

Bibliografía

1. Alcázar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, González Parra E, Álvarez Guisasaola F, et al. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008;28:273–82.
2. Artola S, Serrano R, Barutell L. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente con insuficiencia renal avanzada. *FMC*. 2009;16:25–8.
3. Martínez Castela A, De Álvaro F, Górriz JL. Tratamiento del paciente diabético con insuficiencia renal. *Nefrología*. 2001;21:66–75.
4. Comité de Expertos de la Sociedad Española de Nefrología. Manejo práctico de antidiabéticos orales en pacientes con enfermedad renal. *Nefrología*. 2006;26:538–58.
5. Valero González MA, Blanco Samper B. Alerta sobre seguridad de Metformina: riesgo grave de acidosis láctica. *Boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha*. 2005;6:7.
6. Robles NR, Blanco J. Antidiabéticos e insuficiencia renal. *Nefrología*. 2002;22:325–8.

Núria Calonge Calzadilla*, Sílvia Galán González, Mercè Cervera León, Maria Callís Privat, Mireia Zurita Badosa y Laia Franquesa Sala

Área Básica de Salud Docente de Santa Eugènia de Berga, Servei d'Atenció Primària (SAP) Osona, Institut Català de Salut, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria-calonge@hotmail.com (N. Calonge Calzadilla).

doi:10.1016/j.aprim.2010.03.006

¿Tienen los médicos de atención primaria empatía con las embarazadas?

Do primary care doctors empathise with pregnant women?

Sr. Director:

Durante siglos los médicos de atención primaria (MAP) atendían a las embarazadas y asistían los partos, pero la aparición de las distintas especialidades médicas, concretamente la de Ginecología y Obstetricia, han acabado con esta situación¹. En la actualidad, el papel del MAP en el ámbito reproductivo de la mujer es muy variable, según la comunidad autónoma que se trate. Además, dentro de estas hay gran variabilidad según las provincias, incluso según los distritos sanitarios².

En ocasiones, la única relación que tienen los MAP con las embarazadas se produce cuando estas solicitan la baja laboral. En ocasiones, refieren grandes dolencias, en general incapacitantes, que le interfieren de forma clara y evidente en su vida personal y laboral. Es aquí donde debería entrar en juego la empatía del médico con la embarazada.

Lumbalgias, náuseas de repetición, vómitos incoercibles, astenia extrema, somnolencia, etc. son síntomas frecuentes que la paciente refiere como incapacitantes. El hecho de que sean síntomas subjetivos, en la mayoría de los casos, hace pensar al MAP que la paciente está magnificando los síntomas, cuando no que se los está inventando.

Debido al aumento creciente del gasto sanitario, el control de las bajas por incapacidad temporal se ha incrementado, lo que está dando situaciones que muestran, a priori, poca empatía por parte de algunos médicos; cabría pensar que anteponen los aspectos económicos a los sanitarios.

¿Acaso es lógico que a una gestante de 38 semanas que acude a la consulta por lumbalgia se le haga ver que no hay motivo para darle la baja? ¿No resulta antiético que a una gestante de 30 semanas con insuficiencia venosa crónica en ambas extremidades inferiores y en la pelvis, exacerbada por su estado de gestación y pendiente de cirugía vascular tras puerperio, se le pongan trabas administrativas para facilitarle la baja?

No hay duda de que la productividad cobrada anualmente por el MAP es inversamente proporcional al número de bajas tramitadas, pero quizá no sea la mejor manera de conseguir una óptima relación MAP-embarazada.

Por otro lado, se da la circunstancia de que el embarazo es una de las situaciones clínicas donde más se hace uso de la sanidad privada. La mayoría de las mujeres utilizan en alguna ocasión la visita al ginecólogo privado, sobre todo para las exploraciones complementarias³. De hecho, no es infrecuente que solamente acudan a la sanidad pública para obtener una baja laboral, que solo puede obtener del MAP. Quizá el único rol de «firmante» del MAP pueda influir en la falta de empatía ante las embarazadas.

¿Es necesario ser mujer y haber estado embarazada para que un MAP tenga empatía con las gestantes que acuden a su consulta?

Bibliografía

1. Arribas L, Bailón E, De la Iglesia B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Aten Primaria*. 2002;29:233–6.
2. Delgado A. Formación y desempeño asistencial de los médicos de familia en la atención a la mujer. Comunicación XV Congreso Nacional SEMFYC. Playa de Aro, 1995. *Aten Primaria*. 1995;16:106–8.
3. Mitsuf Gallardo MJ, Martínez de la Iglesia J, Muñoz Álamo M, Fernández Fernández MJ, Lora Cerezo N, Dueñas Herrero RM. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. *Aten Primaria*. 1997;19:188–94.

Mercedes Espigares Jiménez^{a,*} y Salvador Terceño Raposo^b

^a Servicio Andaluz de Salud, Centro de Salud de Lora del Río, Sevilla, España

^b Servicio Andaluz de Salud, Centro de Salud de San José de la Rinconada, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hmsmej@hotmail.com (M. Espigares Jiménez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.02.004