

# foRum 4

AÑO 3 / NÚMERO 6 / MAYO 2007

REVISTA DEL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE MÉDICOS DE  
ATENCIÓN PRIMARIA



SECRETARÍA SEMERGEN  
C/ Narváez, 15 - 1.º  
28009 Madrid  
Teléf.: 91 500 21 71  
secretaria@semergen.es

#### JUNTA DIRECTIVA NACIONAL SEMERGEN

Presidente: Julio Zarco Rodríguez  
Vicepresidente Primero: Antonio Otero Rodríguez  
Vicepresidente Segundo: Juan Saavedra Miján  
Secretario General: Jesús Sáinz Jiménez  
Tesorero: Luciano Santiago Esperón  
Vocales: Paloma Casado Pérez, Ana de Santiago Nocito,  
Fco. Javier Alonso Moreno, José Antonio Gil Lahorra,  
Rafael Rodríguez Martín

#### JUNTAS DIRECTIVAS AUTONÓMICAS

**Sociedad Andaluza de Médicos de Cabecera-Semergen**  
Presidente: Manuel Jiménez de la Cruz.

Sede: Avda. de la Constitución, 23, 1.º A. 18014 Granada.  
**Sociedad Aragonesa de Médicos de Cabecera-Semergen**  
Presidenta: Pilar Guillén Ardid. Centro de Salud La Jota.  
Avda. La Jota, 42. 50014 Zaragoza.

**Sociedad Asturiana de Médicos de Cabecera-Semergen**  
Presidente: Manuel Amadeo Fernández Barrial.  
Centro de Salud de Sotrongio. C/ Jacinto Benavente, 5.  
33950 Sotrongio (Asturias).

#### Semergen-Canarias

Presidenta: Antonia Rodríguez Hernández.  
Centro de Salud San José. C/ Alicante, s/n.  
35016 Las Palmas de Gran Canaria.

**Sociedad Cantabra de Médicos de Cabecera-Semergen**  
Presidenta: Matilde Sierra Pérez.

Centro de Salud Santoña.  
C/ Eguitior, 2. 39740 Santoña (Cantabria).

#### Semergen-Castilla-La Mancha

Presidente: José Manuel Comas Samper.  
Centro de Salud La Puebla de Montalbán.  
C/ D. Lino Ramos, 6.  
45516 La Puebla de Montalbán (Toledo).

#### Semergen-Castilla y León

Presidente: Demetrio Terrero Prieto.  
Centro de Salud Peñaranda de Bracamonte.  
Avda. de los Jardines, s/n.  
37300 Peñaranda de Bracamonte (Salamanca).

#### Semergen-Euskadi

Presidente: Rafael Alonso Matía.  
Centro de Salud Algorta.  
C/ Bidezabal, s/n. 48990 Getxo (Bizkaia).

#### Semergen-Extremadura

Presidente: Félix Suárez González.  
Centro de Salud Urbano San Roque.  
C/ Teresa Isturiz, s/n. 06008 Badajoz.

#### Semergen-La Rioja

Presidente: Mariano Pablo Tejedor Olarte.  
Centro de Salud Espartero.  
Pza. La Alhóndiga, s/n. 26003 Logroño.

#### Semergen-Madrid

Presidenta: Mercedes Ricote Belinchón.  
Centro de Salud Avda. Aragón.  
C/ Alcalá, 425. 28027 Madrid.

#### Semergen-Murcia

Presidente: J. Eduardo Carrasco Carrasco.  
Centro de Salud Abarán.  
Apdo. Correos, 12. 30550 Abarán (Murcia).

#### Semergen-Navarra

Presidente: Félix Zubiri Sáenz.  
Centro de Salud Iturrama.  
C/ Serafín Olave, s/n. 31007 Pamplona.

#### Societat Catalana de Metges de Capçalera-Semergen

Presidenta: Mercedes Abizanda González.  
CAP Vila Olímpica de Barcelona.  
C/ Joan Miró, 17. 08005 Barcelona.

#### Sociedade Galega de Medicos de Cabeceira-Semergen

Presidente: Isidoro Rivera Campos.  
Centro de Salud Virgen Peregrina.  
C/ Maestranza, s/n. 36002 Pontevedra.

#### Societat Valenciana de Metges de Capçalera-Semergen

Presidente: Ramón García-Noblejas Dávila.  
Centro de Salud L'Ollería.  
Pza. Virgen de Loreto, s/n. 46850 L'Ollería (Valencia).

# forum 4

## REVISTA DEL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AÑO 3 / NÚMERO 6 / MAYO 2007

### STAFF

**DIRECTOR: JESÚS IBÁÑEZ GÓMEZ** Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en M. FyC. Tutor de médicos residentes de M. FyC. Vocal Consejo Asesor Unidad Docente de M. FyC. de Asturias. Secretario del Grupo de Tutores de la SEMERGEN. Coordinador del EAP de Arriendas (Asturias). revistaforum4@semergen.es

### SECRETARIA DE REDACCIÓN

Ana María de Santiago Nocito  
Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en M. FyC. Vocal de Formación y MIR de la Junta Directiva de SEMERGEN. Médico rural del consultorio de Los Santos de la Humosa, EAP Meco, Servicio Madrileño de Salud Área 3 de AP. asantiagon@semergen.es

### Jesús Iturralde Iriso

Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de médicos residentes de M. FyC. Jefe de Unidad de Atención Primaria del C.S. Casco Viejo (Vitoria). Miembro del comité de redacción de la revista SEMERGEN y del boletín INFAC. Presidente del comité científico del XXVII Congreso Nacional de SEMERGEN. Miembro de la vocalía de residentes de SEMERGEN. jiturraldet@papps.org

### REDACTORES

José Antonio Noya Mejuto  
Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vocal de docencia de SEMERGEN-Asturias. noyairma@arrakis.es

### Jesús Melchor Delgado González

Doctor en Medicina. Especialista en M. FyC. Tutor de médicos residentes de M. FyC. Responsable de tutorización. Vocal de Formación de SEMERGEN-Asturias. jemel@wanadoo.es

### EDICIÓN EN INTERNET: Responsable Federico Pérez Agudo. fpereza@semergen.es

Patrocinada y distribuida por Merck efg

© **IM&C, S.A. Editorial:** International Marketing & Communication, S.A. (IM&C). Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid. Tel.: 91 353 33 70 - Fax: 91 353 33 73 - e-mail: imc@imc-sa.es

Prohibida la reproducción, total o parcial, por cualquier método, del contenido de esta obra, sin permiso expreso del titular del copyright

ISSN: 1885-219X Dep. Legal: M-38682-2005 Sop. Válido: N.º 3/06-R-CM

### CONSEJO ASESOR

#### Dra. Ana de Santiago Nocito

Vocal de Formación y MIR de la Junta Directiva de SEMERGEN. asantiagon@semergen.es

#### COORDINADORES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE LA SEMERGEN

APARATO LOCOMOTOR  
ATENCIÓN AL NIÑO Y ADOLESCENTE  
ATENCIÓN AL ANCIANO  
ATENCIÓN AL INMIGRANTE  
ATENCIÓN A LA MUJER  
BIOTICA Y HUMANIDADES  
CALIDAD Y GESTIÓN  
DIABETES MELLITUS  
DOLOR  
ECOGRAFÍA  
FARMACOVIGILANCIA Y URM  
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
ICTUS  
INFECCIOSAS  
LÍPIDOS  
MÉDICOS ARTISTAS  
NEUROLOGÍA  
NUTRICIÓN  
OSTEOPOROSIS  
RESPIRATORIO  
SALUD MENTAL  
SALUD PÚBLICA  
SEXOLOGÍA  
TABAQUISMO  
URGENCIAS  
NEFROLOGÍA Y VÍAS URINARIAS  
VASCULOPATÍAS

SERGIO GIMÉNEZ BASAYOTE  
MARÍA LUISA LÓPEZ DÍAZ-UFANO  
JUAN CARLOS COLMENAREJO HERNANDO  
JOSÉ LUIS MARTINCANO GÓMEZ  
MERCEDES ABIZANDA GONZÁLEZ  
JOSÉ FRANCISCO DÍAZ RUIZ  
DULCE RAMÍREZ PUERTA  
JOSÉ JAVIER MEDIAVILLA BRAVO  
EMILIO BLANCO TARRÍO  
NABOR DÍAZ RODRÍGUEZ  
NURIA FDEZ, DE CANO MARTÍN  
RAFAEL COLÁS CHACARTEGUI  
FRANCISCO JAVIER ALONSO MORENO  
JUAN CARLOS MARTÍ CANALES  
JOSÉ LUIS CANADA MERINO  
ÁNGEL DÍAZ RODRÍGUEZ  
JOSÉ LUIS CANADA MERINO  
ENRIQUE ARRIETA ANTÓN  
ROSA MARÍA PINEIRO GUERRERO  
AIDA IGLESIAS  
JOSÉ ANTONIO QUINTANO JIMÉNEZ  
JOSÉ ÁNGEL ARBESÚ PRIETO  
JUAN RAMÓN GARCÍA CEPEDA  
FROILÁN SÁNCHEZ SÁNCHEZ  
JOSÉ LUIS DÍAZ-MAROTO MUÑOZ  
EMILIO ILDEFONSO GARCÍA CRIADO  
FRANCISCO BRENES BERMÚDEZ  
EDUARDO CARRASCO CARRASCO

sgimenez@semergen.es  
mllopezd@semergen.es  
jccolmenarejo@eresmas.com  
jmartincanog@semergen.es  
mabizanda@caprilaolimpica.net  
diaz\_jf@gobcantabria.es  
dramirezp@semergen.es  
jmediavillab@semergen.es  
eblancot@semergen.es  
nabordiaz@semergen.es  
nuriaferca@wanadoo.es  
rjcolas@ono.com  
falonsom@semergen.es  
jcmarti@telefonica.net  
josecanada@euskalnet.net  
med015917@yahoo.es  
josecanada@euskalnet.net  
earrieta@nac.com  
rpineiro2002@hotmail.com  
aida.iglesias@sespa.princast.es  
jquintanoj@meditex.es  
jarbesuprieto@hotmail.com  
jrgarciac@semergen.es  
fsanchezs@semergen.es  
jdiazmarotom@semergen.es  
egarciac@semergen.es  
fbrenesb@semergen.es  
ecarrascoc@semergen.es

P · 5

## EDITORIAL

POR JESÚS IBÁÑEZ GÓMEZ, DIRECTOR DE LA REVISTA FORUM 4

P · 6

## ENTREVISTA

DRA. BELÉN ALONSO, PRESIDENTA DE AEMIR

P · 9

## SECCIÓN DIVULGATIVA

REVISIÓN: «Tuberculosis extrapulmonar»

CASO CLÍNICO: «Hiperprolactinemia iatrogénica»

CASO CLÍNICO: «Hiperaldosteronismo como causa de HTA secundaria»

CASO CLÍNICO: «Dolor de brazo en paciente joven: de la clínica al diagnóstico»

P · 25

## LA TARDE DEL RESIDENTE

OTRA SALIDA LABORAL MÁS PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

P · 27

## EL RINCÓN DEL TUTOR

¿DEBEMOS EVALUAR LA COMPETENCIA DE LOS TUTORES DOCENTES?

P · 29

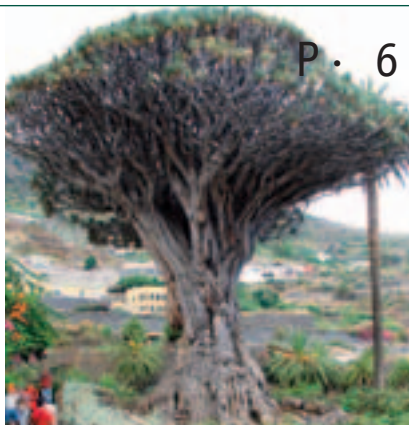
## TU FOTO EN PORTADA

SESIÓN CLÍNICA: PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES DE LOS TRABAJADORES QUE UTILICEN  
«PVD - PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS»

## Y A D E M Á S ...

### TABLÓN DE ANUNCIOS

Esta sección pretende ser un puente entre necesidades y ofertas, por lo que su redacción ha de ser clara, sencilla y breve, no siendo superior a 10 líneas. La redacción de la revista se permite el derecho a no publicar el anuncio si considera que el objeto u objetivo del mismo no está en consonancia con el de la sección.



P · 33

## CUATRO AÑOS

LOS VALORES PROFESIONALES Y EL PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA

P · 37

## ENREDADOS

[revistaforum4@semergen.es](mailto:revistaforum4@semergen.es)

ENLACES DE INTERÉS

COMENTARIOS DE PÁGINAS WEB

P · 38

## NOTICIAS MIR

LA FISCALÍA DEL SUPREMO ESTIMA EL RECURSO DEL CESM Y AEMIR CONTRA EL DECRETO MIR AMIRPAST (ASOCIACIÓN DE MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS)

LOS MIR DE MURCIA PACTAN CON SANIDAD UNO DE LOS MEJORES ACUERDOS DE TODA ESPAÑA

P · 41

## CONGRESOS, ENCUENTROS Y JORNADAS

P · 42

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

NORMAS DE REMISIÓN DEL TRABAJO A LA REVISTA



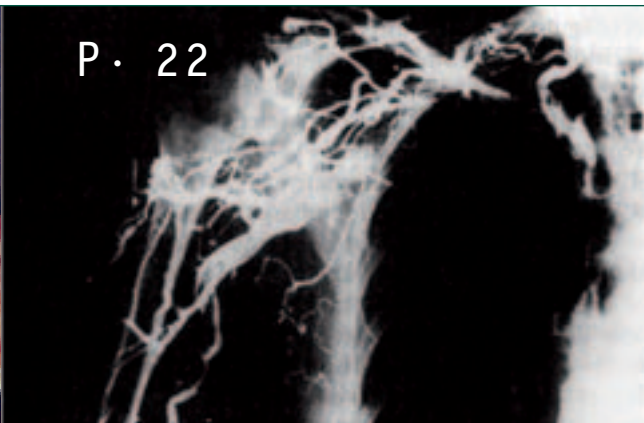
## CARTAS AL DIRECTOR

Foro en el que se han de exponer las opiniones personales sobre trabajos publicados en esta revista **FORUM 4**. Esta sección también ha de servir para la exposición de temas breves de índole personal que toquen el aspecto humano y ético, o que surjan de experiencias en la práctica clínica diaria.

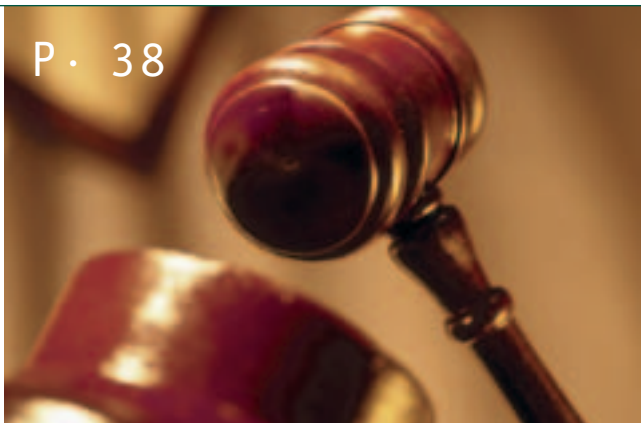
El número máximo de autores será de dos; el de líneas, sesenta; y el de referencias bibliográficas, cuatro. La redacción será continua, sin apartados y siguiendo las especificaciones para el texto que se hallan en la sección «Normas de publicación».

[revistaforum4@semergen.es](mailto:revistaforum4@semergen.es)

P · 22



P · 38



# EDITORIAL

**Dr. Jesús Ibáñez Gómez**

Director de la revista FORUM 4, «La revista del médico residente de M. FyC.».



## La generación del «Burn Out»...

**E**l médico se encuentra marginado en el sistema, sin humor y deprimido. Hemos pasado de la participación en un proyecto a una situación de menosprecio y ninguneo.

Así, el doctor don Salvador García habla de pasar de la «dirección por instrucciones y por objetivos» a la «dirección por valores y por conciencia». Para llegar aquí ha tenido que fracasar lo que se consideraba casi como algo venerable y sagrado «el culto a la eficiencia». Los factores que se aducen para llegar aquí son diversos, pero todos ellos centrados en la compleja relación gestor-paciente-médico.

Partimos de una demanda asistencial creciente y más exigente, con una limitación de los recursos humanos. El sistema se sobrecarga ante la crecida de pacientes con más edad, con mayor nivel de formación e información y con enfermedades que se cronifican y que requieren del sistema más atención en tiempo y recursos humanos y materiales. Hablamos del profesional médico que no se siente reconocido por su entorno con la consecuente disminución de la autoestima.

No sabemos dónde vamos, y estamos anclados en un sistema de transición hacia algo nuevo con normas viejas y obsoletas. Se necesita una revolución. Estamos en un mar en el que no se distingue al que trabaja mal (pero todos sabemos quién es), y, a veces, da la

sensación de que se le mima y se le respeta más, y encima se le dan las mismas gratificaciones que al que lo hace bien. El médico cumplidor, trabajador más allá de su jornada, está dando los últimos coletazos, y esta situación lleva a un médico desmotivado, carente de autoestima, enfadado, sin humor y sin salida. Hablamos del médico «quemado», harto y cansado.

El médico sigue realizando su trabajo bajo el signo de la eficiencia a ultranza, con miras en resultados economicistas, centrado en resultados en cantidad, pero no en calidad. Queremos trabajar atendiendo a nuestra formación, a nuestra edad, a nuestras capacidades, a nuestras responsabilidades. El sistema es poco elástico, poco dinámico, y esto a la larga hace que el profesional maduro (en todos los sentidos) se pase de maduro y caiga enfermo. La realidad (verdad verdadera) que se encuentra el paciente genera frustración que descarga en el médico que tiene que afrontar situaciones que le producen una gran ansiedad, que comparte con el paciente. Éste y el médico cada vez asumen menos la inexactitud de la labor médica y que la Medicina como ciencia de la salud tiene su variabilidad, que debe ser asumida. Es aquí donde el sentido común debe florecer y del que nos desproveemos para evadir responsabilidades.

Tenemos un Sistema Sanitario mucho más que digno. El médico ha sacrificado sueldo por estabilidad laboral. El paciente tiene la prestación básica. El gestor ha conjugado la atención y el costo. El esfuerzo, en todos los sentidos, en ser lo que queríamos no se ve recompensado.

En este momento es cuando las palabras del doctor Salvador García alcanzan su mayor protagonismo. Hay que hablar más de humanismo y menos eficiencia, y «el profesional médico y sus necesidades deben figurar en el primer lugar de la razón de ser de la organización sanitaria, incluso antes que los pacientes y, por supuesto, antes que los políticos y los administradores». Estamos necesitados de «líderes transformadores democráticos y valientes, que se arriesguen a utilizar su poder para impulsar un proceso de cambio cultural basado en la confianza». Al inicio de estas líneas hablábamos de la Dirección por Valores: dirección estratégica y liderazgo participativo (confianza y diálogo), y de la Dirección por Conciencia: hacer las cosas a conciencia, con buena conciencia y con ciencia emocional.

Desde aquí quiero animar a los jóvenes médicos a desempeñar su labor con el mejor propósito y a tomar las riendas de su futuro y del sistema al que pertenecen. El futuro está ahí y es de todos.

# ENTREVISTA

**DRA. BELÉN ALONSO ORTIZ**

FEA Medicina Interna. H. U. de Gran Canaria.

Es muy grato para mí dar la bienvenida a este espacio de FORUM 4 «La revista del Médico Residente de MFyC», a la doctora Belén Alonso Ortiz, FEA Medicina Interna. H. U. de Gran Canaria doctor Negrín, a la que muchos conocemos como presidenta de AEMIR (Asociación Española de Médicos Internos Residentes).

AEMIR es una asociación que empezó a formarse en la nebulosa de Internet como resultado de los intereses comunes de un grupo de residentes, allá por el año 2001. Es en el año 2002, en noviembre, cuando se constituye como asociación y como tal inscrita, para, posteriormente, presentarse en la escena sanitaria tanto al Ministerio, a los colegios profesionales como a los sindicatos. En diciembre, AEMIR toma el relevo de CEMIR (coordinadora estatal de MIR) y desde aquí, y siendo presidente el doctor Manuel Menéndez, la asociación avanza: elaboración de la exitosa Guía AEMIR de Actuación en Urgencias (ediciones en 2002 y en 2004), PARTICIPACIÓN activa en la elaboración del texto base del Estatuto del Residente (2003), creación de la muy conocida revista digital *Archivos de Medicina* (que es la publicación científica oficial de AEMIR) (2004), hasta que en 2005 la doctora Belén Alonso ocupa la presidencia de la mano del doctor Manuel Menéndez, y sigue en esa lucha diaria que le permite el avance imparables hasta nuestros días.

