisinghelli A, Piccioli L, Dasseni N, Silverii MV, et al. Secondary prevention advices after cardiovascular index event: From drug prescription to risk factors control in real world practice. *Monaldi Arch Chest Dis*.

- 2019; 89(2). Disponible en: <https://www.monaldi-archives.org/macd/article/view/1040>
15. Bahloul A, Hammami R, Charfeddine S, Triki S, Bouattour N, Abid L, et al. Epidemiological and clinical profile of hypertensive octogenarian patients and factors associated with uncontrolled hypertension: observational study of 346 patients. *Pan Afr Med J*. 2021; 15;39:202.
 16. Bani Hani A, Abu Abeeleh M, Al Smady M, Shaban M, Al Kharabsheh M, Al-Tamimi Z, et al. Heart Disease in Adult Syrian Refugees: Experience at Jordan University Hospital. *Ann Glob Health*. 2019;85(1):36. doi: 10.5334/aogh.2474.
 17. Brunetti ND, Lanzone S, Dellegrottaglie G, Di Giuseppe G, De Gennaro L, Novielli V, et al. The CAPITAL study (CARDiovascular Prevention with Telecardiology in ApuLia): preliminary results. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2016;17(7):455–461.
 18. González López D, Cairo Sáez G, Méndez Gálvez L, Alfonso Arboláez LE. Estratificación del riesgo cardiovascular global y control de adultos hipertensos en la atención primaria de salud. *CorSalud*. 2021;13(3).
 19. Rojas Jiménez S, Lopera Valle S, Cardona Vélez JS, Vargas G J, Hormaza A MP. Síndrome metabólico en la menopausia, conceptos clave. *Rev chil obstet ginecol*. 2014;79(2):121–128.
 20. Lee EJ, Keller-Ross M. Menopause and its effects on autonomic regulation of blood pressure: Insights and perspectives. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*. 2025;260.
 21. La Torre G, Saulle R, Di Murro F, Siliquini R, Firenze A, Maurici M, et al. Mediterranean diet adherence and synergy with acute myocardial infarction and its determinants: A multicenter case-control study in Italy. *PLoS One*. 2018;13(3):e0193360.
 22. Burnier M, Egan BM. Adherence in Hypertension. *Circ Res*. 2019;124(7):1124–1140.
 23. Monterrey Hernández M, Linares Cánovas LB, Toledo del Llano R, Vázquez Ramos A, Morales Monterrey C. Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2021; 25(2).
 24. Sadakathulla I, Venkat Mateti U, Kellarai A, Bhat K. La adhesión al tratamiento antihipertensivo es de fundamental importancia. *Salud(i) ciencia. (Impresa)* 2019;23(4):314–324.
 25. Orozco-Beltrán D, Cinza-Sanjurjo S, Escibano-Serrano J, López-Simarro F, Fernández G, Gómez García A, et al. Adherence, control of cardiometabolic factors and therapeutic inertia in patients with type 2 diabetes in the primary care setting. *Endocrinol Diabetes Metab*. 2022;5(2):e00320.
 26. Sagara K, Goto K, Maeda M, Murata F, Fukuda H. Medication adherence and associated factors in newly diagnosed hypertensive patients in Japan: the LIFE study. *J Hypertens*. 2024;42(4):718–726.
 27. Cánovas LPL, Cánovas LBL, Castillo AAV. Determinación de la adherencia farmacológica en adultos mayores hipertensos. *Atención Familiar*. 2021;28(1):16–20.
 28. Estrada D, Sierra C, Soriano RM, Jordán AI, Plaza N, Fernández C. Grade of knowledge of hypertension in hypertensive patients. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2020;30(2):99–107.
 29. Zullig LL, Stechuchak KM, Goldstein KM, Olsen MK, McCant FM, Danus S, et al. Patient-reported medication adherence barriers among patients with cardiovascular risk factors. *J Manag Care Spec Pharm*. 2015;21(6):479–485.
 30. Silva Fhon JR, Gómez-Luján MdP, Caetano GM, Cáceda-Ñazco GS, Pereira dos Santos-Neto A, Leitón-Espinoza ZE. Factores asociados a adesão ao tratamento farmacológico hipertensivo em idosos. *Revista Cuidarte*. 2024;15(2).
 31. Gniwa Omezzine R, Akkara A, Abdelkafi Koubaa A, Belguith Sriha A, Rdissi A, Amamou K. Predictors of Poor Adherence to Hypertension Treatment. *Tunis Med*. 2019;97(4):564–571.
 32. Prieto-Díaz MA, Pallares-Carratala V, Manuel Micó-Pérez R, Escobar-Cervantes C, Martín-Sánchez V, Coca A, et al. Clinical characteristics, treatment, and blood pressure control in patients with hypertension seen by primary care physicians in Spain: the IBERICAN study. *Front. cardiovasc. med*. 2023;10.
 33. Vara-González L, Martín Rioboó E, Ureña Fernández T, Dalfó Baqué A, Flor Becerra I, López Fernández V. Prevalencia de enfermedad renal crónica en los hipertensos seguidos en los centros de salud de España y grado de control de su presión arterial (estudio DISEHTAE). *Atención Primaria*. 2008;40(5):241–245.
 34. Garzón González G, Rodríguez Morales D, Rodríguez Palomino MÁ, Toledo Gómez D, Hernández Barrera V, Gil De Miguel Á. Evaluación sobre historia clínica electrónica. *Atención Primaria*. 2012;44(12):709–719

Exploración física en atención primaria ¿estamos dejando de realizarla? *Physical examinations in primary care: are we neglecting them?*

Tormo Molina J¹, Rodríguez Jiménez B², Ramos Fernández A³, Hernández Ocaña M^{AD4}

¹Médico de familia. Jubilado. GdT SAMFyC Seniors,

²Médica de familia. Centro de salud de Santa Fe. Granada

³Residente de Medicina de Familia. Centro de salud La Línea Poniente "El Junquillo". Cádiz

⁴Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Recibido el 18-09-2025; aceptado para publicación el 15-04-2026.

Med fam Andal. 2026;1: 38-46

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2026.2025347>

Correspondencia: **Juan Tormo Molina**, mail: jutormol@gmail.com

RESUMEN

Título: exploración física en atención primaria ¿estamos dejando de realizarla?

Objetivo: conocer con qué frecuencia los médicos de familia refieren realizar exploración física ante consultas clínicas de sus pacientes, si ha disminuido esa frecuencia en los últimos años y, de ser así, los factores que han podido influir en ese hecho.

Diseño y método: estudio transversal, no aleatorizado, mediante encuesta enviada por e-mail.

Emplazamiento, población y muestra: socios/as de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Intervenciones: encuesta *ad hoc* de 33 preguntas; 29 relacionadas con la frecuencia de realización de exploración física, causas de posible disminución de esa frecuencia y tenencia y uso de materiales de exploración.

Resultados: se obtuvieron 417 encuestas, 48,7% tu-

tores, 68,9% mujeres. Edad media: 44,5 años (desviación típica ± 13), media años de experiencia: 17,2 (± 13); 86,5% refería realizar exploración física "casi siempre"; 54,2% que se explora menos que antes. Los motivos más aducidos fueron: falta de tiempo (83,3%) y múltiples motivos de consulta de los pacientes (61,6%). De 9 instrumentos de exploración propuestos la media de utilizados era 3 ($\pm 1,8$) y sólo el 1% usaba los 9. Referir explorar casi siempre y utilizar más materiales de exploración era más probable en las mujeres, en los profesionales de mayor experiencia y en tutores.

Conclusiones: encuesta *ad hoc* de 33 preguntas; 29 relacionadas con la frecuencia de realización de exploración física, causas de posible disminución de esa frecuencia y tenencia y uso de materiales de exploración.

Palabras clave: Physical Examination (Exploración Física), Primary Health Care (Atención Primaria de Salud), Diagnostic Techniques and Procedures (Diagnóstico, Técnicas y Procedimientos).

ABSTRACT

Title: Physical examinations in primary care: are we neglecting them?

Objective: to determine how frequently general practitioners report performing physical examinations during clinical consultations with their patients, whether this frequency has decreased in recent years and, if so, the factors that may have influenced this trend.

Design and method: a cross-sectional, non-randomised study using a questionnaire sent by email.

Setting, population and sample: members of the Andalusian Society of Family and Community Medicine.

Interventions: *ad hoc* questionnaire comprising 33 questions; 29 relating to the frequency of physical examinations, reasons for any decrease in this frequency, and the ownership and use of examination equipment.

Result: 417 questionnaires were received; 48.7% were senior doctors, 68.9% were women. Mean

age: 44.5 years (standard deviation ± 13); mean years of experience: 17.2 (± 13); 86.5% reported performing physical examinations 'almost always'; 54.2% reported performing them less frequently than before. The most frequently cited reasons were: lack of time (83.3%) and multiple reasons for patient consultation (61.6%). Of the 9 examination instruments proposed, the average number used was 3 (± 1.8) and only 1% used all 9. Reporting that they performed physical examinations almost always and used more examination instruments was more likely among women, more experienced practitioners and tutors.

Conclusions: Most respondents reported that they carry out physical examinations almost always; however, just over half believe that physical examinations are currently carried out less frequently than in previous years. Greater use of examination instruments may be associated with being a female doctor, having more years' experience as a doctor, and serving as a tutor.

Keywords: Physical Examination, Primary Health Care, Diagnostic Techniques and Procedures.

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios del siglo XIX, la exploración física del paciente ha constituido, de modo inseparable con la anamnesis, una herramienta esencial para intentar aproximarnos al diagnóstico de enfermedad, apoyada más tarde por las pruebas complementarias. Así ha venido refrendado en los clásicos tratados de Semiología Médica y, actualmente, en numerosos estudios¹⁻⁴, de tal manera que los desaciertos en el binomio anamnesis-exploración serían responsables de errores diagnósticos^{1,2,5-7}. Por otro lado, la exploración física también se ha presentado como elemento de ayuda al pronóstico⁸ e incluso como elemento terapéutico.⁹

Sin embargo, desde hace varias décadas, en la literatura científica médica, sobre todo la proveniente del medio hospitalario¹⁰⁻¹³, se viene comentando, de un modo repetido, que existe un declinar de la práctica de la exploración física de los pacientes, que cada vez se dedica menos tiempo a realizarla^{14,15})

y que incluso existe un retroceso en la enseñanza de la exploración física¹⁶.

En base a estos antecedentes nos propusimos realizar este estudio con el objetivo de conocer con qué frecuencia los médicos/as de familia pertenecientes a la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) refieren realizar exploración física ante consultas clínicas de sus pacientes, así como si consideran que puede haber disminuido esa práctica en los últimos años y, de ser así, los factores que han podido influir en ese hecho. De modo secundario, se pretendía determinar en qué medida tienen y usan los médicos/as de familia instrumentos de exploración física.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, no aleatorizado, realizado mediante encuesta (ver anexo I) autoadministrada ad hoc enviada por correo electrónico a los socios de la SAMFyC, diseñada mediante la aplicación Google

Forms, con enlace para su realización y anulando la opción de recibir el correo del encuestado para asegurar el anonimato. Se realizaron dos envíos (abril y mayo del 2024) para intentar conseguir un mayor número de encuestados; el segundo envío tuvo lugar un mes más tarde del primero.

Se llevó a cabo un pilotaje previo a 31 encuestados. Estas encuestas no fueron incluidas en el estudio ya que existía la posibilidad de que alguno de los respondientes ya hubiera contestado la encuesta que posteriormente fue enviada por email. El pilotaje no determinó ningún cambio en el diseño.

La encuesta constaba de 33 preguntas. 29 estaban relacionadas con la frecuencia de realización de exploración física, causas de posible disminución de esa frecuencia, así como la tenencia y el uso de nueve instrumentos de exploración que consideramos era importante utilizar en la exploración física. Las cuatro preguntas restantes correspondían a las variables independientes del estudio: edad, sexo, número de años de experiencia profesional y ser o no tutor. Las respuestas eran en su mayoría binarias (24) y el resto de escala Likert. Todas, menos una, eran de respuesta única.

El análisis estadístico realizado fue univariante, para describir el comportamiento individual de las variables estudiadas utilizando las medidas de frecuencia y dispersión habituales. Se evaluó la distribución de las variables cuantitativas mediante métodos gráficos y/o pruebas de normalidad. Dado el tamaño muestral, se asumió la robustez de los test paramétricos aplicados. No fue necesario evaluar homocedasticidad en los modelos utilizados, ya que no se emplearon modelos de regresión lineal. Se realizó un análisis bivariante con uso de χ^2 al cuadrado para las variables cualitativas y el test de la t de Student y análisis de correlación para las variables cuantitativas, con sus corres-

pondientes intervalos de confianza. Se llevó a cabo análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística multivariante, para estudiar la relación entre las variables independientes (sexo, años de experiencia y ser o no tutor) y la realización de exploración (variable dependiente). Por último, se utilizó un modelo de regresión de Poisson multivariante para estudiar la relación entre las variables independientes (sexo, años de experiencia y ser tutor o no) y el número de instrumentos de exploración usados (variable dependiente). El nivel de significación utilizado fue del 5%. El análisis fue realizado con el paquete estadístico SPSS versión 28.

Aspectos éticos

El estudio se considera de riesgo mínimo, al basarse exclusivamente en la realización de una encuesta anónima sin intervención clínica ni recogida de datos identificativos. La participación en el estudio ha sido voluntaria y anónima. La cumplimentación del cuestionario implicaba la aceptación de participar en el estudio, tras haber recibido información previa sobre los objetivos del mismo.

El equipo de investigación tiene compromiso explícito con el cumplimiento de la normativa vigente en cualquier etapa del trabajo, así como valores de respeto, confiabilidad y transparencia durante todo el curso de la investigación.

A fin de mantener el anonimato en las respuestas de los profesionales, la encuesta telemática tenía cerrada la opción de consultar/recibir el correo con el que el profesional envía la respuesta a través del cuestionario de Google Forms. Igualmente, ello asegura la confidencialidad de la información verídica. Por todo ello, no se ha solicitado un consentimiento escrito individual dado que, en todo momento del proyecto, el equipo

investigador no dispone de datos de contacto ni datos personales de los encuestados y entendiendo que la propia respuesta a la encuesta es una acción explícita de voluntariedad y consentimiento, adjuntando en la encuesta información sobre el objetivo de la misma.

RESULTADOS

Se obtuvieron 417 encuestas respondidas, lo que implica un margen de error de los resultados de $\pm 5\%$, con un nivel de confianza del 95%. El 68,9% eran mujeres y la edad media de los encuestados era de 44,4 años ($\pm 13,2$). La media de años de experiencia profesional 17,2 ($\pm 12,6$). Eran tutores

el 48,7%, médicos internos residentes de MFyC el 28,8% y no tutores y no residentes el restante 22,5% de los encuestados.

En la *tabla 1* se muestran los resultados univariantes de las preguntas de la encuesta considerados más relevantes. En la *tabla 2* se muestran los resultados referidos a la tenencia y uso de instrumentos de exploración. De los 9 instrumentos de exploración física propuestos, la media de instrumentos de exploración que los encuestados referían tener era de 4,04 (± 2) y la media de instrumentos utilizados 3,3 ($\pm 1,8$). El 58,8% usaban 3 o menos instrumentos de exploración el 41,8% tenían 3 o menos y el 1% utilizaban los 9.

