

Medicina de Familia en el ámbito universitario: reflexiones de un estudiante de 4.º de medicina

Family medicine in the university sphere: Musings of a 4th year medical student

Sr. Director:

Hace 38 años, Lalonde indicó la incoherencia existente entre los determinantes de la salud y el gasto económico, sin embargo, actualmente sigue primando la atracción por las nuevas tecnologías en detrimento del colectivo más eficiente y principal vínculo con la población, la Atención Primaria de Salud (APS).

Tras analizar la evolución de la APS, he llegado a la conclusión de que se ha errado a nivel político-gestor; haciéndose caso omiso a las distintas recomendaciones de la OMS («*si los países quieren [...] proporcionar atención de calidad, han de orientarse hacia la APS*») y otros expertos. Obviándose las conclusiones derivadas de la Declaración de Alma-Ata¹ y legislaciones como el RD 3303/78², donde se reconoció la relevancia del médico de familia (MF) como «*figura fundamental del Sistema Sanitario*».

Como consecuencia del hospitalocentrismo, del desprestigio hacia la APS y del desinterés político por la inclusión de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en las facultades españolas; se ha trasladado al estudiante la idea de que el desarrollo de una medicina basada en habilidades técnicas, o de un manejo de reducidas patologías, es el único abordaje válido (olvidando además las necesidades de una sociedad con un perfil crónico-pluripatológico).

Como estudiante de medicina en continua formación y evolución, y posible futuro MF, reconozco que me seduce muchísimo la visión holística de la MFyC, más que especializarme en un órgano, aparato, sistema o técnica quirúrgica. Tratando al individuo en su integridad y no a enfermedades aisladas (no son muchas las especialidades que puedan presumir de ello). La MFyC puede ofrecerme distintas ventajas (respecto a otras especialidades) al poder satisfacer las demandas de consulta de una población muy heterogénea, además de desarrollar una labor sostenible y accesible a toda la sociedad (a pesar del copago y demás restricciones recientes), actuando como filtro del SNS. Siendo lo que más valoro, la idea de extender la labor asistencial a las familia y a la comunidad, algo que me resulta profundamente enriquecedor.

Pero para poder valorar la función del MF, entiendo necesario que el alumno conecte con la MFyC y con la APS, debiendo considerarse la introducción de MFyC en los planes de estudios³ una prioridad de política sanitario-educativa. A los estudiantes no nos atrae lo desconocido (difícilmente se elegirá una especialidad con la que no se ha contactado). Así lo han entendido la mayoría de países europeos acatando las recomendaciones del EEES, pero pese a esta «*europalización*» (concepto al que se acogen en numerosas ocasiones nuestros dirigentes para justificar sus decisiones), los políticos españoles han mostrado poco interés al respecto (hasta la Orden ECI/332/2008⁴).

Sin embargo, a pesar del «desgane» político, veo importantes avances en este aspecto, y atendiendo a un estudio estatal⁵, de las 22 facultades participantes (actualmente existen en España 39), evidenciaremos resultados esperanzadores («*el 95,5% de las facultades ofrecen un rotatorio de MFyC*», «*16 facultades cuentan con una asignatura sobre MFyC*»). Pese a esta mayor representación de en las facultades, MFyC sigue siendo una de las especialidades menos demandadas en el MIR (MIR 2010-11: «*al concluir la primera sesión, quedaron vacantes 325, perteneciendo 267 de ellas a la MFyC*»⁶).

Entiendo que las políticas sanitario-educativas no han «sabido» (siendo benevolentes) inculcarnos a los estudiantes el valor que representan la APS y MFyC en nuestra sociedad. No obstante, puede que los estudiantes tengamos cierta responsabilidad, al dejarnos (algunos) influir por los valores de una sociedad (que parece estar en quiebra moral) preocupada por el atractivo social y las perspectivas económicas, entendiéndose que una mayor especialización es directamente proporcional al prestigio socio-laboral.