Muy amablemente, Belén, ha tenido a bien, sabiendo lo atareada (múltiples frentes de actuación) y perseguida (por los medios), respondernos a

una batería de preguntas que versan sobre la propia AEMIR, sobre el Real Decreto MIR y sobre el I Congreso Nacional de Médicos Residentes.

En una primera aproximación Belén nos cuenta cómo se vio inmersa en AEMIR. *Yo vine a Canarias, a Las Palmas, porque me encantó como sitio para hacer la residencia. He sido un poco juerguista (ya no, me he hecho mayor) y entré en el comité de fiestas de mi hospital dentro de la Coordinadora de Facultativos Internos Residentes de Canarias (COFIR-CAN). Después vino ser la Directora de la Secretaría Técnica del III Congreso de Residentes de Canarias, la Presidencia de COFIRCAN, AEMIR y la presidencia. Yo digo que es como el que entró en un cine vendiendo palomitas y terminó siendo el jefe de una cadena de cines, ¡já já!*

Para ella, AEMIR es, *nada más y nada menos, lo que sus siglas indican; además es la única asociación oficial de MIR de implantación nacional. Un residente podría tener incontables razones para pertenecer a esta asociación. La más importante por el hecho de ser residente, porque la residencia es un período especial y «espacial», cuando estás saliente no sabes si estás en tu planeta o en el de al lado; debe ser una esponja que todo lo absorbe y como tal tiene que ser «activo», preocuparse por su formación, por su futuro laboral, por la investigación y asociándose es la mejor manera de conseguir todos estos propósitos.*

Preguntada por los frentes (sin contar el RD) en que están trabajando y con qué objetivos y medios para conseguirlos nos comenta que: *ahora mismo*

*el I Congreso Nacional de Residentes nos tiene monopolizado el cerebro. Estamos a menos de un mes de su celebración y los detalles son muchos. En cuanto a los objetivos de la asociación, son muchos, pero a largo plazo; sabemos que las cosas necesitan su tiempo. Los medios de los que disponemos ¡...já já!, humanos, manos para escribir, pies para correr, si hace falta, y mucha cabeza para que no se escape nada, ni conocimiento médico ni de otro tipo.*

Como hemos podido observar en el recorrido histórico de la asociación, son muchos los pasos dados, y muchos los importantes pues han contribuido todos, en el más amplio sentido, a la mejora de las condiciones laborales, sociales y de formación de los residentes, pero para la doctora Alonso el hito más relevante ha sido *que el Tribunal Supremo nos dé la razón con el RD laboral, precisamente a CEMIR y AEMIR, las únicas que dijeron «no» a la firma del borrador del RD laboral. Dos asociaciones diferentes, pero unidas por una misma causa. ¡No es un buen Decreto!*

En septiembre de 2006 se celebró el primer foro de debate sobre la situación actual del MIR, que reunió a representantes de CEMIR, AEMIR, OMC, SEMERGEN, SEMFYC y el MSC, y que surgió como respuesta a la pasividad del Ministerio y del interés de AEMIR y CEMIR en avanzar. Para nuestra entrevista este Foro sirvió, *sobre todo, para poner de manifiesto que los médicos, los profesionales a los que iba dirigido el RD laboral, no estaban conformes con el mismo. Un dato cuando menos llamativo. Un Real Decreto para residentes sin contar con los residentes*

ni con los médicos, en definitiva, sirvió para que se sentarán en una mesa muchas asociaciones relacionadas con el mundo MIR, para rechazar frontalmente el texto existente y exigir la redacción de uno nuevo, más acorde con las necesidades de los médicos residentes.

El **9 de octubre de 2006**, el Consejo de Ministros aprobó el Real Decreto MIR (RD), por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud (no solamente médicos, sino también biólogos, farmacéuticos...). Los aspectos más representativos que se tratan en dicho RD son el retributivo (equiparación con personal estatutario), la jornada laboral (máximo de horas semanales según programa formativo); las condiciones del contrato laboral; la conciliación de la vida personal, laboral y familiar; el principio de igualdad de las personas con discapacidad (accesibilidad y medios técnicos), y la violencia de género (sujetos de protección integral). Queda fuera de este RD (por motivos de naturaleza jurídica) la regulación de los aspectos formativos, de la docencia y de la investigación, y que serán tenidos en cuenta con la redacción de una normativa específica que los considere con más detenimiento. El RD está ahí, y en este sentido Belén nos afirma *que como primera medida debiéramos estar hablando de ESTATUTO MIR y no de Reales Decretos, y eso el Ministerio ya lo sabe*. Muchos hablan de que estamos a las puertas de una «desmembración formativa», ya que ésta estará en manos de cada Comunidad Autónoma, o sea 17 programas formativos, que seguro marcarán graves diferencias y muchas deficiencias.

Parece ser que las campanadas volvieron a sonar, ya que en febrero de este año 2007 es admitido a trámite el recurso que AEMIR y CESH habían presentado para exigir la redacción de uno nuevo más acorde con las necesidades de los médicos residentes, ya



que al parecer se obvió el derecho de los ciudadanos a participar en los asuntos públicos, directamente o a través de sus representantes. Preguntada la doctora por la ausencia de otras fuerzas en la presentación del recurso nos comenta: *esta pregunta sería mejor que se la realizara a ellos mismos directamente. Como todo en Medicina, seguro que la causa es multifactorial, y seguro que en ello algo tuvo que ver el propio Ministerio...* Esta estimación del recurso ha llenado de satisfacción a muchos, una ventana abierta que permite la entrada de aire fresco, que ven en ello una posibilidad de mejorar el contenido e incluso una oportunidad de un estatuto nuevo. El tiempo nos lo dirá.

En el capítulo de los enemigos, ¿qué nos encontramos? Resulta difícil entender cómo unas reivindicaciones asentadas en la lista de derechos y deberes de los profesionales MIR, y reconocidas en otros profesionales de la Sanidad (obviando el tema formativo, ya que ni siquiera ha sido tratado, ¡qué raro!) no se hayan podido plasmar en un documento que satisficiera a todos. Seguimos sin saber por dónde andan nuestros médicos en formación; bueno sí, por la periferia orbitando en el espacio exterior, impor-

tando cuando nos hacen falta. La doctora Belén Alonso a la pregunta: *¿qué enemigos/oscuras fuerzas... hay para que lo que piden para/por los residentes no se quiera dar?*, nos responde: *los cambios aunque sean para bien, siempre cuestan mucho, y la Sanidad en España es una «patata caliente»; cualquier cambio puede hacer que el sistema tiemble, quiebre. El sistema público está saturado y en números rojos. Un estornudo por muy saludable que sea puede llevar a una IOT (intubación orotraqueal) le ingreso en UMI, ¡já já!*

Llegados a este punto (reivindicaciones justas que no son atendidas a pesar de los esfuerzos de negociación llevados a cabo), cuando el interlocutor no escucha/entiende, ¿huelga?, quiera Dios que no sea necesario. A la doctora Alonso, ante esta posible medida, y que en otros ámbitos y por ciertos colectivos se baraja, ¿qué medidas ve como necesarias? *Siempre hemos defendido la vía hablada, el famoso diálogo, tan oído en otros temas, y siempre esperamos que el Ministerio cambie su «tozudez» por un poco de cordura. Huelga no es la mejor vía para nadie, pero a veces hay que hacer uso de ella. Los MIR están muy quemados, se sien-*

*ten ninguneados y poco escuchados por el MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo), ¿quién sabe lo que pasará...! Es tranquilizador escuchar a Belén, y estoy seguro que, como ella misma nos dice, el diálogo superará cualquier escollo y los médicos residentes conseguirán su objetivo sin medios drásticos, y desde luego no sólo les beneficiará a ellos, sino también a todo el colectivo médico español.*

Sin dejar la actualidad avanzamos hacia un tema menos escabroso y también muy importante. Los días 22, 23 y 24 de marzo de 2007, en Las Palmas de Gran Canaria. Auditorio del Hospital Universitario de Gran Canaria doctor Negrín, se celebra el I Congreso Nacional de Médicos Residentes y VII Congreso Regional de Médicos Residentes de Canarias. Sin quitar mérito al VII (veteranía), sí que me parece un gran logro (y muchísimo esfuerzo) reunirse de forma específica los MIR en un con-

greso nacional, es el primero y seguro que todos hablaremos de él. En este ambiente, la doctora Belén Alonso anda como por su casa, ¡es que es su casa!, es donde ejerce su profesión y, por ello, y por mucho más, es la vicepresidenta del comité organizador. Y como tal, le preguntamos, ¿cómo nos animarías-invitarías a acudir?; ¿qué nos vamos a encontrar?; ¿cuáles son los objetivos primordiales?, y ella nos contesta: *es el primero, para todos los residentes del país, para todas las especialidades, muy ambicioso, 3 días repletos de charlas (docencia, formación postgrado, acreditación docente, legalidad...), talleres (suturas, electrocardiograma, fondo de ojo, valoración nutricional...) con la formación y los RD como «estrellas» de gala, en una ciudad increíble, en una isla increíble. Hace falta algo más para animar a un residente. Aceptamos R-15 también, ¡já já...! y a estudiantes de Medicina, etc. De hecho, para ellos la inscripción cuesta la mitad. Todo lo que*

*ocurra en el Congreso será importante. Objetivos, asistencia plural, propiciar el diálogo, hablar dentro y fuera del Congreso de la formación, de la asistencia, de la investigación, de la vocación... de millones de cosas. Inmersos en el programa del Congreso hay un tema muy interesante que supone una Conferencia Magistral. El tema: «Mujeres médicas: de la discriminación a la monopolización», y la da nuestra entrevistada, y como queremos saber algo de dicha conferencia, preguntamos, ¿nos puede adelantar algo en el sentido de cifras, motivaciones y alguna conclusión curiosa del hecho?, y ella responde: *tendrá que venir a verlo; será poco convencional, música, imagen y, claro, datos objetivos de este hecho; lo que sí está claro es que la conferencia promete y que va a ser difícil que sepamos algo con anterioridad al evento, lo que nos obligará, gustosamente, a acudir a dicho Congreso.**

# SECCIÓN DIVULGATIVA

Sección para la presentación de casos que surgen en el ámbito laboral del médico de Familia. Los casos han de tener una relevancia formativa por ser inusuales, ejemplarizantes o de evolución no habitual. El número máximo de autores será de tres. Han de seguirse las normas editoriales especificadas.

El caso ha de presentarse con su historia, exploraciones y exámenes de laboratorio practicados. El diagnóstico, la discusión y la bibliografía pueden ir añadidos o en el siguiente número bajo el epígrafe «Caso resuelto» dentro de la misma sección. Pueden añadirse preguntas de tipo test (máximo tres por caso) con al menos una respuesta correcta.

## Revisión: «Tuberculosis extrapulmonar»

**DRA. PILAR MORA VÁZQUEZ**

Médico de Familia. Área Sanitaria VI. Asturias.

En los últimos años la frecuencia de tuberculosis extrapulmonar ha aumentado por diversos factores. Por un lado, debido a un mejor diagnóstico, a un menor descenso que en la forma pulmonar y a una mayor supervivencia de los pacientes inmunodeprimidos y, por otra parte, debido a su mayor frecuencia en pacientes inmigrantes de zonas con alta incidencia de tuberculosis y en pacientes con infección por VIH. Puede afectar a cualquier órgano o sistema, y su presentación clínica puede simular otros procesos. Esto, unido a que obtener muestra para la confirmación diagnóstica puede ser más difícil que en la tuberculosis pulmonar, conlleva, con frecuencia, un retraso en su diagnóstico y en la instauración de un tratamiento eficaz, hasta el punto de que la mortalidad directa atribuible puede ser del 7%. Esta mortalidad no ha descendido de forma tan importante en los últimos años como en la tuberculosis pulmonar.

### LINFADENITIS TUBERCULOSA

El lugar más frecuente de tuberculosis extrapulmonar es el sistema linfático. La infección primaria por *M. tuberculosis* se extiende desde el foco inicial en el pulmón hasta los ganglios hiliares. La adenopatía intratorácica es más

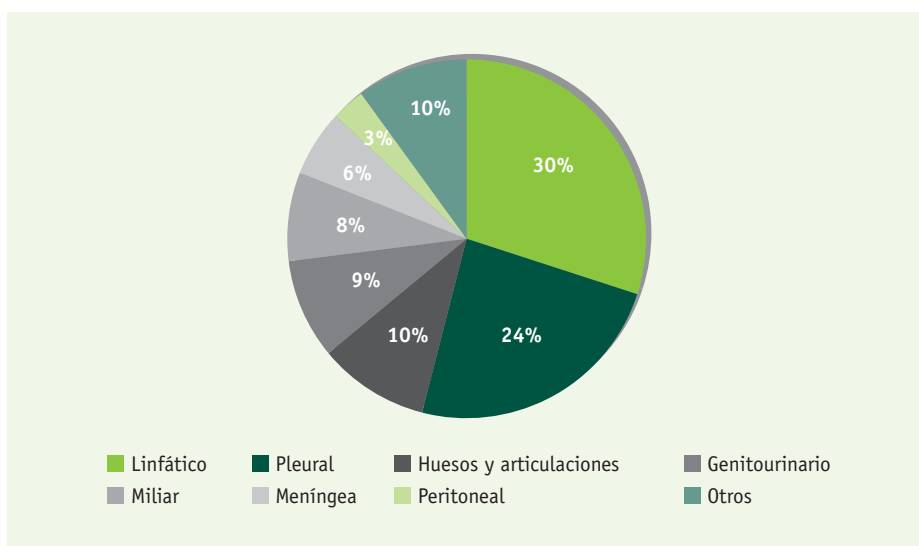


Figura 1. Distribución de la tuberculosis extrapulmonar.

frecuente en niños como manifestación de enfermedad primaria o en VIH-positivos. Si no se controla la infección, pueden afectarse otros ganglios del mediastino superior. Los microorganismos pueden llegar al conducto torácico y a partir de ahí diseminarse de forma generalizada. Los ganglios cervicales son los más frecuentemente afectados en la linfadenitis tuberculosa (70% de los casos). Los siguientes en frecuencia son los ganglios inguinales y axilares. La mayoría de los ganglios infectados se curan, pero los microorganismos pueden permanecer latentes y viables durante años o déca-

das, para multiplicarse después y provocar enfermedad activa.

La presentación clínica de la linfadenitis comprende tumefacción algo dolorosa y lentamente progresiva de los ganglios afectados que, en general, forman una masa irregular. La ruptura del nódulo puede formar un trayecto fistuloso, el cual puede resultar muy difícil de curar. Las adenopatías intratorácicas pueden comprimir el bronquio, causando atelectasias seguidas de infección pulmonar e incluso bronquiectasias.

En el diagnóstico etiológico de una adenopatía es necesario confirmar

mediante cultivo que está producida por *M. tuberculosis* y descartar otros procesos por el estudio anatomopatológico.

En el tratamiento se recomienda la pauta de 6 meses con isoniacida, rifampicina y pirazinamida, que es eficaz. Durante el tratamiento, o al final del mismo, se puede producir un crecimiento del ganglio, la aparición de nuevos ganglios, fluctuación, fistulización o la persistencia del ganglio aumentado entre un 15 y un 35% de los casos, sin que esto implique resistencia ni fracaso. Si se realizan cultivos en estos casos, siempre son estériles, aunque en la histología se sigan evidenciando granulomas.

Los corticoides se recomiendan en aquellos pacientes con dolor o signos inflamatorios importantes. No hay estudios sobre la utilidad de los corticoides en la adenitis tuberculosa periférica, aunque su eficacia clínica en el tratamiento de la adenitis mediastínica, que produce compresión del bronquio, hace pensar que podrían ser útiles en algunos casos de evolución tórpida.

La cirugía estaría indicada para la confirmación diagnóstica (cuando no pudo realizarse por punción aspirativa percutánea), para el drenaje de abscesos, la resección de tractos fistulosos y la extirpación de ganglios sintomáticos residuales tras el tratamiento farmacológico. En caso de realizar cirugía, se debería realizar una exéresis completa para disminuir el riesgo de recurrencias y persistencia de fístulas-escrófulas.

## TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

La tuberculosis del SNC puede llegar a ser una amenaza para la vida. Aun con los nuevos fármacos antituberculosos, la tasa de mortalidad de esta entidad está sobre el 21% para personas inmunocompetentes y sobre el

33% para aquellos con infección por VIH.

La meningitis tuberculosa no tratada es siempre fatal. Es muy importante el diagnóstico precoz de esta enfermedad para instaurar el tratamiento correcto lo antes posible.

Los síntomas comprenden fiebre, cefalea persistente, náuseas y somnolencia, que puede progresar hasta el estupor y el coma. La rigidez del cuello (signo de Brudzinski) y el dolor con la elevación de la pierna recta son signos inconstantes pero útiles cuando están presentes.

Las fases de la meningitis tuberculosa incluyen: 1, sensorio conservado con LCR anormal; 2, somnolencia o estupor con signos neurológicos focales, y 3, coma. La probabilidad de defectos neurológicos permanentes aumenta con la fase. Los síntomas pueden progresar de modo súbito si la lesión causa trombosis de un vaso cerebral importante.

El diagnóstico se establece mediante examen de líquido cefalorraquídeo. Sin embargo, los microorganismos son, en general, demasiado escasos para verlos en la extensión teñida, y muchas veces no se encuentran ni incluso en el cultivo del líquido.

Las anomalías del líquido cefalorraquídeo más útiles son una cifra de glucosa menor de la mitad de la glucemia, aumento de la concentración de proteínas (aunque la elevación de la concentración de proteínas y niveles bajos de glucosa son hallazgos clásicos asociados con meningitis tuberculosa, la ausencia de uno de ellos no excluye el diagnóstico) y pleocitosis con predominio de linfocitos. La PCR en el líquido cefalorraquídeo proporciona una prueba fiable, rápida y muy específica.

En la mayoría de estudios, más del 50% de pacientes con meningitis tuberculosa tiene anomalías en la radiografía de tórax, de acuerdo con un anti-

guo o activo proceso tuberculoso, a menudo, una tuberculosis miliar.

En la meningitis tuberculosa, el TAC puede ser normal, pero también puede mostrar edema difuso o hidrocefalia obstructiva. En ocasiones, los bacilos tuberculosos establecidos dentro del encéfalo se manifiestan como una masa o un absceso. La curación puede conducir a formación de lo que conocemos como tuberculoma, que normalmente aparece como una lesión focal que crece lentamente. El líquido cefalorraquídeo a menudo es normal, y el diagnóstico se establece por TAC o RMN y la subsiguiente resección, biopsia o aspiración de la lesión.

En la meningitis tuberculosa es esencial un rápido diagnóstico y una instauración precoz de una pauta eficaz, porque la mortalidad en esta localización de la enfermedad se produce en un 90% de los casos en los primeros días del tratamiento, y es mayor en las edades extremas y en estadios clínicos avanzados.

En las primeras 2-4 semanas, las dosis de fármacos podrían ser un poco mayores para asegurar buenos niveles en líquido cefalorraquídeo.

La pauta de 6 meses es eficaz y se recomienda en aquellos pacientes que presentan una evolución clínica favorable y normalización de los parámetros del líquido cefalorraquídeo en el transcurso de los 6 meses de tratamiento. Por ello, sería importante un seguimiento con punción lumbar y estudio de líquido cefalorraquídeo.

Realizar un TAC o RNM craneal es aconsejable en todos los casos y necesario en los estadios II y III. La aparición o crecimiento de tuberculosis intracraneales en el curso del tratamiento no debe hacer modificar la pauta terapéutica, si acaso, prolongar la duración del tratamiento, asociar corticoides y raras veces es necesaria la cirugía.

Se recomienda el empleo de corticoides en las siguientes situaciones: presencia de hipertensión intracraneal (asociados a otras medidas de restricción de líquidos, diuréticos, punciones lumbares repetidas), estadios II y III, presencia de tuberculomas y exudado basilar.

La cirugía está indicada en el tratamiento de la hidrocefalia, en los tuberculomas que no responden al tratamiento médico o provocan hipertensión intracraneal y en los abscesos.

### PLEURITIS TUBERCULOSA

Es una complicación frecuente de la tuberculosis primaria. Suele deberse a la evolución directa desde un foco tuberculoso subpleural, pero también puede ser secundaria a una siembra hematológica, lo que explica las pleuresías contralaterales al complejo primario y las bilaterales.

El derrame pleural tuberculoso es el resultado del desarrollo de una reacción de hipersensibilidad frente a los antígenos de la micobacteria en el espacio pleural. Esta forma de tuberculosis puede pasar inadvertida y resolverse espontáneamente. Sin embargo, en algunos pacientes, puede presentarse de forma muy aguda, con dolor en punta de costado intenso, disnea y fiebre, si el derrame es importante, puede aparecer insuficiencia respiratoria. A veces tiene un comienzo más solapado, con un síndrome constitucional y/o febrícula, que predomina sobre los síntomas respiratorios, los cuales, como la disnea de esfuerzo, aparecen más tarde. En los casos de evolución aguda, en la exploración suelen auscultarse roces pleurales, expresión de la inflamación fibrinosa, que desaparecen cuando el contenido líquido del derrame es mayor. En este caso se aprecia una disminución del murmullo vesicular y vibraciones vocales. La exploración radiológica debe practicarse antes de realizar la paracentesis evacuadora y revelará en la mayoría de los casos, la presencia del

derrame. En ocasiones, se requieren posiciones en decúbito lateral para asegurar la existencia del derrame (p. ej., cuando éste es subpulmonar o sólo está ocupado del costodiafragmático). La toracocentesis es la exploración fundamental en esta entidad.