Tabla 1. Resultados de las preguntas: análisis univariante

Pregunta	N*	Respuestas	Porcentaje
¿Sueles realizar exploración en los pacientes que te consultan por síntomas clínicos?	415	Casi Nunca	0,5%
		Algunas veces	1,7%
		Muchas veces	11,3%
		Casi siempre	86,5%
¿Consideras que, en los últimos años, en general, los médicos de familia realizamos exploración física ante pacientes con síntomas clínicos...?	415	En menos ocasiones	54,2%
		Igual que antes	32,3%
		En más ocasiones	13,5%
Si has contestado que en menos ocasiones ¿a qué crees que puede deberse?	138	Falta de tiempo	83,3%
	138	Múltiples motivos de consulta	61,6%
	138	Pereza	27,5%
	138	La pandemia COVID cambió hábitos médicos	24,6%
	138	Aporta poco y se prefiere solicitar pruebas complementarias	10,1%
	138	No se enseña	15,2%
En tu experiencia ¿crees que la exploración física mejora la comunicación y, en general, la relación con el paciente?	414	Casi Nunca	0,5%
		Algunas ocasiones	2,4%
		Muchas ocasiones	15,2%
		Casi siempre	81,9%
Si eres médico residente, cuando estás con tu tutor éste ¿suele realizar exploración física a vuestros pacientes cuando consultan por síntomas clínicos?	130	Casi Nunca	3,1%
		Algunas veces	6,2%
		Muchas veces	19,2%
Si eres médico residente, cuando estás en el servicio de urgencias ¿en qué proporción consideras que se realiza exploración física?	128	Casi siempre	71,5%
		Casi Nunca	0,8%
		Algunas veces	3,9%
		Muchas veces	21,1%
		Casi siempre	74,2%

*N.- número de encuestas evaluadas

Tabla 2. Tenencia y Uso de Instrumentos de Exploración

Instrumento	Tengo (%)	N*	Uso (%)	N*
Peso	81,6%	414	66,9%	408
Esfigmomanómetro	93%	414	91,2%	409
Optotipo	25,4%	414	13,9%	409
Estenopeico	16,4%	414	11,5%	409
Martillo de reflejos	52,9%	414	39,4%	409
Diapasones	17,6%	414	12,2%	409
Oftalmoscopio	42,9%	413	24,9%	409
Otoscopio	63,9%	413	63,8%	409
Rejilla de Amsler	12,6%	413	9,8%	408

*N.- número de encuestas evaluadas

Tabla 3. Resultados análisis bivalente significativos o próximos a la significación estadística

Variable independiente	Variable dependiente	Significación	Resultado
Años de experiencia	¿Mejora la comunicación al realizar exploración?	$p < 0,05$ IC* (0,35-6,6 años)	A medida que aumentan los años de experiencia profesional más probable que refiera que la exploración física mejora la comunicación con el paciente
Años de experiencia	Uso instrumentos de exploración física	$p < 0,01$ ($r = 0,13$)	A medida que aumentan los años de experiencia, más probable que usen más instrumentos
Tutor-No tutor	Tener instrumentos exploración	$p < 0,05$ IC* (0,07-0,95 instrumentos)	Más probable que los tutores refirieran tener más instrumentos de exploración, con respecto a los no tutores
Tutor-No tutor	Uso instrumentos de exploración física	$p = 0,07$	Más probable que los tutores refirieran usar más instrumentos de exploración, con respecto a los no tutores
Tutor-No tutor	Tener Estenopeico	$p < 0,05$	Más probable que los tutores refirieran tener agujero estenopeico, con respecto a los no tutores
Tutor-No tutor	Uso de Estenopeico	$p < 0,05$	Más probable que los tutores refirieran usar agujero estenopeico, con respecto a los no tutores
Tutor-No tutor	Tener Martillo de Reflejos	$p < 0,05$	Más probable que los tutores refirieran tener martillo de reflejos, con respecto a los no tutores
Tutor-No tutor	Uso de esfigmomanómetro	$p < 0,05$	Más probable que los tutores refirieran usar esfigmomanómetro, con respecto a los no tutores
Sexo	Frecuencia de realización exploración física	$p < 0,01$	Más probable que las mujeres refirieran realizar exploración física casi siempre/muchas veces, que los hombres

Tabla 4. Asociación entre variables independientes (sexo, años de experiencia y ser o no tutor) y realización de exploración física (regresión logística multivariante)

Variable	OR	IC 95%	p
Mujer (vs hombre)	1,45	0,71–2,96	0,313
Años de experiencia	1,02	0,99–1,06	0,183
Tutor (vs no tutor)	1,39	0,67–2,87	0,375

En la *tabla 3* se exponen los resultados con significación estadística del análisis bivariante.

En el análisis multivariante (*tablas 4 y 5*) no se obtuvieron diferencias con significación estadística. Sin embargo, se encontraron diferencias con relevancia clínica:

- La mujer tiene un 45% más de oportunidad que el hombre de referir que explora casi siempre, un 38% más probable en el tutor que en el no tutor y, por cada año de experiencia profesional, esa posibilidad aumenta un 2%.
- El número medio de instrumentos de exploración que usa una médica mujer es un 4% superior que el hombre, un 11% mayor en el tutor con respecto al no tutor y, por cada año de experiencia, el número medio de instrumentos utilizados aumentó un 1,0%.

DISCUSIÓN

La mayor parte de los encuestados refieren llevar a cabo exploración física a sus pacientes cuando realizan consultas clínicas. No hemos encontrado estudios similares que nos permitan comparar este resultado. Por otro lado, algo más de la mitad de los encuestados creen que hay un declinar en la exploración física en los últimos años. En la literatura anglosajona es frecuente este comentario, aunque conviene aclarar que en la mayoría de las ocasiones se trata de artículos de opinión o revisiones¹⁰⁻¹³ y los trabajos de investigación encontrados se orientan

más al escaso tiempo dedicado a ella^{14,15} o errores en la exploración⁶ o a la disminución de la enseñanza de la exploración en el medio hospitalario¹⁶.

En nuestro estudio, el motivo más frecuentemente aducido por los profesionales para explorar menos era la falta de tiempo, también referenciada en otros estudios¹⁷, aunque en ellos se culpa más a la proliferación de la telemedicina^{10,17} o a las nuevas tecnologías de las pruebas de imagen¹⁸. Sólo el 15% de los encuestados refería, como una de las causas, que no se enseñaba suficientemente. Estudios en hospitales de Estados Unidos muestran cómo claramente ha descendido el tiempo de enseñanza de la medicina junto a la cama del paciente¹⁶.

De los 9 instrumentos de exploración por los que les preguntábamos a los profesionales, cerca de la tercera parte de estos sólo referían tener 2 o menos instrumentos en su consulta y más de la mitad usaban sólo 3 o menos; 16 médicos referían no usar ninguno. Aunque la elección de estos instrumentos de exploración no está basada en ningún trabajo previo sino en tratados de semiología y en las recomendaciones del programa formativo de la especialidad de Medicina de Familia¹⁹ estos datos podrían dar a entender que se utiliza poco la exploración física; aun así, necesitaríamos otro tipo de estudios para poder hacer semejante afirmación basada en ese hallazgo. Casi todos los profesionales coincidieron en manifestar que la exploración física mejora la comunicación

con el paciente, en la línea de lo afirmado en otros trabajos^{20,21}.

Aunque los resultados no alcanzaron significación estadística, en el análisis multivariante se observaron tendencias que sugieren que factores como el sexo, la experiencia profesional y el desempeño como médico/a tutor podrían influir en la realización de la exploración física. El hallazgo de ser tutor y contestar que casi siempre realiza exploración física y utiliza mayor número de instrumentos de exploración, con respecto al no tutor, pensamos que debería orientar a un mayor reconocimiento profesional (curricular y laboral) de esta figura, que es clave en la formación de los médicos de familia. La relación de los años de experiencia profesional con referir realizar exploración física “casi siempre” y utilizar mayor número de instrumentos de exploración, quizás podría reforzar los argumentos sobre la gran importancia de la longitudinalidad en nuestra práctica profesional.

Creemos que la principal limitación de nuestro estudio es la no aleatorización de la muestra. A pesar de que el número de encuestas contestadas es elevado (417), hay que tener en cuenta que el envío se realizó a 3256 socios; es decir, tenemos un 13% de respondientes. Sin la aleatorización no podemos saber si los dispuestos a contestar la encuesta tienen unas características diferentes a los que no lo hicieron. Otra limitación metodológica, tan importante como la anterior, es el hecho de que el estudio se ha llevado a cabo a través de una encuesta autoadministrada, lo que podría haber introducido sesgos de información y una sobreestimación de las prácticas reales. Se debe tener en cuenta un posible sesgo de deseabilidad social, induciendo que se responda más frecuentemente de forma afirmativa a la realización de las exploraciones físicas indicadas en el cuestionario o que se tienen

y/o usan más instrumentos de exploración de los que en realidad se están usando. Además, la encuesta se centró en médicos/as asociados una única sociedad profesional, lo que podría limitar la generalización de los resultados a otros contextos.

Por último, pensamos que nuestro estudio ofrece perspectivas para plantearse investigar en qué medida se está realizando exploración física en las consultas de medicina de familia y en qué medida también se está enseñando. Explorar estas áreas podría identificar oportunidades para mejorar tanto la práctica clínica como la formación de los médicos de familia, optimizando así la atención al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lang K, Chew C, de La Rosa M, Bertram AK, Sharma A, Niessen TM, et al. Performance of cardiovascular physical exam skills by internal medicine residents. *The American Journal of Medicine*. 2024; 137(10):1001–1007. <https://doi.org/10.1016/J.AMJMED.2024.04.039>
2. Verghese A, Charlton B, Kassirer JP, Ramsey M, Ioannidis JPA. Inadequacies of physical examination as a cause of medical errors and adverse events: A collection of vignettes. *The American Journal of Medicine*. 2015; 128: 1322-1324.e3. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.004>
3. Reilly BM. Physical examination in the care of medical inpatients: an observational study. *The Lancet*. 2003; 362(9390), 1100–1105. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14464-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14464-9)
4. Paley L, Zornitzki T, Cohen J, Friedman J, Kozak N, Schattner A. Utility of clinical examination in the diagnosis of emergency department patients admitted to the department of medicine of an academic hospital. *Archives of Internal Medicine*. 2011; 171(15):1393–1400. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTERNMED.2011.340>
5. Clark BW, Derakhshan A, Desai S. Diagnostic errors and the bedside clinical Examination. *Medical Clinics of North America*. 2018; 102(3), 453–464. <https://doi.org/10.1016/J.MCNA.2017.12.007>
6. Singh H, Giardina TD, Meyer AND, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins

- of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Internal Medicine*. 2013; 173(6):418–425. <https://doi.org/10.1001/JAMAINTERNMED.2013.2777>
7. Halioua B, Le Roux-Villet C, Baissac C, Ben Hayoun Y, Perez-Cullell N, Taieb C, et al. The role of physical touch during patient examination in dermatology: A worldwide study in 20 countries. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*. 2024; 38(5),e401–e403. <https://doi.org/10.1111/JDV.19622>
 8. Umesh N, Khot MD, Gang Jia MS, David J, Moliterno MD, Lincoff MD, et al. Prognostic importance of physical examination for heart Failure in Non–ST-elevation acute coronary syndromes. The enduring value of Killip Classification. *JAMA*. 2003; 290(16):2174–2181. <https://doi.org/10.1001/jama.290.16.2174>
 9. Kadakia KC, Hui D, Chisholm GB, Frisbee-Hume SE, Williams JL, Bruera E. Cancer patients perceptions regarding the value of the physical examination: a survey study. *Cancer*. 2014; 120(14), 2215–2221. <https://doi.org/10.1002/CNCR.28680>
 10. Restrepo JA, Henriquez R, Torre D, Graber ML. The physical exam and telehealth: between past and future. *Diagnosis (Berlin, Germany)*. 2023; 11(1):1–3. <https://doi.org/10.1515/DX-2023-0154>
 11. Hyman P. The disappearance of the primary care physical examination. *Losing Touch*. *JAMA* 2020; 180(11):1417–1418. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3546>
 12. Chi J, Verghese A. Clinical education and the electronic health record: the flipped patient. *JAMA*. 2014; 312(22),2331–2332. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2014.12820>
 13. Garibaldi BT, Elder A. Seven reasons why the physical examination remains important. *J R Coll Physicians Edinb*. 2021; 51:211–215. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2021.301>
 14. Block L, Habicht R, Wu AW, Desai SV, Wang K, Silva KN, et al. In the Wake of the 2003 and 2011 duty hours regulations, How do internal medicine interns spend their time? *Journal of General Internal Medicine*. 2013; 28(8):1042–1047. <https://doi.org/10.1007/S11606-013-2376-6>
 15. Wei Y, Wang F, Pan Z, Wang M, Jin G, Lu X. Physical examination performed by general practitioners in 5 community health service institutions in Beijing: an observational study. *BMC Primary Care*. 2022; 23:7. <https://doi.org/10.1186/S12875-021-01619-1>
 - 16.
 17. Crumlish CM, Yialamas MA, McMahon GT. Quantification of bedside teaching by an academic hospitalist group. *Journal of Hospital Medicine*. 2009; 4(5): 304–307. <https://doi.org/10.1002/JHM.540>
 18. Linzer M, Bitton A, Tu SP, Plews-Ogan M, Horowitz K, Schwartz M. The end of the 15-20 minute primary care visit. *Journal of General Internal Medicine*. 2015; 30(11):1584–1586. <https://doi.org/10.1007/S11606-015-3341-3>
 19. Asif T, Mohiuddin A, Hasan B, Pauly RR. Importance of thorough physical examination: a lost art. *Cureus*. 2017; 9(5):e1212
 20. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.1212>
 21. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. Orden PJC/798/2024, de 26 de julio [...]. BOE. 2024 Jul 30;183:97152–97210. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-15685
 22. Verghese A, Brady E, Kapur CC, Horwitz RI. The bedside evaluation: ritual and reason. *Annals of Internal Medicine*. 2011; 155(8):550–553. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00013>
 23. Kelly MA, Freeman LK, Dornan T. Family physicians' experiences of physical examination. *Annals of Family Medicine*. 2019; 17(4):304–310. <https://doi.org/10.1370/AFM.2420>

Anexo I: Encuesta sobre Exploración Física

Estimado/a colega: estamos realizando esta encuesta sobre algunos aspectos de la exploración física de nuestros pacientes en la consulta diaria del Médico de Familia. Es anónima y se tarda muy poco en realizarla. Te agradeceríamos un minuto escaso de tu tiempo para rellenarla.

Por favor, subraya o redondea la respuesta que consideres.

- 1.- ¿Sueles realizar exploración física en los pacientes que te consultan por síntomas clínicos?
 - Casi nunca
 - Algunas veces
 - Muchas veces
 - Casi siempre

- 2.- Consideras que en los últimos años, en general, los médicos de familia realizamos exploración física ante pacientes con síntomas clínicos:
 - En menos ocasiones
 - En más ocasiones
 - Igual que antes

- 3.- Si contestaste en la pregunta anterior que en general se realiza en menos ocasiones exploración física en los últimos años, ¿a qué crees que puede deberse? (puedes contestar varias opciones)
 - Aporta poco y se prefiere solicitar pruebas complementarias
 - Falta de tiempo
 - Múltiples motivos de consulta de los pacientes
 - La pandemia CoVid cambió hábitos médicos
 - No se enseña a los médicos residentes
 - Pereza

- 4.- Si eres médico residente, cuando estás con tu tutor éste ¿suele realizar exploración física a vuestros pacientes cuando consultan por síntomas clínicos?
 - No soy médico residente
 - Casi nunca
 - Algunas veces
 - Muchas veces
 - Casi siempre

- 5.- Si eres médico residente, cuando estás en el servicio de urgencias, ¿en qué proporción consideras que se realiza exploración física?
 - Casi nunca
 - Algunas veces
 - Muchas veces
 - Casi siempre

- 6.- En tu experiencia ¿crees que la exploración física mejora la comunicación y, en general, la relación con el paciente?
 - Casi nunca
 - Algunas ocasiones
 - Muchas ocasiones
 - Casi siempre

- 7.- Por favor, marca con una cruz si alguno de estos materiales de exploración está en tu consulta, o en la de tu tutor, y si los usas, o lo utiliza tu tutor, habitualmente, en sus indicaciones correspondientes:

	Peso/Talímetro	Esfigmomanómetro	Optotipo	Esteno-peico	Martillo de reflejos
Lo tengo					
Lo uso					

	Diapa-sones	Oftalmoscopio	Otoscopio	Rejilla de Amsler
Lo tengo				
Lo uso				

Y, para terminar, algunos datos personales

Tutor? Residente?

Edad.-

Varón Mujer

Número de años de experiencia profesional.-

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Bases bioéticas de la alimentación vegetariana en la infancia y adolescencia

The bioethical foundations of a vegetarian diet in childhood and adolescence

Martínez de la Ossa Sáenz-López R

Pediatra EBAP. UGC Huétor-Tájar. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

ORCID: 0000-0002-6390-9874

Recibido el 09-09-2025; aceptado para publicación el 17-02-2026.

Med fam Andal. 2026;1: 47-56

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2026.AR1567>

Correspondencia: Rafael Martínez de la Ossa Sáenz-López, mail: rafaossa@gmail.com

RESUMEN

Título: Bases bioéticas de la alimentación vegetariana en la infancia y adolescencia.

Introducción: el número de niños y adolescentes vegetarianos probablemente está en aumento en la población española, asumiendo el ritmo análogo de la población adulta. Ante el desafío médico que supone su atención, se hace necesario revisar si estas dietas son apropiadas en una etapa tan sensible. Y, por otro lado, es necesario que los profesionales implicados conozcan de primera mano las motivaciones, fundamentalmente éticas, de quienes siguen este patrón de alimentación, para que la atención que reciban sea más rica trascendiendo el plano científico-técnico.

Material y métodos: revisión bibliográfica de la literatura científica más reseñable en los últimos años, destacando los estudios con más evidencia científica; se consultó en la base de datos de Pubmed de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (MEDLI-

NE). También se consultaron los posicionamientos más recientes de sociedades científicas occidentales. Para la segunda parte, se realizó una revisión narrativa de los principales autores contemporáneos que sostienen una consideración moral directa hacia los animales no humanos: Peter Singer, Tom Regan, Martha Nussbaum.

Resultados: una alimentación vegetariana, bien planificada y suplementada, muy probablemente podría ser nutricionalmente adecuada para todas las etapas de la vida, incluidas etapas tan críticas como la lactancia, la infancia y la adolescencia. Por otro lado, relevantes bioeticistas defienden con argumentos robustos la importancia de cambiar nuestra relación con los otros animales.

Conclusiones: los niños y los adolescentes españoles vegetarianos, bien asesorados, podrían llevar una vida sana; y sus principios éticos bien merecen nuestra consideración y respeto.

Palabras clave: dieta vegetariana; bioética; infancia.

ABSTRACT

Title: Bioethical Foundations of Vegetarian Diets in Childhood and Adolescence.

Introducción: the number of vegetarian children and adolescents is likely on the rise in the Spanish population, following a similar trend to that of the adult population. Given the medical challenge posed by their care, it is necessary to assess whether these diets are appropriate during such a sensitive stage. Furthermore, it is essential that the professionals involved have firsthand knowledge of the motivations—primarily ethical—of those who follow this dietary pattern, so that the care they receive is more comprehensive, transcending the purely scientific and technical realm.

