

tutor fuera del centro de salud (1 mes), días libres salientes de guardia, fiestas, cursos obligatorios, despedidas y otras incidencias, quedan reducidos a no más de 4 meses de rotación efectiva.

Lo anteriormente expuesto nos llevaría a preguntarnos si conseguimos lo que nos proponemos y creemos inicialmente o hacemos una planificación demasiado optimista y nos dejamos llevar por la buena voluntad del momento. ¿Los objetivos que nos marcamos con el residente al llegar al centro de salud son excesivos? ¿Debemos medir mejor esos objetivos? ¿Nos dejamos llevar por la alegría, la vibración, el rejuvenecimiento y el entusiasmo a su llegada? ¿Cómo ser más eficientes y cumplir mejor nuestros objetivos docentes?

Tras esta breve reflexión debemos hacer hincapié en la utilidad de los planes de formación estructurados y normalizados, que tienen como finalidad el asegurar la formación de los profesionales en un periodo determinado. A veces la planificación puede resultar inadecuada por sobreestimación de los recursos y habilidades disponibles. En la construcción de los planes de formación se recomienda que las actividades deben ser suficientes en número y dificultad para alcanzar los objetivos de aprendizaje previstos, y además deberán ser proporcionalmente equilibradas en relación con los contenidos propuestos, y deben seleccionarse por su mayor o menor idoneidad en función del ritmo de aprendizaje de los alumnos.

El residente debe participar básicamente del plan de formación de la unidad docente, del de su centro de salud, y además es imprescindible un plan individual de formación adecuado a sus características personales y al contexto. Además, el tutor debe ser capaz de organizar la consulta con tiempo docente específico, bien definido y libre de otras actividades, así como acabar siempre los proyectos que comience. Esto es de vital importancia, pues el residente tiende a imitar los comportamientos y actitudes del tutor¹⁻⁵.

Como ideas para reflexionar y mejorar deberíamos preguntarnos lo siguiente: ¿dejamos al azar la planificación formativa del residente?, ¿nos consideramos tutores artistas con residentes figuras capaces de todo?, ¿realizamos un plan

de formación adaptado a las necesidades particulares del residente y a los objetivos marcados por nuestras unidades docentes?, ¿nos agobiamos con las numerosas herramientas formativas y registros de los que disponemos?, ¿porque no los conocemos bien o porque no nos interesa conocerlos?

Quizás ha llegado el momento de que, con estas orientaciones iniciales, el colectivo de los tutores de medicina familiar y comunitaria trabaje este tema tan importante pero poco contemplado, el de la formación de los residentes y que, al buscar las explicaciones y causas de esta situación, propongamos posibles soluciones.

Bibliografía

1. Saura J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten Primaria*. 2005;35: 318-324.
2. De la Revilla L. La consulta docente. En: De la Revilla L, editor. *La consulta del médico de familia. La organización de la práctica diaria*. Madrid: Ed. Cea; 1992. p. 123-31.
3. Gayoso Diz P, Viana Zulaica C, García González J, Tojal del Casero F. Los tutores de medicina de familia: actitudes y actividades de tutorización. *Aten Primaria*. 1995;15:481-6.
4. León Martínez LP, Gómez Jara P, Martínez González-Moro N, Navarro Martínez A, Guillén Montiel C, Saura Llamas J. La formación posgraduada en medicina familiar y comunitaria. La importancia de las diferencias entre la actividad asistencial del tutor y el residente. *Aten Primaria*. 1994;14:661-6.
5. Moreira VF, San Román AL. Nuestro decálogo del residente. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:517.

Mariano Leal Hernández^{a,*} y José Saura Llamas^b

^a*Centro de Salud Docente de San Andrés, Murcia, España*

^b*Unidad Docente de MF y C, Gerencia de Atención Primaria, Murcia, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arboleja@yahoo.es
(M. Leal Hernández).

doi:10.1016/j.aprim.2009.07.013

Características de las infecciones de transmisión sexual diagnosticadas en un centro de salud[☆]

Characteristics of sexually transmitted infections diagnosed in a health centre

Sr. Director:

Desde mediados de la década de 1990, los países de la Unión Europea han experimentado un incremento de los casos de

infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre todo entre los jóvenes, las minorías étnicas y los homosexuales¹.

El objetivo fundamental de nuestro estudio es estudiar las características de los casos diagnosticados de 4 ITS en los pacientes que han acudido a un centro de salud. Secundariamente, estimaremos la incidencia de cada ITS.

Se trata de un estudio descriptivo de casos realizado en Atención Primaria en el Centro de Salud San Blas de Parla, Madrid. Se estudian todos los casos de 4 ITS (condiloma acuminado, sífilis en cualquier estadio, primoinfección por herpes genital y gonococia) diagnosticadas en mayores de 15 años en este centro, entre el 1 de enero de 2000 y el 30 de septiembre de 2008 (tabla 1).

Las variables incluidas son sexo, edad, área geográfica de origen (España, Latinoamérica, África subsahariana, Magreb, Europa e India-Pakistán), diagnóstico (clínico, cultivo, serológico u otros métodos), ámbito del diagnóstico

[☆]El trabajo obtuvo el segundo premio al mejor póster en las XI Jornadas de Residentes de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria celebradas en Madrid en marzo de 2009.