El líquido suele ser de un color pajizo, casi nunca hemorrágico. El análisis bioquímico muestra que se trata de un exudado con predominio de linfocitos, si inicialmente predominan los polimorfonucleares, debe seguirse el cuadro porque puede indicar que se trata de otra etiología o de la evolución hacia un empiema.

El derrame pleural tuberculoso es unilateral en el 95% de los casos y es más frecuente en el lado derecho. El derrame suele ser pequeño, ocupando menos de la mitad del hemotórax. La cantidad de derrame no determina el pronóstico.

En la radiografía de tórax se observa enfermedad tuberculosa pulmonar asociada a derrame en más del 50% de los pacientes. En las tres cuartas partes de los casos, la afectación pulmonar está localizada en los lóbulos superiores, lo cual es sugestivo de reactivación tuberculosa. El derrame tuberculoso suele aparecer en el mismo lado de la infiltración parenquimatosa pulmonar.

El cultivo del líquido pleural es positivo para *M. tuberculosis* en aproximadamente el 45% de los pacientes, mientras que la biopsia pleural es positiva en el 64% de los pacientes. La biopsia pleural se puede obtener por punción con aguja fina o vía toracoscopia.

En el examen histológico, la presencia de granulomas pleurales es diagnóstico de tuberculosis. La caseificación y la demostración de bacilos no es requisito para el diagnóstico, aunque los granulomas no caseificados podemos encontrarlos en otras enfermedades, como la sarcoidosis o la artritis reumatoide con afectación pulmonar.

El cultivo de esputo es menos sensible; es positivo en el 20-50% de los casos, más frecuente en pacientes con afectación pulmonar.

Existen algunos test especiales, como la concentración de adenosindesamina y lisozima en líquido pleural, aunque no se utilizan de rutina actualmente.

En el tratamiento se recomienda la misma pauta que en la tuberculosis pulmonar. En zonas con resistencias primarias bajas y en los pacientes que no presentan afectación pulmonar, seis meses con isoniacida y rifampicina son suficientes.

Los corticoides se recomiendan en aquellos pacientes con fiebre persistente y derrame masivo que no mejoran tras iniciar el tratamiento. Las toracocentesis evacuadoras, la fisioterapia respiratoria y la utilización de corticoides aceleran la mejoría clínica y la reabsorción del derrame, pero no influyen en la evolución final del tratamiento ni en el grado de secuelas posteriores (fibrosis pleural y enfermedad pulmonar restrictiva).

La cirugía estaría indicada en el caso de derrames complicados con empiemas loculados que no pueden ser drenados por punción percutánea bajo visualización con ecografía o TAC, así como neumotórax, pionesotórax o empiema mixto bacteriano-tuberculoso. En caso de fístula broncopleural, generalmente es necesario el cierre de la misma. También se indica la cirugía en el caso de paquipleuritis residuales importantes que provocan insuficiencia respiratoria restrictiva, evaluada meses después de completado el tratamiento farmacológico.

### TUBERCULOSIS GENITOURINARIA

La tuberculosis genitourinaria es la forma más tardía de presentación, y suele aparecer al cabo de 20-30 años de la primoinfección.



El paciente suele referir sólo molestias locales, disuria, polaquiuria, tenesmo y urgencia vesical, también puede aparecer dolor en flancos. Los síntomas sistémicos son menos frecuentes. Estos síntomas y el hallazgo de piuria y/o hematuria en un análisis de orina, en el que no se encuentran organismos de rutina, orientan al diagnóstico y nos llevan a realizar un cultivo para micobacterias en orina.

La pielografía descendente demostrará, prácticamente siempre, la presencia de imágenes típicas de tuberculosis renal, que pueden ser unilaterales o bilaterales. La necrosis papilar es el proceso básico de la enfermedad; hay dilatación calicial y, más tarde, formación de verdaderas cavidades limitadas por líneas irregulares con una apariencia apolillada y borrosa. Pueden desarrollarse cicatriciales y amputación de cálices, así como dilataciones y estrechamiento de la pared. En fases avanzadas, la radiografía simple puede mostrar calcificaciones.

La ecografía renal es la prueba diagnóstica más útil porque permite realizar biopsias guiadas.

La tinción adecuada y el cultivo de orina en medio específico, preferentemente matinal y repetidas veces si es necesario, permiten establecer el diagnóstico.

En la enfermedad genital masculina, los órganos más frecuentemente afectados son: próstata, epidídimo y vesículas seminales. La orquitis tuberculosa es menos frecuente y se asocia a menudo con enfermedad miliar.

La epididimitis es la presentación clínica más frecuente y se manifiesta por tumefacción escrotal con dolor asociado. Con el avance de la enfermedad, se pueden formar abscesos y fístulas que drenan material purulento. En la enfermedad prostática, los síntomas más frecuentes son disuria y frecuencia miccional. El examen de la próstata mediante tacto rectal suele ser normal, a no ser que la enfermedad esté muy avanzada, en cuyo caso, puede estar aumentada de tamaño, dura, nodular, simulando un adenocarcinoma de próstata.

La tuberculosis genital femenina afecta, en primer lugar, a los anejos por vía hemática, desde donde se extiende al endometrio. El diagnóstico precoz es difícil porque los síntomas son poco característicos: alteraciones de la menstruación, dolor abdominal bajo, febrícula o fiebre. Si afecta las trompas, puede causar esterilidad o embarazo ectópico. Los hallazgos radiológicos por histerosalpingografía son bastante característicos, pero en general se detecta al realizar un estudio de esterilidad y denota una infección pasada. En las mujeres no se puede establecer el diagnóstico mediante cultivo de orina; en general, es necesaria la laparotomía, pero el diagnóstico se obtiene, en ocasiones, mediante legrado uterino o laparoscopia.

Se recomienda la pauta de 6 meses con isoniácida, rifampicina y pirazinamida. Es necesario realizar controles microbiológicos y ecográficos periódicos, incluso después de terminado el tratamiento por la posibilidad de que se presenten complicaciones obstructivas.

El papel de los corticoides no está claro, aunque pueden ser de utilidad en el caso de obstrucciones ureterales progresivas. Se recomienda iniciar tratamiento antituberculoso y seguir controles con técnica de imagen; si no mejora la estenosis en 2 semanas, asociar corticoides; si en 3 semanas no mejora, pasar a manejo quirúrgico.

La cirugía puede ser necesaria, en ocasiones, para obtener muestras histológicas y establecer el diagnóstico, así como en casos de sepsis, abscesos, uropatía obstructiva con hidronefrosis e insuficiencia renal progresiva que no pueden resolverse por vía de cistoscopia y colocación de catéter doble J, en casos de mala respuesta al tratamiento médico, recurrencia después del tratamiento, presencia de tractos fistulosos, riñón no funcionando o parcialmente funcional que produce dolor persistente o hipertensión arterial, y en casos de destrucción de dos cálices y/o dos tercios del parénquima de un riñón. Se debe realizar después de unas semanas de tratamiento médico. También se indica la cirugía para corregir el tamaño de la vejiga y evitar los síntomas de una vejiga crónica con urgencia miccional o reflujo vesicoureteral.

## TUBERCULOSIS INTESTINAL Y PERITONEAL

La tuberculosis intestinal y peritoneal es una enfermedad regional, crónica, específica, generalmente secundaria a tuberculosis pulmonar avanzada, que mayormente adopta la forma localizada en el tejido linfoide ileal, con localización frecuente en íleon terminal, yeyuno ileal, ileocecal y/o peritoneo.

El origen de la peritonitis tuberculosa puede ocurrir por propagación directa del intestino o por rotura de un ganglio mesentérico tuberculoso secundariamente infectado desde el intestino. La adenitis mesentérica tuberculosa es la fuente de la mayoría de las complicaciones (fístulas, peritonitis...). La peritonitis tuberculosa también puede originarse desde una salpingo-ooforitis tuberculosa, o por diseminación hematogena a partir de un foco infeccioso extraintestinal.

En la tuberculosis intestinal el síntoma más frecuente es el dolor abdominal, tanto espontáneo como a la palpación, es de localización difusa, de predominio en cuadrante inferior derecho y se acompaña generalmente de



anorexia y náuseas. Existe alteración del ritmo intestinal con presencia de diarreas persistentes y/o alternancia de diarrea con estreñimiento, las heces pueden ser acuosas o con presencia de moco y sangre. La hematoquecia puede presentarse en la forma ulcerosa. Signos importantes son la pérdida de peso, distensión abdominal, fiebre y borborigmos en fosa ilíaca derecha, también es posible palpar una masa dolorosa en el cuadrante inferior derecho.

La afectación peritoneal es particularmente común en alcohólicos con cirrosis. Los síntomas pueden ser leves, con astenia, dolor e hipersensibilidad abdominales, o suficientemente graves para imitar una peritonitis bacteriana aguda con dolor de gran intensidad y con marcada postración, ascitis y vientre en tabla. La ascitis es el hallazgo físico más frecuente, y se encuentra en forma manifiesta en el 75% de los casos. El líquido ascítico es un exudado donde el valor entre la concentración de albúmina plasmática y albúmina del líquido ascítico es menor de 1,1 g. El cociente entre el LDH del suero y LDH del líquido ascítico es menor a 1, lo que indica que existe un mecanismo exudativo, situación que igualmente ocurre en la carcinomatosis. La elevación de la enzima adenosina deaminasa (ADA) es de gran ayuda diagnóstica cuando los valores sobrepasan de 40 U/L. La glucosa en el líquido ascítico se encuen-

tra disminuida en relación con la glucemia, existe celularidad incrementada, el recuento leucocitario es mayor de 500 con predominio linfocitario. Otro procedimiento diagnóstico fiable es la biopsia peritoneal con aguja y la identificación de *M. tuberculosis* mediante PCR. El hallazgo de granulomas en la biopsia, junto con una prueba cutánea positiva, establece el diagnóstico casi con tanta seguridad como la identificación de *M. tuberculosis* en los cultivos.

Las principales complicaciones de la tuberculosis son la obstrucción intestinal, las fístulas enteroentéricas, la perforación intestinal y el sangrado.

Para el tratamiento se recomienda la pauta de 6 meses con isoniazida, rifampicina y pirazinamida.

Los corticoides no se recomiendan. No tienen papel en la peritonitis por su rápida y buena respuesta al tratamiento médico y no está clara su utilidad en casos de obstrucción intestinal, dado que pueden evolucionar de forma favorable con el tratamiento antituberculoso.

La cirugía se reserva para los pacientes con complicaciones. Las lesiones estenóticas, cuando no son muy extensas o múltiples, pueden evolucionar satisfactoriamente con tratamiento médico. En caso de cirugía, se recomienda que ésta sea conservadora (resecciones segmentarias) y realizar-

la, si es posible, tras 2 semanas de tratamiento médico.

### TUBERCULOSIS MILIAR

Cuando una lesión tuberculosa se abre a un vaso puede producirse diseminación masiva de microorganismos, que causa millones de lesiones de 1 a 2 mm, nodulares, que histológicamente son granulomas. Tal diseminación, conocida como miliar, es más común en niños menores de 4 años y ancianos, aunque actualmente está aumentando la frecuencia en adultos especialmente infectados por VIH.

El síntoma más frecuente es la fiebre; de hecho, la tuberculosis miliar debe tenerse siempre presente en el síndrome de «fiebre de origen desconocido». Después de unos pródromos solapados y poco definidos, con fiebre, sudación, anorexia, palidez y astenia, el estado general del paciente se agrava y a menudo aparecen hipertermia, polipnea y, a veces, hepatomegalia y/o esplenomegalia. La tos productiva es frecuente, porque la mayoría de los pacientes con enfermedad diseminada tienen afectación pulmonar. La cefalea y la alteración de la conciencia son menos frecuentes y están en relación con la afectación meníngea de la enfermedad.

El enfermo suele ser atendido por el médico por un síndrome febril prolongado, con escasos signos de localización o ausencia de éstos. La explora-

ción física del aparato respiratorio puede ser normal, incluso durante un período prolongado, si bien en general en la primera o segunda semana aparece la imagen típica de tuberculosis miliar en la radiografía de tórax que consiste en miles de nódulos intersticiales con 2 a 3 mm de tamaño, distribuidos de modo uniforme por los pulmones, lo que facilita el diagnóstico. Sin embargo, la tuberculosis diseminada puede cursar sin un patrón miliar en la radiografía. Cuando se sospecha tuberculosis miliar, la radiografía de tórax se debe repetir al cabo de pocos días, puesto que quizás se encuentren entonces los tubérculos miliares. Puede aparecer una pleuritis a veces bilateral.

La afectación de la médula ósea puede originar diversos patrones de anomalías en sangre periférica: anemia refractaria, trombocitopenia, reacción leucemoide y otras.

Un hallazgo sugestivo de tuberculosis miliar es la aparición de un tubérculo coroideo, que consiste en un granuloma localizado en la coroides de la retina.

El diagnóstico se puede establecer mediante lavados bronquiales, raspados con cepillo protegido o biopsia transbronquial. Si estas técnicas fracasan, se tomarán biopsias, primero de médula ósea y después de hígado. Aunque la prueba cutánea con tuberculina suele ser positiva, puede existir anergia, sobre todo en los pacientes con fiebre y en ancianos. El diagnóstico se debe confirmar mediante PCR, pero la demostración de granulomas es suficiente para iniciar la quimioterapia mientras se esperan los resultados de otras pruebas. El diagnóstico diferencial incluye infección micótica diseminada y diseminación carcinomatosa linfagítica, procesos ambos que se distinguen con facilidad en los especímenes de biopsia con tinciones apropiadas.

En la tuberculosis miliar las recomendaciones terapéuticas son las mismas

que para la tuberculosis pulmonar: pauta de 6 meses de duración con isoniacida, rifampicina y pirazinamida. Hay que tener presente la relativa frecuencia de afectación meníngea en el curso de la tuberculosis miliar, por lo que se deben utilizar aquellos fármacos que penetren adecuadamente la barrera hematoencefálica. Los corticoides podrían emplearse en casos de distrés respiratorio y en pacientes con gran afectación sintomática general, pero no hay datos suficientes para valorar su utilización en la tuberculosis miliar.

### TUBERCULOSIS ÓSEA

La tuberculosis osteoarticular se produce fundamentalmente por vía hematógena. Ha pasado de ser una enfermedad de niños y adultos jóvenes a predominar en la edad adulta. En casi la mitad de los casos coincide con focos tuberculosos activos pulmonares o extrapulmonares y pocas veces se presenta en más de una localización esquelética. La enfermedad clínica puede aparecer enseguida o meses, años e incluso décadas más tarde.

La enfermedad es una combinación de osteomielitis y artritis. Las principales articulaciones afectas son las coxofemorales, rodillas, sacroilíacas, tobillos, muñecas y codos. El cuadro clínico es bastante inespecífico, consiste en dolor que cede con el reposo e impotencia funcional de la articulación, generalmente acompañados de manifestaciones locales de inflamación. El síntoma inicial puede ser la aparición de un absceso en una localización dependiente de la lesión osteoarticu-

lar. La presencia de síntomas sistémicos de infección no es frecuente. La localización más grave es la de la columna vertebral, que se conoce como enfermedad de Pott. Ésta comienza en el cuerpo vertebral cerca del espacio discal, se afectan dos vértebras, y el espacio discal intermedio se estrecha por caseificación. Se manifiesta clínicamente por un dolor en región lumbar alta o dorsal baja y, con menor frecuencia en otras regiones. Cursa con defensa y rigidez musculares que dificultan los movimientos. A veces no hay fiebre, el enfermo presenta dolor selectivo en la vértebra afecta que no calma con el reposo.

Si la enfermedad no se diagnostica ni se trata pronto, puede producirse la destrucción vertebral y colapso con cifosis angular e, incluso, paraplejia y otra afectación neurológica. Una tumefacción paravertebral en la zona afecta puede representar un absceso que, en ausencia de tratamiento, puede disecar hacia abajo el músculo psoas y aflorar en la cara anterior del muslo.

El diagnóstico se puede sospechar por los síntomas, pero son esenciales la TAC y RNM. El mejor método para confirmar el diagnóstico es la biopsia; en la columna se puede obtener una muestra de hueso mediante biopsia por punción. En otros lugares quizá sea necesaria una biopsia de tejido sinovial o de hueso. La muestra tisular se debe examinar histológicamente y teñir para M. tuberculosis, hongos y otros patógenos. También se debe estudiar mediante PCR y se harán cultivos para tuberculosis y otros gérme-



nes (p. ej., Staphylococcus, Brucella, Salmonela...).

En la tuberculosis vertebral dorso-lumbar, el tratamiento corto de 6 meses es eficaz y la inmovilización no obtiene mejores resultados que el tratamiento ambulatorio. Se recomienda la pauta de 6 meses con isoniacida, rifampicina y pirazinamida.

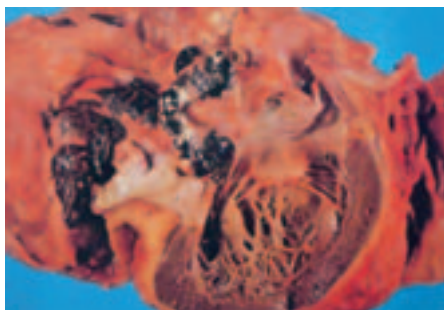
La inmovilización sólo estaría indicada en localizaciones cervicales, compresión medular o inestabilidad espinal. En estos casos, los pacientes deben ser manejados con un corsé externo durante un tiempo variable según la evolución clínica (resolución de síntomas) y la evidencia de fusión del hueso en el estudio radiológico.

El papel de los corticoides en la presencia de compresión medular no está definido, aunque podrían utilizarse en algunos casos.

Las indicaciones de cirugía son: establecimiento del diagnóstico etiológico si no fue posible por biopsia percutánea, déficit neurológico, deformidad/inestabilidad espinal (destrucción del 50% del cuerpo vertebral, cifosis severa con enfermedad activa, cifosis progresiva), falta de respuesta al tratamiento médico, presencia de abscesos no resueltos con drenaje percutáneo y alteración progresiva de la función pulmonar.

De todas maneras, el tratamiento debe ser individualizado en cada caso, dado que la recuperación parece depender más de la presentación clínica de cada caso que del tipo de manejo terapéutico. Es necesario realizar un seguimiento estrecho de las complicaciones porque la destrucción ósea, mielopatía y los abscesos pueden, incluso, presentarse meses después de iniciado el tratamiento. Si no se drenan los abscesos o existe destrucción ósea muy importante, es posible que sea necesario prolongar la duración del tratamiento.

En la tuberculosis articular se recomienda también la pauta de isoniaci-



da, rifampicina y pirazinamida durante 6 meses. Se debe realizar reposo en la fase aguda de inflamación y dolor, seguido de movilización activa sin cargar peso durante 4-6 semanas. La cirugía sólo estaría indicada para establecer el diagnóstico, drenar abscesos que no responden al tratamiento médico y en casos de inestabilidad articular. En casos en los que sea necesario una artroplastia total de cadera o rodilla por la afectación tuberculosa de las mismas, se debería realizar tras una semana de tratamiento médico.

## PERICARDITIS TUBERCULOSA

El pericardio puede afectarse por contigüidad, en general secundariamente a una pleuritis tuberculosa, por reactivación de una infección latente en un ganglio linfático mediastínico o por vía hematógena.

Se pueden encontrar síntomas de insuficiencia cardiaca o distensión de las venas del cuello, junto con fiebre y tonos cardiacos distante, así como taponamiento cardiaco por pericarditis constrictiva. Puede existir dolor, pulso paradójico y roce pericárdico.

La radiografía de tórax puede mostrar agrandamiento de la silueta cardiaca con forma de botella. El diagnóstico suele requerir obtención de una muestra de líquido pericárdico o biopsia quirúrgica del pericardio. Los diagnósticos diferenciales más habituales son los de pericarditis vírica y afectación por carcinoma de pulmón.

Si la prueba cutánea con tuberculina es positiva y los signos clínicos sugieren pericarditis tuberculosa, se

debe instaurar tratamiento antituberculoso incluso antes de confirmar el diagnóstico. Cuando existe líquido pericárdico abundante, la presión se puede disminuir mediante drenaje con aguja, aunque es preferible la intervención quirúrgica para crear una ventana pericárdica, que además permite tomar una biopsia con fines diagnósticos.