Materials and method: a literature review of the most notable scientific literature in recent years, highlighting studies with the strongest scientific evi-

dence; the PubMed database of the U.S. National Library of Medicine (MEDLINE) was consulted. The most recent positions of Western scientific societies were also consulted. For the second part, a narrative review was conducted of the leading contemporary authors who advocate for direct moral consideration of non-human animals: Peter Singer, Tom Regan, and Martha Nussbaum.

Result: a well-planned and properly supplemented vegetarian diet is very likely to be nutritionally adequate for all stages of life, including such critical periods as lactation, childhood, and adolescence. Furthermore, leading bioethicists present compelling arguments for the importance of changing our relationship with other animals.

Conclusions: Spanish vegetarian children and adolescents, with proper guidance, could lead healthy lives; and their ethical principles are well deserving of our consideration and respect.

INTRODUCCIÓN

El número de personas vegetarianas desde hace años en España continúa creciendo, si bien se observa un leve enlentecimiento en el ritmo del mismo e incluso se aprecia un leve descenso en las cifras del grupo de veganos y flexitarianos. En adultos, una encuesta reciente efectuada en adultos españoles señalaba que en 2023 un 1,7% de las personas se declaraban vegetarianas y un 0,7% veganas (1). Aunque no tenemos estadísticas en población pediátrica, es de suponer que muchos niños viven en contextos donde la opción vegetariana y vegana es su patrón alimentario habitual por ser el de sus padres o tutores legales. Por consiguiente, es bastante razonable pensar que vaya en aumento el número de niños, niñas y adolescentes vegetarianos y veganos al igual que la población adulta.

Al mismo tiempo, es importante señalar que esta opción de alimentación va asociada en muchas ocasiones a un conjunto de valores de respeto a los animales que son netamente positivos. Además, es una estrategia muy

eficiente para combatir el cambio climático; de hecho, Naciones Unidas señala que «*cambiar a una dieta de origen vegetal puede reducir la huella de carbono anual de una persona hasta 2,1 toneladas para una dieta vegana o hasta 1,5 toneladas para una vegetariana*» (2).

Antes de continuar, repasaremos sucintamente los diferentes tipos de dietas vegetarianas (3):

- **Flexitariano:** vegetariano en casa, pero puede en determinadas circunstancias adaptarse para comer carne o pescado
- **Ovolactovegetariano:** solo consume leche, huevos y derivados (y probablemente miel) como únicos productos de origen animal.
- **Ovovegetariano:** solo consume huevos y derivados (y probablemente miel) como únicos productos de origen animal.
- **Lactovegetariano:** solo consume leche y derivados (y probablemente miel) como únicos productos de origen animal.
- **Vegano:** no consume ni carne, ni pesca-

do, ni miel, ni huevos, ni leche, ni cualquier producto que implique la explotación animal, ya sea para la alimentación, la higiene personal, la ropa, etc.

- **Plant-based o whole-foods plant based diet:** como el vegano, pero también rechaza los procesados.
- **Crudivegano:** como el “plant based” pero rechazan alimentos preparados a más de 40-42°C.

Ante las cifras anteriores, surge la preocupación acerca de si estas dietas son seguras en un periodo de máxima vulnerabilidad como puede ser la infancia y la adolescencia. En ese sentido, el objetivo de este trabajo es examinar a la luz de la evidencia científica y de las recomendaciones oficiales, las repercusiones en el campo de la salud de la alimentación vegetariana y vegana en la infancia y la adolescencia para la población española; y, al mismo tiempo, describir brevemente los fundamentos éticos de esta opción de alimentación.

REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

Artículos científicos

Se efectuó una revisión narrativa de la literatura científica disponible más relevante en el tema para la población infanto-juvenil occidental, para que las conclusiones sean extrapolables a nuestro país. Para ello, se consultó en la base de datos de Pubmed de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (MEDLINE), y se aplicó el descriptor en ciencias de la salud (MESH) de vegetarian diet (que incluye búsquedas con dietas vegetarianas, ovo-lacto-vegetarianas, veganas, etc.) y los siguientes filtros:

- age child 0-18 years.
- pubdate date 10 years.
- type of article: Controlled Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review.

Con los que se obtuvieron hasta 55 artículos con estos criterios de calidad, actualidad y evidencia científica, de los cuáles fueron excluidos aquellos que directamente no incluían a menores de edad en el estudio o analizaban cuestiones sin relevancia clínica o nutricional.

Además, por su relevancia, fueron admitidos otros artículos, ya fuera por su trascendencia en el contexto científico nacional, o por su innegable valor a pesar de los años de publicación.

Aunque el estado de conocimiento científico acerca de los efectos en salud de la nutrición vegetariana en la infancia y adolescencia todavía está en un estadio muy incipiente, una de las principales conclusiones en base a la evidencia que podemos extraer es que la vitamina B12 es deficiente en dietas vegetarianas y veganas y debe suplementarse (4).

De hecho, en 2023, el grupo de trabajo de Jensén publicó una revisión sistemática y un metaanálisis en los que se destacaba la necesidad de suplementación con vitamina B12 en los niños y adolescentes con una plant-based diet; pero, señalaba que, en los que se suplementaba con 1mg en su alimentación, tenía niveles plasmáticos de vitamina B12 comparables con los niños y adolescentes omnívoros (5).

Como recogía un artículo de 2023 (6), en países occidentales adoptar un patrón dietético ovolactovegetariano es relativamente fácil, pero patrones más restrictivos suponen una dificultad añadida, siendo de particular interés el seguimiento de los niveles de la vitamina B 12, el hierro, el zinc, el calcio, los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga n-3 y la ingesta de proteínas y energía.

Reseñable es una revisión sistemática de 2024 que indica que las dietas veganas, pero no las vegetarianas, pueden limitar el

crecimiento en relación con los niños omnívoros y aumentar el riesgo de peso inferior al normal (aunque el porcentaje afectado es relativamente pequeño). La densidad mineral ósea se reduce en niños vegetarianos (en particular, en veganos), en comparación con los omnívoros. Tanto los niños vegetarianos como veganos que no usan suplementos de vitamina B12 se manifiestan con deficiencia de B12; sin embargo, la suplementación rectifica este problema. Tanto los vegetarianos como los veganos tienen concentraciones más bajas de vitamina D si no se complementan, y los depósitos de hierro más bajos (pero generalmente con marcadores normales de metabolismo de hierro). Ambos grupos están en riesgo de deficiencia de yodo, y esto podría afectar la salud de la tiroides. Por otro lado, los niños veganos tienen un perfil lipídico mejor que los niños omnívoros (7).

Estudiando la población general española, destaca un estudio de 2024 en el que se pone en relieve que las personas vegetarianas siguen un estilo de vida con numerosos beneficios para la salud, incluyendo un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, obesidad y algunas formas de cáncer. Sin embargo, se requiere una adecuada planificación que garantice la ingesta de todos los nutrientes esenciales (8).

Otra revisión científica de 2021, sin embargo, insiste de nuevo en que, independientemente de las observaciones en materia de seguimiento nutricional a propósito de la vitamina B12 y vitamina D, calcio, zinc, omega 3 y el hierro, las dietas plant-based son seguras y efectivas en todos los momentos del ciclo de la vida del ser humano (9).

Recapitulación de recomendaciones de sociedades científicas

A un nivel institucional, las sociedades científicas también se muestran divididas

acerca de la emisión de recomendaciones favorables a la adopción de estas dietas en la infancia y adolescencia.

Por un lado, existe un bloque de sociedades de países que, ante el potencial dañino de estas dietas, la desaconsejan con mayor o menor fuerza. Entre los críticos más importantes podemos encontrar a la Sociedad de Nutrición Alemana (D.G.E.) (10) (aunque recientemente ha matizado su posición, adoptando una posición más neutral) (11); la Sociedad Italiana de Pediatría Preventiva y Social y la Sociedad Italiana de Medicina Perinatal (12); el Grupo de Nutrición, Gastroenterología y Hepatología Pediátrica de lengua francesa (13), y la Real Academia de Medicina de Bélgica (14).

En nuestro país, en el año 2019 el Comité de Nutrición y Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (AEPED) publicó un posicionamiento que fue seguido de una nota de prensa en 2020 en el que se señalaba lo necesario que era una correcta planificación de estas dietas y se advertía que “es preferible aconsejar que durante el periodo de lactante y en el niño de corta edad se siga una dieta omnívora o, al menos, ovolactovegetariana” (15,16).

Por otro lado, la gran mayoría de países de occidente, y sobre todo los de tradición anglosajona, tienen una postura abierta y favorable a estas dietas, siempre en el marco de una adecuada evaluación nutricional y un correcto seguimiento médico. Podemos mencionar, en ese sentido, a la Academia Americana de Nutrición (17), la Sociedad Canadiense de Pediatría (18), la Fundación Británica para la Nutrición (19), el Consejo Nacional Australiano de Salud e Investigación Médica (20), la Dirección General de Salud de Portugal (21) y el Consejo Noruego de Nutrición (22).

La Academia Americana de Nutrición, en su posicionamiento de 2016, destacaba que las dietas vegetarianas, incluidas las veganas, bien planificadas, son “saludables, nutricionalmente adecuadas y pueden producir beneficios en salud para la prevención y tratamiento de ciertas enfermedades” (17) y que son “apropiadas para cualquier etapa del ciclo vital, incluidas el embarazo, la lactancia, la infancia, la adolescencia, la vejez y los atletas” (17).

Y por su parte, la Sociedad Canadiense de Pediatría también subraya que una dieta vegetariana bien equilibrada y suplementada puede cubrir todos los aportes y necesidades de niños y adolescentes (16).

ANÁLISIS ÉTICO

Como se señalaba al comienzo del trabajo, las familias que siguen una alimentación vegetariana o vegana suelen adoptarla en el marco de una reflexión ética más amplia. De hecho, la encuesta de 2023 señala que el segundo motivo para adoptar una alimentación flexitariana, y el primero para los vegetarianos y veganos, es el bienestar animal (1).

Parece muy razonable, por lo tanto, que los sanitarios que las atienden conozcan los postulados éticos que llevan a nuestras niñas, niños y adolescentes y sus familias a adoptar este estilo de vida, con el objetivo de poder comprenderles, acompañarles y establecer una deliberación genuina en el marco de la consulta médica cuando sea preciso.

A continuación, se analizarán los principales enfoques occidentales que promueven ampliar nuestro círculo moral a los otros animales.

Peter Singer y el utilitarismo

El profesor Peter Singer, destacado repre-

sentante del utilitarismo contemporáneo, defiende el principio de igualdad, que establece que la igualdad no es un hecho empírico y demostrable, sino una idea fundamentalmente moral) (23).

Esta radical defensa en la igualdad le lleva a señalar que debemos defender los intereses de los demás independientemente de sus características, de forma que la discriminación por pertenecer a otra especie guarda notables paralelismos con otros prejuicios como el sexismo o el racismo, acuñando el concepto de “especismo” (23). Lo relevante, para ser considerado un sujeto moral es su capacidad para sufrir (23), que es un área en común en la pediatría y en la defensa de los animales no humanos.

Peter Singer es uno de los principales defensores del “principio de la superposición de especies” o “de los casos marginales”. Cuando se intentan argumentar las diferencias entre humanos y el resto de los animales, se señalan unas series de características diferenciadoras: lenguaje, racionalidad, etc. Según este argumentario, existirían tres tipos de humanos “marginales” que carecen de estas características clave: los niños pequeños, los humanos que han sufrido una enfermedad o accidente incapacitante, y los humanos con determinadas malformaciones congénitas. El «argumento de la superposición de especies» señala nuestra incoherencia moral al conceder diferente importancia a los humanos “marginales” con respecto a los animales no humanos (24). De hecho, plantea que no es posible la defensa de todos los seres humanos sin reevaluar nuestra consideración para con el resto de los animales (23).

En todo caso, no nos invita a que tratemos con desconsideración a otros individuos; sino a no considerar a los animales no humanos como medios (23).

Sin embargo, el utilitarismo adolece de algunos errores y deficiencias por los que sigue siendo objeto de crítica en la comunidad académica. El principal es que puede conducir a justificar acciones moralmente rechazables dado su carácter agregativo (el principio de Caifás: puede ser deseable el crimen contra un inocente para el beneficio de la mayoría), lo que atenta frente a nuestras intuiciones morales más básicas (24).

En conclusión, aunque los animalistas tienen una deuda moral para con Peter Singer, su planteamiento presenta deficiencias que invitan a la búsqueda de otras alternativas.

Tom Regan y la deontología

A los pocos años de la publicación de *Liberación animal* de Singer (1975), apareció otro título de otro autor clave en el movimiento animalista: en defensa de los derechos de los animales (1983) del profesor Tom Regan (1938-2017) (25).

Regan procede de una tradición filosófica diametralmente opuesta a la de Singer. Tom Regan parte de un esquema deontológico, es decir, que la moralidad de una acción no descansa en el resultado de ésta, sino en la motivación del sujeto, que debe seguir unas obligaciones independientemente de las consecuencias (24).

Regan destaca que, a veces, el daño es tanto mayor cuando quienes lo sufren no son conscientes del daño que han recibido. Esto ocurre en la infancia humana, pero también, con los daños por las privaciones que sufren los animales de granjas industriales (25). Por ello, podemos afirmar que la problemática moral que afecta a niños y animales no humanos, a pesar de lo descrito anteriormente, desborda el marco del sufrimiento.

Partiendo de una posición escéptica de la superioridad del ser humano respecto al

resto de animales, Tom Regan comienza en su libro citando a Charles Darwin (1809-1882), para el cuál no existían diferencias relevantes entre los humanos y los mamíferos superiores, de manera que las diferencias que existen serían no tanto de especie sino de grado (25).

Regan, además, subraya el valor inherente de los individuos (que tiene un valor en sí mismo) y que este valor es inconmensurable (25); y basa su teoría en un presupuesto que es ser sujeto de una vida. ¿Qué es ser sujeto de una vida? Son sujetos de una vida los individuos que «tienen creencias y deseos; percepción, memoria y un sentido de futuro, que incluye su propio futuro, una vida emocional junto con sentimientos de placer y dolor; intereses de preferencia e intereses de bienestar; la capacidad de iniciar una acción con vistas a cumplir sus deseos y metas; una identidad psicofísica en el tiempo; y un bienestar individual en el sentido de que sus vidas experienciales pueden ser buenas o malas para ellos, de forma lógicamente independientemente de su utilidad para otros y lógicamente independiente de que sean objeto de interés de alguien más» (25). Pero al ser un criterio ad hoc, por atractivo que sea, ha sido ampliamente criticado (25).

Martha Nussbaum. La ética de las capacidades y derechos de los animales

El enfoque de capacidades nació recientemente en una conferencia en Standford que impartió Amartya Sen en 1979 con el título *Igualdad de qué* (24).

La profesora Martha Nussbaum (1947) es una figura central de esta novedosa corriente de pensamiento. Nussbaum aplicará los conceptos de economía del desarrollo para fundamentar su teoría política sobre una justicia social en el marco de una sociedad liberal, que, según la profesora americana, podría incluir a los animales (24).

El objetivo de la ética de las capacidades no es la consecución de la igualdad de unos bienes primarios o una utilidad, sino avanzar en el fin político y económico de igualar las capacidades básicas de los individuos (24). Nussbaum propugnará que los derechos de los animales como individuos son demandas inherentes a su dignidad que requieren ser efectivos (26), de manera que todos puedan tener la oportunidad de desarrollar sus vidas en base a su dignidad dentro de unos márgenes razonables de protección (26).

De hecho, Martha Nussbaum plantea que los animales “tienen derecho a una amplia variedad de capacidades de funcionamiento, concretamente a aquellas que son más imprescindibles para llevar una vida floreciente y merecedora de la dignidad propia de cada criatura” (27), si bien reconoce la filósofa que estas capacidades y derechos varían en función de la especie (27).

¿Cuáles serían, a grandes rasgos, las principales capacidades que deben salvaguardarse, para Martha Nussbaum? A grandes rasgos, serían las siguientes (27):

1. Vida.
2. Salud física.
3. Integridad física.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento.
5. Emociones.
6. Razón práctica.
7. Afiliación.
8. Otras especies.
9. Juego.
10. Control sobre el entorno propio.

Como suele ser habitual en la ética de las capacidades, Nussbaum establece una hoja de ruta priorizando determinadas acciones por encima de otras. En este campo defiende que, en primer lugar, debemos apostar por la defensa de aquellas capacidades animales que no entren en conflicto con la protección

de las capacidades humanas. Por ejemplo, podemos acabar con las pruebas de productos de cosmética en conejos o con las investigaciones de laboratorio con primates. O anteponer la atención sanitaria de los animales al apoyo de los productos de lujo. Con todo, siempre existirá un reducto de tragedia que será inevitable extinguir. ¿Sería posible, se pregunta Martha Nussbaum, acabar en el corto plazo con la investigación con animales de laboratorio, sin comprometer la salud y la seguridad humanas? (27).

En resumen, Nussbaum nos interpela a que, en la búsqueda de una genuina justicia, tengamos en cuenta a los seres sensibles con los que compartimos nuestras vidas. Pero mientras que los enfoques contractualistas no pueden ofrecer una alternativa y los utilitaristas plantean una alternativa excesivamente homogeneizadora, el enfoque de capacidades «ofrece un modelo que hace justicia a la complejidad de las vidas animales y a sus esfuerzos por florecer» (27).

