

Financiación

El Instituto de Salud Carlos III ha financiado el CIBEREHD.

Bibliografía

1. Carrillo Santistevé P, Amado Guirado E, De la Fuente Cadenas JA, Pujol Ribera E, Tajada C, Calvet S, et al. Adecuación de la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos y gastroprotección en atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40:559–64.
2. Lanas A, García-Rodríguez LA, Arroyo MT, Gomollón F, Feu F, González-Pérez A, et al. Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, traditional non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations. *Gut*. 2006;55:1731–8.
3. Loke YK, Trivedi AN, Singh S. Meta-analysis: Gastrointestinal bleeding due to interaction between selective serotonin uptake inhibitors and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;27:31–40.
4. Calvet X, Gené E, Azagra R. Prevención de la toxicidad gastrointestinal por AINE en atención primaria. *Jano*. 2007;16:46:25–7.
5. Lanas A, Martín-Mola E, Ponce J, Navarro F, Pique JM, Blanco FJ. Estrategia clínica para la prevención de los efectos adversos sobre el tracto digestivo de los antiinflamatorios no esteroideos. Recomendaciones de la Asociación Española de Gastroenterología y de la Sociedad Española de Reumatología. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:485–502.
6. Chan FK, Abraham NS, Scheiman JM, Laine L. Management of patients on nonsteroidal anti-inflammatory drugs: A clinical

practice recommendation from the First International Working Party on Gastrointestinal and Cardiovascular Effects of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and Anti-platelet Agents. *Am J Gastroenterol*. 2008;103:2908–18.

7. Rostom A, Dube C, Wells G, Tugwell P, Welch V, Jolicoeur E, et al. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(4)CD002296.

Emili Gené^{a,e,f,*}, Xavier Puigdengoles^{b,e},
Xavier Calvet^{c,f} y Rafael Azagra^{d,e}

^aServei Urgencias, Hospital Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí, Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, Espanya

^bCAP St Fruitós, SAP Bages, Barcelona, Espanya

^cServei Digestiu Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí,

Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, Espanya

^dCentre d'atenció primària Badia del Vallès,

Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, Espanya

^eGrup de Patología Digestiva (CAMFiC)

^fCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 29833egt@comb.es (E. Gené)

doi:10.1016/j.aprim.2009.01.009

La polivalencia rural desde la práctica urbana

Rural medicine aptitudes from the urban practice

Sr. Director:

El pasado mes de diciembre comencé lo que será mi último año y medio de formación en un centro urbano en Barcelona. Es un buen momento para recordar mis 2 meses previos de rotación rural.

En la consulta del médico rural encontré un armario, y su contenido difiere del de mi consulta actual: parte de ese material se encuentra en la consulta de la enfermera y parte no está en ningún sitio. El médico rural ofrecía una atención integral y polivalente que me sorprendió.

¿De qué depende el encuentro entre el médico y el paciente? De características varias del paciente, del médico y de la organización. En el proceso de la atención lo que cuenta es, sobre todo, la polivalencia y la competencia clínica del profesional. Cuanto mayor sea la polivalencia y la competencia clínica, mayor es la capacidad de resolución del médico¹.

La polivalencia y la competencia clínica están relacionadas con la «integralidad», por definirse ésta como la respuesta a los problemas de salud frecuentes atendidos mediante la realización de las intervenciones que sean necesarias (lo que en un círculo virtuoso lleva a mantener la competencia clínica del médico)².

El médico rural ofrece mayor polivalencia y atención integral que el médico urbano³, ¿por qué? Hay 3 factores fundamentales que pueden explicarlo:

El primero, la situación geográfica de aislamiento propia del entorno rural. Forzado por las circunstancias, el médico rural desarrolla capacidades y se surte de más material en la consulta, con el objetivo de disminuir las derivaciones al aumentar la capacidad de resolución⁴. Por ejemplo, tener una cizalla para retirar una escayola.

El segundo, la relación con la población atendida. Un mayor conocimiento «general» del paciente lleva a aplicar con mayor efectividad el teorema de Bayes, y a solicitar menos y más oportunas pruebas diagnósticas⁵. Además, este conocimiento lleva a un uso más racional de los recursos, al ofrecerse una atención más completa, cercana y adaptada al ambiente personal y social del paciente. Por contraste, en el medio urbano se suele desconocer gran parte de la vida del paciente fuera de la consulta.

Y el tercero, el mayor acceso al médico rural. En la organización rural no hay listas de espera para que el médico rural vea al paciente, y el médico atiende sus urgencias en la consulta o en el domicilio del paciente. A veces se ofrecen horarios alternativos, los familiares de los pacientes terminales que lo precisan tienen el teléfono del médico, etc. El mayor acceso da sentido a la mayor polivalencia, y viceversa. Por ejemplo, el material de sutura nos puede servir si atendemos urgencias como pacientes con heridas que requieren suturas. En el medio urbano, los pacientes se dirigen directamente a urgencias hospitalarias o a urgencias del centro de salud.