La pauta de 6 meses con isoniacida, rifampicina y pirazinamida resulta eficaz y es la recomendable. Se recomienda el empleo de corticoides en la fase aguda de la pericarditis porque reduce la cantidad de derrame y su reacumulación, así como la necesidad de pericardiocentesis repetidas para controlar la acumulación de líquido, la necesidad de pericardiectomía para prevenir el desarrollo de taponamiento y la mortalidad. No está claro el papel de los corticoides en la prevención de pericarditis constrictiva. Es necesario seguir a los pacientes durante algún tiempo porque esta complicación puede presentarse años después de completado el tratamiento. La cirugía está indicada en casos de pacientes con taponamiento, en casos de recurrencia o aumento del derrame en el curso del tratamiento y en la pericarditis constrictiva. La intervención puede ser una pericardiocentesis, pericardiotomía o pericardiectomía. Las dos últimas permiten aumentar la rentabilidad diagnóstica y disminuir la recurrencia de acumulación de líquido.

## OTRAS FORMAS DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Existen otras localizaciones que son mucho menos frecuentes. Entre ellas se incluyen: formas cutáneas, oculares (iridociclitis), úlceras de la lengua, laringitis, tuberculosis bronquial, amigdalar, de la mama, de los tejidos subcutáneos, tuberculosis gástrica, óptica... En la mayoría de estas formas puede establecerse fácilmente la biopsia o el cultivo de las secreciones o exudados.

# SECCIÓN DIVULGATIVA

Estos artículos pueden ser remitidos ateniéndose a las normas editoriales ya especificadas. Algunos de los artículos serán por encargo del Comité de Redacción de la revista FORUM 4. La extensión máxima será de 15 hojas.

## Caso clínico: «Hiperprolactinemia iatrogénica». Doctora, ¿no estaré embarazada?

**DRA. NATALIA CORREA GONZÁLEZ**

Médico de Familia. Centro de Salud Víctor Caballero (Santa Marta de los Barros). Badajoz.

### RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 37 años de edad que acude a consulta de Atención Primaria por ausencia de menstruación y mastalgia desde hace 3 meses. Se realiza test de gestación que resulta negativo, por lo que se inicia el estudio.

### PALABRAS CLAVE

Amenorrea, hiperprolactinemia, sulpiride.

### INTRODUCCIÓN

La ausencia completa de menstruación, denominada amenorrea, puede ser primaria (ausencia de la menstruación antes de los 16 años de edad) o secundaria (se produce en las mujeres que, habiendo menstruado con regularidad, dejan de tener la regla durante más de 3 ciclos o 6 meses) (1).

Entre sus múltiples causas destacan (2):

- Alteraciones hormonales del hipotálamo y la hipófisis.
- Problemas orgánicos en el canal vaginal, ovarios o útero.
- Trastornos de la alimentación (3).
- Himen no perforado.

- Exceso de secreción de prolactina, provocado, generalmente, por la ingesta de medicamentos.

- Embarazo.

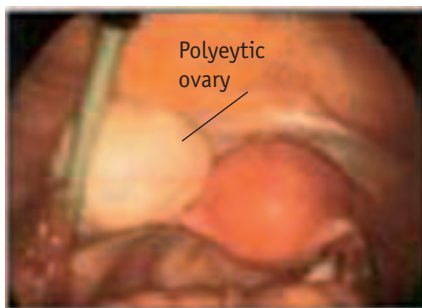
- Ejercicio extenuante.

La incidencia de la amenorrea primaria en Europa es de menos del 1% y

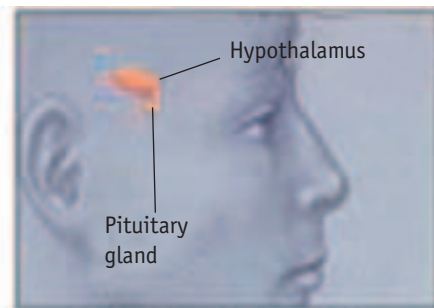
la incidencia de amenorrea secundaria (por causas diferentes al embarazo) en la población general es más o menos del 4%.

Los síntomas varían según la causa de la amenorrea. Por ejemplo, si es primaria, el crecimiento de las mamas, el vello púbico y el axilar y los cambios

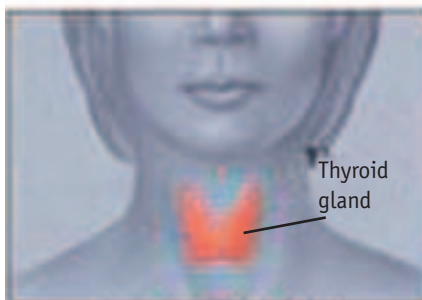
### Causas de anovulación



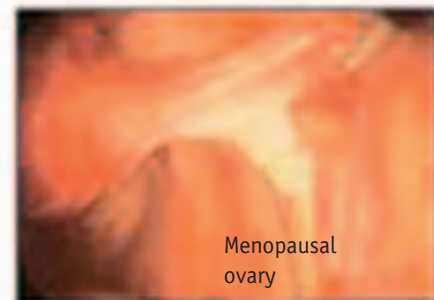
Polycystic Ovarian Syndrome



Hypothalamic or Pituitary Dysfunction



Thyroid Dysfunction



Ovarian Failure (Menopause/Pre-Menopause)

en la forma del cuerpo, estarán ausentes o sólo parcialmente presentes.

Si la causa es un embarazo, los síntomas son náuseas matutinas y aumento del tamaño abdominal.

Si los valores de la hormona tiroidea son elevados, los síntomas que observaremos son: frecuencia cardiaca acelerada, ansiedad, piel caliente y húmeda.

El síndrome de Cushing hace que la cara tome aspecto redondeado (cara de luna llena), el abdomen aumenta de volumen y las piernas y los brazos adelgazan.

Algunas causas, como el síndrome de Asherman, no dan síntomas y sólo se manifiestan en forma de una interrupción de la menstruación.

En el síndrome del ovario poliquístico aparecen algunas características masculinas, como el vello facial, y el ritmo menstrual es irregular o incluso desaparece (4).

### CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años de edad que acude a la consulta angustiada por amenorrea de 3 meses.

#### Antecedentes personales

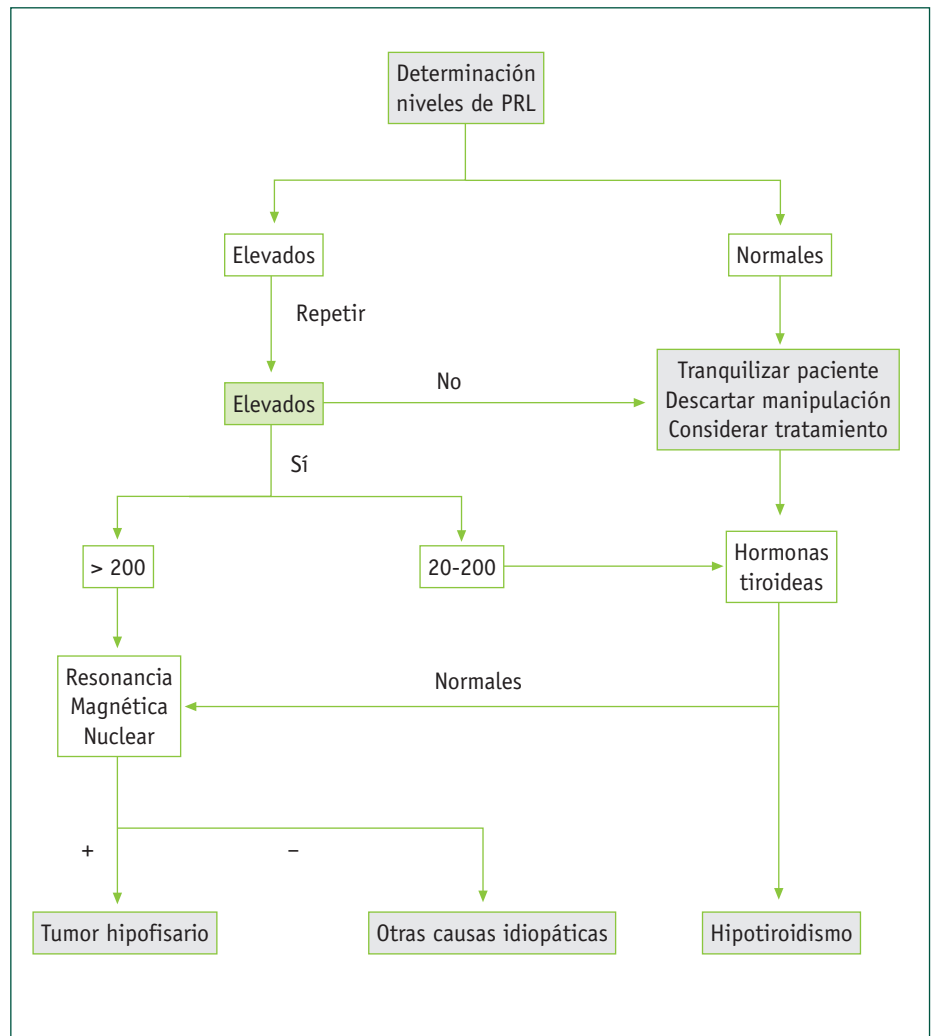
Menarquia a los 12 años. G2A0P2. VPPB en tratamiento con sulpiride desde hace 3 años.

#### Enfermedad actual

Consulta por ausencia de flujo menstrual desde hace varios meses, mastalgia y galactorrea, por lo que cree que puede estar embarazada y demanda test gestacional.

#### Exploración física

Buen estado general. Vigilante y orientada. Buena hidratación de piel y mucosas. Eupneica. Cabeza y cuello sin signos de aumento de PVC. Pulsos carotídeos simétricos, sin soplos. Neurológico: sin hallazgos. Tórax: tonos rítmicos sin soplos a 70 lpm. Murmullo



vesicular conservado sin estertores ni crepitantes. Abdomen: blando, no soplos abdominales, no signos de irritación peritoneal. Genitales externos y tacto vaginal sin anomalías. Extremidades inferiores: no edemas ni signos de TVP. Pulsos periféricos simétricos y palpables.

#### Pruebas complementarias

Se solicita: hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, FSH, LH, estradiol y prolactina, objetivando niveles de 100 de la misma. Test de gestación negativo.

#### Evolución diagnóstica y clínica

Ante la sospecha clínica de hiperprolactinemia iatrogénica, se decide la retirada de sulpiride durante 2 sema-

nas y nueva valoración hormonal: prolactina 18.

La paciente acude a los 20 días y refiere que ya ha menstruado y ha desaparecido la galactorrea.

### DISCUSIÓN

La hiperprolactinemia es el trastorno endocrino más frecuente del eje hipotálamo-hipofisario (5). La mayoría de los casos se produce en mujeres. Las causas principales pueden ser fisiológicas (embarazo y lactancia), farmacológicas (metoclopramida, sulpiride, metildopa, reserpina, estrógenos) o patológicas (sarcoidosis, craneofaringiomas, hipotiroidismo primario, insuficiencia renal crónica, cirrosis) (6).

En las mujeres, los síntomas más frecuentes son disminución de la libido,

infertilidad, oligomenorrea/amenorrea y galactorrea.

En el varón, disminución de la libido, infertilidad, ginecomastia o impotencia. Ante un paciente con hiperprolactinemia, haremos una historia y un examen físico detallados, buscando otros síntomas y signos propios de enfermedades causales (véase tabla 1).

El mecanismo fisiopatológico por el que los neurolépticos pueden alterar la secreción de las hormonas hipofisarias: prolactina, hormona de crecimiento y tirotrófina, se basa en el bloqueo de los receptores dopaminérgicos centrales D<sub>2</sub> (7).

A dosis terapéuticas pueden incrementar los valores de prolactina en pacientes esquizofrénicos (8). Este efecto puede producirse a dosis bajas y con períodos cortos de tratamiento, incluso con un período menor que

la aparición de respuesta clínica antipsicótica.

Los valores de prolactina suelen normalizarse 2-4 días después de suspender el tratamiento. La normalización de los ciclos y del valor de prolactina al suspender el sulpiride confirman el papel del fármaco como agente causal. El diagnóstico de sospecha de la reacción adversa de un medicamento puede evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias (9).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Master-Hunter T, Heiman DL. Amenorrhea: evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 2006 Apr 15; 73 (8): 1374-82. Review.
2. Wilson GR, Haddad JE, Haddad CJ. Amenorrhea: common causes and evaluation. *Compr Ther* 2005 Winter; 31 (4): 270-8. Review.
3. Krassas GE. Endocrine abnormalities in Anorexia Nervosa. *Pediatr Endocrinol Rev* 2003 Sep; 1 (1): 46-54. Review.
4. Stenchever MA, Droegemueller W, Herbst AR. *Comprehensive Gynecology*. 4th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2001: 1109-19.
5. Berinder K, Stackenas I, Akre O, Hirschberg AL, Hulting AL. Hyperprolactinaemia in 271 women: up to three decades of clinical follow-up. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2005 Oct; 63 (4): 450-5.
6. Etorres R, Fernández-García D, Alonso G. Hiperprolactinemia. *Endocrinol Nutr* 2005; 52: 59-64.
7. Maguire GA. Prolactin elevation with antipsychotic medications: mechanisms of action and clinical consequences. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 Suppl 4: 56-62.
8. Carrillo Gómez A, Romero Hidalgo AI. Tratamiento actual de la esquizofrenia. *Jano* 2002; 63: 68-73.
9. Boente Varela R, Martín Rojas-Marcos P. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hiperprolactinemia. *Medicine* 2004; 9: 818-20.

## SECCIÓN DIVULGATIVA

Estos artículos pueden ser remitidos ateniéndose a las normas editoriales ya especificadas. Algunos de los artículos serán por encargo del Comité de Redacción de la revista FORUM 4. La extensión máxima será de 15 hojas.

# Caso clínico: «Hiperaldosteronismo como causa de HTA secundaria»

**DRA. ITZIAR PRAT CABODEVILLA\***, **DR. UXUE NAVARRO ADRIÁN\*\***  
**Y DR. JUAN MANUEL PÉREZ GÓMEZ\*\***

\* R3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Burlada (Navarra).

\*\* Tutor docente y médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Burlada (Navarra).

**M**ujer de 30 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. No toma fármacos ni tóxicos.

Trabaja como auxiliar de clínica en un hospital, por lo que tiene fácil acceso para realizarse tomas de tensión arterial (TA) (hasta la actualidad las cifras han sido siempre normales).

En octubre de 2003 acude a consulta porque esta embarazada de su primer hijo (últimas semanas de gestación) y ha objetivado cifras elevadas de TA: 142/88, 143/90, 156/96. Se le realiza una exploración física reglada que es normal salvo las cifras de TA: 152/92. Las exploraciones complementarias muestran ECG: ritmo sinusal sin alteraciones y la analítica, incluyendo hemograma, bioquímica, iones y sedimento de orina, resultó ser normal.

Con el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) esencial grado I y teniendo en cuenta que está embarazada, se comienza tratamiento con espirolactona 250 mg (2 veces al día). A las pocas semanas conseguimos un control adecuado de la TA (120/85; 119/72; 120/80).

Tras el parto y por nuestra mayor experiencia con el uso de calcioantagonis-

tas durante la lactancia se decide continuar el tratamiento antihipertensivo con amlodipino 5 mg/día.

Acude de nuevo a consulta 2 meses más tarde porque refiere una marcada variabilidad tensional intertomadas (desde 135/85 hasta 152/92); se le indica la realización de automediciones de TA (AMPA) de forma estandarizada y reevaluar en 1 semana.

Pasado este tiempo, vuelve con el siguiente registro del AMPA: P. matutina: 138/89, P. vespertina: 144/93 y total: 141/91

Al no conseguir un buen control de cifras de TA, incrementamos la dosis de fármaco a 10 mg/día de amlodipino.

Unos meses después la paciente acude a consulta por otro motivo y se registra una nueva toma de TA, obtenien-

do unas cifras de 142/88, similar a las tomadas por la propia paciente.

No son unas cifras demasiado altas, están rozando la normalidad, y en ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y con una valoración del riesgo cardiovascular (RCV) global bajo, se decide mantener el mismo tratamiento insistiendo en las medidas no farmacológicas.

Medio año después, la paciente acude de nuevo a consulta, ya que persisten cifras de TA altas y, además, ha notado que en el último mes le han aumentado algo los edemas maleolares que habitualmente presenta por insuficiencia venosa en extremidades inferiores. Dado que es una persona joven sin otros factores de riesgo que nos indiquen un tratamiento específico, decidimos sustituir el amlodipino por un diurético (clortalidona 25

### Tabla 1. Causas de hipertensión arterial secundaria

- Hiperaldosteronismo primario.
- De origen medicamentoso (esteroides, AINES, IMAO, algunos antidepresivos, regaliz...).
- Enfermedad renal (glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales).
- Enfermedad vascular-renal (aterosclerosis, displasias de arterias renales).
- Feocromocitoma.
- Enfermedad de Cushing.

mg/d) que además ayudará a mejorar los edemas distales.

Las determinaciones analíticas obtenidas unos meses después son normales (Glucosa: 77 mg/dL; LDL: 123 mg/dL; Na<sup>+</sup>: 140 mmol/L; K<sup>+</sup>: 3,5 nmol/L; TSH: 2,9 µU/mL).

Aconsejamos que siga realizando auto-mediciones de TA y control analítico anual. Hacemos hincapié en que tome el tratamiento de forma regular y en las medidas higiénico-dietéticas.

Pasado el año, nos confirma que, a pesar de haber seguido adecuadamente el tratamiento, continúa con mal control de TA. Y en la nueva analítica de control objetivamos un K<sup>+</sup> de 2,7 nmol/L (resto normal).

Dado que la paciente no presenta buen control de la TA, nos planteamos una revisión del caso, observando 2 puntos críticos:

- Hemos diagnosticado a esta paciente de HTA esencial, siendo éste un diagnóstico de exclusión, basado en ausencia de hallazgos específicos, tanto en exploración física como en el ECG y la analítica. Aunque la HTA

esencial constituye la mayor proporción de casos, en aproximadamente un 5% de los mismos, un porcentaje nada desdeñable, se describe una etiología concreta, potencialmente curable (tabla 1-HTA secundaria). Hay una serie de situaciones que nos deben hacer pensar en una HTA secundaria: edad joven del paciente, respuesta inadecuada al tratamiento, existencia de HTA severa, inicio brusco. En nuestro caso se trata de una mujer joven con una respuesta atípica a los antihipertensivos (excelente a los antialdosterónicos y escasa a calcioantagonistas). Esto nos debería haber hecho replantear el diagnóstico de HTA esencial.

- En la historia evolutiva de la paciente existe una modificación de la concentración plasmática de potasio, con tendencia descendente hasta alcanzar un nivel anormal, situación que nosotros atribuimos a la toma de diuréticos. A pesar de que en la práctica clínica esto se da con relativa frecuencia, existen otros motivos que puedan justificar una disminución del potasio (tabla 2).

En nuestra situación y tras descartar posibles causas de hipopotasemia, y dado que la situación nos permitía suprimir transitoriamente el diurético (escaso RCV global), lo procedente hubiese sido suspenderlo y volver a valorar la concentración de potasio, y en el caso de que éste persistiese bajo se debería analizar el sistema renina-angiotensina-aldosterona. En cualquier caso, para dicha determinación, es imprescindible retirar previamente el diurético.

Nosotros optamos por suspender el tratamiento diurético para un mes, después realizar la determinación del eje renina-angiotensina-aldosterona, obteniendo un aumento de aldosterona (691 ng/L) con una renina baja (3,5 ngc/L).

Nos encontramos, por lo tanto, frente a un hiperaldosteronismo; así que reiniciamos tratamiento con espirolactona con buen control de TA.

Con el diagnóstico de hiperaldosteronismo se solicitan pruebas de imagen a través del servicio de Medicina Interna.

En el TAC abdominal se objetiva un adenoma suprarrenal izquierdo, que queda pendiente de intervención quirúrgica.

**Tabla 2**

Por falta de aporte	Por redistribución (extracelular-intracelular)	Por pérdidas extrarrenales	Por pérdidas renales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anorexia nerviosa.</li> <li>• Alcoholismo.</li> <li>• Sueroterapia intravenosa libre de potasio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcalosis.</li> <li>• Aporte de insulina.</li> <li>• Descarga de catecolaminas en situaciones de estrés.</li> <li>• Fármacos betadrenérgicos.</li> <li>• Hipotermia.</li> <li>• Parálisis periódica hipopotasémica.</li> <li>• Tratamiento de anemia megaloblástica con B12 y ácido fólico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrea, laxantes, fistulas.</li> <li>• Vómitos, aspiración nasogástrica, adenoma veloso de colon.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidosis tubular renal.</li> <li>• Cetoacidosis diabética.</li> <li>• Hiperaldosteronismo.</li> <li>• TA maligna.</li> <li>• Estenosis arteria renal.</li> <li>• Corticoides.</li> <li>• Toma de regaliz.</li> <li>• Sind. Cushing.</li> <li>• Diuréticos.</li> <li>• Síndrome de Bartter.</li> <li>• Poliuria postnecrosis tubular aguda y postobstructiva.</li> <li>• Hipomagnesemia.</li> <li>• Penicilina.</li> <li>• Carbenicilina.</li> <li>• Leucemias (sobre todo la mielomonocítica).</li> </ul>

## HIPERALDOSTERONISMO COMO CAUSA DE HTA

Diversos estudios epidemiológicos, en diferentes lugares del mundo, sugieren que la incidencia del *aldosteronismo primario* oscila entre 8 y 15%, es, por tanto, la causa más frecuente de HTA secundaria; además se constituye como una de las formas potencialmente curables de HTA.