CONCLUSIONES

Escribir un trabajo académico acerca de las implicaciones nutricionales de la alimentación vegetariana y vegana en la infancia y adolescencia, así como de sus fundamentos filosóficos, bajo unos mínimos de calidad en la búsqueda de la literatura científica y filosófica, es un desafío que nos traslada a las fronteras de la ciencia médica y de la ética.

En este trabajo, en el primer apartado científico-técnico, se presenta una cuestión que todavía sigue abierta. La primera conclusión sería que aún faltan más estudios de calidad, con grupos más homogéneos, para poder extraer conclusiones científicas más robustas acerca de la adecuación de las dietas vegetariana y vegana en la infancia y adolescencia. Al tratarse de una revisión narrativa de la literatura reciente, en el futuro podrán plantearse estudios con más poten-

cia que ayudaría a reforzar estas conclusiones. No obstante, como una aproximación preliminar a la problemática en lengua española, este trabajo podría constituir un buen punto de partida.

No obstante, con los datos disponibles a fecha de hoy, y siendo consistente con los posicionamientos de una mayoría de sociedades científicas (con la Academia Americana de Nutrición a la cabeza), podemos afirmar, muy probablemente y hasta que acumulemos mayor conocimiento científico, que una alimentación vegetariana y vegana, bien planificada y suplementada, podría ser nutricionalmente adecuada para todas las etapas de la vida, incluidas etapas tan críticas como la lactancia, la infancia y la adolescencia.

En relación con el segundo bloque, el de fundamentos filosóficos, se han analizado

las claves éticas al ser la principal motivación para dejar de consumir carne.

Se han analizado brevemente los postulados filosóficos de tres de las figuras más importantes en ética animal: Peter Singer, Tom Regan y Martha Nussbaum. Cada uno de estos autores parte de un marco teórico muy diferente, pero tienen en común un elemento: la defensa de la consideración moral directa de los animales.

Por lo que, en conclusión, podemos afirmar que, en la decisión de que las niñas, los niños y los adolescentes adquieran una alimentación vegetariana, existen argumentos científicos que, con prudencia, podrían avallar su determinación; y, al mismo tiempo, existe un fundamento ético profundo que merece nuestro respeto.

Preguntas

- 1. Los adolescentes ovolactovegetarianos, deben suplementarse siempre con:**
 - a. Vitamina B12
 - b. Vitamina D
 - c. Hierro
 - d. Ácido fólico
- 2. Si una embarazada entra en su consulta que le dice que sigue una dieta vegana, la actitud más responsable por su parte sería:**
 - a. Llamar al juez de guardia
 - b. Avisar al trabajador social del centro para que emita una hoja de maltrato
 - c. No anotar nada en su historia clínica e ignorar la conversación
 - d. Comprobar que la usuaria está suplementándose adecuadamente, sigue una dieta bien planificada y acude a sus controles habituales del embarazo
- 3. En las dietas plant-based es importante vigilar los siguientes oligoelementos:**
 - a. Calcio y vitamina D
 - b. Vitamina B12
 - c. Hierro
 - d. Todas las anteriores
- 4. Para Peter Singer, lo relevante para tener una consideración moral hacia alguien debe basarse en:**
 - a. La pertenencia a una especie
 - b. La capacidad para tener pensamiento simbólico o abstracto
 - c. La capacidad de sufrir
 - d. El cariotipo

5. Para la ética de las capacidades, su objetivo fundamental es

- a. Eliminar el mayor sufrimiento posible
- b. Alcanzar la igualdad real de unos elementos básicos en el plano político y económico
- c. Establecer una normativa moral que nos guíe a todos
- d. Repartir por igual un bien primario en el plano teórico, como, por ejemplo, un derecho la salud en una constitución

BIBLIOGRAFÍA

1. Lantern. The green Revolution. Edición 2023 [Internet] Lantern 2023. Disponible en: <https://www.lantern.es/papers/the-green-revolution-2023>
2. Naciones Unidas. Tu guía de acción climática: alimentos. [Internet]. [Consultado el 23.01.2026]. Disponible en: <https://www.un.org/es/actnow/food>
3. Casado C. Unión Vegetariana Española [Internet]. Nutrición. El abanico veggie [actualizado a 13/03/2020, consultado el 23.01.2026]. Disponible en: <https://unionvegetariana.org/el-abanico-veggie/>
4. Fernandes S, Oliveira L, Pereira A, Costa MDC, Raposo A, Saraiva A et al. Exploring Vitamin B12 Supplementation in the Vegan Population: A Scoping Review of the Evidence. *Nutrients*. 2024;16(10):1442. doi: 10.3390/nu16101442. PMID: 38794680; PMCID: PMC11124153.
5. Jensen CF. Vitamin B12 levels in children and adolescents on plant-based diets: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev*. 2023;81(8):951-966. doi: 10.1093/nutrit/nuac096.
6. Chouraqi JP. Vegetarian diets and diets which restrict animal-source foods during childhood in high-income countries. *Paediatr Int Child Health*. 2023;43(4):57-82. doi: 10.1080/20469047.2023.2245186. Epub 2023 Aug 31. PMID: 37649436.
7. Desmond MA, Fewtrell MS, Wells JCK. Plant-Based Diets in Children: Secular Trends, Health Outcomes, and a Roadmap for Urgent Practice Recommendations and Research-A Systematic Review. *Nutrients*. 2024;16(5):723. doi: 10.3390/nu16050723. PMID: 38474851; PMCID: PMC10934552.
8. Sandri E, Sguanci M, Cantín Larumbe E, Cerdá Olmedo G, Werner LU, Piredda M, et al. Plant-Based Diets versus the Mediterranean Dietary Pattern and Their Socio-Demographic Determinants in the Spanish Population: Influence on Health and Lifestyle Habits. *Nutrients*. 2024;16(9):1278. doi: 10.3390/nu16091278. PMID: 38732525; PMCID: PMC11085273.
9. Craig WJ, Mangels AR, Fresán U, Marsh K, Miles FL, Saunders AV, et al. The Safe and Effective Use of Plant-Based Diets with Guidelines for Health Professionals. *Nutrients*. 2021 Nov 19;13(11):4144. doi: 10.3390/nu13114144. PMID: 34836399; PMCID: PMC8623061.
10. Richter M, Boeing H, Grünewald-Funk D, Heskler H, Kroke A, Leschik-Bonnet E, et al. German Nutrition Society (DGE). Vegan diet. Position of the German Nutrition Society (DGE). *Ernahrungs Umschau*. 2016; 63(04): 92– 102. Erratum in: 63(05): M262. [Internet] [actualizado en 2016; consultado el 23.01.2026]. Disponible en: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2016/04_16/EU04_2016_Special_DGE_eng_final.pdf
11. Klug A, Barbaresko J, Alexy U, Kühn T, Kroke A, Lotze Campen H, Nöthlings U, Richter M, Schader C, Schlesinger S, Virmani K, Conrad J, Watzl B, et al. Neubewertung der DGE Position zu veganer Ernährung [Position statement]. *Ernahrungs Umschau*. 2024;71(7):60-84. Disponible en: <https://www.ernaehrungs-umschau.de/print-artikel/15-07-2024-neubewertung-der-dge-position-zu-veganer-ernaehrung/> consultado el 23.01.2026].
12. SIPPS. FIMP. SIMA. SIMP Position Paper. Diete vegetariane in gravidanza ed età evolutiva. *Riv Ital Pediatr. Prev Soc*. 2017; 12((Suppl. 3)):119–193. [Internet] [actualizado en 2017; consultado el 23.01.2026]. Disponible en: <https://www.sipps.it/attivita-editoriale/position-paper-diete-vegetariane-in-gravidanza-ed-in-eta-evolutiva/>
13. Lemale J, Mas E, Jung C, Bellaiche M, Tounian P. French-speaking Pediatric Hepatology, Gastroenterology and Nutrition Group (GFHG-NP). Vegan diet in children and adolescents. Recommendations from the French-speaking

- Pediatric Hepatology, Gastroenterology and Nutrition Group (GFHGNP). Arch Pediatr. 2019 ;26(7):442-450. doi: 10.1016/j.arcped.2019.09.001. Epub 2019 Oct 12. PMID: 31615715.
14. Académie Royale de Médecine de Belgique Le {Veganisme} Proscrit Pour Les Enfants, Femmes Enceintes et Allaitantest. [Internet] [actualizado en 2019; consultado el 23.01.2026]. Disponible en: https://creciendoenverde.com/wp-content/uploads/2019/07/Comunicado-de-prensa-Academia-de-Medicina-belga-sobre-dietas-vegan-as-en-infancia_Mayo-2019.pdf
 15. Redecilla Ferreiro S, Moráis López A, Moreno Villares JM; en representación del Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la AEP; Autores. Recomendaciones del Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría sobre las dietas vegetarianas [Position paper on vegetarian diets in infants and children. Committee on Nutrition and Breastfeeding of the Spanish Paediatric Association]. An Pediatr (Engl Ed). 2020;92(5):306.e1-306.e6. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.10.013. Epub 2019 Dec 19. PMID: 31866234.
 16. Asociación Española de Pediatría (AEPED). Los pediatras insisten en la necesidad de planificar correctamente la dieta de niños y adolescentes vegetarianos [Internet] [actualizado el 04/02/2020; consultado el 23.01.2026]. Disponible en: <https://www.aeped.es/actualidad/los-pediatras-insisten-en-necesidad-planificar-correctamente>
 17. Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. J Acad Nutr Diet. 2016;116(12):1970-1980. doi: 10.1016/j.jand.2016.09.025. PMID: 27886704.
 18. Amit M. Vegetarian diets in children and adolescents. Paediatr Child Health. 2010;15(5):303-14. PMID: 21532796; PMCID: PMC2912628.
 19. Phillips F. Vegetarian nutrition. Br. Nutr. Found. Nutr. Bull. 2005;30:132-167.
 20. National Health and Medical Research Council. Eat for Health. Australian Dietary Guidelines. National Health and Medical Research Council: <https://www.nhmrc.gov.au/adg#block-views-block-file-attachments-content-block-1> [consultado el 23.01.2026].
 21. Direção-Geral da Saúde. National Programme for the Promotion of a Healthy Diet, Guidelines for a Healthy Vegetarian Diet: <https://nutrimento.pt/wp-content/uploads/2015/12/Guidelines-for-a-healthy-vegetarian-diet.pdf> [consultado el 23.01.2026].
 22. Hay G, Fadnes L, Meltzer HM, Arnesen EK, Henriksen C. Follow-up of Pregnant Women, Breastfeeding Mothers and Infants on a Vegetarian or Vegan Diet. J. Nor. Med. Assoc. 2022;142 doi: 10.4045/tidsskr.21.0847.
 23. Singer P. Liberación animal. 2ª ed. Barcelona: Taurus; 2018.
 24. Torres M. Poder animal. Capacidades y derechos de los animales. 1ª ed. Madrid: Plaza y Valdés; 2022.
 25. Regan T. En defensa de los derechos de los animales. 1ª ed. Ciudad de México: FCE; 2016.
 26. Nussbaum M. C. Justicia para los animales. Una responsabilidad colectiva. Barcelona: Paidós; 2023.
 27. Nussbaum M C. Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión. Barcelona: Paidós; 2012.

Respuestas correctas: 1.a; 2.d; 3.d; 4.c; 5.b.

Prescripción Enfermera: situación actual

Nursing Prescription: Current Situation

Fermín Quesada Jiménez F¹, Linares Martín J²

¹Médico de Familia. Granada. Grupo de trabajo de SAMFyC Seniors

²Enfermero de Familia. Granada

Recibido el 26-03-2026; aceptado para publicación el 17-04-2026

Med fam Andal.2026;1: 57-63

INTRODUCCIÓN

La Prescripción Enfermera (PE) es un tema que ha generado controversia durante años, pero que ha demostrado ser eficaz y eficiente en países donde se ha implementado. Se puede resumir en tres apartados: en el Mundo, España y Andalucía.

Situación en el Mundo:

- La PE ya está legislada en muchos países, como:
- Países europeos: Reino Unido, Suecia, Irlanda y Francia.
- Países no europeos: Estados Unidos, Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Argentina y Brasil.

En la mayoría de estos países, es indispensable que los profesionales de enfermería tengan una formación especializada para poder desarrollar esta competencia.

Situación en España:

- En España, la PE se rige por el Real Decreto 1302/2018, que modifica el Real Decreto anterior de 2015.

- Este decreto permite que los profesionales de enfermería puedan prescribir medicamentos y productos sanitarios con plena seguridad jurídica, siempre dentro de las especificaciones que marque cada Comunidad Autónoma.
- La PE en España puede ser:
 - » Autónoma: la que se realiza en el ámbito de los cuidados según el propio juicio clínico de la enfermera.
 - » Colaborativa: la que se realiza en colaboración con el prescriptor médico.
 - » Existen protocolos y guías de práctica clínica que establecen los supuestos específicos en los que se precisa validación médica previa.

Situación en Andalucía:

La PE en Andalucía permite a las enfermeras y enfermeros indicar, usar y autorizar la dispensación de ciertos medicamentos y productos sanitarios, tanto de forma autónoma como colaborativa con otros profesionales sanitarios, siempre que estén debidamente acreditados conforme al Decreto 81/2020 de la Junta de Andalucía.

Las enfermeras pueden prescribir medicamentos no sujetos a prescripción médica

y productos sanitarios; y, bajo protocolos, modificar pautas de tratamientos ya prescritos por médicos en casos específicos (por ejemplo, diabetes, anticoagulación, cuidados paliativos).

Para estos actos, las enfermeras deben estar acreditadas: basta con tener al menos un año de experiencia profesional o, si no se tiene, realizar un curso de formación específico.

La acreditación da acceso tanto a prescripción independiente (en determinados procesos o productos permitidos) como a prescripción colaborativa dentro de guías y protocolos aprobados por el sistema sanitario andaluz.

Desde enero de 2025, la plataforma eCuidados Prescripción está habilitada para todas las enfermeras en la región, facilitando la receta electrónica enfermera en el ámbito público.

Andalucía fue pionera en España en implantar un marco legal propio, comenzando en 2010, y el modelo ha demostrado mejorar la eficiencia del sistema, el acceso de los pacientes y la gestión del gasto sanitario.

RESISTENCIAS A LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

1. Percepción de los límites de la práctica profesional:

- Muchos médicos creen que la prescripción de medicamentos es una función exclusiva de los médicos, ya que requieren un conocimiento profundo de la fisiología, farmacología y los efectos secundarios de los fármacos. Consideran que los enfermeros, aunque muy capacitados, no tienen el nivel necesario de formación médica para asumir la responsabilidad de recetar tratamientos o medicamentos.

Sin embargo, enfermería piensa estos argumentos parte del colectivo médico no están

Justificados ya que aunque los créditos de fisiología y farmacología son muy similares en cuanto a duración, la indicación de la prescripción estaría sujeta a determinadas circunstancias marcadas por protocolos y guías del Ministerio y Comunidades Autónomas

2. Responsabilidad y riesgo legal:

- La prescripción de medicamentos implica una gran responsabilidad, y cualquier error en la medicación podría acarrear consecuencias legales graves, tanto para el profesional que prescribe como efectos secundarios indeseados para el paciente. Los médicos temen que, si bien los enfermeros tienen una capacitación excelente en el cuidado del paciente, no están suficientemente preparados para asumir la responsabilidad que conlleva la prescripción de fármacos, en especial los más complejos o con más efectos secundarios.

El colectivo de enfermería sin embargo aduce que ha sido sumamente exquisito en proteger la seguridad de todos los pacientes y se consideran totalmente capacitado para asumir esta responsabilidad. En los diferentes países donde está implantada la prescripción Enfermera no hay constancia de estos problemas legales por lo que se piensa por parte de enfermería que pueden ser infundados.

3. Preocupaciones sobre la seguridad del paciente:

- Existe la preocupación de que un profesional no médico, aunque altamente cualificado en la atención directa al paciente, pueda no detectar de manera precisa las interacciones complejas entre fármacos o los efectos adversos de una prescripción, especialmente cuando se trata de enfermedades graves o trata-

mientos complejos.

Ante esto se puede argumentar que el colectivo de enfermería además de estar capacitado para detectar interacciones complejas es generalmente más accesible para el paciente.

4. Incertidumbre en cuanto a la definición del papel de cada uno:

- El sistema de salud en muchos países tiene una estructura jerárquica bien definida, con roles y responsabilidades claras para cada grupo de profesionales. La PE puede generar conflictos de competencias y roles dentro del equipo sanitario, lo que genera tensiones sobre quién tiene la autoridad para tomar ciertas decisiones clínicas.

Enfermería alega que las funciones están bien definidas dentro del equipo. Un equipo debe de tener objetivos comunes y no es cuestión de jerarquizar sino de buscar el beneficio del paciente. La autoridad en decisiones enfermeras las tomará enfermería y en decisiones medicas las tomará el médico. En caso de desacuerdos, las decisiones ultimas las tomará la autoridad competente.

5. Falta de evidencia de eficacia y seguridad:

- Aunque algunos estudios han demostrado que la PE en ciertos contextos puede ser segura y efectiva, no todos los médicos están convencidos de que esta práctica sea aplicable o ventajosa en todos los escenarios.