Tabla 1 Distribución de los casos

	Condiloma acuminado, n (%)	Sífilis, n (%)	Herpes genital, n (%)	Gonococia, n (%)
N.º de casos	118	41	44	14
Sexo				
Varón	59 (50)	22 (53,7)	18 (40,9)	12 (85,7)
Mujer	59 (50)	19 (46,3)	26 (59,1)	2 (14,3)
Edad				
Mediana (años)	28	37	28,5	29
< 35 años	91 (77,1)	19 (46,3)	34 (77,3)	12 (85,7)
36–59 años	20,3 (20,3)	14 (34,1)	9 (20,5)	2 (14,3)
> 60 años	3 (2,5)	8 (19,5)	1 (2,3)	–
Área geográfica de origen				
España	79 (66,9)	17 (41,5)	28 (63,6)	4 (28,6)
Latinoamérica	23 (19,5)	11 (26,8)	6 (13,6)	6 (42,9)
África subsahariana	1 (0,8)	4 (9,8)	2 (4,5)	1 (7,1)
Magreb	4 (3,4)	6 (14,6)	7 (15,9)	3 (21,4)
Europa	9 (7,6)	3 (7,3)	–	–
India-Pakistán	2 (1,7)	–	1 (2,3)	–
Ámbito diagnóstico				
Atención primaria	111 (94,1)	33 (80,5)	41 (93,2)	12 (85,7)
Atención especializada	7 (5,9)	8 (19,5)	3 (6,8)	2 (14,3)
Derivación				
Sí	99 (83,9)	16 (39)	12 (27,3)	1 (7,1)
No	19 (16,1)	25 (61)	32 (72,7)	13 (92,9)
Adecuación al tratamiento				
Sí	58 (100)	30 (81,1)	11 (27,5)	11 (84,6)
No	–	7 (18,9)	29 (72,5)	2 (15,4)

(atención primaria o especializada), derivación a atención especializada, registro de otras ITS (en el período de estudio o previas), tratamiento pautado y adecuación de éste (sobre la base de las recomendaciones de la guía terapéutica en atención primaria basada en la evidencia de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)².

Encontramos 118 casos de condiloma acuminado, con una incidencia acumulada estimada en el período de estudio del 3,69‰; 79 casos (66,9%) correspondían a nacidos en España y 39 casos (33,1%) a inmigrantes, $p=0,002$. Observamos 41 casos de sífilis, con una incidencia acumulada estimada del 1,28‰ y una incidencia anual estimada de 16/100.000 habitantes/año; 17 casos se han registrado en nacidos en España (41,5%) y 24 en nacidos en el extranjero (58,5%), $p<0,0001$. Encontramos 44 casos de primoinfección por herpes genital con una incidencia acumulada estimada del 1,38‰; 28 casos (63,6%) correspondían a nacidos en España y 16 casos (36,4%) a inmigrantes, $p=0,023$. Hallamos 14 casos de gonococia, con una incidencia estimada acumulada del 0,43‰ y una incidencia anual estimada de 5,37/100.000 habitantes/año. En las 4 ITS, el registro de ITS previas o durante el período de estudio es anecdótico.

Nuestro estudio está basado en el análisis de registros informatizados, por lo que asumimos a priori posibles sesgos de mala codificación, infrarregistros y mala calidad en

algunos. Nuestras conclusiones no son generalizables y probablemente tengamos un infradiagnóstico.

La ITS más frecuente es el condiloma acuminado. En la gonococia hay más casos diagnosticados en varones y en el herpes genital hay más en mujeres, datos compatibles con lo descrito en la literatura médica^{3,4}. En las 4 ITS, la mayoría de los casos diagnosticados se concentra en los pacientes más jóvenes. Las 4 ITS se diagnostican más frecuentemente entre la población inmigrante, con asociación estadística entre el hecho de ser inmigrante y tener cada una de las ITS.

La asociación con otras ITS es escasa. El diagnóstico se realiza principalmente en atención primaria y la derivación a consultas especializadas es escasa, salvo en el caso del condiloma acuminado. Los tratamientos pautados se pueden considerar adecuados en la mayor parte de los casos, con excepción de los registrados en los casos de herpes genital.

Las tasas de incidencia estimadas para cada una de las ITS son elevadas y en el caso de la sífilis y la gonococia son superiores a las descritas previamente en nuestro medio (en el total estatal del año 2007, 4,38 casos/100.000 habitantes y 3,84 casos /100.000 habitantes, respectivamente)⁵.

Nuestros resultados podrían constituir el germen de estudios más ambiciosos que permitan caracterizar mejor los grupos poblacionales con más riesgo de presentar una

ITS. La atención primaria debería desempeñar un papel fundamental en el tratamiento y el control de estas enfermedades.

Bibliografía

1. Fenton KA, Lowndes CM. The European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) recent trends in the epidemiology of sexuality transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect.* 2004;80:255–63.
2. Villaseca J, Espinàs. coordinadores. 3 ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2007.
3. Vera-Tomé A, Rodríguez-Vidigal FF, Muñoz A. Infecciones por gonococo. *Medicine.* 2006;9:3585–90.
4. Reina J, Gutiérrez O, Ruiz de Gopegui E, Padilla E. Incidencia de infecciones genitales causadas por el virus herpes simple tipo 1

(VHS-1) durante el período 1995–2003. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23:482–4.

5. Instituto Nacional de Estadística [sede web]. Madrid: INE; 2009. Enfermedades de declaración obligatoria, tasas notificadas por CC. AA., período y enfermedad. [citado 5 Feb 2009]. Disponible en: URL: <http://www.ine.es>.

Enrique Rodríguez de Mingo*, Nuria Martín Peña y Raúl Sánchez González

Centro de Salud San Blas, Parla, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eroddemin@gmail.com

(E. Rodríguez de Mingo).

doi:10.1016/j.j.aprim.2009.06.028