En este caso, la HTA es secundaria a la acción de la aldosterona a nivel renal, que determina un aumento en la reabsorción de sal y agua, lo que se traduce en un aumento del volumen intravascular y, por tanto, de un aumento de la TA.

Existen 2 tipos de hiperaldosteronismo:

- **Primario:** donde existe una producción excesiva de aldosterona; estando la concentración plasmática de renina inhibida.
- **Secundario:** hay un aumento de producción de aldosterona y renina por activación del SRAA tras un descenso del volumen circulante.

Por tanto, para diferenciar el hiperaldosteronismo primario (HAP) del secundario, es necesario medir la actividad plasmática de Renina; en el caso de HAP existe una concentración plasmática inhibida; en cambio, en el secundario existe una gran elevación.

A su vez, cada uno se divide en varios subtipos dependiendo de la causa que lo produce (tabla 3).

Dentro del HAP la causa más frecuente es el *adenoma suprarrenal o síndrome de Conn*; éste es más frecuente en mujeres de entre 30 y 50 años.

La clínica típica que nos debe hacer descartar esta entidad es la presencia de tetania, calambres musculares frecuentes e hipopotasemia ( $K < 3,8$  mEq/l). A este respecto cabe señalar que, en el screening del HAP, la hipokaliemia ha sido clásicamente utilizada para el diagnóstico, pero se ha demostrado que el hiperaldosteronismo primario normokaliémico constituye la forma más común de presentación de la enfermedad, aunque sí es importante añadir que la variante hipokaliémica de la enfermedad suele corresponder a la forma más severa.

Cuando se presenta, por lo tanto, un paciente con esta clínica y una hipokaliemia, lo primero que hay que hacer es asegurarse de que el paciente no esté tomando diuréticos, regaliz, esteroides o laxantes catárticos.

Una vez descartado lo anterior, habría que realizar determinación de renina y aldosterona en plasma sin medicación y con dieta sosa (menos de 100 mEq de Na, que equivale a no tomar conservas, quesos ni embutidos y añadir sólo una mínima cantidad de sal a las comidas que más lo requieren, como verduras, sopas, pescados de agua dulce, etc.).

Si la renina es baja o normal y la aldosterona está elevada, es necesario realizar un TAC abdominal para ver las glándulas suprarrenales y detectar posibles nódulos; en el caso del adenoma, el tratamiento sería la inter-

vención quirúrgica. Si únicamente se observase hiperplasia, se debe añadir espironolactona al tratamiento.

## CONCLUSION

La HTA es una entidad muy frecuente en la práctica clínica en el ámbito de Atención Primaria. Aunque la mayoría se define como HTA esencial, existe un porcentaje significativo de HTA secundaria.

El diagnóstico de HTA esencial es un diagnóstico por exclusión, por lo que tiene que ser revisado en aquellos pacientes que presentan una evolución atípica.

La presencia de hipopotasemia en pacientes hipertensos en tratamiento con diuréticos es relativamente frecuente, pero hay otras causas a estudiar que podrían justificar este hecho, entre ellas el hiperaldosteronismo.

## BIBLIOGRAFÍA

2003. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. Journal of Hypertension 2003; 21: 1011-53
- Pimenta E, Calhoun DA. Primary aldosteronism: diagnosis and treatment. J Clin Hypertens (Greenwich). 2006 Dec; 8 (12): 887-93. Review.
- Katayama S. [Endocrine diseases with hypertension] Nippon Rinsho. 2006 Sep 28; Suppl 3: 499-503. Review. Japanese. No abstract available.
- Rossi GP. Surgically correctable hypertension caused by primary aldosteronism. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2006 Sep; 20 (3): 385-400. Review.
- Schirpenbach C, Reincke M. Screening for primary aldosteronism. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2006 Sep; 20 (3): 369-84. Review.
- Campistol Plana JM. Alteraciones del metabolismo del potasio. Medicina Interna. Farreras Valentí P, Rozman C Directores. 15.ª ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 1847-1852.
- BM. Alteraciones de líquidos y electrolitos. Harrison principios de Medicina Interna . 16.ª ed. México: McGraw Hill; 2004. p. 285-97.

**Tabla 3**

Hiperaldosteronismo primario (HAP)	Hiperaldosteronismo secundario (HAS)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperplasia adrenocortical bilateral o hiperaldosteronismo idiopático.</li> <li>• Adenoma productor de aldosterona (Sd. Conn).</li> <li>• Hiperaldosteronismo suprimible por glucocorticoides.</li> <li>• Hiperplasia micronodular.</li> <li>• Carcinoma suprarrenal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nefroesclerosis.</li> <li>• Tumor productor de renina.</li> <li>• Uso de diuréticos.</li> <li>• Hipovolemia (vómitos o diarrea).</li> <li>• Sd. Bartter.</li> <li>• Sd. paraneoplásico.</li> <li>• Edemas.</li> <li>• Ascitis.</li> <li>• Insuficiencia cardiaca congestiva.</li> </ul>

## SECCIÓN DIVULGATIVA

Estos artículos pueden ser remitidos ateniéndose a las normas editoriales ya especificadas. Algunos de los artículos serán por encargo del Comité de Redacción de la revista FORUM 4. La extensión máxima será de 15 hojas.

# Caso clínico: «Dolor de brazo en paciente joven: de la clínica al diagnóstico»

**DRA. ZULIMA VÁZQUEZ ÁLVAREZ\***, **DRA. DESIRÉE FERNÁNDEZ SUÁREZ\***,  
**DRA. ROCÍO ISABEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ\***, **DRA. IOVANCA GONZÁLEZ MORO\*\***  
**Y DR. JESÚS MELCHOR DELGADO GONZÁLEZ\*\*\***

\* Residente de MFyC. C. S. Ariondas, Asturias.

\*\* Médico de MFyC. C. S. Ariondas, Asturias.

\*\*\*Médico de MFyC. Tutor de Residentes. C. S. Ariondas, Asturias.

### INTRODUCCIÓN

Diversas etiologías pueden subyacer al síntoma del dolor de extremidades. Por un lado, enfermedades cutáneas, musculares, arteriales, venosas, óseas, nerviosas y articulares. Por otro lado, alteraciones de columna vertebral con irradiación a extremidades, así como patología de órganos internos con proyección algica al hombro y brazo.

### CASO CLÍNICO

Se valora en consulta un hombre de 25 años por dolor en brazo derecho.

Entre sus antecedentes personales se destaca su trabajo en librería-copistería. Ausencia de hábitos tóxicos. Asma bronquial persistente leve, a tratamiento con formoterol-budesonida. Acudía de forma esporádica al gimnasio.

Un año antes, presenta dolor similar con tumefacción en región tricipital, de probable origen infeccioso y que resolvió con tratamiento antibiótico empírico, siendo la sospecha diagnóstica de absceso.

A la exploración física, destaca un aumento del perímetro bicipital y tumefacción de masa muscular, asociada a una palpación dolorosa, con pulso radial conservado y con presencia de circulación colateral, en cara anterior de hombro.

Inicialmente, en base a estos datos y la historia previa, se diagnostica de linfangitis, secundaria a picadura de insecto, y se trata con ciprofloxacino, tras una mala evolución, se decide tratamiento con amoxicilina/clavulánico, con pobres resultados.

Dada la escasa mejoría tras 8 días de tratamiento, se deriva a servicio de urgencias hospitalarias, donde se indican pruebas complementarias: hemograma y bioquímica básica, radiografía de tórax y de hombro derecho en 2 proyecciones, resultando todas ellas normales.

### DISCUSIÓN

Una diferenciación importante de cara al diagnóstico diferencial de un dolor de brazo es su forma de presentación y duración, en el caso que nos ocupa,

nos encontramos ante un dolor de presentación aguda, donde además, y según la presencia o ausencia de tumefacciones, cambio de la coloración cutánea, fiebre y especialmente síntomas neurológicos, se puede dirigir el diagnóstico desde un punto de vista clínico y semiológico, hasta concluir un diagnóstico certero. A estos síntomas cabe añadir otros signos guías que, aunque más secundarios, posibilitan una delimitación apropiada del diagnóstico diferencial.

Entre las causas que pueden originar un dolor de brazo, en el diagnóstico diferencial se decidió incluir todas aquellas que podrían corresponder a un origen anatómico, así se descartaron como posibles orígenes, tanto el sistema músculo-esquelético y el neuro-vascular, una vez que las posibilidades de la piel y tejidos anexos quedaron descartadas tanto por la clínica como por la tórpida evolución, a pesar del tratamiento empírico inicial.

En este recorrido anatómico, el *dolor óseo* no reunía las características clínicas que así lo definen, ni los ante-

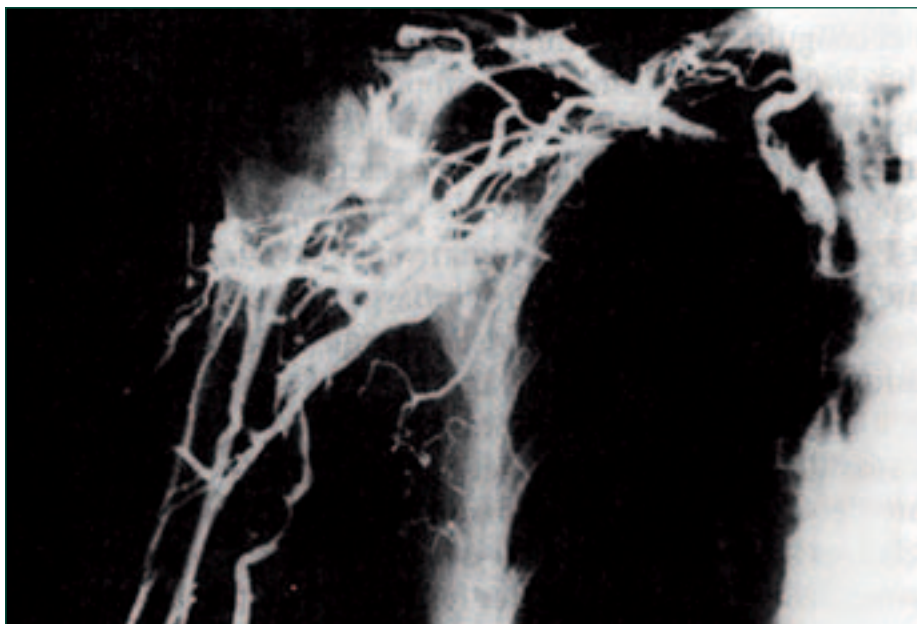
cedentes propios que justifican este tipo de dolor: no se conocía antecedente traumático previo, que justificase la presencia de fracturas óseas, microtraumatismos repetidos, osteomielitis, tumores primarios o metastásicos, alteraciones del metabolismo fosfocálcico o de la mineralización ósea, como así confirmaron las pruebas de imagen y analíticas posteriormente realizadas.

El *dolor muscular* no sólo se refiere al músculo propiamente dicho, también puede involucrar ligamentos, tendones o fascias. Suelen ser dolores específicos y tienen una relación mecánica con el inicio o el transcurso de una actividad física que involucre el grupo muscular afectado. Circunstancia no coincidente con el dolor manifestado por el paciente, que se trataba más bien de un dolor continuo, sin relación con el ejercicio ni movimiento. En el momento del suceso, no se conocían hábitos tóxicos del paciente que hicieran sospechar de la presencia de rhabdomiolisis u otros secundarismos asociados al consumo de drogas.

Si nos centramos en el sistema neurovascular, la presencia de tumefacción, cambios en la coloración cutánea, en ausencia de signos neurológicos, hace pensar en la posibilidad del sistema circulatorio como origen del síndrome.

Los procesos infecciosos: linfangitis, erisipela y abscesos, en principio, pasan por la presencia de sintomatología general, en forma de fiebre, adenopatías, tumefacción, eritema, dolor y calor.

La linfangitis se caracteriza por la presencia de una puerta de entrada, desde donde, de forma centrípeta, se marca una línea roja que recorre la extremidad hasta los ganglios linfáticos afectados. Por el contrario, la erisipela produce un eritema localizado, que se extiende rápidamente de forma superficial. Un absceso presenta eritema, dolor, calor en una tumefacción más localizada y que puede fluctuar.



*Síndrome de la salida torácica. Trombosis venosa profunda axilosubclavia con extensa circulación colateral.*

Los trastornos por obstrucción del sistema venoso encajan con los signos y síntomas que presentaba el paciente, de tal forma que una tromboflebitis superficial debe dejar palpar la vena afecta a modo de cordón doloroso, con eritema y tumefacción del área que la circunda, pero cuando el trombo se localiza en el sistema venoso profundo, además de dolor de inicio repentino, puede producir tumefacción y cambios de coloración de la piel; sin embargo, es frecuente que se preceda de ciertos factores de riesgo, como la inmovilidad del miembro, patologías que impliquen hipercoagulabilidad y estados de *shock* grave (situaciones que, por otro lado, no se daban en este caso clínico). Cuando la trombosis abarca a todas las venas de una extremidad, se produce una tumefacción a tensión y una coloración azulada (*flegmasi cerulea dolens*).

Cuando a las características del dolor, se añaden síntomas y/o signos neurológicos, también deben valorarse otros cuadros clínicos asociados:

- Una oclusión arterial aguda por trombosis o embolia presenta un cuadro clínico característico con palidez, dolor, ausencia de pulso,

pérdida de fuerza y, finalmente, parálisis. Objetivamente, habría cambios en la coloración de la mano, palidez, cianosis y fenómenos de Raynaud.

- El síndrome compartimental puede precederse de un aplastamiento, fractura o hemorragia, o trastornos circulatorios arteriales por sobre esfuerzo. Se presenta como dolor, tensión muscular y pérdida de función de los grupos musculares afectados.
- La presencia de vesículas ocupando dermatomas y dolor neuropático (hipo o hiperestésico) caracterizan el cuadro clínico de un herpes zóster.
- También puede valorarse la posibilidad de dolor irradiado desde columna vertebral cervical por prolapso que puedan originar dolores intensos. Suelen acompañarse de incapacidades motoras y/o sensitivas, que siguen el trayecto de la raíz afectada con ausencia de expresión en piel.

Hasta el momento, el origen vascular, desde el punto de vista clínico, parece el diagnóstico más plausible, como así confirmaron las pruebas com-

**Tabla 1. Maniobras de exploración en la compresión a la salida del tórax**

Maniobra	Resultado
Hiperextensión del cuello.	Disminuye o desaparece pulso radial y cubital.
Adson.	Compromiso de arteria subclavia y plexo.
Costoclavicular de Eden.	Compromiso del paquete neurovascular incluyendo la vena, sintomatología venosa.
Hiperabducción.	Tironeamiento del paquete neurovascular.

plementarias de imagen. En este sentido, la compresión del paquete vasculonervioso en la salida del tórax puede ser la causa que justifique el cuadro clínico vascular y que merece ser recordado:

Se trata de la compresión orgánica o funcional del paquete neurovascular por estructuras anatómicas vecinas, normales o anormales, desde el cuello hasta el brazo. Clínicamente puede sospecharse por el debilitamiento o desaparición del pulso radial y cubital, espontáneo o provocado por las maniobras clínicas; esto puede ocurrir por compresión, por espasmo, trombosis de la arteria, o embolismos. Acompañado, en su máxima expresión, de lesiones isquémicas de los dedos, necrosis y úlceras de localización distal, pequeñas y muy dolorosas. También podría verse un aneurisma postestenótico de la arteria subclavia en la zona supra e infraclavicular. Las maniobras clínicas (véase tabla 1) también aumentan los signos venosos: edema del miembro superior,

turgencia del sistema venoso, circulación colateral.

### EVOLUCIÓN

Con la sospecha clínica de probable origen venoso como causa de cuadro de dolor de hombro y cambios en la coloración de la piel se completan estudios de confirmación:

- Eco-doppler informada como trombosis de vena axilar y fracción proximal de vena humeral (basílica y cefálica permeables).
- TAC torácico que excluyó la presencia de adenopatías y patología mediastínica o pulmonar como origen etiológico, pero no pudo descartar presencia de síndrome del escaleno, patología que sí se descartó en una nueva prueba de imagen posterior.

Se inició tratamiento con vendaje compresivo, heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y, posteriormente, anti-

coagulantes orales hasta completar 6 meses de tratamiento.

Queda pendiente de la finalización del tratamiento para iniciar estudio hematológico de hipercoagulabilidad, con el fin de descubrir la causa de la trombosis en este joven paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

- Bollinger A. *Angiología*. Barcelona. Editorial LTOFISAN; 1982. p. 137-41.
- Bonica JJ. *The Management of Pain*. 2.ª edición. Philadelphia: Lea and Phebiger; 1990.
- Canoso JJ. *Rheumatology in primary care*. Philadelphia: ed. WB Saunders. 1997
- Cooley, DA. *Técnicas en Cirugía Vascular*. Editora Medica Paramericana SA; 1982. p. 48-53.
- Dannecker EA. Self-care behaviors for muscle pain. *J Pain*. 2004; 5 (9): 521-7.
- Engstrom JW. Back and neck pain. *Harrisons principles of internal medicine*. Mc Graw Hill. 15 th edition 2001. p. 79-90.
- Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004 Nov 17; 292 (19): 2388-95.
- Gómez Sancho M. El control del dolor un poco más cerca. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 1: 2; 1994.
- Martorell F. *Angiología. Enfermedades vasculares*. Barcelona: Salvat Editores; 1967.
- Torres LM, et al. *Medicina del Dolor*. Barcelona: Masson; 1997.
- Von Peter JIPP. *Diagnóstico diferencial en Medicina Interna*. Tomo II. Editorial Solvay Farma; 1996.

# LA TARDE DEL RESIDENTE

La verdad es que pocas tardes libres tiene el residente con tantas guardias. Pero la tarde, salvo en los centros donde hay turno vespertino, es del residente, es cuando puede hacer algo que no sea lo que realiza en el día a día por la mañana. Para

esta labor necesita formación en aspectos como investigación, expresión oral, cómo hacer una comunicación, un póster, una publicación, un currículum, qué le espera en el futuro... Temas muy variados y que tendrán lugar en esta sección.

## Otra salida laboral más para el médico de Familia

**DRA. RAQUEL BLASCO MONTERO**

Médico de Familia. Médico en la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) de San Vicente de Alcántara, Badajoz.

Cada vez estoy más convencida de que hice una buena elección al elegir Medicina de Familia como especialidad. Casi todos mis amigos y familiares me miraban extrañados cuando, orgullosa, les decía que había elegido ser médico de Familia: «¿y vas a ser médico de cabecera?, ¿pero no vas a hacer ninguna especialidad?, me decían».

Al principio les explicaba que el médico de cabecera ya era un especialista, y que tardaba unos 10 años en saber lo poco o mucho que sabe, pero lo suficiente, al fin y al cabo, como para sentarse detrás de una mesa e intentar solucionar los tormentos que llevan a los pacientes a la consulta de Atención Primaria.

Creo que los médicos de Familia siempre seremos esos «médicos no-ólogos» y, por tanto, no-especialistas, aunque nuestra especialidad ya sea de 4 años, como la del resto de «especialistas ólogos» (me referiré a partir de ahora a los médicos especialistas no-médicos de Familia como «ólogos»). Me entristece que para la sociedad general y alguna parte de la medicina, aún exista la división de Primaria y Especializada para hablar de unos especialistas y otros, pero éste no es el motivo de mi redacción.

Hoy me he propuesto hablar de la suerte que tenemos los médicos de Familia de ser unos médicos tan versátiles (como dirían en mi pueblo, «lo mismo pa' un roto que pa' un descosío»).

Somos tan afortunados que el que no termina haciendo mañanas en un centro de salud, de médico de atención continuada, de médico de urgencias hospitalarias, de médico en unidades del dolor o en unidad de cuidados paliativos, o, incluso, de médico en

unidades como planificación familiar o centros de desintoxicación, tiene la profunda suerte, como es mi caso, de pasar a formar parte de las urgencias extrahospitalarias en una UVI móvil.

Sinceramente, la decisión de trabajar en la calle como médico de emergencias nada más terminar mi especialidad, no fue para nada sencilla. No me sentía suficientemente preparada (a pesar de las miles de horas en la puerta de urgencias de un hospital y de un centro de salud) y la verdad, en seguida me di cuenta de que no tiene nada que ver trabajar fuera y dentro de un hospital.