Enfermería argumenta que como se demuestra en multitud de estudios en los países en los que existe la Prescripción Enfermera desde hace tiempo se confirma la validez sobre seguridad, efectividad y aplicabilidad

en todos los escenarios.

6. Resistencia al cambio:

- Como en muchas otras áreas, hay una resistencia al cambio dentro de la medicina. Por circunstancias históricas, algunos médicos pueden estar acostumbrados a que la prescripción de medicamentos sea un aspecto exclusivo de su práctica profesional. El cambio hacia una mayor participación de las enfermeras en la prescripción podría verse como una amenaza a su autoridad o a la estabilidad de sus funciones.

Lo que debemos de tener claro es que lo importante no es que prevalezca la opinión del médico o del enfermero, si no que todos tenemos el mismo objetivo que es mejorar la salud del paciente. Si, con todas las garantías, podemos prescribir más profesionales diferentes medicamentos, lo que estamos haciendo es mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema sanitario, con lo que conseguimos mejorar la salud disminuyendo pérdidas de tiempo y de esfuerzo por parte del paciente que generan desanimo y desinterés.

7. Posicionamiento político y económico:

- En algunos casos, las disputas sobre la prescripción enfermera pueden tener un componente político o económico. Algunas asociaciones profesionales de médicos pueden ver la delegación de estas tareas como una forma de reducir el empleo o la relevancia de los médicos, especialmente en un contexto de presupuestos limitados o de reestructuración del sistema sanitario.

Aunque pueda ser utilizado con un enfoque político, pensamos que la PE no debe de tener nada en común con abaratamiento de costes ni con reorganización del sistema de

salud. La PE se debe de entender como una mejora en la eficacia y en la eficiencia del sistema de salud para mejorar la vida de los pacientes.

COMO IMPLANTAR LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Para implantar la prescripción enfermera sin generar gran oposición podrían ser útiles estrategias que combinen seguridad jurídica, evidencia y consenso profesional:

1. Marco legal claro y progresivo

- Asegurar que la normativa esté bien definida (protocolos, guías consensuadas y con respaldo legal) para evitar conflictos de competencias.
- Implantación gradual: empezar por medicamentos y productos sanitarios de uso frecuente en el ámbito enfermero (curas, vacunas, analgésicos básicos, antidiabéticos orales según protocolos) e ir ampliando progresivamente mediante protocolos conjuntos medico/enfermero.

2. Protocolos consensuados y basados en evidencia

Elaborar protocolos conjuntos con las sociedades científicas médicas y enfermeras.

Resaltar que la prescripción enfermera no sustituye al médico, sino que agiliza procesos y mejora la atención al paciente.

3. Énfasis en seguridad y beneficio para el paciente

- Mostrar datos de países donde ya está implantada (Reino Unido, Canadá, algunos estados de EE. UU., Chile) y los buenos resultados en accesibilidad y ad-

herencia terapéutica.

- Argumentar que mejora la continuidad asistencial, facilitando la accesibilidad del paciente al sistema sanitario, reduce listas de espera y evita duplicidad de consultas.

4. Formación y acreditación

- Ofrecer formación acreditada y certificación específica (cursos, experto o máster) para garantizar que las enfermeras prescriptoras tengan capacitación uniforme.
- Esto disminuye la percepción de “intromisión” y aumenta la confianza en la seguridad del proceso.

En resumen: pensamos que lo más adecuado podría ser implantar la PE de forma progresiva, protocolizada y con aval legal, reforzada por formación específica y proyectos piloto que demuestren que mejora la asistencia sin generar riesgos.

CLAVES PARA IMPLANTAR SIN GRAN OPOSICIÓN EN ESPAÑA

1. Seguir el modelo Reino Unido: empezar con lo indiscutible → productos y fármacos de uso habitual en la práctica enfermera.
2. Protocolos **conjuntos con médicos** → eliminar la idea de “competencia”.
3. Formación específica acreditada → garantizar seguridad.
4. Proyectos piloto → hospitales y centros de salud donde se midan resultados.
5. Comunicación clara: mostrar que no se trata de quitar competencias, sino de ganar eficiencia y seguridad para el paciente.

COMO SE DEBERÍA LLEVAR A CABO LA PE EN ANDALUCÍA, UNA PROPUESTA

La precisión enfermera en Andalucía debería llevarse a cabo de acuerdo con las normativas establecidas en el Decreto 307/2009 y el Real Decreto 1302/2018. A continuación, planteamos una propuesta de cómo podría implementarse:

Modalidades de Prescripción

- **Prescripción Independiente:** las enfermeras podrían indicar y autorizar productos sanitarios y medicamentos no sujetos a prescripción médica, como apósitos avanzados y antisépticos, dentro de su ámbito competencial.
- **Prescripción Colaborativa:** las enfermeras podrían ajustar tratamientos farmacológicos según protocolos establecidos en colaboración con médicos, y los sugeridos por el ministerio de sanidad: Guías para la indicación, uso y autorización de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de lo/las enfermeras/os.

Protocolos y Guías Clínicas

- Desarrollar protocolos y guías clínicas específicas para cada área de actuación, como atención primaria y hospitalaria, y para establecer estas guías y protocolos se debería de realizar, primaria con actores de primaria y hospitalaria con miembros del equipo hospitalario, tanto médicos como enfermeros en ambos casos.
- Establecer criterios claros para la prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos, así como de respaldo legislativo.

Formación y Acreditación

- Proporcionar formación específica en prescripción enfermera a los profesionales de enfermería. Podría servir como marco de referencia para la formación el ver cómo se ha llevado a cabo en otros países con mayor trayectoria en PE -Reino Unido/Canadá- y adaptarlo al modelo español/andaluz.
- Agilizar los requisitos ya establecidos de acreditación y experiencia profesional para la prescripción.

Seguimiento y Evaluación

- Establecer centros para pilotar dicha práctica de PE.
- De forma gradual ir implementando en otros centros
- Realizar un seguimiento continuo – auditorias- de los resultados de la PE.
- Evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos prescritos.

Colaboración Interdisciplinaria

- Sesiones clínicas periódicas entre enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y segura.

Dónde se implementaría la PE

- Atención Primaria, Atención hospitaliza y Salud Pública.

ANEXO: ¿COMO SE HA HECHO EN OTROS PAISES?

Reino Unido

Inicio: finales de los 90.

- **Estrategia:**
 - » Primero productos sanitarios y medica-

mentos muy básicos (analgésicos simples, apósitos, vacunas).

- » Luego se amplió a la prescripción independiente en determinadas áreas (crónicos, salud mental, cuidados paliativos).
- **Claves de aceptación:**
 - » Formación reglada y obligatoria (postgrado en prescripción).
 - » Protocolos consensuados con médicos.
 - » Presentación como herramienta para agilizar el sistema, no para competir.
- **Resultado:** hoy las enfermeras pueden prescribir de forma autónoma en múltiples ámbitos, con alta aceptación social y médica.

Canadá

- Implantación: en paralelo con la figura de la “nurse practitioner”.
- Estrategia:
 - » Dar competencias primero en zonas rurales y de difícil acceso a médicos.
 - » Protocolos centrados en atención primaria y urgencias leves.
- Claves de aceptación:
 - » Justificación por necesidad asistencial (escasez de médicos en ciertas regiones).
 - » Resultados medibles en accesibilidad y reducción de esperas.
- Resultado: modelo bien aceptado y consolidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo General de Enfermería. Evolución Mundial de la Prescripción Enfermera. Biblioteca Lascasas.2016. p.2.Disponible en: <http://index-f.com/lascasas/documentos>
- Real Decreto 581/2017, de 9 de junio por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/UE re-

lativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el reglamento nº 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de información del Mercado Interior (Reglamento IMI) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-6586>

- Grupo de trabajo del Sistema Cántabro de Salud. Prescripción Enfermera. Biblioteca Lascasas. 2007;4(f) consultado 4 de julio2016. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documento/lc0295.php>.
- International Council of Nurses. Definitions and Characteristics of the Role Geneva: ICN; 2001-2016. (consultado 15 de mayo 2016). Disponible en: <http://International.aanp.org/Practice/APNRoles>
- La aportación de la Enfermería a la sostenibilidad del Sistema Sanitario. Jornadas Nacionales de Enfermería. Web www.jnalicante.com
- Guías para la indicación uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeros. <https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/guiaIUA/home.htm>
- Miguel Chamorro A. Desarrollar las competencias enfermeras en beneficio de la población, los profesionales y el sistema sanitario. *Tesela*. 2009;6 (consultado 11 octubre 2017). Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7250.php>
- Documento sobre Prescripción Enfermera aprobado por el Consejo de Enfermería, que incluye los fármacos que ya podrán ser prescritos por este colectivo. Biblioteca las casas. 2007; Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0286.php>
- Ruiz Sánchez JJ, Ruiz Calzado R, Romero Sánchez M. Eficiencia en la prescripción enfermera en Andalucía. Un paso atrás en el sistema sanitario tras anulación por Real Decreto. *Aten Primaria*. 2017; 50:299-305 <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.004>.
- Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*.2011; 11:127, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-127>
- Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD011227,<http://>

- dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011227.pub2.
- Brugués A, Jódar G La prescripción enfermera una pieza más del plan terapéutico. *MFyC* 2021; 28(10) 541-543, Doi : <https://10.1016/j.fmc.2021.04.005>
 - Moya García I Prescripción Enfermera. *Med Fam And* 10,2009:195-196. <https://www.asanec.es/pdf/Med%20Fam%20And%20200911%20v10n3%20Prescripcion%20Enfermera.pdf>
 - Guía de prescripción Enfermera. Consejería de salud y bienestar social. Servicio Andaluz de Salud. Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce. edición revisada y actualizada en mayo 2013. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/GuiaPrescripcionEnfermeraDSMG.pdf
 - Decreto 21/2020 por el que se regula el procedimiento de acreditación del personal de enfermería para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. *Boja* 23 de junio 2020. 120-130. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/119/9>
 - Morales Asencio JM et al. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por enfermeras comunitarias. *Enfermería Comunitaria* .2006; 2(1)8-16.
 - Nota de Prensa del Consejo General de colegios Oficiales de enfermería de España Eficacia de la prescripción enfermera. Madrid 15 de junio de 2022. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesión/guias-clinicas/send/20-notas-de-prensa/1714-la-prescripciom-enfermera-reduce-el-gasto-sanitario-y-mejora-el-acceso-de-los-pacientes-al-sistema>
 - Ayuso Murillo D. Reconocimiento de la prescripción enfermera en España, una batalla a punto de culminar. *Enfermería Intensiva*. Vol 29, pag-1-3.2018 <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-reconocimiento-prescripcion-enfermera-espana-1-S1130239918300014>

Centro de salud El Valle, Jaén. 40 años desde su apertura *El Valle Health Centre, Jaén. 40 years since it opened*

Moreno corredor A

*Medicina Familiar y Comunitaria. Jubilado
Exdirector de CS Valle. Jaén. Extutor de MIR
Miembro del Grupo Seniors de la SAMFyC*

Recibido el 14-04-2026; aceptado para publicación el 15-04-2026.

Med fam Andal. 2026;1: 64-73

INTRODUCCIÓN

En primer lugar quiero agradecer a la revista Medicina de Familia Andalucía la deferencia y oportunidad ofrecida a profesionales y trabajadores que formaron y forman parte del Centro de Salud EL VALLE, que a lo largo de muchos años de trayectoria , mostraron a través de su dedicación, esfuerzo y motivación, participaron y contribuyeron en la conformación de una personalidad colectiva y modos de desempeño de sus tareas y funciones, en épocas sucesivas de intenso cambio, con numerosas expectativas pero también de fuertes incertidumbres externas y no exentas de tensiones adaptativas a nivel interno.

Mi objetivo y responsabilidad es estar a la altura y poder transmitir y recordar algunos hechos y actuaciones que describan y encuadren una serie de momentos y que además puedan aportar un valor añadido explicativo y que sirvió de retroalimentación positiva para la continuidad como equipo de trabajo.

Para tal cometido iré subdividiendo el relato en diferentes apartados para facilitar su comprensión.

CONTEXTO SOCIO SANITARIO Y POLITICO DEL MOMENTO

Es imprescindible hacer referencia a este encuadre, pues es el que condiciona actuaciones a nivel meso y micro a nivel de salud.

Tengo que recordar que lo que hoy conocemos como Atención Primaria de Salud (APS) y su ámbito de actuación era denominado “Asistencia Extrahospitalaria”, era la hermana paupérrima de la sanidad, tanto que hasta carecía de nombre propio y en dónde el sistema formativo de postgrado ya existente no la contemplaba. A nivel urbano las circunstancias se agudizaban frente a las rurales, en dónde al menos si existía una estructura y organización más reconocible.

Ante este precario sistema asistencial y desierto formativo e investigador, se imponía una necesaria y profunda y rápida (luego no fue tan rápida) reforma.

En Andalucía, ya con las transferencias sanitarias se publica el **28 de agosto de 1985 el Decreto “Sobre la Ordenación de los Servicios de Atención Primaria”**, implantando el nuevo modelo, definiendo la ZBS, DISTRITOS y EAP. Completándose en 1999 con el Mapa de Atención Primaria.

Este marco se ve reforzado con la publicación el **25 de abril de 1986** de la Ley General de Sanidad, dónde se define el Sistema Nacional de Salud y crea las bases de la Sanidad Española, definiendo la estructura en ZBS, Centro de Salud, EAP, Dispositivo de apoyo (Salud mental, fisioterapia, ...) y la creación de **“Equipos Multidisciplinarios”** con sus principios organizativos de Integralidad, Accesibilidad, etc.), siendo Ministro de Sanidad Ernest Lluch.

Quiero llamar la atención sobre las fechas de la publicación de ambas normativas y de la **apertura del Centro de Salud EL VALLE, fue un 28 de abril de 1986**, con la normativa recién salida de la imprenta.

Previa a la apertura de nuestro centro, la población (>15000 habitantes), estaba asistida por la presencia testimonial de un médico y un practicante de zona, que hacían lo que podían durante 2 horas al día, viéndose obligada la población a dispersarse en otros consultorios de la ciudad de Jaén de características funcionales similares.

MARCO TEÓRICO

En el periodo previo a la apertura del Centro de Salud, en lo que a profesionales y trabajadores se refiere, confluía no solo la intensa motivación por el desempeño del nuevo trabajo, tras nuestro periodo de formación y concurso oposición, sino también las inmensas expectativas e incertidumbres que el nuevo marco legislativo definía, se trataba de plasmar y traducir al lenguaje de la vida, de la asistencia y de la calle mucho más que un ordenamiento de un articulado, siendo este depositario y permitía el desarrollo de algo que ni el B.O.E ni el B.O.J.A recogía, y era ni más ni menos que entroncar en el Sistema de Salud el CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ATENCIÓN, que no solo asistencia sanitaria (ya de por sí importante), y es el modelo **BIOPSIICOSOCIAL**, a nivel de la persona, su entorno más próximo (familia ...) y comunidad, metas que defi-

nen nuestra especialidad.

Este cambio debía sustanciarse en **HECHOS** (atención integral e integrada), pero para poder desarrollarla precisaba de actuaciones coordinadas, **ORGANIZACIÓN**, pasando de una actitud pasiva e individual a otra proactiva y desempeñada por un **EQUIPO MULTIPROFESIONAL** colocando al paciente, a la persona como **CENTRO DEL SISTEMA SANITARIO**.

Y por si fuera poca presión, precisaba de inicio la **DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**, así en general y con los dos primeros MIR, que se implicaron y aprendieron de forma manifiesta, cuando los tutores y residentes nos diferenciábamos muy poco en la edad.

Todas las premisas fueron asumidas por completo por nuestro equipo, con más o menos claridad, a este panorama nos asomábamos en aquellos momentos. Pensad, que en nuestra formación no fuimos tutorizados (no existían) como posteriormente y en la actualidad se entiende, había mucho autodidactismo y escasas pero importantes experiencias (personales y bibliográficas) que nos sirvieron de referencias, tales como las del Centro de Salud de Cartuja (*Granada*), más lejana como la del Centro de Salud San Bartolomé de Tirajana (*las Palmas*), entre otras.

MARCO PRÁCTICO. APERTURA

Con estas potencialidades, abrimos nuestras puertas el día **28 de abril de 1986**, precedida por una **semana de orientación al puesto de trabajo**. Aquí fue el primer paso del marco práctico, dónde 4 médicos de familia, 2 MIR de MFyC, 2 Pediatras, 5 Enfermeras, 1 Trabajadora Social, 1 Auxiliar de Enfermería, 2 auxiliares administrativos y 2 Celadores iniciamos el camino (plantilla que iría ampliándose a lo largo de los años).

Previamente se habían realizado trabajos organizativos, para los que se precisó (por muchas razones), contar con la **COMUNIDAD**, a través de sus asociaciones y por sectores y bloques adscribieron organizadamente a la población en los listados que constituirían los cuatro cupos de Medicina de Familia y dos de Pediatría más los correspondientes de Enfermería.

Estos contactos con la Comunidad también se expresaron en la organización de diversas reuniones y asambleas informativas y explicativas de lo que iba a suponer la apertura del nuevo Centro de Salud (constituyéndose el germen de lo que posteriormente sería el **CONSEJO DE SALUD DE LA Z.B.S.**).