La capacidad de resolución del médico rural puede llevar a evitar derivaciones. Por ejemplo, con el tratamiento y el control de la insuficiencia cardíaca incluso avanzada, las extracciones de cuerpos extraños en la córnea (con imán o con lazo de nailon), el empleo del espéculo vaginal para la toma de muestras, el inicio de tratamiento anti-conceptivo y la realización de cirugía menor (abcesos, lesiones cutáneas varias, etc.). La polivalencia se sustenta en un material específico (en el caso de la cirugía menor, por ejemplo, crema Emla® y anestesia local inyectable, hojas de bisturí, guantes estériles, portas, etc.) y una organización (en este mismo caso, el envío de las muestras al servicio de Anatomía Patológica y la recepción de los informes).

En mi experiencia rural, las peticiones de los pacientes seguían siendo más orientadas a la curación (por contraste con lo urbano, quizás más orientadas a la prevención). Por supuesto, a la expectativa del paciente responde el médico con una disponibilidad, con una capacidad de intervención. Y esto se realiza tanto en la propia consulta como en el domicilio del paciente, como bien lo demuestra el contenido del cabás. Este maletín contiene el material que el médico prevé que puede llegar a necesitar para dar respuestas ante situaciones urgentes y habituales.

Por último, señalar la conexión entre polivalencia, capacidad de respuesta, competencia clínica y manejo de la incertidumbre. El medio rural, como el urbano, exige del médico de cabecera el control de la incertidumbre para decidir apropiadamente el consumo de recursos. Algunos de los factores señalados pueden influir en que el médico rural maneje mejor y más serenamente la incertidumbre y asuma esa «continuidad» de atención al paciente.

doi:10.1016/j.aprim.2009.01.010

Bioética de la gestión del tiempo: ¿tiene sentido lo que hago en la consulta?

Bioethics of time management, does it make sense to do this in the clinic?

La bioética de la gestión del tiempo se pregunta sobre el uso éticamente adecuado de este recurso. El presente estudio entiende que algo tiene sentido cuando se considera correctamente orientado a un fin apropiado. Se asume que el sentido del ejercicio médico tiene que ver directamente con la orientación de éste a los fines de la medicina: prevención, alivio del sufrimiento, curación, cuidado de los que no se pueden curar, evitación de la muerte prematura y el hecho de velar por una muerte en paz¹.

El objetivo de este estudio es conocer cómo valoran y gestionan los médicos de familia de un centro de salud el tiempo de la consulta según este criterio: su orientación a los fines de la medicina.

Se trata de un estudio observacional prospectivo en el que, entre mayo y septiembre de 2008, 6 médicos de familia de un centro de salud registraron durante 10 días las consultas realizadas en su jornada laboral normal. Se definió como «consulta con sentido» a aquella que se valoró

positivamente porque cumplía con estos 2 criterios: a) se había trabajado con una orientación directa a los fines de la medicina y b) el trabajo se había dedicado a resolver un problema de salud significativo. Se definió como «consulta carente de sentido» a aquella que se valoró negativamente porque no cumplía con alguno de los criterios anteriores.

Cada médico registró con un cronómetro digital XNote Stopwatch fecha, hora de inicio y fin de la consulta, y el tiempo dedicado a cada una. Al finalizar cada consulta, se la clasificó según la principal actividad realizada en ella. Los tipos de actividad considerados para generar esta variable y su definición se exponen en la tabla 1. Los autores acordaron que las actividades dedicadas a prevención y promoción de la salud, a resolver problemas somáticos o psíquicos significativos y a la supervisión de estudios de problemas significativos que habían realizado otros médicos proporcionaban sentido a una consulta. Por el contrario, las actividades dedicadas exclusivamente a problemas banales, a tranquilizar por problemas insignificantes o a tareas meramente administrativas vaciaban de contenido y de significado el trabajo.

El análisis estadístico de los datos se hizo mediante el cálculo de porcentajes, medias y estimación para un intervalo de confianza (IC) del 95%. Para ver si hubo

Bibliografía

1. Gérvás J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. Aten Primaria. 2005;35:95-8.
2. Starfield MD. Seminario de Innovación 2007. Subspecialization versus increased comprehensiveness in Primary Care [consultado 15/1/2009]. Disponible en: URL: www.fcs.es/fcs/ppt/starfield_es.ppt.
3. Boerma WGN. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. [tesis doctoral]. Utrecht: NIVEL; 2003.
4. Gérvás J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S. Seminario de Innovación 2007. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. Aten Primaria. 2008;40:253-5.
5. Ortún V, Gérvás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc). 1996;106:97-102.

Elena Serrano Ferrández

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Atención Primaria El Carmel, Barcelona, España

*Correo electrónico: elenasf7@gmail.com
(E. Serrano Ferrández)*