Durante nuestra formación como médicos de Familia vamos rotando por multitud de servicios, demasiados, a mi parecer, y durante tiempo insuficiente en algunos de ellos, con el objeto de «saber un poco de todo» cuando seamos médicos de cabecera y poder explicar a nuestros pacientes que le ha puesto el «ólogo» de turno en el informe que nos presenta y decidir adecuadamente cuándo tenemos que derivar a un paciente a otro especialista. De residentes también asistimos a innumerables cursos (siempre fuera del horario laboral) de diferente índole, con el fin de completar nuestra formación. Éstos incluyen temas tan





diversos como: introducción a la Medicina de Familia, taller de electrocardiografía, soporte vital avanzado, taller de cirugía menor, introducción a la informática, taller de radiología, introducción a la entrevista clínica, introducción a la bioética, taller de infiltraciones, introducción a la investigación, búsquedas bibliográficas en pubmed, medicina comunitaria... Parece que no estamos tan mal formados, ¿no?

Hace unos días asistí a una entrevista de trabajo para una UME, y uno de los integrantes del tribunal me preguntó que si me gustaba más el trabajo de consulta en equipos de Atención Primaria o el de las emergencias. Después de meditar unos instantes, contesté que como médico de Familia me encantaba el trabajo diario en la consulta, pero que las emergencias también me apasionaban.

El conocer a tu cupo y el seguimiento de los pacientes no se puede comparar con ningún otro trabajo en el

ámbito de la Medicina, pero como la situación laboral no permite consolidar plaza en equipos de Atención Primaria hasta después de años y años de penosas sustituciones y precarios refuerzos, veía más accesible consolidar mi puesto laboral en las emergencias, dada la situación actual de nuestro sistema sanitario, se van a crear 4 nuevas unidades de emergencias que se sumarán a las 12 ya existentes dentro del territorio del Servicio Extremeño de Salud.

Quedé satisfecha con mi contestación y el que me había formulado la pregunta también, me dijo que era una buena respuesta.

¿Qué otro médico especialista puede decir lo mismo de su especialidad?, ¿qué otro especialista médico se forma siempre fuera del horario laboral y siempre con problemas por parte de la Administración porque no encuentra sustituto?, ¿qué otro especialista tiene tanta presión asistencial y sigue apasionado con lo que hace?

Después de mis dudas iniciales, comencé a prepararme en las emergencias, hice un curso de 400 horas en urgencias y emergencias, volví a estudiar fármacos, dosis y diluciones utilizados en emergencias y todo ello haciendo 10 guardias al mes en las que la mayor parte del tiempo tenía los nervios agarrados al estómago (aún me sigue pasando) y entraba en taquicardia en cuanto sonaba el teléfono para indicarnos una salida.

Después de 7 meses como médico sustituto en urgencias de Atención Primaria, he conseguido estabilizar mi plaza y me he convertido en interina, de lo que me siento muy orgullosa. La misma suerte desearía para los compañeros que decidieron seguir otro de los diferentes caminos a los que podemos optar, pero siguen haciendo su trabajo con la ilusión de conseguir un contrato de más de un mes.

¿No es verdad que los médicos de Familia somos de una casta diferente?

# EL RINCÓN DEL TUTOR

Si el residente tiene su tarde, por lo menos el tutor un rincón. La *Revista del Residente de Familia* no puede dejar de lado una pieza fundamental en su formación (para lo bueno y lo malo) como es el tutor. Por ello,

existe esta sección, como foro de expresión de inquietudes y temas que el tutor considere oportunos. También puede servir de réplica a temas planteados en esta u otras revistas.



## ¿Debemos evaluar la competencia de los tutores docentes?

**DRA. MILAGROS GONZÁLEZ BÉJAR**

Coordinadora Nacional de Metodología de la Evaluación de SEMERGEN.

De todos es conocido que el objetivo de formar médicos mejor capacitados se hizo explícito en el Proyecto «Salud para Todos en el año 2000, de Alma Ata en el año 1978. A raíz de esto, muchas han sido las declaraciones en respuesta a esa estrategia y como ejemplo de ello tenemos la Carta de Ottawa de 1986 (Carta de Ottawa para la promoción de salud).

Las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria han jugado un papel destacado en el desarrollo de la reforma de la Atención Primaria de Salud en nuestro país. No sólo han formado especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, sino que han contribuido a liderar la adaptación de los profesionales a los cambios ocurridos y a aumentar el prestigio de la Medicina Familiar y Comunitaria y, en general, de la Atención Primaria.

Actualmente se ha desarrollado el Programa de Formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que distribuye la formación en 4 años, especificando 5 áreas competenciales y establece 3 niveles de prioridad. En este programa se esta-

blece cuáles son las funciones a desarrollar por el tutor docente. Debido a los cambios y al desarrollo del programa, los tutores deben ir adaptándose al mismo, con una constante actualización de conocimientos y demostrando sus habilidades en la enseñanza de esos conocimientos. Aquí radica la importancia de la evaluación de la competencia de los tutores docentes.

Basados en la calidad y en la excelencia que deben poseer nuestros profesionales, es imprescindible evaluar los conocimientos y competencias de los tutores docentes, tanto para su acceso al nombramiento de tutor (Acreditación) como realizar una reacreditación periódica que nos indique que ese tutor sigue garantizando una formación de calidad de los residentes que tiene a su cargo. Esto debe venir acompañado de una desacreditación del tutor cuando no supere los objetivos mínimos marcados en el programa de formación.

Para evaluar a los tutores docentes, el sistema debe basarse en un conjunto de instrumentos entre los que se encuentran: actualización de los

conocimientos adquiridos, entrevista clínica (habilidades de comunicación), monitorización de objetivos docentes. Sería importante la realización de una prueba ECOE (tercer escalón de Miller) para evaluación de la competencia y por el feed-back evaluativo y formativo que aporta al tutor que la realiza. Es muy importante que las estrategias utilizadas potencien la autoevaluación.

La experiencia que existe en pruebas de evaluación de la competencia para tutores de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria se remonta a 2001 en el seno de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Estas pruebas tuvieron valor en el conjunto de méritos para la reacreditación que se debe realizar periódicamente.

En relación a la acreditación y reacreditación de tutores docentes, sería un mérito a añadir la realización de ECOE (Evaluación de la Competencia Profesional) con una periodicidad que podría ser de entre 3 y 5 años. Esta prueba sería la idónea, ya que nos puede dar una visión generalizada de la competencia profesional, sería idó-

nea para la detección de aspectos formativos a mejorar y poder introducir las medidas correctoras oportunas. En la prueba se pueden introducir preguntas cortas unidas a imágenes, algoritmos de decisión, evaluación de la comunicación, realización de pruebas de habilidad técnica, resolución de casos clínicos en relación con temas de alta prevalencia en Atención Primaria y todo esto unido a aspectos no tan clínicos, sino más específicos, como son la capacidad docente, la investigación, así como la capacidad de gestión de la consulta, nos dan una valoración del perfil profesional del tutor docente.

La ECOE podría ser en un futuro el método evaluativo para la acreditación y reacreditación de tutores docentes, aunque, si queremos evaluar el cuarto escalón de Miller, tendríamos que ir a técnicas más complejas, como es el portfolio. La característica diferenciadora de este método sería que se basa en el análisis y la reflexión sobre aquello en lo que nos hemos formado y realizado. Consiste en un conjunto de evidencias que nos demuestran que el profesional ha adquirido una serie de competencias. Se evalúan los docu-



mentos aportados (historias clínicas, tutorías y planes docentes, planes de aprendizaje, indicadores de la práctica, proyectos de investigación y publicaciones). La experiencia que existe en la actualidad versa más en el portfolio formativo y al que lo realiza le da una amplia visión de lo que ha aprendido de manera individualizada y global.

Lo que nos debemos plantear es que tienen que existir métodos evaluativos, periódicos, que nos garanticen la calidad de los tutores docentes y, a su vez, la formación de profesionales de calidad. No hay que perder de vista la motivación y dedicación de los tutores docentes, ya que han supuesto que la Atención Primaria esté considerada en la Sanidad Española.

# TU FOTO EN PORTADA

## Sesión clínica: Prevención de los riesgos laborales de los trabajadores que utilicen «PVD - Pantallas de Visualización de Datos»

**DRA. MILAGROS MENÉNDEZ ÁLVAREZ**

Médico de familia Área Sanitaria IV. Asturias

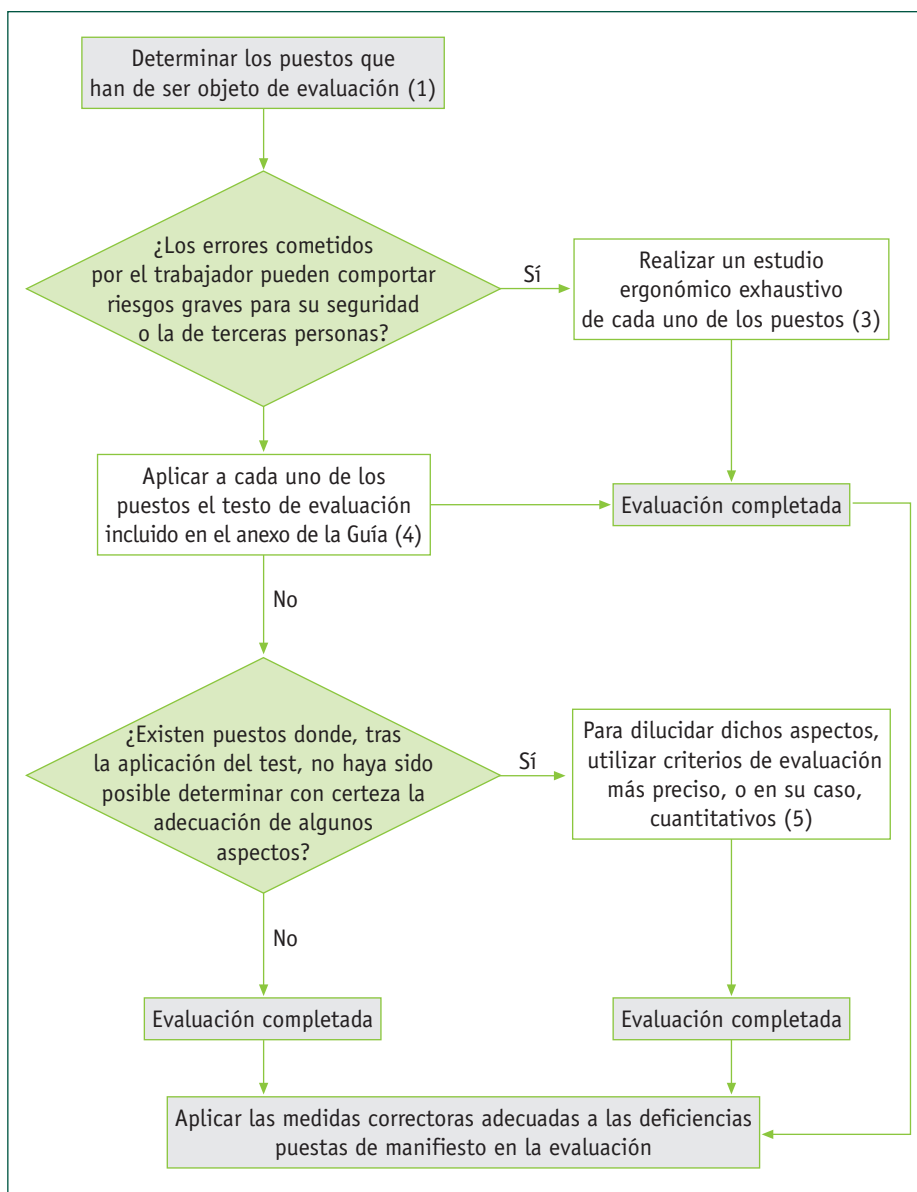
### INTRODUCCIÓN

La informatización de nuestro puesto de trabajo ha supuesto que pasemos muchas horas de nuestra jornada laboral delante de un monitor, sentados en una silla, más o menos cómoda, aporreando un teclado y agarrando un ratón para dirigir la flechita donde queremos.

La información de este artículo está sacada en parte de la *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización* del INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo), conforme con lo encomendado a este organismo por el citado Real Decreto 488/1997 en su Disposición Final Primera que se encuadra en la reglamentación general sobre Seguridad y Salud en el Trabajo, constituida principalmente por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y por el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

### DEFINICIONES

**Pantalla de visualización:** una pantalla alfanumérica o gráfica, independientemente del método de representación visual utilizado (tubo de rayos catódicos, plasma, cristal líquido, etc.) inclui-



Esquema general de la evaluación de puestos con PVD

das las pantallas de visualización no basadas en la tecnología electrónica, como es el caso, por ejemplo, de las pantallas de visualización de microfichas.

**Puesto de trabajo:** el constituido por un equipo con pantalla de visualización provisto, en su caso, de un teclado o dispositivo de adquisición de datos, de un programa para la interconexión persona/máquina, de accesorios ofimáticos y de un asiento y mesa o superficie de trabajo, así como el entorno laboral inmediato.

**Trabajador:** cualquier trabajador que habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo normal utilice un equipo con pantalla de visualización.

El Real Decreto 488/1997 está destinado a proteger la salud de los empleados considerados como «trabajadores» usuarios de equipos con pantalla de visualización. Esta protección se relaciona con los riesgos asociados a la utilización efectiva de dichos equipos; principalmente, los trastornos musculoesqueléticos, los problemas visuales y la fatiga mental.

La probabilidad de experimentar tales trastornos está relacionada directamente con la frecuencia y duración de los períodos de trabajo ante la pantalla, así como con la intensidad y grado de atención requeridos por la tarea. Junto a estos factores intervienen otros, como la posibilidad de que el operador pueda seguir su propio ritmo de trabajo o efectuar pausas.

El efecto combinado de todos estos factores hace imposible establecer una sencilla frontera basada, por ejemplo, en un determinado número de horas diarias o semanales, para decidir quién es «trabajador» usuario de equipos con pantallas de visualización y quién no lo es.

### CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CONDICIÓN DE TRABAJADOR USUARIO DE PVD

#### Categorías

A. Los que pueden considerarse «trabajadores» usuarios de equipos con

pantalla de visualización: todos aquellos que superen las 4 horas diarias o 20 horas semanales de trabajo efectivo con dichos equipos.

B. Los que pueden considerarse excluidos de la consideración de «trabajadores» usuarios: todos aquellos cuyo trabajo efectivo con pantallas de visualización sea inferior a 2 horas diarias o 10 horas semanales.

C. Los que, con ciertas condiciones, podrían ser considerados «trabajadores» usuarios: todos aquellos que realicen entre 2 y 4 horas diarias

(o 10 a 20 horas semanales) de trabajo efectivo con estos equipos.

Una persona incluida dentro de la categoría C puede ser considerada, definitivamente, «trabajador» usuario si cumple, al menos, 5 de los requisitos siguientes:

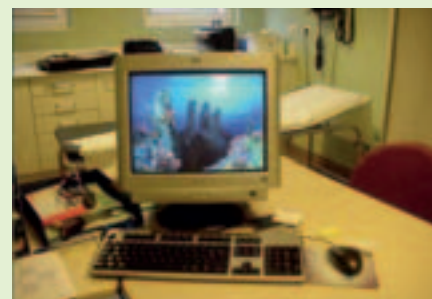
### CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CONDICIÓN DE TRABAJADOR USUARIO DE PVD

1. Dependier del equipo con pantalla de visualización para hacer su trabajo, no pudiendo disponer fácilmente de medios alternativos para conseguir los mismos resultados.

## SISTEMA INFORMÁTICO

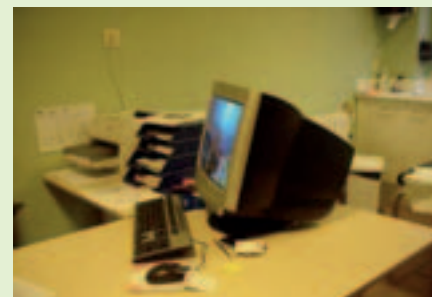
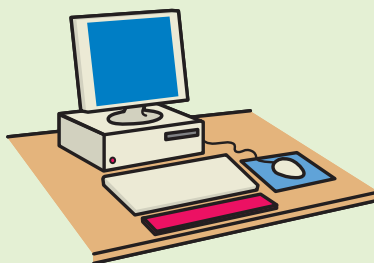
### COLOCACIÓN DE LA PANTALLA

- Frente al usuario de la misma.
- Borde superior altura ojos.
- Distancia 40-71 cm.
- Luz artificial parrillas difusoras y paralelas a la ventana.



### TECLADO

- Ligera inclinación.
- Espacio (10 cm mín.) hasta el borde de la mesa.
- Las superficies tono mate y romas.
- Apoyo de dedos, manos y muñeca en la mesa.
- Alfombrilla con reposamuñecas.



## MOBILIARIO INFORMÁTICO

### MESA

- Medidas mínimas: 160 x 80 cm. Ala lateral. Dos planos de trabajo.
- Altura de 73 cm  $\pm$  1,5 cm.
- Espacio debajo de la mesa (cajones no).
- Acabado mate.
- Electrificación adecuada. Cableado.



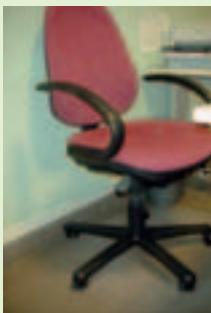
### SILLA

- Estable, libertad de movimientos, postura confortable y apropiada.
- Regulable en altura (38-48 cm).
- Respaldo regulable en altura y ángulo de inclinación. Apoyo lumbar.
- Asiento cuadrado y cóncavo, borde curvo, relleno firme. Transpiración.
- Base con 5 brazos-ruedas.
- Reposabrazos regulables. Reposapiés.



### ATRIL

- Alta tasa de transcripción de datos.
- Minimizar giros de cabeza y movimientos de acomodación.
- Distancia ojo-pantalla y ojo-documento que sean iguales.
- Totalmente ajustable, de tamaño apropiado y resistente.



## POSTURA DE TRABAJO

Columna vertebral  
Extremidades superiores

### DETALLES

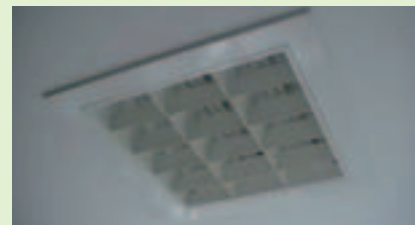
- Evitar posturas estáticas prolongadas.
- Espalda apoyada en el respaldo.
- Brazos en postura relajada, codos pegados al cuerpo, antebrazos y manos horizontales.
- EEII: muslos horizontal, 90° piernas, pies en el suelo.
- Cabeza: vertical, no girada.



## CONDICIONES AMBIENTALES

### ILUMINACIÓN

- General y uniforme.
- Nivel de 500 lux.
- Utilidad de cortinas/estores.
- Parrillas difusoras.
- Pantallas con tratamiento antirreflejo.
- Problemas: fatiga visual, tensión ocular, ojos secos, lagrimeo, escozor.



### ACÚSTICA

- Ruidos emitidos por equipos informáticos, impresoras, teléfonos, fotocopiadoras, personas.
- Los niveles están lejos de producir pérdida de audición.
- Nivel sonoro no superior 50-60 db.
- Concentración, conversación, tarea difícil.

### TEMPERATURA

- Bienestar y rendimiento.
- Aire interior:  
Temperatura: V: 23-26 °C.  
I: 20-24 °C.  
Humedad relativa: 45-65%.

### RADIACIONES

- IONIZANTES: tubos catódicos pantallas, RX de baja energía y poca penetración.
- ELECTROMAGNÉTICAS: aparatos eléctricos.

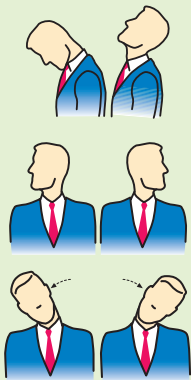
## ASPECTOS PSICOSOCIALES Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

### FORMA DE TRABAJO

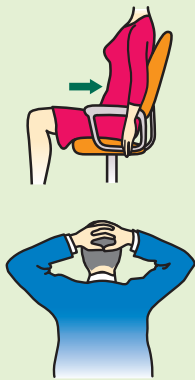
- Sobrecarga y subcarga de trabajo.
- Repetitividad: monotonía, insatisfacción. VARIOS TIPOS DE TAREAS.
- Presión de tiempos: AUTONOMÍA. RITMO DE TRABAJO ADECUADO.
- Aislamiento: PAUSAS.