En las reuniones con los vecinos ya empezamos a vislumbrar lo nada fácil que era transmitir determinados elementos que sostienen el nuevo modelo y por otra parte conocimos sus expectativas, parte de ellas no coincidentes e irresolubles o ajenas a nuestro nivel de atención.

Tuvimos que iniciar una delicada reconversión de ideas, no siempre exitosa, lo cierto es que nos dimos cuenta que “aquello había que trabajárselo” aumentando el grado de incertidumbre. Esta amainó cuando la población pudo acceder a las instalaciones, iniciar con la apertura de su Historia Clínica y ser atendidos de manera que hoy es norma.

Aquella semana de orientación sirvió para conocernos, organizarnos, presentación del **PLAN DE TRABAJO** y actualizarlo con mejoras. Este plan lo dividimos en dos semestres, el objetivo general era la **MEJORA ASISTENCIAL**, en primer lugar (semestre), mejoras preventivas, haciéndonos responsables del **PVA**, mejoras en la Atención al Usuario (**extracción de muestras** para laboratorio en el Centro, ...), estudio de morbilidad y epidemiología de la zona, inicio del programa materno-infantil, con

inicio del desarrollo de la educación maternal y el programa del niño sano.

En consultas de MFyC, y Pediatría (demanda y programada, en ambos casos), aumentó del tiempo de consulta, cumplimentación de historias clínicas profundizando en el conocimiento de los pacientes y una progresiva e intensa de racionalización de la prescripción farmacéutica, orientada a la desaparición de la maleficencia y de la ineficacia.

Se pusieron en marcha también las **consultas de Enfermería**, con un crecimiento progresivo una vez los pacientes se iban incluyendo en los denominados entonces programas de crónicos.

El inicio del Sistema de Registro, y su estrella la **HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA**, merece destacarse, pues era inexistente en la asistencia extrahospitalaria. Diseñamos un circuito de registro y cumplimentación de datos que facilitaba que todos los pacientes accediesen a las consultas con su carpeta (primera consulta). En consultas sucesivas, a través de los listados de citas eran distribuidas por los celadores antes del comienzo de la consulta y a media mañana, retirando las ya pasadas. También desde las consultas podían abrirse y en admisión se le asignaba los datos administrativos.

Como el lector habrá podido comprobar el formato era de papel, el sistema digital TASS y DIRAYA, tardarían todavía algún tiempo.

La **Historia Clínica**, era un elemento innovador y vertebrador de primera necesidad y magnitud en toda la reforma sanitaria, de inmejorable aceptación por parte de los pacientes y de los profesionales que provenían del anterior sistema. Aunque hoy parezca ajeno y lejano.

Desde el recuerdo destacar el mejor desempeño del personal del área de información, admisión y registro. Su participación en el diseño y elaboración fue decisiva y fuimos aprendiendo a **TRABAJAR EN EQUIPO** e ir asumiendo nuestra cuota parte.

MARCO PRÁCTICO. CONTINUACIÓN

El soporte y pivote organizativo sobre el que giraba y se desarrollaba el resto fue la **Unidad de Atención Familiar (UAF)**, compuesto por médico y enfermera, y la ampliada con la trabajadora social. Parece poco innovador y obvio, pero este modelo, frente al de la dispensarización, facilita la atención biopsicosocial e integrada, es decir, cada **UAF** atiende a todos sus pacientes en todo momento, frente a la creación de constructos (que los hubo) en los que determinados médicos y enfermeros se responsabilizaban de la atención programada a diabéticos, hipertensos, embarazo, planificación familiar...de todo el EBAP. Hay que considerar que determinados planes o servicios, en principio, y por razones estratégicas quedaron dispensarizados, tales como el PVA, extracciones, curas, aunque con el tiempo formaron parte del contenido de la consulta de enfermería individual.

Muy importante fue desde el principio, el desarrollo del **Soporte Interno**, vital en sí mismo, (pues prácticamente no disponíamos de estructura externa que dirigiera nuestros pasos) y era fundamental para la organización y evaluación, por lo que las reuniones de Equipo, Formación, fueron imprescindible para el mantenimiento de la **COHESIÓN INTERNA**.

- La localización de la **UDMFyC en el mismo Centro de Salud** facilitaba compatibilizar la actividad docente con la asistencial, así como el desarrollo de iniciativas como el estudio de morbilidad

inicial de la ZBS, fundamental para la elaboración del **Diagnóstico de Salud de la ZBS**, y ya nos fue permitiendo conocer los principales motivos de consulta, perfil de las patologías agudas y crónicas, la prevalencia del distinto calado de las alteraciones de la Salud Mental, el peso de los problemas del ámbito social.

Este conocimiento nos sirvió en cierto modo para orientar nuestras actividades asistenciales, preventivas y de promoción de la salud, y también iniciar la cultura de la **INVESTIGACIÓN, EVALUACIÓN Y CALIDAD SANITARIA**, que se iría desarrollando a lo largo de los años.

DOS CASOS QUE PUSIERON A PRUEBA EL MARCO TEÓRICO-PRÁCTICO

Además del normal desarrollo inicial, ya complejo hubo que gestionar las incidencias, quiero señalar dos de ellas, en las que la estacionalidad primaveral y la falta de control y prevención de la enfermedad se aliaron para sumarse a las no pocas “emociones” de la reciente apertura.

Por su importancia y la respuesta que generó, esta nos sirvió para aprender, ganar en confianza y darle precozmente forma a una metodología de trabajo que marcó una tendencia y manera en el **Centro de Salud EL VALLE**.

EL PRIMER CASO

Comenzó con la identificación(personal) en un aviso domiciliario, de la presencia de cinco casos de sarampión en una misma familia, constatándose en sucesivos días de estar ante la presencia de un brote con nuevos casos.

La respuesta a este hecho, además de tratar, podría haber sido la habitual, y es la notificación a la Delegación de Salud en el informe semanal de las EDO, seguir los casos

y esperar respuesta si es que la había. Este era el modo de trabajo imperante propiciado por la misma estructura sanitaria y papel y dedicación de los profesionales del modelo previo.

La respuesta fue distinta, no se hizo esperar, tras la formación de un grupo responsable formado por médico de familia, pediatra, enfermera responsable del PVA (transfiriéndose) y trabajadora social, tras los pasos arriba indicados, nos hicimos las normales preguntas del porqué la ocurrencia de estos casos y de cómo contenerlo, en el momento y en la sucesivo. Para lo cual tratamos de identificar la cobertura vacunal de los susceptibles, en general y del sarampión en particular, además de los múltiples problemas de los registros (eran centralizados, pero sobre todo la escasa eficacia del método registral) aquellos que identificamos aparecían una muy mejorable tasa de vacunación.

Diseñamos un **plan de trabajo** que incluía la mejora de la captación a través de las consultas de pediatría, niño sano, programa de embarazo, consultas de demanda en general, enfermería, identificación de grupos vulnerables (con vacunación domiciliaria en caso preciso), participación comunitaria, información en área de recepción, y por supuesto también a medio y largo plazo control en salud escolar y PVA descentralizado.

El resultado no se hizo esperar y ya en el transcurso del primer año las tasas de vacunación superaron las de inmunidad de rebaño y no volviésemos a diagnosticar ningún caso de sarampión hasta donde la memoria me llega.

Esto fue factible por la **capacidad de Planificación y Organización** de los miembros del EBAP, liderado por una responsable, es decir una **organización matricial y flexible**

del liderazgo en el trabajo.

Ayudó a definir el rol de Enfermería y la eficacia y bondad del trabajo coordinado. **Destacar** que una de las consecuencias positivas de este hecho fue la adopción por la Consejería de Salud del **SISTEMA DE REGISTRO DE VACUNADOS POR COHORTES**, y que sigue en vigor, tal como propuso nuestra responsable, y ya desde esta incidencia abandonamos el sistema anterior.

Fue un precoz y gran ejemplo que evidenciaba claramente la diferencia de la metodología del modelo ambulatorio frente al modelo de los EBAP.

- Destacar también, por su importancia, la importante tarea de **Promoción, de la Lactancia Materna** se hizo desde el área del niño sano, Pediatría, Matrona, consultas de Embarazo de MF, Educación Maternal), cuando nadie hablaba de este tema y los bebés salían de alta con la canastilla que incluía envase de leche maternizada en polvo. Era un debate que no estaba en la sociedad, y hubo que combatir falsas creencias y persuadir a madres y cuidadoras, y partiendo de tasa muy bajas, antes del segundo año de apertura del Centro de Salud, se contaba con tasas de continuidad a los seis meses del 60%. El método utilizado similar al anterior.

Pero no puedo dejar de mencionar este hecho por su enorme repercusión positiva que suponía en la salud y la economía de la población, además de servir de reconocido recuerdo a sus responsables.

EI SEGUNDO CASO

Si bien su desarrollo fue más alargado en el tiempo, pero que al carecer de ningún marco (aunque fuera débil) normativo previo como en el caso anterior (PVA, Salud

Escolar, ...) es un buen ejemplo de cómo el trabajo en equipo, planificado y organizado con un responsable en el desempeño dio unos magníficos resultados.

Se trató, en principio, del manejo del asma infantil polínico primaveral (y que se extendió al asma en general). Realmente era una cuestión que nos superada en dimensión, pero que dados los picos de demanda que generaba en todas las edades, su intensidad e incluso su gravedad constituían un problema de salud.

Además, con un centro recién abierto y el “festival polínico de mayo y junio”, la población nos tomaba, lógicamente, como punto de referencia para el tratamiento de las crisis en sus diversos grados casi obviando los servicios de urgencia, y por otra parte sentíamos, naturalmente, que había que estar a la altura.

Pero quiero que penséis que el uso de los inhaladores beta estimulantes y antiinflamatorios no existían y las cámaras de inhalación igualmente y en todo caso su uso incipiente no estaba al alcance en nuestro país. El tratamiento, en crisis, consistía fundamentalmente en teofilinas y corticosteroide inyectables, por las distintas vías según grado y aporte de oxígeno.

Pues bien, aquella situación clínico-epidemiológica hizo saltar el resorte desde el área de pediatría y de modo progresivo y paulatino se implementaron medidas correctoras a nivel local.

El primer paso fue estar situados en la vanguardia (por una serie de circunstancias) de la innovación en lo que al tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados se refiere.

Pero esto no fue suficiente, se precisaba de un **uso adecuado**, para ello había que edu-

car en salud y manejo de los dispositivos, primero en consulta y posteriormente y de modo continuado en **talleres en grupo**, tanto para **niños como para padres y madres** (posteriormente se extendió a los pacientes con EPOC).

Pronto comenzamos a constatar, de modo consistente y creciente, del descenso de agudizaciones, la gravedad de estas, disminución de las visitas a urgencias y de los ingresos en hospital y mejora de la calidad de vida, como demostraban las evaluaciones anuales motivo de publicaciones relativas al caso.

Señalar que la compleja y mantenida respuesta de un grupo de trabajo da resultados, nada comparable al anterior sistema.

El nuevo paradigma y organización permitía, la innovación, la iniciativa, el desarrollo profesional y de proyectos de un modo organizado, aunando el tratamiento farmacológico preventivo, la indispensable EDUCACIÓN PARA LA SALUD, (EPS) dónde la responsabilización de paciente y la familia son parte activa del proceso, supervisado y apoyado.

La impronta de la EPS ha marcado los tiempos en toda nuestra estrategia, a lo largo de los años no solo en Grupos, en el Centro de Salud (E. Maternal, Lactancia materna Asma, Diabetes, EPOC, Deshabitación Tabáquica, Cuidadoras, ...) como a nivel Comunitario, tales como a nivel de Colegios e Institutos, desarrollado por Enfermera y Médico de Familia orientado a la adolescencia, y desempeñado por los profesionales asistenciales que como una competencia más dentro de sus cometidos.

Nada de hubiera sido factible sin un **TRABAJO COORDINADO** de los distintos profesionales, con una sólida estructura de soporte interno.

QUÉ FUIMOS ASUMIENDO Y QUÉ FUIMOS APORTANDO

En el apartado anterior he tratado de transmitir como el trabajo, el esfuerzo, la motivación y la metodología organizativa impulsó respuestas a problemas locales de salud, como se transita de un sistema sanitario pasivo a otro “inteligente” y como la oportunidad histórica facilitó el desarrollo de nuestras potencialidades.

Son muchas las actividades y tareas en un centro de salud y en nuestra larga trayectoria y por espacio es imposible resumir, pero quiero mencionar algunas de ellas que mejoraron la atención clínica y que supusieron un avance en el momento, en lo que después se conoció como parte de **GESTIÓN DE LA DEMANDA**.

Distinguimos entre consulta a demanda y programada (hoy muy denostada), se adaptaba bien al perfil de nuestras necesidades, pues la segunda nos facilitaba el profundizar en la historia clínica de los pacientes, atender y entender pacientes y (situaciones) complejos.

- Iniciamos medidas racionalizadoras como la entrega de partes de *confirmación I.T.* centralizado en la administrativa responsable, y desde este acto se anunciaba el momento de la revisión del proceso si era preciso.
- Renovación de tratamiento con el soporte documental de las C.L.T. (cartilla de largo tratamiento), donde se registraba los fármacos a renovar y en sobres individuales se hacía la entrega y recogida en recepción por parte del paciente o familiar el día señalado.
- Desarrollo del programa de crónicos (Diabetes, HTA, ...), **con responsabilidad compartida en las consultas de Enfermería**, con establecimiento del plan de cuidados, del seguimiento del

problema, EPS individual y prevención del adulto, continuidad de tratamiento colaborativo farmacológico, solicitud de analítica del protocolo correspondiente, etc.

Estas y otras medidas, motivaron un control aceptable de la consulta a demanda, ciertamente se nos achacaba durante tiempo, que” era debido al menor tamaño de nuestros cupos”, cuestión que no se justificaba en absoluto de esta manera, pues el número de pacientes asignados competía con otros dispositivos, es decir, **la demanda respondía a la diversificación de la estrategia de respuesta**.

Coincidiendo con la propia reforma de los dispositivos de *Salud Mental* y comparando con ellos el enfoque del paradigma biopsicosocial, no tardamos en dar forma un interesante *Programa de Coordinación* en el que se incluían, la información, la formación bidireccional y sesiones conjuntas de casos, en dónde tras el análisis se determinaba una serie de actuaciones coordinadas. Participando el médico y enfermera responsable, la trabajadora social del Centro de Salud y del Equipo de Salud Mental, psiquiatra, psicóloga enfermero de salud mental y administrativo.

En caso preciso también se incorporaba el psiquiatra de SM infantojuvenil. Este tipo de sesiones fueron mensuales y persistieron con adaptaciones a lo largo de muchos, muchos años.

Fue realmente una experiencia creativa, y enriquecedora, que facilitó sobremanera el manejo de situaciones complejas.

Otra de las consecuencias positivas fue el acercamiento y aprendizaje de la *Atención Familiar Sistémica*, herramientas en las que profundizamos y desarrollamos para

adaptarlas a nuestras propias *consultas de Medicina de Familia*, formando el *Centro de Salud EL VALLE* parte de un movimiento más amplio, junto con determinados *Centros de Salud de Madrid, y en Andalucía del Centro de Salud de Cartuja y El Palo, en Málaga*, y que dotó a la Medicina de Familia de herramientas y contenido propio de este apellido de la especialidad. Este movimiento tuvo vida propia, creándose su fundación y se incorporó durante mucho tiempo al **programa docente MIR** y fue motivo de no pocas publicaciones, ponencias y comunicaciones a congresos, en los que nuestro Centro de Salud era referente nacional junto con los arriba mencionados.

Experiencia similar, pero mucho más avanzada y limitada en el tiempo, pero no menos interesante, fue la adopción junto con el Servicio de Medicina Interna del Hospital de referencia de un programa conjunto de sesiones de interconsulta, asesoramiento y vinculación de pacientes *polipatológicos*, experiencia interesante tomada de la desarrollada en los Centros de Salud del Aljarafe.

CULTURA DE CALIDAD (CC)

Para ir finalizando, quiero destacar, dos importantes pilares de nuestro desarrollo, uno de ellos fue generar desde el principio, la CC, elemento constituyente de la Gestión Clínica.

Esto se tradujo en una serie de actuaciones en nuestro servicio, pero las herramientas principales fueron dos (no simultaneas en el tiempo):

- La primera (pasados los dos primeros años de apertura) fue la de la realización de **Auditorías de Historias Clínicas** por los propios protagonistas que las cumplimentaban, profesionales y trabajadores, revisando (según perfil) la cum-

plimentación de los ítems seleccionados.

- Estos iban desde los datos administrativos, con especial importancia a la inclusión de todos los miembros convivientes en el domicilio, del teléfono, dirección, fecha de nacimiento, antecedentes familiares, personales (presencia de alergias, diabetes, hta), fórmula obstétrica, perfil vacunación, lista de problemas, registro de TA, etc.
- Los resultados servían para arrojar información y autoevaluación, creando áreas de mejora en el registro general y en el clínico. De esta forma se visualizaba la importancia de un trabajo bien hecho.
- **La segunda herramienta** fue la creación de **GRUPOS DE CALIDAD**, estos grupos lo formaban de 3 a 5 miembros del EBAP, de distinto perfil y su cometido consistía en buscar mejoras con actuaciones a nivel interno, con posterior presentación al grupo y toma de decisiones consensuadas.
- Los grupos eran **Organización Interna, Circuito de Mantenimiento, Atención al Usuario y Grupo de Procesos Asistenciales**.