## EJERCICIOS DE RELAJACIÓN MUSCULAR

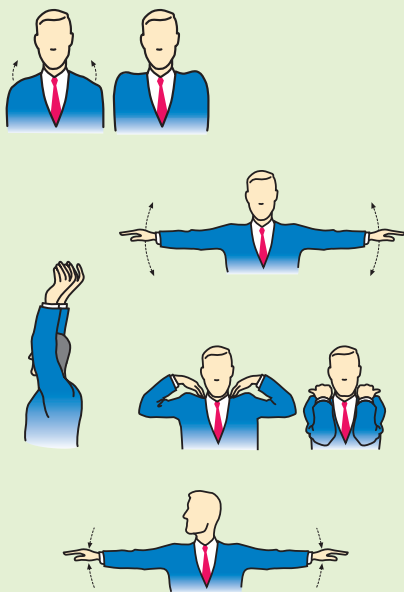
### CUELLO



### ESPALDA



### EXTREMIDADES SUPERIORES



### EXTREMIDADES INFERIORES



### EJERCICIOS DE RELAJACIÓN OCULAR



*(Éste sería el caso del trabajo con aplicaciones informáticas que reemplazan eficazmente los procedimientos tradicionales de trabajo, pero requieren el empleo de pantallas de visualización, o bien de tareas que no podrían realizarse sin el concurso de dichos equipos.)*

2. No poder decidir voluntariamente si utiliza o no el equipo con pantalla de visualización para realizar su trabajo.

*(Por ejemplo, cuando sea la empresa quien indique al trabajador la necesidad de hacer su tarea usando equipos con pantalla de visualización.)*

3. Necesitar una formación o experiencia específicas en el uso del equipo, exigidas por la empresa, para hacer su trabajo.

*(Por ejemplo, los cursos impartidos por la empresa al trabajador para el manejo de un programa informático o la formación y experiencia equivalente exigidos en el proceso de selección.)*

4. Utilizar habitualmente equipos con pantallas de visualización durante períodos continuos de una hora o más.

*(Las pequeñas interrupciones, como llamadas de teléfono o similares, durante dichos períodos, no desvirtúan la consideración de trabajo continuo.)*

5. Utilizar equipos con pantallas de visualización diariamente o casi diariamente, en la forma descrita en el punto anterior.

6. Que la obtención rápida de información por parte del usuario a través de la pantalla constituya un requisito importante del trabajo.

*(Por ejemplo, en actividades de información al público en las que el trabajador utilice equipos con pantallas de visualización.)*

7. Que las necesidades de la tarea exijan un nivel alto de atención por

parte del usuario; por ejemplo, debido a que las consecuencias de un error puedan ser críticas.

*(Éste sería el caso de las tareas de vigilancia y control de procesos en los que un error pudiera dar lugar a pérdidas materiales o humanas.)*

### ACLARACIONES RELATIVAS AL ESQUEMA

1. Para determinar los puestos que han de ser objeto de la evaluación, aplicar los criterios dados en la presente Guía para interpretar el alcance de los artículos 1 y 2 del Real Decreto 488/1997 (exclusiones y definición de «pantalla de visualización», «puesto de trabajo» y «trabajador»).

2. Éste sería el caso de las actividades de control de tráfico aéreo, salas de control de grandes plantas industriales o centrales de energía, etc.

Por el contrario, en la mayoría de los puestos con pantallas de visualización que existen en las oficinas bastará con aplicar un test de evaluación.

3. El estudio ergonómico en profundidad requerirá la intervención de un experto o grupo multidisciplinar de expertos y la utilización de metodologías especiales de análisis. El empleo de estos recursos sólo se justificaría en casos muy concretos.

4. Existe una versión informatizada de este test («PVCHECK») destinada a facilitar la evaluación de grandes cantidades de puestos con pantallas de visualización. En todo caso, se pueden utilizar otros métodos de evaluación equivalentes, adecuadamente validados.

5. *Manual de normas técnicas para el diseño ergonómico de puestos con pantallas de visualización*, editado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, así como en las partes aprobadas de las normas técnicas UNE-EN29241 (ver la relación de fuentes de información al final de la presente Guía).

# CUATRO AÑOS

La duración de la formación del médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria, con el nuevo programa en la mano, es de cuatro años. En esta sección se mostrará ese programa,

paso a paso, desmenuzándolo y aclarando dudas. No dudes en participar. Esta sección está abierta (como todas) a tu opinión.

## Los valores profesionales y el perfil profesional del médico de Familia

### COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia.

**E**n la actualidad, la sociedad civil tiene nuevas demandas en salud derivadas de los profundos cambios y nuevos fenómenos que en la misma se están produciendo, a los que no puede ser ajeno el médico de Familia y frente a los que su función en el conjunto social no sólo puede centrarse en elevar su nivel de formación y dar respuesta a los servicios que se le requieren, sino también en potenciar los valores que legitiman su papel en la sociedad.

#### LOS VALORES PROFESIONALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Los médicos tienen unos valores que definen sus compromisos profesionales con la sociedad; el aprendizaje, la interiorización de estos valores son imprescindibles para una adecuada actividad profesional. Enseñar, transmitir estos valores, forma parte del trabajo de un tutor; aprenderlos y asimilarlos es esencial para que un residente llegue a ser un buen médico de Familia.

Podemos agrupar los valores del médico de Familia en cinco compromisos: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, con la propia especialidad y con la ética.

#### Compromiso con las personas

El ciudadano es el protagonista de la atención que presta el médico de Familia, sus actuaciones, por encima de cualquier otro interés, están encaminadas a la mejora y mantenimiento de su salud. Las personas dan sentido a la profesión, se persigue obtener su confianza para que consulten siempre que lo precisen. El mejor médico de Familia es aquel que más colabora en conseguir unos buenos resultados en la salud del colectivo al que atiende.

Respetar la autonomía del ciudadano no es sólo un deber ético, sino un objetivo de salud. El médico de Familia facilita la información necesaria para que el propio paciente decida, con su colaboración, el curso de la atención que prefiere. A este respecto, la promoción de la autonomía del paciente para autocuidarse es, en sí misma, un objetivo de salud esencial; utópicamente, el médico de Familia persigue que sus pacientes sean tan autónomos que dejen de necesitarle. Su fin no es hacerse imprescindible para los pacientes, sino procurar que aprendan a autocuidarse.

Al médico de Familia le importa cada persona en su conjunto y a lo largo de toda su vida. Su ejercicio profesional no se limita a los casos clínicos o

asistir enfermedades, sino que atiende a personas con unos determinados problemas y creencias, inmersas en un contexto familiar y social que constituye un todo indivisible que también es objeto de su quehacer diario.

#### Compromiso social

El médico de Familia, en su función de puerta de entrada al sistema sanitario, o mejor aún, de agencia de salud de los ciudadanos o de gestor de casos y coordinador de flujos, tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. Es conocedor de que el uso inadecuado de un recurso sanitario (un fármaco, una prueba complementaria, una consulta a otro médico, etc.) no sólo representa un riesgo de iatrogenia para el paciente, sino también un gasto innecesario que priva al conjunto de la población de otros recursos. Por ello, el médico de Familia tiene un compromiso social en el uso eficiente de los recursos sanitarios y en evitar activamente la discriminación en el acceso a los servicios de salud.

Como profesional que trabaja en el primer nivel de atención, el médico de Familia debe asegurar una atención rápida a los ciudadanos que lo precisen, evitando la creación de barreras que dificulten el acceso a sus servicios

o que favorezcan el acceso directo de los mismos a otros servicios más especializados. Por ello, el médico de Familia se esfuerza en organizar su trabajo y el de sus colaboradores, de tal forma que pueda atender sin demoras las demandas de los ciudadanos.

El médico de Familia conoce la relevancia de su papel dentro del sistema sanitario, pero la ejerce con humildad, porque sabe la influencia que tienen en la salud los factores sociales y económicos y, por ello, detecta y colabora en la mejora de las condiciones de vida de la población a la que atiende.

### Compromiso con la mejora continua

El médico de Familia toma sus decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas y, por ello, mantiene al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, reconociendo a estos efectos el valor del equipo en el que trabaja y minimizando la posibilidad de cometer errores a través de la mejora continua y el compromiso científico con la especialidad.

El perfil profesional del médico de Familia y su compromiso con la persona, con la sociedad y con la mejora continua, le convierten en un profesional necesario para el buen funcionamiento del sistema sanitario.

### Compromiso con la propia especialidad y con la formación de nuevos profesionales

La polivalencia, la transversalidad y la incertidumbre con la que trabaja continuamente el médico de Familia, no se consideran una limitación, sino una característica propia de la especialidad y un incentivo para participar activamente en el desarrollo, consolidación y actualización del cuerpo doctrinal de esta especialidad.

El médico de Familia sabe que su especialidad puede mejorar y, por ello, valora y participa en la formación de nuevos residentes, a los que transmite, sin



limitaciones, cuanto sabe, contribuyendo a que los nuevos especialistas sean incluso mejores que él mismo.

Como tutor de nuevos profesionales, el médico de Familia ayuda a aprender a las nuevas generaciones de residentes, sabiendo que en el proceso de enseñar él mismo también aprende.

El compromiso del médico de Familia con su especialidad determina también su disposición a investigar sobre aquellas cuestiones que son pertinentes para el desarrollo de la misma, a fin de ofrecer un mejor servicio a la sociedad.

### Compromiso ético

El médico de Familia es exigente con la Administración sanitaria y con el resto de actores del sistema sanitario, reivindicando su buen funcionamiento. Las limitaciones de dicho sistema no le impiden mantener una actitud ética irreprochable en sus relaciones con los pacientes, con la sociedad en general, con la empresa sanitaria para la que trabaja y con la industria farmacéutica.

El compromiso ético del médico de Familia se basa, sobre todo, en el res-

peto a la autonomía del paciente, asegurando su derecho a la intimidad y a la confidencialidad de su proceso. En sus actuaciones clínicas, y teniendo en cuenta su ámbito de actuación, antepone de manera especial el principio de no maleficencia al de beneficencia del paciente.

El médico de Familia es especialmente cuidadoso y honesto en sus relaciones con la industria farmacéutica y en sus tareas de docencia y de investigación, evitando que sus lícitos intereses particulares se antepongan a las necesidades de la población que atiende.

### PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA

El perfil del médico de Familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud.

Estas características específicas del perfil profesional del médico de Familia conforman un cuerpo propio de conocimientos derivado, fundamentalmente, de su ámbito de actuación específico: el de la Atención Primaria de Salud y de una forma propia de llevar a cabo dicha Atención a través de un enfoque biopsicosocial, en el que adquieren verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de promoción y prevención, rehabilitación y cuidado paliativo.

A efectos didácticos, este perfil profesional se plasma en las cinco áreas competenciales siguientes sobre las que existe un alto nivel de consenso en la Unión Europea.

### Área docente de competencias esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión y bioética

La principal herramienta del médico de Familia es su capacidad de comunicación con los ciudadanos que diariamente atiende, por lo que es esencial que desarrolle la capacidad de escuchar y empatía necesarias para la correcta relación con los usuarios.

El médico de Familia atiende habitualmente a personas con problemas de salud poco definidos, en estadios precoces de su historia natural y a menudo banales, por lo que debe tener la capacidad de razonamiento adecuada para distinguir aquellas situaciones que son más graves, elaborando una orientación diagnóstica más concreta, a partir de una queja muy indefinida. En el aprendizaje del razonamiento clínico y la toma de decisiones, son de gran ayuda los protocolos y guías de práctica clínica, en cuya elaboración participará el residente, aprendiendo a usarlos.

El médico de Familia realiza su trabajo en el seno de un equipo de profesionales de Atención Primaria con objetivos compartidos y para un mismo

grupo poblacional, por lo que debe aprender a trabajar en equipo, a identificar y fijar objetivos comunes, así como a establecer normas de funcionamiento interno y mecanismos de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención sanitaria.

Para el correcto desempeño de su trabajo, el médico de Familia deberá aprender a distribuir adecuadamente su jornada diaria entre las diversas funciones a desarrollar, organizando eficientemente su consulta, haciendo un uso racional de las pruebas complementarias, de los recursos terapéuticos y de las interconsultas con otros especialistas.

En el ámbito de la Atención Primaria, la información es la base del conocimiento para establecer diagnósticos y para la toma de decisiones, por lo que el médico de Familia sabrá utilizar los registros y sistemas de información y las herramientas informáticas necesarias, velando por el uso confidencial de todos los datos.

El aprendizaje de la medicina basada en la evidencia y la utilización de los recursos de Internet son instrumentos fundamentales en el campo de la gestión clínica.

El médico de Familia aprenderá el marco teórico y las dimensiones de la calidad asistencial, sus herramientas de medición, su estructura, proceso y resultado para conocer y mejorar la calidad de su trabajo, promoviendo actividades de evaluación y mejora que le permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y de los profesionales.

El médico de Familia deberá estar capacitado para desarrollar acciones de administración y gestión básicas en establecimientos de Atención Primaria.

Durante su período de formación, el médico de Familia incorporará a sus actividades los valores y aspectos éticos

de la profesión tanto en su relación con el paciente (respeto, intimidad, confidencialidad, autonomía, consentimiento informado) como en otros ámbitos de su quehacer profesional (en la prescripción, en la distribución de recursos, en la investigación, en sus relaciones con la industria farmacéutica, etc.).

### Área docente de competencias relativas a la atención al individuo

El médico de Familia es fundamentalmente un buen médico clínico que debe prestar atención a los individuos de forma continuada a lo largo de su vida, tanto en la consulta como en el domicilio, de forma programada, a demanda o urgente, para los problemas agudos y para los crónicos, realizando su trabajo de forma eficaz y eficiente.

La atención a la globalidad (al conjunto de la persona) y la longitudinalidad (a lo largo de toda la vida) son dos características esenciales del perfil profesional del médico de Familia, que realizará las historias clínicas de sus pacientes desde una perspectiva que integre los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de la salud y la enfermedad.

El médico de Familia adquirirá las habilidades técnicas para un correcto diagnóstico, mediante el manejo y la valoración de las pruebas diagnósticas disponibles en su medio, estando capacitado para llevar a cabo respecto a cada proceso individual de atención sanitaria:

- Un plan diagnóstico, que incluya la realización de un correcto diagnóstico diferencial, una correcta interpretación de las pruebas complementarias y, en su caso, la integración de las opiniones de otros especialistas.
- Un plan terapéutico farmacológico o no farmacológico que elaborará y negociará con el paciente, utilizando correctamente los fármacos u

otras terapias accesibles al médico de Familia.

- Un plan de seguimiento con evaluación de la adherencia al tratamiento y los resultados alcanzados, garantizando la atención continuada y específica en determinadas situaciones, como las relativas a individuos discapacitados, inmovilizados, enfermos terminales que precisen cuidados paliativos, o también al niño, al adolescente, a la mujer, al anciano, etc.

En su contacto con el paciente, el médico de Familia valorará también la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción integradas, por su evidencia, en la práctica asistencial. Se trata de adoptar medidas de educación para la salud y prevención primaria y secundaria para los procesos más prevalentes en la población, como son los relacionados con las enfermedades infectocontagiosas, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la infancia y la adolescencia, la mujer, las personas ancianas...

El médico de Familia tiene que desarrollar, con absoluto respeto a los derechos de intimidad, confidencialidad y autonomía del paciente, las suficientes habilidades para que en la entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud, se establezca un proceso de comunicación consentido por el paciente que desarrolle los aspectos específicos de la relación asistencial delimitando el motivo de la consulta y evaluando el problema de salud de que se trate.

### Área docente de competencias relacionadas con la atención a la familia

La familia tiene una gran importancia en cómo y de qué enferman sus miembros. El médico de Familia deberá entender a cada familia como una unidad que actúa a dos niveles, como

parte del contexto social en que se desenvuelve la vida y la salud, y como recurso para la salud.

El residente deberá ver a la familia como un sistema, incorporar la entrevista familiar, realizar e interpretar el genograma, conocer los ciclos vitales de la familia, la transición de las etapas y los acontecimientos vitales estresantes, evaluándolos y conociendo sus repercusiones.

Es importante que el médico de Familia adquiera habilidades para el asesoramiento, intervención y mediación familiar, conociendo las herramientas que permiten identificar los recursos familiares, la red y el apoyo social que tienen las personas y sus familias, así como los instrumentos que permiten conocer las disfunciones y problemas psicosociales de origen familiar.

### Área docente de competencias relacionadas con la atención a la comunidad

Para mejorar la salud y disminuir las desigualdades, el médico de Familia debe intervenir sobre los determinantes de la salud que están en un contexto físico y social distinto al del sistema sanitario. La orientación comunitaria del médico de Familia comienza a través de su atención al individuo, ya que toda su actividad en esta área debe realizarla contextualizada en el entorno de la persona, aprovechando sus recursos y minimizando sus déficits.

A tal fin, el médico de Familia debe obtener la información suficiente para identificar las necesidades de salud de la población, considerando a la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando a los grupos de riesgo que, por razones de clase social, género, etnia, edad, etc., sufren desigualdades en salud, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios y conseguir el acceso al sistema sanitario de los sujetos más vulnerables.

En su faceta de atención a la comunidad, el médico de Familia debe aprender, por un lado, a utilizar sistemas de vigilancia epidemiológica que le permita conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud y, por otro, a cooperar activamente con las organizaciones comunitarias (ONGs, asociaciones de ayuda mutua, etc.) y demás instituciones que persiguen mejorar la salud del conjunto de la población.

### Área docente de competencias relacionadas con la formación e investigación

El médico de Familia debe ser un profesional en continuo proceso de formación que mantiene y mejora constantemente su competencia profesional, debiendo adquirir las habilidades necesarias para preparar y exponer sesiones clínicas, bibliográficas, de revisión, etc., colaborando, asimismo, en la formación, de pregrado y de postgrado, en Medicina de Familia.

El médico de Familia aprenderá a hacer una búsqueda bibliográfica, conocerá las bases de datos, los recursos de información y documentación médica y la forma de obtener información basada en la evidencia.

El médico de Familia ha de saber evaluar la calidad y la importancia de los resultados de investigación publicados en revistas científicas, adquiriendo el hábito de la lectura crítica y los conocimientos básicos para desarrollar un proyecto de investigación destinado a responder preguntas e hipótesis procedentes de su trabajo, adquiriendo los conocimientos y métodos propios de la epidemiología clínica y de la medicina basada en la evidencia para ser capaz de efectuar un análisis de la situación de salud de la comunidad bajo la conducción del equipo básico de salud (médico de Familia y enfermera).

# ENREDADOS

## Enlaces de interés

Mensaje nuevo

Enviar Chat Adjuntar Agenda Tipo de letra Colores Borrador

Para: [forum-4@enredados.es](mailto:forum-4@enredados.es)

Cc:

Asunto:

---

### ENLACES DE INTERÉS

**SOCIEDADES CIENTÍFICAS** 

- ▶ SEMERGEN  
(Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)
- ▶ SEMG  
(Sociedad Española de Medicina General)
- ▶ semFYC  
(Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)

**BÚSQUEDAS** 

- ▶ Cochrane [www.cochrane.es](http://www.cochrane.es)
- ▶ Embase [www.embase.com](http://www.embase.com)
- ▶ Fisterra [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
- ▶ Google.es [www.google.es](http://www.google.es)
- ▶ Medline [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)

**OTRAS PÁGINAS** 

- ▶ Revista FORUM 4 [revistaforum4@semergen.es](mailto:revistaforum4@semergen.es)
- ▶ Bioética [www.bioeticaweb.com](http://www.bioeticaweb.com)
- ▶ Diario Médico [www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)
- ▶ EL Médico Interactivo [www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)
- ▶ Fundación Ciencias de la Salud [www.fcs.es](http://www.fcs.es)
- ▶ Historia de la Medicina [www.historiadelamedicina.org](http://www.historiadelamedicina.org)
- ▶ Medicina basada en la evidencia [www.ebm.isciii.es](http://www.ebm.isciii.es)
- ▶ Ministerio de Sanidad y Consumo [www.msc.es](http://www.msc.es)
- ▶ Prensa escrita [www.prensaescrita.com](http://www.prensaescrita.com)
- ▶ MIR en el extranjero [www.geocities.com/cothies/index.html](http://www.geocities.com/cothies/index.html)
- ▶ El portal para la comunidad MIR [www.residentialia.com](http://www.residentialia.com)
- ▶ La asociación española de médicos internos [residenteswww.aemir.org](http://residenteswww.aemir.org)

**CURSOS** 

- ▶ Bioestadística [www.hrc.es](http://www.hrc.es)
- ▶ Cefalea [www.redcefaleas.org](http://www.redcefaleas.org)
- ▶ Dolor [www.formaciondolor.com](http://www.formaciondolor.com)
- ▶ Esteve [www.esteve.es](http://www.esteve.es)
- ▶ HTA [www.seh-lelha.org](http://www.seh-lelha.org)
- ▶ Salud Mental [www.merckefg.com](http://www.merckefg.com)
- ▶ Trainmed [www.netmir.com](http://www.netmir.com)

# NOTICIAS MIR

## La Fiscalía del Supremo estima el recurso de CESM y AEMIR contra el decreto MIR

Sección dedicada a la gente interesada en acceder al sistema de intercambio entre universidades españolas SICUE y pasar un año en otra ciudad del Estado, conociendo otras Facultades de

Medicina y disfrutando de nuevas experiencias. Os ofreceremos información interesante sobre distintas Facultades españolas y alguna europea, para los que se decanten por un Erasmus.