Verdaderamente este tipo de participación e implicación y representación, evaluaba y mejoraba diversas cuestiones, ayudaba a disolver bucles contribuyendo a la mejora del clima laboral.

CONSEJO DE SALUD

Mención diferenciada recordar, dentro de la **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**, la creación del Consejo de Salud de ZBS. Este órgano reunía a la Dirección del Centro de Salud y la Trabajadora Social con representantes de entidades docentes (colegios e institutos) asociaciones de vecinos, jubilados y otras con presencia relevante por su labor a nivel de calle, como era la Institución Salesiana.

Hasta la publicación de la normativa en este ámbito, fue una interesante (y a veces estresante) experiencia que ayudaba a tener una visión más amplia de los servicios de salud, contribuyendo a mejorar algunas cuestiones sirviendo también para facilitar la difusión y participación en programas de salud.

REFLEXIONES FINALES

En la narración de estos cuarenta años del Centro de Salud El Valle, he huido describir un relato cronográfico numérico y cuantitativo y centrarme más en los condicionantes del contexto sanitario del momento, cuando no existían los Distritos Sanitarios o estos estaban en un incipiente desarrollo, evidentemente nos dotaba de una capacidad de autonomía y acción en la toma de decisiones que nos permitió una metodología de trabajo y un desempeño innovador que junto al perfil de los componentes facilitó esta magnífica experiencia.

Experiencia que fue muy prolongada en el tiempo, y como hecho destacable decir que cuando los EBAP se fueron integrando en el proyecto de Unidades de Gestión Clínica la adaptación fue casi insensible, pues técnicamente ya lo éramos desde hacía años.

Ha pasado mucho tiempo de desarrollo de los EBAP, el sistema sanitario es mucho más complejo y se ha enriquecido con muchas aportaciones, también la APS, muchas fueron las transformaciones vividas, tales como la era digital, nuevas competencias en la CS (cirugía menor, ecografía, control anticoagulados, personalización en Enfermería, ...) en los cuales y como no podía ser de otra manera también fuimos asumiendo cuando no liderando, pero la propia evolución y solidez de la estructura organizativa (Distritos, ZBS, Dispositivos de apoyo, ...) ha ido haciendo sombra a la capacidad decisoria de los EBAP, en muchos ocasiones es posible que no sea preciso a estas alturas,

pero lo que sigue siendo necesario, cuando menos no olvidar parte de nuestro ADN, y como muestra menciono estos tres:

1. **La potencia de la UAF** como estrategia base de unidad de funcionamiento sobre el que se construye el resto del artesonado.
2. El EBAP como unidad organizativa del servicio, activa innovadora y con liderazgo proactivo y no solamente administrativo.
3. El **Médico de Familia** referente en la atención y responsabilidad de la salud del **paciente** y su entorno más cercano, y su **papel de coordinador** de esta, como el Dr. Luis de la Revilla decía: “su papel además de la atención es el croupier que reparte juego” dentro del EBAP y resto del sistema sanitario, esto no supone un menoscabo de ningún otro perfil de profesional, pero no se debe dejar en el camino el papel de armonizador y racionalizador.

Por último, recordar y agradecer a los numerosos profesionales y trabajadores que compartimos este proyecto a lo largo de muchos años, agradecer su motivación, dedicación y desempeño tanto durante el amplio periodo en los que tuve la oportunidad y suerte de ejercer el liderazgo del grupo como en el que no.

Y un recuerdo especial, también a los MIR que se formaron en EL CENTRO DE SALUD EL VALLE, y que al tener la suerte de seguirlos en su desempeño es gratificante observar su alto nivel de implicación y compromiso en las tareas asistencial, docente e investigadora, parece que además de su peculiaridad la pincelada o impronta del **CENTRO DE SALUD EL VALLE** no se pierde.



EL VALLE
(JAÉN)
40 años

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Taquicardia ventricular monomorfa en paciente joven *Monomorphic ventricular tachycardia in a young patient*

Rosario Castillo AC¹, Cobo Valenzuela N¹, Reinoso Rodríguez I², Jardim Rodrigues R³, Del Moral Chica M^{CA}³, Del Moral Carrascosa M³

¹Especialista en MFyC UGC Bulevar. Jaén

²Especialista en MFyC. UGC Martos (Jaén)

³MIR de 4to año UGC Bulevar. Jaén

Recibido el 16-01-2026; aceptado para publicación el 06-02-2026

Med fam Andal. 2026;1: 74-75

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2026.CC1557>

Correspondencia: Amida C. Rosario Castillo. mail: dra.amidarosario@gmail.com

Varón de 39 años, deportista activo y sin hábitos pitaciones intensas súbitas, sensación de sofoco, sudoración y opresión centrotorácica irradiada a mandíbula tras una cena. Entre sus antecedentes destacan episodios previos de palpitaciones autolimitadas y una historia familiar de muerte súbita (padre a los 44 años), dos hermanos

con pericarditis no estudiadas. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin hallazgos relevantes en la exploración física. En el examen inicial, el ECG muestra una taquicardia rítmica de QRS ancho a 210 lpm, compatible con taquicardia ventricular sostenida (TVS) con pulso (*figura 1*).

Figura 1. Trazado electrocardiográfico del paciente

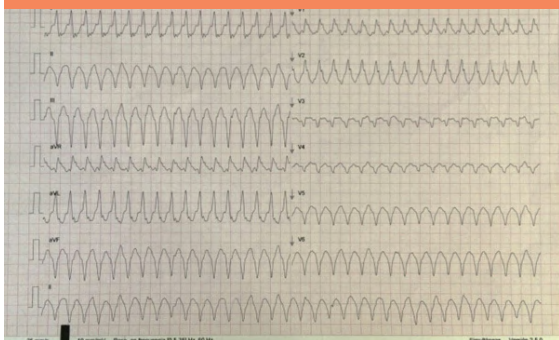


Figura 2. Imagen de la Resonancia Magnética Cardíaca



Tratamiento en urgencias: dado que el paciente está estable, se inicia con la administración de Adenosina 6-12-18 mg según esquema de manejo de taquiarritmia, sin respuesta clínica. Posteriormente el paciente refiere sentirse mareado con tensión arterial 90-60 mmHg Sat 92 %, hiperventila. Tras el fracaso de la adenosina y la aparición de inestabilidad hemodinámica, se realiza cardioversión eléctrica sincronizada efectiva tras dos descargas (150 J y 200 J), recuperando el ritmo sinusal.

Evolución: paciente ingresa a cargo de Cardiología donde se realiza una Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) urgente cuyo informe reporta: Fibrosis miocárdica extensa circunferencial afectando a epicardio y medio miocardio desde la zona más basal a la más apical del Ventrículo Izquierdo. Posible realce tardío también afectando el Ventrículo Derecho en su región apical (*figura 2*).

Preguntas

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?

- a. Miocardiopatía hipertrófica.
- b. Infarto agudo de miocardio.
- c. Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo izquierdo.
- d. Síndrome de Brugada.
- e. Taquicardia supraventricular con vía aberrante.

2. ¿Cuál de los siguientes factores apoya el diagnóstico de una miocardiopatía arritmogénica en este caso?

- a. Elevación de troponina T inicial.
- b. Taquicardia monomorfa de QRS ancho.
- c. Historia familiar de muerte súbita prematura.

d. Hallazgos de fibrosis circunferencial en RM cardíaca.

e. Todas las anteriores.

3. Ante el diagnóstico confirmado y el riesgo de arritmias malignas, ¿cuál es el tratamiento preventivo de elección y qué conducta se debe seguir con los familiares?

- a. Tratamiento farmacológico exclusivo con amiodarona y revisiones anuales del paciente.
- b. Implantación de un desfibrilador automático implantable (DAI) y realización de un estudio genético y seguimiento cardiológico a los familiares.
- c. Ablación por radiofrecuencia de los focos de fibrosis y recomendación de evitar el ejercicio físico intenso a la familia.
- d. Alta hospitalaria con seguimiento exclusivo por el médico de familia y realización de un ECG de control a los hermanos.

Nota: este caso clínico fue premiado en el 31º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria, en Huelva, como el mejor caso clínico presentado como comunicación oral.

Disfagia en Atención Primaria: Cuando el Tratamiento Precede al Diagnóstico

Dysphagia in Primary Care: When Treatment Precedes Diagnosis

Barrero Bueno V¹, Huesa Andrade M²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica, Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, España

²Doctora en Medicina. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica, Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, España

Recibido el 23-01-2026; aceptado para publicación el 07-04-2026

Med fam Andal. 2026;1: 76-77

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2026.CC1574>

Correspondencia: Violeta Barrero Bueno. mail: violetabarrerobueno@gmail.com

Varón de 50 años, con antecedentes personales de alergia estacional, consulta en el centro de salud porque, desde hace años, presenta disfagia a sólidos que recientemente afecta también a líquidos, así como episodios frecuentes de atragantamientos. A la exploración, muestra un abdomen blando y depresible, no doloroso. Se palpa dudosa masa a nivel de epigastrio, por lo que se realiza ecografía clínica sin encontrar hallazgos patológicos.

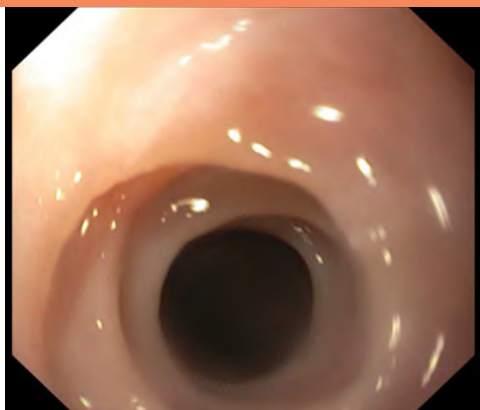
Se realiza analítica sanguínea con bioquímica con perfil abdominal y hemograma en el que se observa una eosinofilia de 510 eosinófilos/ μ L, sin otras alteraciones. Se realiza teleconsulta con Aparato Digestivo para el estudio de disfagia que solicita una esofago-

gastroduodenoscopia.

Su médica de familia inicia tratamiento empírico con esomeprazol 20 mg/12 h y se programa revisión, en función de la respuesta se valorará añadir corticoide tópico. Tras tres semanas de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) el paciente presenta una remisión de la clínica completa. Se realiza un intento de retirada del tratamiento con lo que aparecen nuevamente los síntomas, por lo que se decide emplear como tratamiento de mantenimiento omeprazol 20 mg/12 h.

Posteriormente, se realiza la endoscopia digestiva alta con los hallazgos que se muestran en la *figura 1*.

Figura 1. Imagen endoscópica del esófago del paciente en estudio



Preguntas

1. Atendiendo a la evolución clínica y los hallazgos analíticos, ¿cuál sería la sospecha diagnóstica más probable?

- a. Acalasia.
- b. Neoplasia de esófago.
- c. Candidiasis esofágica.
- d. Disfagia lusoria.
- e. Esofagitis eosinofílica.

2. ¿Qué hallazgos se visualizan en la imagen de la endoscopia?

- a. Anillos fibrosos concéntricos, que es el resultado que con mayor frecuencia se encuentra en la endoscopia de la patología que presenta nuestro paciente.
- b. Irregularidades en la mucosa y surcos lineales longitudinales, que es el resultado que con mayor frecuencia se encuentra en la endoscopia de la patología que presenta nuestro paciente.
- c. Es una exploración endoscópica normal, que descarta la sospecha diagnóstica de su médica de familia.
- d. Anillos fibrosos concéntricos, que no es el resultado más frecuente en la endoscopia de es-

tos pacientes, pero cuya prevalencia aumenta conforme avanza la enfermedad.

- e. Es una exploración endoscópica normal, que no descarta la sospecha diagnóstica de su médica de familia.

3. ¿Se cometió algún error al instaurar el tratamiento descrito?

- a. Sí. Se cometió el error de iniciar el tratamiento con un IBP, ya que el tratamiento de elección lo constituyen los antihistamínicos orales.
- b. Sí. Se cometió el error de retirar el tratamiento al comprobar la remisión clínica.
- c. No. El tratamiento fue adecuado, ya que el tratamiento de inducción de elección son los IBPs y, cuando no se produce respuesta, el siguiente escalón terapéutico lo constituye la combinación de IBP y corticoides tópicos.
- d. Sí. El tratamiento inicial de elección es la dieta de eliminación dirigida y debe recurrirse al tratamiento farmacológico solo cuando fracase, con el objetivo de reducir el coste económico y la aparición de efectos adversos.
- e. Sí. Cuando el paciente sufre atragantamientos o impactaciones alimentarias, el tratamiento de elección es la dilatación endoscópica.

Cantar para recordar: música, demencia y esperanza compartida

Singing to Remember: Music, Dementia and Shared Hope

Figueredo Sánchez JM^a

Doctor en Psicología. Almería

Recibido el 010-02-2026; aceptado para publicación el 17-02-2026.

Med fam Andal. 2026;1: 78-79

Sr. Director:

¿El cerebro determina la conducta? ¿o por el contrario la conducta conforma estructural y funcionalmente el cerebro? Estas son unas preguntas ambiciosas, que difícilmente podrían ser contestadas como se merece en tan breve espacio. Sí sabemos con certeza, que al igual que el ejercicio fortalece y da forma al músculo, determinadas actividades que requieren de cierta especificidad y esfuerzo mental producen cambios significativos a nivel cerebral, tanto estructurales como funcionales. A modo de ejemplo, podríamos citar el estudio de los cambios morfológicos del hipocampo en los taxistas de Londres (Maguire y Cols., 2006), o aquellas investigaciones que vinculan formación musical y neuroplasticidad (Reybrouck et al., 2018), y mejora del rendimiento en otras áreas (hasta tal punto que un estudio llevado a cabo por Mangiore y Nieman (1997) puso de manifiesto que los médicos con formación musical tenían mejor desempeño para detectar irregularidades cardiacas que aquellos otros que carecían de este tipo de aprendizajes). Centrémonos de ahora en adelante, en la música,

que es, de hecho, el tema central de este escrito. Pero, ¿qué es exactamente la música? Leonard Meyer (1959), uno de los primeros investigadores musicales la definió como “una forma de conversación emocional” y entre sus efectos cabe destacar la mejora del rendimiento en otras áreas (como en el ejemplo del rendimiento de los médicos citado anteriormente), la experimentación de emociones positivas o su capacidad para evocar recuerdos. Por otro lado, si la música es una conversación emocional, cabe preguntarse qué ocurre cuando esa conversación se mantiene en cerebros donde la memoria comienza a desvanecerse.

Uno de los motivos por los que la gente escucha música es su impacto emocional (Rentfro y Greenbarg, 2019). Este vínculo le ha valido su introducción en entornos médicos. Por ejemplo, durante la Pandemia de la COVID-19, músicos tocaron conciertos virtuales tanto para pacientes como para personal sanitario. La reacción a estos conciertos de una trabajadora sanitaria refleja el poder sanador de la música: “lo único que puede interrumpir este patrón de desesperación es la música” (Weiser, 2020).

Por otra parte, la música tiene el poder de evocar recuerdos. Los recuerdos autobiográficos evocados por la música o RAEM se asocian con emociones intensas, como la felicidad, la nostalgia o la tristeza (Janata et al., 2007). Este fenómeno adquiere una relevancia especial en el ámbito del deterioro cognitivo, donde la pérdida de memoria constituye uno de los síntomas más devastadores. Esto la ha convertido en una valiosa herramienta terapéutica para el tratamiento de las demencias, que como sabemos, vienen acompañadas de importantes problemas de memoria (Mohamad El Haj et al., 2013). Este poder inspiró la película *Alive Inside: A Story of Music and Memory*. En esta película se documenta el trabajo de una ONG, Music&Memory (<https://musicandmemory.org/>), que distribuía iPods a centros de tratamiento para pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Con esta evidencia científica como respaldo, resulta natural que iniciativas sanitarias comprometidas con la atención comunitaria integren la música como herramienta de intervención. Tal y como hiciera Music&Memory, la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria se suma al proyecto promovido por la Fundación Miguel Ríos “El Coro de Rock y Memoria” para personas con Alzheimer y sus acompañantes. Sabedora de sus beneficios cognitivos, emocionales y motores (induce al

movimiento), no podía dejar la oportunidad de sumarse a esta gran iniciativa social.

Después de todo, la música es un fenómeno universal, transcultural (por ejemplo, en todas las culturas las personas encargadas del cuidado cantan a los niños y niñas), iniciado antes del propio lenguaje y específicamente humano, tal y como llegó a afirmar el propio Darwin (1871). Además, la música, incrementa el sentimiento de vinculación social (Koelsch, 2018). De hecho, nuestra capacidad de sincronizar los movimientos de un grupo con un ritmo musical solo se da en humanos. La música es tan importante para nuestras vidas, que la persona promedio se pasa gran parte del tiempo escuchando música y es considerada como una de las actividades favoritas (Dube y La Bel, 2003). Tal es su relevancia que el filósofo Friedrich Nietzsche llegó a afirmar que “sin música, la vida sería un error”. Tal vez por eso iniciativas como “[El Coro de Rock y Memoria](#)”(*) trascienden lo musical: son espacios donde la identidad encuentra un modo de permanecer. Cantar es recordar. Y recordar es, en última instancia, seguir siendo.

*<https://fundacionmiguelrios.org/portfolio/la-fundacion-miguel-rios-lanza-el-coro-rock-y-memoria-para-personas-con-alzheimer-y-sus-cuidadores-as/>

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.



GUIAS , CONSENSOS, DECLARACIONES Y RECOMENDACIONES

Espacio cuatrimestral con las Guías y recomendaciones con sus correspondientes abstracts y enlaces a texto completo.



COMENTARIOS A CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO

Taquicardia ventricular monomorfa en paciente joven

Monomorphic ventricular tachycardia in a young patient

Rosario Castillo AC¹, Cobo Valenzuela N¹, Reinoso Rodríguez I², Jardim Rodrigues R³, Del Moral Chica M^aA³, Del Moral Carrascosa M³

¹Especialista en MFyC UGC Bulevar. Jaén

²Especialista en MFyC. UGC Martos (Jaén)

³MIR de 4to año UGC Bulevar. Jaén

Recibido el 16-01-2026; aceptado para publicación el 06-02-2026

Med fam Andal. 2026;1: 81-82

Correspondencia: Amida C. Rosario Castillo, mail: dra.amidarosario@gmail.com

Nos encontramos ante una forma de presentación de una **Miocardiopatía Arritmogénica (MA)**, específicamente con afectación predominante del ventrículo izquierdo. Se trata de una enfermedad hereditaria del músculo cardíaco caracterizada por la sustitución progresiva del miocardio por tejido fibroadiposo (1), esto genera un sustrato anatómico altamente arritmogénico. Su prevalencia se estima en 1:5.000 personas, y es una de las causas más importantes de muerte súbita en individuos jóvenes y deportistas, manifestándose frecuentemente entre la tercera y quinta década de la vida (2).

El curso de la enfermedad incluye etapas de inflamación miocárdica, que puede simular una pericarditis o miocarditis, fases de estabilidad y progresión hacia la fibrosis miocárdica extensa (5). Esta fibrosis genera el sustrato anatómico para el desarrollo de taquiarritmias ventriculares monomorfas o polimorfias (6), como la taquicardia ventricular sostenida presentada por el paciente.

- **Forma dominante derecha:** la varian-

te clásica con afectación del ventrículo derecho (3).

- **Forma dominante izquierda (MAVI):** caracterizada por fibrosis subepicárdica o mediomural en el ventrículo izquierdo, a menudo con un patrón circunferencial "en anillo" (4,6).
- **Forma biventricular:** afectación de ambos ventrículos desde etapas tempranas (5).

Su etiología está ligada a **desórdenes en las proteínas de los desmosomas**, responsables de la adhesión intercelular de los miocitos. Estas alteraciones favorecen la desconexión celular, el daño miocárdico y la sustitución fibroadiposa progresiva (5). En la mayoría de los casos, la enfermedad es de herencia autosómica dominante (2), por este motivo el diagnóstico de un **caso índice** obliga a realizar un cribado clínico y **genético de los familiares de primer grado**, con el objetivo de identificar portadores asintomáticos y prevenir eventos arrítmicos potencialmente fatales (7).

Respuestas razonadas:

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?

Respuesta correcta c.

El paciente presenta los criterios diagnósticos de Miocardiopatía Arritmogénica de Ventrículo Izquierdo (MAVI), confirmados posteriormente mediante estudio genético. Esta entidad debe sospecharse ante arritmias ventriculares en pacientes jóvenes deportistas con antecedentes familiares de muerte súbita.

2. ¿Cuál de los siguientes factores apoya el diagnóstico de una miocardiopatía arritmogénica en este caso?

Respuesta correcta e.

El diagnóstico de la MA es integrador. En este caso, la clínica arritmogénica (TVS de QRS ancho), el daño miocárdico (elevación de TnT), el sustrato anatómico detectado por RMC, la fibrosis en anillo y la carga genética familiar, muerte súbita del padre, son pilares fundamentales que apoyan el diagnóstico final.

3. ¿Cuál sería el tratamiento preventivo de elección?

Respuesta correcta: b.

Implantación de desfibrilador automático - DAI. Dado que hasta un 26% de estos pacientes presentan arritmias malignas, el DAI es la medida de prevención primaria y secundaria más eficaz para evitar la muerte súbita. Manejo familiar: Debido a que la miocardiopatía arritmogénica tiene una he-

rencia habitualmente autosómica dominante y un 40% de los casos presenta mutaciones en proteínas desmosómicas, es imperativo realizar un estudio genético y seguimiento por cardiología a los familiares de primer grado. En este caso clínico, el estudio permitió identificar la mutación en los hermanos, quienes ya se encuentran en seguimiento especializado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corrado D, Link MS, Calkins H. Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy. *N Engl J Med.* 2017;376(1):61–72.
2. Towbin JA, McKenna WJ, Abrams DJ, et al. 2019 HRS expert consensus statement on evaluation, risk stratification, and management of arrhythmogenic cardiomyopathy. *Heart Rhythm.* 2019;16(11):e301–72.
3. Marcus FI, McKenna WJ, Sherrill D, et al. Diagnosis of arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy/dysplasia: proposed modification of the Task Force Criteria. *Circulation.* 2010;121(13):1533–41.
4. Sen-Chowdhry S, Syrris P, Prasad SK, et al. Left-dominant arrhythmogenic cardiomyopathy: an under-recognized clinical entity. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(25):2175–87.
5. Corrado D, Basso C, Judge DP. Arrhythmogenic cardiomyopathy. *Circ Res.* 2017;121(7):784–802.
6. Aquaro GD, De Luca A, Cappelletto C, et al. Prognostic value of magnetic resonance phenotype in arrhythmogenic cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75(22):2753–65.
7. Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J.* 2015;36(41):2793–867.

COMENTARIOS A CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO

Disfagia en Atención Primaria: cuando el tratamiento precede al diagnóstico

Dysphagia in Primary Care: When Treatment Precedes Diagnosis

Barrero Bueno V¹, Huesa Andrade M²

¹Especial¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica, Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, España

²Doctora en Medicina. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica, Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, España

Recibido el 23-01-2026; aceptado para publicación el 07-04-2026

Med fam Andal. 2026;1: 83-86

Correspondencia: Violeta Barrero Bueno. [mail: violetabarrerobueno@gmail.com](mailto:violetabarrerobueno@gmail.com)

En la endoscopia digestiva alta se observan tres anillos fibrosos concéntricos estenosantes que impiden el paso del endoscopio convencional y se realizan biopsias en las que se observan > 15 eosinófilos por campo de gran aumento. Tras la realización de estas pruebas se diagnostica al paciente de esofagitis eosinofílica y estenosis esofágica.

Siete meses después, en la revisión presencial en las consultas de Aparato Digestivo, se indica como tratamiento de mantenimiento lansoprazol bucodispersable 30 mg cada 12 horas y se solicita gastroscopia con el objetivo de valorar la respuesta al tratamiento y realizar dilatación endoscópica si es preciso.

Respuestas razonadas:

1. Atendiendo a la evolución clínica y los hallazgos analíticos, ¿cuál sería la sospecha diagnóstica más probable?

1.a) Acalasia: Respuesta incorrecta. La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica caracterizado por ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior y disminución del peristaltismo esofágico ¹. Esto

ocasiona la clínica característica de disfagia, pérdida de peso y regurgitación de alimentos no digeridos ¹. Nuestro paciente presenta disfagia que mejora con IBPs y, además, en la analítica se objetiva de eosinofilia, características que no son propias de la acalasia.

1.b) Neoplasia de esófago: Respuesta incorrecta. El tiempo de evolución, la ausencia de síndrome constitucional y el hecho de que la clínica remita con IBPs justifican que la neoplasia esofágica no sea la primera opción diagnóstica.

1.c) Candidiasis esofágica: Respuesta incorrecta. La candidiasis esofágica es una causa de disfagia en pacientes inmunocomprometidos ¹, mientras que el único antecedente que presenta nuestro paciente es alergia estacional y en la analítica muestra una eosinofilia sin otras alteraciones en el hemograma.

1.d) Disfagia lusoria: Respuesta incorrecta. La disfagia lusoria o vascular es provocada por alteraciones cardiovasculares (como un aneurisma aórtico o una arteria subclavia derecha aberrante) y provoca una disfagia constante y fija ¹. Sin embargo, nuestro paciente muestra una disfagia que ha progresado, puesto que inicialmente afectaba a só-

lidos y posteriormente también a líquidos, acompañada de eosinofilia y que responde a tratamiento con IBPs, por lo que la disfgia vascular no constituye la principal sospecha diagnóstica.

1.e) Esofagitis eosinofílica: Respuesta correcta. La clínica cardinal de la **esofagitis eosinofílica** consiste en disfgia a sólidos e impactación alimentaria, particularmente en un paciente con historia personal de atopia 2, 3. Además, es característica la presencia de eosinofilia en sangre periférica 2, 3 así como la respuesta a IBPs 2, 3, 4, 5.

2. ¿Qué hallazgos se visualizan en la imagen de la endoscopia?

2.a) Anillos fibrosos concéntricos, que es el resultado que con mayor frecuencia se encuentra en la endoscopia de la patología que presenta nuestro paciente: Respuesta incorrecta. En la imagen endoscópica se observan anillos fibrosos concéntricos, pero este no es el hallazgo que con más frecuencia se encuentra en la gastroscopia de los pacientes con esofagitis eosinofílica. La aparición de anillos fibrosos concéntricos es más frecuente conforme avanza la enfermedad y puede llegar a causar estenosis esofágica e impactación alimentaria 2. Recordemos que nuestro paciente tiene 50 años, presentaba la clínica desde hacía años, nunca había sido estudiado ni tratado y había llegado a presentar episodios de atragantamiento.

2.b) Irregularidades en la mucosa y surcos lineales longitudinales, que es el resultado que con mayor frecuencia se encuentra en la endoscopia de la patología que presenta nuestro paciente: Respuesta incorrecta. Las irregularidades en la mucosa y los surcos lineales longitudinales son el resultado que con mayor frecuencia se encuentra en la gastroscopia de los pacientes con esofagitis eosinofílica 2 pero lo que se visualizan en la figura son anillos fibrosos concéntricos.

2.c) Es una exploración endoscópica normal, que descarta la sospecha diagnóstica de su médica de familia: Respuesta incorrecta. La endoscopia no muestra una mucosa esofágica normal y además, es posible el diagnóstico de esofagitis eosinofílica pese a una exploración endoscópica normal 2, 3. En ese caso la confirmación diagnóstica podría realizarse mediante unos resultados histológicos compatibles: infiltrado de la mucosa esofágica por más de 15 eosinófilos por campo de gran aumento 2, 3.

2.d) Anillos fibrosos concéntricos, que no es el resultado más frecuente en la endoscopia de estos pacientes, pero cuya prevalencia aumenta conforme avanza la enfermedad: Respuesta correcta. El hallazgo endoscópico más frecuente lo constituyen las irregularidades en la mucosa y los surcos lineales longitudinales, que son hallazgos propios de las primeras fases de la enfermedad 2. En esta imagen endoscópica se observan anillos fibrosos concéntricos, que aparecen en una fase más avanzada conocida como fibroestenótica y que pueden provocar impactaciones alimentarias que puedan llegar a requerir extracción endoscópica urgente 2, 3, 4.

2.e) Es una exploración endoscópica normal, que no descarta la sospecha diagnóstica de su médica de familia: Respuesta incorrecta. No es un resultado endoscópico normal, pero, si lo fuera, no descartaría la sospecha diagnóstica de esofagitis eosinofílica. En ese caso para su confirmación sería necesario esperar al resultado histológico 2, 3.

3. ¿Se cometió algún error al instaurar el tratamiento descrito?

3.a) Sí. Se cometió el error de iniciar el tratamiento con un IBP, ya que el tratamiento de elección lo constituyen los antihistamínicos orales: Respuesta incorrecta. Aunque la esofagitis eosinofílica es

debida a una reacción de hipersensibilidad frente a alérgenos alimentarios y ambientales 2, el tratamiento de inducción lo constituyen los IBPs, corticoides tópicos o bien dietas de eliminación pero no los antihistamínicos orales 2, 3, 4, 5.

3.b) Sí. Se cometió el error de retirar el tratamiento al comprobar la remisión clínica: Respuesta correcta. La esofagitis eosinofílica es una enfermedad crónica cuyo tratamiento consta de una terapia de inducción que se aplica entre 6 y 12 semanas seguida de un tratamiento de mantenimiento 2, 3, 5. El objetivo del tratamiento de mantenimiento es lograr una remisión tanto clínica como histológica y evitar la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones como la impactación alimentaria 3, 4, 5.

3.c) No. El tratamiento fue adecuado, ya que el tratamiento de inducción de elección son los IBPs y, cuando no se produce respuesta, el siguiente escalón terapéutico lo constituye la combinación de IBP y corticoides tópicos: Respuesta incorrecta. El tratamiento de inducción puede realizarse tanto con IBPs, corticoides tópicos como dietas de eliminación 2, 3, 4, 5. En aquellos pacientes que no logran la remisión con IBPs, se emplean corticoides tópicos, ya que en estos casos el grado de inflamación esofágica es mayor y los corticoides tópicos han demostrado ser más efectivos que los IBPs, sin ser necesaria la combinación de ambos 5.

3.d) Sí. El tratamiento inicial de elección es la dieta de eliminación dirigida y debe recurrirse al tratamiento farmacológico solo cuando fracase, con el objetivo de reducir el coste económico y la aparición de efectos adversos: Respuesta incorrecta. El tratamiento inicial puede realizarse tanto con dietas de eliminación como con fármacos (IBPs o corticoides tópicos orales) 2,3,4,5. Entre las dietas de eliminación se encuentran la dieta elemental, la dirigida

por prueba de sensibilidad alérgica y la dieta de eliminación empírica 2,4. Todas ellas tienen la ventaja de ofrecer una opción no farmacológica y los inconvenientes de la dificultad de identificar el alérgeno responsable y de la alta tasa de recaídas por mal cumplimiento 2,4. Además, la dieta de eliminación dirigida se basa en los resultados de las pruebas alérgicas pero la Inmunoglobulina E no es mediadora de la fisiopatología de la esofagitis eosinofílica, por lo que las tasas de remisión son menores 4.

3.e) Sí. Cuando el paciente sufre atragantamientos o impactaciones alimentarias, el tratamiento de elección es la dilatación endoscópica: Respuesta incorrecta. La dilatación endoscópica es el tratamiento de elección de la estenosis esofágica pero la presencia de atragantamientos o impactaciones alimentarias no implica que se haya alcanzado la fase fibroestenótica 3,4. Además, ante una impactación alimentaria que no se autolimita, el tratamiento de elección es la extracción endoscópica urgente, no la dilatación esofágica 3,4.

BIBLIOGRAFÍA

- Ricote Belinchón M, Alcalde Muñoz S, Rodríguez Rodríguez R. Guía de disfagia: Manejo de la disfagia en Atención Primaria (AP). Madrid: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen); 2020. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>.
- García-Compeán D, Jiménez-Rodríguez AR, González-Martínez CE. La esofagitis eosinofílica. Conceptos actuales de la fisiopatología, del diagnóstico y del tratamiento. Rev Gastroenterol Méx. 2025; 90 (1): 63-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090624002064>.
- Ballart MJ, Monrroy H, Iruretagoyena M, Parada A, Torres J, Espino A. Esofagitis eosinofílica: diagnóstico y manejo [Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis]. Rev Med Chil. 2020; 148(6):831-841. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000600831&script=sci_ar

ttext.

7. Saludigestivo [Internet]. Madrid: Fundación Española del Aparato Digestivo; 2026 [citado 15 febrero 2026]. Disponible en: <https://saludigestivo.es/>.
8. Espina-Cadena S, Camo Monterde P, Badía

Martínez M, Martínez Santos Y. Esofagitis eosinofílica, eficacia de las alternativas terapéuticas en el adulto: revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2023; 97:e202308067. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10560532/>

DE INTERÉS

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

SAMFyC

- **9as Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC**

Cabra (Córdoba), 22 y 23 de octubre de 2026.

Secretaría SAMFyC

Telf. 958 80 42 01

<https://residentesy tutoressamfyc.com/>

- **10as Jornadas Andaluzas de Ecografía. SAMFyC**

Cabra (Córdoba), 24 de octubre de 2026.

Secretaría SAMFyC

Telf. 958 80 42 01

<https://ecografiasamfyc.com/>

Formación SAMFYC

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

Agenda semFYC

<https://www.semfyc.es/eventos>

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

Formación semFYC

<https://www.semfyc.es/formacion>

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 nueve 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.

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)



INFORMACIÓN PARA LOS SOCIOS

SOCIO, te rogamos comuniqués 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 sociocentinel@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.



CABRA (Córdoba)

22-23 OCTUBRE

HOTEL FUENTE LAS PIEDRAS

2026

9

as

**JORNADAS
ANDALUZAS DE
RESIDENTES Y
TUTORES**



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Inscríbete en las jornadas
residentesy tutoressamfyc.com



| residentesy tutoressamfyc.com / samfyc@samfyc.es |

#SAMFYC2026



JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFIA SAMFyC



Cabra (Córdoba)

OCTUBRE
2026

CABRA 24 Octubre HOTEL FUENTE LAS PIEDRAS



| ecografiasamfyc.com / samfyc@samfyc.es |

#SAMFYC2026