El recurso interpuesto por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y AEMIR contra el real decreto que regula la relación laboral de los médicos internos residentes ha franqueado el primer umbral en el camino hacia una sentencia definitiva.

Este paso consiste en que el fiscal de sala del Tribunal Supremo que lleva el caso acaba de pronunciarse a favor de que se estime el recurso, para lo cual da por buena la argumentación del sindicato de que se vulneraron sus derechos a ser tenido en cuenta en el trámite de audiencia previo a la aprobación de la norma.

El criterio del fiscal de la sala séptima de lo Contencioso-Administrativo resulta muy taxativo al respecto. Admite que el Ministerio de Sanidad obvió el artículo 23 de la Constitución española (el que dice que «Los ciudadanos españoles tienen derecho a participar en los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes, libremente elegidos») y que ello supone una «violación del derecho de dicho sindicato y, a su través, de todos los médicos afiliados, a participar en los asuntos públicos».

Admite, en definitiva, que el «sindicato más representativo» del sector médico (como se pone manifiesto de nuevo en las elecciones sindicales que llevan ahora a cabo de forma gradual en toda España) ha sido «privado de la oportunidad de proporcionar su opinión» sobre una norma que, cabe recor-



dar, fue aprobada en Consejo de Ministros el pasado 6 de octubre.

El sindicato CESM y la Asociación Española de Médicos Internos Residentes (AEMIR) presentaron el recurso antes de que finalizase el plazo de los 15 días reglamentarios para hacerlo.

En el momento de decidir plantear la impugnación, el secretario gene-

ral de CESM, doctor Carlos Amaya, avanzó que los médicos tenían la firme intención de «desmontar punto por punto» el contenido de una norma «que ha logrado el difícil objetivo de no contentar a nadie, salvo, se supone, que a sus promotores oficiales, y que además desde un punto de vista jurídico presenta graves carencias».

## NOTICIAS MIR

# AMIRPAST (Asociación de Médicos Internos Residentes del Principado de Asturias)

Estimados compañeros:

La Asociación de Médicos Internos Residentes del Principado de Asturias (AMIRPAST), constituida el 23 de enero de 2007 e inscrita en el Registro de Asociaciones del Principado de Asturias el 25 de enero de 2007, es un asociación independiente de cualquier corriente política y sindical que agrupa a todos los licenciados internos residentes del Principado de Asturias (MIR, BIR, FIR, QUIR).

AMIRPAST nace con vocación de defender los intereses de un colectivo muy poco considerado por la Administración, siendo, en la actualidad, uno de sus objetivos prioritarios el iniciar conversaciones con la Consejería de Salud

del Principado de Asturias y el Servicio de Salud del Principado de Asturias para exigir la aplicación del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. Dicho Real Decreto deja en manos de las autonomías las competencias en cuanto al desarrollo y aplicación del mismo en el marco de las políticas laborales sanitarias de cada Comunidad Autónoma. El Principado de Asturias es en estos momentos una de las pocas Autonomías en las cuales no se han iniciado los trámites para la aplicación de dicho Real Decreto. Por todo ello, AMIRPAST solicita vuestra colaboración para poder transmitir a la sociedad astu-

riana y española la situación actual de los licenciados internos residentes de la región, pieza fundamental en la calidad de la asistencia sanitaria pública del Principado de Asturias.

Agradeciendo de antemano su colaboración nos ponemos a su disposición a fin de facilitarles detalladamente toda la información relativa a la problemática de este colectivo.

Atentamente

### **AMIRPAST**

(Asociación de Médicos Internos Residentes del Principado de Asturias)

E-mail: [amirpast@hotmail.com](mailto:amirpast@hotmail.com)

Tel: 678 77 98 55



# Decálogo de reivindicaciones MIR



1. Sueldo base según categoría profesional: licenciado (grupo A) actualmente fijado en 1.091,92 euros mensuales.
2. Complemento de grado de formación desde el primer año de residencia: 20% respecto del sueldo base para residentes de primer año (R1), incremento sobre el que se aplicaría el 10% anual hasta concluir la residencia y llegando al 60% para los R5.
3. Dedicación exclusiva laboral voluntaria y retribuida. Eliminación de la dedicación exclusiva formativa.
4. Retribución de la hora de atención continuada del 50% respecto al adjunto para el R1; 60% para R2; 70% para R3 y 75% para R4 y R5; no siendo en ningún caso inferiores a 12 euros para R1 y R2 y de 18 euros para R3, R4 y R5.
5. Aplicación de un complemento de nocturnidad, festividad y peligrosidad.
6. Establecer un mínimo de 3 guardias y un máximo de 6 al mes, garantizando la libranza de guardias.
7. Limitación de la jornada máxima a 48 horas semanales en cómputo semestral.
8. Participación en la elección del tutor, así como que se reconozca económica y profesionalmente su figura.
9. Mismas medidas para la conciliación de la vida familiar y laboral que para el personal facultativo.
10. Reconocimiento del tiempo de residencia en el cómputo de trienios y de carrera profesional.

## Los MIR de Murcia pactan con Sanidad uno de los mejores acuerdos de toda España

Los Médicos Internos Residentes (MIR) de la Región de Murcia han conseguido pactar con la Consejería de Sanidad «uno de los mejores acuerdos de toda España» en el terreno laboral y que lleva implícitos una serie de beneficios para éstos, según anunciaron el presidente del Sindicato Médico (CESM), Francisco Miralles, y el de la Sección MIR del mismo sindicato, Alberto González.

No obstante, Miralles aclaró que la decisión de la Administración regional consiste en que estas mejoras laborales «se sacarán por resolución», ya que, puntualizó, «una firma con un sindicato los ponía en una situación difícil».

En este sentido, dijo confiar «plenamente» en que estas medidas pactadas «se lleven a cabo, cómo y en qué plazos», y que comenzarán a aplicarse una vez que salgan publicadas en el *Boletín Oficial de la Región de Murcia (BORM)* y que calculó para «marzo o abril».

Asimismo, la vocal de Médicos en Formación del Colegio de Médicos, Rocío Martín, recordó que para conseguir un acuerdo común entre los propios internos residentes «se recogieron más del 50% de las firmas de éstos en toda la Región —más de 300—» y que, a la vez, «consiguieron concienciarse de la problemática de la situación, ya que demandaban luchar y una serie de mejoras laborales».

Esta negociación ya viene del pasado año, cuando salió el Real Decreto 1146/2006 del 6 de octubre para los residentes de toda España, pero que dejaba competencias para las Comunidades Autónomas y que, según el vicepresidente del Sindicato Médico, Antonio Domínguez, «no fue firmado por ningún médico de Madrid, por lo que surgió una movilización de repercusión nacional con todas las sociedades de MIR».

Ante esta situación, la Plataforma Pro-MIR de Murcia —integrada por la Sección MIR del Sindicato Médico, la Vocalía del Colegio de Médicos, la Asociación MIR de Murcia y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc)— decidió trasladar a la Consejería de Sanidad una serie de propuestas de mejora laboral, «en contra de este Real Decreto», según indicó el secretario de la Sección MIR del Sindicato de Médicos, Eusebio Martínez.

Y es que, a juicio de González, «los MIR han estado bastantes años en una situación de precariedad laboral», al tiempo que dejó claro que «no sólo nos movemos en el dinero». En esta línea, también destacó que los MIR de Murcia «apoyan la propuesta de la Plataforma Pro-MIR de España de llevar al Tribunal Constitucional este Real Decreto», puesto que, denunció, «no está firmado por ningún médico».

# CONGRESOS, ENCUENTROS Y JORNADAS

## **JUNIO DE 2007**

XIV Congreso Nacional y VIII Internacional de la Medicina General Española. Salamanca. Del 13 al 16 de junio de 2007. Sociedad Española de Medicina General, SEMG. [semg@semg.es](mailto:semg@semg.es)

IX Congreso SEMERGEN Galicia. Balneario de Mondariz. Del 22 al 24 de junio de 2007. [www.semergen.es](http://www.semergen.es)

## **JULIO DE 2007**

I Congreso de Psicogeriatría, Demencias y Enfermedad de Alzheimer de la República Dominicana. Hotel Barceló Lina. Santo Domingo (República Dominicana). Del 11 al 13 de julio de 2007. [comisiones@cmd.org.dom](mailto:comisiones@cmd.org.dom)

## **SEPTIEMBRE DE 2007**

XXI Congreso Mundial de Dermatología. Buenos Aires (Argentina). Del 30 de septiembre al 5 de octubre de 2007. [info@dermato2007.org](mailto:info@dermato2007.org)

## **OCTUBRE DE 2007**

XXIX Congreso Nacional de SEMERGEN. «Pasado y futuro, ciencia y arte». Sevilla. Del 3 al 6 de octubre de 2007. [www.semergensevilla2007.com/](http://www.semergensevilla2007.com/)

VIII Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Zaragoza. Del 24 al 26 de octubre de 2007. SEEDO. [congresoseedo@drugfarma.com](mailto:congresoseedo@drugfarma.com)

XXIII Congreso de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Pamplona. Del 25 al 27 de octubre de 2007. [www.accionmedica.com](http://www.accionmedica.com)

IV Congreso Internacional de Medicinas Complementarias. Universidad

de Chile, Santiago (Chile). Del 26 al 27 de octubre de 2007. Escuela Internacional de Medicina y Cultura Oriental. [info@escuelainternacional.cl](mailto:info@escuelainternacional.cl)

## **NOVIEMBRE DE 2007**

XXVII Congreso Nacional de SEMFYC. Valladolid. Salamanca. Del 7 al 10 de noviembre de 2007. [www.semfyc.es](http://www.semfyc.es)



# NORMAS DE PUBLICACIÓN

## NORMAS DE REMISIÓN DEL TRABAJO A LA REVISTA

1. Se remitirá únicamente a través de correo electrónico a la dirección **revistaforum4@semergen.es**, indicando en asunto «trabajo para su publicación».
2. Todo trabajo se acompañará de una **CARTA DE PRESENTACIÓN** dirigida al Comité de Redacción de la Revista **FORUM 4** y que constará de:
  - ¿Qué se remite? (carta al director, fotografía, algoritmo, original...).
  - Indicar sección de la revista **FORUM 4** en la que desea su publicación.
  - Motivo de su remisión y ¿qué aporta a los lectores de la revista **FORUM 4**?
  - Relación de autores con nombres, apellidos, DNI, situación laboral/centro de trabajo/situación académica.
  - Información sobre cualquier publicación previa o duplicada o la presentación de cualquier parte del trabajo en otra revista o medio de difusión.
  - Una declaración sobre aspectos de financiación o de cualquier otro tipo que pudiera llevar a un conflicto de intereses.
  - Una declaración de que todos los autores han leído y aprobado el trabajo, de que los requisitos para la autoría se han cumplido y de que cada autor opina que el trabajo obedece a un esfuerzo honrado.
  - Nombre y apellidos, dirección postal y electrónica y número de teléfono y fax del autor con el que ha de mantenerse el diálogo o correspondencia, y que se responsabiliza de que los datos que se aportan son ciertos y consentidos y de hacer saber a los demás cualquier cambio o modificación posterior del trabajo y del consentimiento para tal fin.
  - Se hará constar la presencia o ausencia de los permisos para la reproducción de material ya publicado, para usar figuras o fotografías o suministrar información acerca de personas identificables, o para nombrar a determinadas personas por su colaboración.
  - El título del trabajo.
3. Todo trabajo estará elaborado atendiendo a las **NORMAS DE VANCOUVER (requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, quinta edición 1997)**.
4. Todo trabajo será remitido siguiendo unas **ESPECIFICACIONES** para el **TEXT0**:

Programa procesador de textos: Word 98 o superior.

Formato: fuente: Times New Roman; estilo: normal; tamaño: 12.

Párrafo: alineación: justificada; interlineado: sencillo; sangría derecha: 0 mm; sangría izquierda: 0 mm.

Configurar página: tamaño de papel: DIN A-4.

Márgenes: superior: 2,5 cm; inferior: 2,5 cm; interior: 2,5 cm; exterior: 2,5 cm.
5. El **CONSEJO DE REDACCIÓN** comunicará, vía correo electrónico, la recepción del trabajo y el código que lo identificará para posteriores comunicaciones. La no aceptación del trabajo para su publicación le será comunicada al autor y no habrá responsabilidad alguna sobre el trabajo rechazado.

# NORMAS DE PUBLICACIÓN

## Aspectos más importantes de las normas Vancouver (1997)

### COLABORACIONES ESPECIALES. REQUISITOS DE UNIFORMIDAD PARA MANUSCRITOS PRESENTADOS A REVISTAS BIOMÉDICAS

En 1978, un pequeño grupo de directores de revistas médicas generales se reunieron informalmente en Vancouver (Columbia Británica) para establecer las pautas relativas al formato de los manuscritos enviados a sus revistas. Este grupo llegó a ser conocido como el Grupo de Vancouver. Sus requisitos de uniformidad para los manuscritos, incluidos los formatos para las referencias bibliográficas desarrollados por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, fueron publicados por vez primera en 1979. El Grupo de Vancouver creció y evolucionó para convertirse en el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (CIDRM), que se reúne anualmente y que, poco a poco, ha ido ampliando los temas estudiados.

El comité ha elaborado 5 ediciones de los «Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas». Con el tiempo, han ido surgiendo aspectos que van más allá de la elaboración de los manuscritos. En los «Requisitos de Uniformidad» se tratan ya algunos de estos aspectos; otros se tratan en informes específicos. Cada uno de estos informes se ha publicado en una revista de carácter científico.

La quinta edición (1997) es un esfuerzo para reorganizar y redactar de otra manera la cuarta edición, con objeto de aumentar la claridad y tratar los asuntos sobre derechos, intimidad, descripción de métodos y otras cuestiones. El contenido íntegro de los «Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revis-



tas Biomédicas» puede ser reproducido sin tener en cuenta los derechos de autor, con propósitos educativos sin ánimo de lucro; el comité anima a la distribución de este material.

A las revistas que están de acuerdo con el uso de los «Requisitos de Uniformidad» (lo hacen más de 500) se les pide que mencionen el documento de 1997 en sus instrucciones a los autores. Para cualquier duda o comentario pueden dirigirse a: Kathleen Case, Secretariado del CIDRM, Annals of Internal Medicine, American College of Physicians, Independence Mall W., Sixth St. at Race, Filadelfia, PA 19106-1572, Estados Unidos (teléfono: 215-351-2661; fax: 215-351-2644; e-mail: kathy@acp.mhs.compuserve.com).

Las publicaciones representadas en el CIDRM en 1996 fueron las siguientes: *Annals of Internal Medicine*, *British Medi-*

*cal Journal*, *Canadian Medical Association Journal*, *Journal of the American Medical Association*, *Lancet*, *Medical Journal of Australia*, *New England Journal of Medicine*, *New Zealand Medical Journal*, *Tidskrift for den Norske Laegeforening*, *Western Journal of Medicine* e *Index Medicus*.

Es importante hacer hincapié en lo que estos requisitos implican y lo que no.

En primer lugar, los «Requisitos de Uniformidad» son instrucciones para los autores sobre cómo elaborar los trabajos y no para los directores sobre el estilo de la publicación. (Aunque muchas revistas los han utilizado para ciertos aspectos de estilo en su publicación.)

En segundo lugar, si los autores elaboran sus trabajos de acuerdo con el estilo especificado en estos requisitos, los directores de las revistas participantes en este acuerdo se comprometen a no devolvérselos para que efectúen cambios en el estilo antes de tenerlos en cuenta para su publicación. Sin embargo, durante el proceso de publicación, las revistas podrían alterar los trabajos admitidos con objeto de adecuarlos a ciertos aspectos de su estilo de publicación.

En tercer lugar, los autores que envíen trabajos a una revista que asume los requisitos de uniformidad no deberán tratar de elaborarlos de acuerdo con el estilo de publicación de esa revista, sino que deberán seguir los «Requisitos de Uniformidad».

Los autores deben también respetar las instrucciones de la revista dirigidas a ellos, como, por ejemplo, qué temas son adecuados para esa revista y el tipo de artículos que pueden enviar: artículos originales, revisiones o notas clínicas. Ade-

más, es bastante probable que las normas de la revista incluyan otros requisitos específicos de la misma, como el número de copias que se deben enviar, idiomas admitidos, extensión de los artículos y abreviaturas admitidas.

Se espera que las revistas participantes declaren en sus normas para los autores que éstas siguen los «Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas» y que citen una versión publicada de los mismos.

## PUNTOS A TENER EN CUENTA ANTES DE REMITIR UN MANUSCRITO

### Publicación duplicada o redundante

Consiste en la publicación de un artículo o trabajo que coincide en lo esencial con otro ya publicado.

Los lectores de publicaciones periódicas originales se merecen el poder confiar plenamente en que lo que están leyendo es original, a menos que se especifique con claridad que el artículo se vuelve a publicar por voluntad del autor y del director. Los fundamentos para esta postura los encontramos en las leyes internacionales sobre derechos de autor, la ética profesional y el uso rentable de los recursos.

La mayoría de las revistas rechazan artículos sobre trabajos que ya han sido comentados extensamente en un artículo publicado o que forman parte de otro artículo que ya ha sido enviado o admitido para su publicación en cualquier otro medio, ya sea impreso o informático. Esta política no imposibilita a una revista tomar en consideración un trabajo que haya sido rechazado por otra, o el informe completo que sigue a la publicación de otro preliminar, como, por ejemplo, un resumen o póster presentado en una reunión científica. Tampoco impide a las revistas el tomar en cuenta un trabajo que se haya presentado en una reunión científica, pero que no ha sido publicado en su totalidad o del que se está estu-

diando la publicación en forma de resumen o algún formato similar. Los resúmenes de reuniones programadas no se considerarán como infracciones a esta regla, pero tales resúmenes no se ampliarán con datos o información adicional o copias de tablas y figuras.

El autor, siempre que envíe un trabajo, deberá elaborar una relación completa, para el director, de todas las presentaciones e informes previos que deberían considerarse como publicaciones redundantes o duplicadas de ese trabajo o de alguno que sea muy parecido y poner en conocimiento del director si el trabajo incluye aspectos que hayan sido publicados previamente. Cualquier publicación de esta naturaleza se debería mencionar y se deberían dar las referencias en el nuevo trabajo e incluir copias del material publicado, para ayudar al director a decidir cómo va a tratar el asunto.

Si se intenta hacer una publicación redundante o duplicada o se lleva a cabo sin previa notificación, los autores deben contar con que en la dirección de la revista se tomen las medidas oportunas. Como mínimo, cabe esperar que el trabajo sea rechazado de inmediato. Si el director no fuera consciente de tales infracciones y el artículo ya se hubiera publicado, es bastante probable que se publique una advertencia de publicación redundante o duplicada con o sin el consentimiento del autor.

La publicación preliminar, normalmente por parte de los medios de comunicación social, de información científica contenida en un artículo que ha sido aceptado, pero que aún no ha sido publicado, va en contra de la política de numerosas revistas. En contadas ocasiones y sólo mediante previo acuerdo con el director, puede aceptarse la publicación preliminar de datos, por ejemplo, en casos de emergencia para la salud pública.

### Posibilidad de una segunda publicación

Una segunda publicación en el mismo idioma que la primera o en otro, especialmente si se realiza en otros países,

está justificada y puede ser beneficiosa siempre y cuando cumpla las siguientes condiciones:

- Los autores cuentan con el consentimiento de los directores de ambas revistas; el director a cargo de la segunda publicación debe tener una fotocopia, reimpresión o ejemplar de la primera publicación.
- La prioridad de la primera publicación se respetará con un intervalo de, al menos, una semana entre ambas publicaciones (a menos que sea negociado de otra manera por parte de ambos directores).
- El trabajo para la segunda publicación estará destinado a un grupo distinto de lectores; podría bastar con una versión abreviada.
- La segunda versión reflejará fielmente la información e interpretaciones de la primera.
- En la segunda versión mediante una nota a pie de página se informará, a los lectores, investigadores y centros de documentación, que el artículo ya ha sido publicado en parte o en su totalidad y se hará constar la referencia de la primera publicación. Para que sea adecuada la nota a pie de página debería decir lo siguiente: «Este artículo está basado en un estudio publicado por primera vez en la revista [título de la revista y referencia completa]».
- El permiso para la segunda publicación debe ser gratuito.

## CITACIÓN DE LOS REQUISITOS DE UNIFORMIDAD

Los «Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas» y las declaraciones que se incluyen en este documento están publicados en revistas de todo el mundo (y ahora diferentes páginas web contienen el documento). Para citar la versión más reciente de los «Requisitos de Uniformidad», debemos asegurarnos de que sea una versión publicada el 1 de enero de 1997 o posteriormente a esa fecha.