Desde aquí, quisiera manifestar mi admiración al colectivo de APS, especialmente a los/las MF.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Conferencia Internacional de Alma-Ata; 6-12 septiembre de 1978; Alma-Ata, Kazajistán. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [consultado 9 Jul 2012].
2. Real Decreto 3303/78, 29 de diciembre, de regulación de la Medicina y Familia Comunitaria, como especialidad de la profesión médica. B.O.E. del 2 de febrero de 1979 (núm. 27). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1979/02/02/pdfs/A02735-02736.pdf>
3. Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa formativo de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
4. Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico. BOEN.1 40, de 15 de febrero de 2008; p.8351-5.
5. Martín Zurro A, Villa JJ, Hajar AM, Tuduri XM, Puime AO, en representación del Grupo UNIMEDFAM. Medicina de Familia y universidad en España: reflexiones iniciales a partir de un proyecto de investigación estatal. Aten Primaria. 2011. doi: 10.1016/j.aprim.2010.06.004. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet.articulo=90001993&pidet.usuario=QINPBA1LQXRC&pcontactid=&pidet.revista=27&ty=76&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v43n04a90001993pdf001.pdf
6. Matas Aguilera V. Distribución de las peticiones de plazas MIR en el año 2011. Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada. Disponible en: <http://www.smandaluz.com/enlace.htm?link=/sites/default/files/docu.pdf/2011docuPDF/InformeMIR-2011.pdf>

Guillermo Ferreira Padilla

Estudiante de 4.º de medicina (Universidad Católica de Valencia, UCV); investigador en Formación en el Grupo de Investigación «Habilidades de Comunicación y Entrevista

Clínica» (ComunVista, UCV); diplomado en Fisioterapia, Universidad de La Laguna (S/c de Tenerife), XIX Promoción (2005-2008)

Correo electrónico: g.ferreirapadilla@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.011>

Implementación y gestión de una unidad de cribado de la patología ocular del paciente diabético desde la atención primaria de salud

Introduction and management of an eye disease screening unit for diabetic patients in primary care

Sr. Director:

A nivel oftalmológico, la cobertura de exploración del paciente diabético sigue siendo baja, incluso en pacientes con diagnóstico ya conocido de retinopatía diabética (RD)¹. El cribado de la RD consiste en una exploración del fondo de ojo, ya sea con oftalmoscopio o bien con fotografía con cámara de retina no midriática^{2,3}. Sin embargo, el enfermo diabético presenta una mayor frecuencia de glaucoma y de pérdida de agudeza visual secundaria a cataratas. Así, un abordaje integral del ojo diabético debería incluir la determinación de agudeza visual y de presión intraocular⁴.

La población diabética es una población atendida y controlada básicamente desde la Atención Primaria de Salud (APS). La coordinación con la atención especializada podría mejorar el control oftalmológico de esta población.

El objetivo de esta carta es el de comunicar la experiencia de implementación y gestión de una unidad de cribado de la patología ocular del paciente diabético desde el ámbito de la APS.

La unidad atiende a la población diabética conocida, mayor de 14 años, de 6 centros de atención primaria (CAP). Los profesionales que integran esta unidad y las tareas de cada uno de ellos se especifican en la [tabla 1](#).

La exploración se realiza en las consultas de oftalmología, ubicadas en 2 CAP, con disponibilidad de optotipos para la exploración de agudeza visual, tonómetro de chorro de aire para la exploración de la presión intraocular y cámara de retina no midriática, con digitalizador incorporado, para la realización de las fotografías del fondo de ojo. Los enfermos son citados, cada 2 años⁵, a uno u otro CAP, dependiendo de la proximidad de su lugar de residencia.

El médico de APS deriva al servicio de oftalmología a los pacientes con alteración de alguna de las exploraciones o los que presentan un fondo de ojo no visible con la cámara no midriática. El resto de pacientes siguen la citación bianual. El médico de APS de cada paciente recibe información sobre el resultado de las exploraciones realizadas y sobre la derivación o no al servicio de oftalmología.

Los médicos de APS, previamente formados, deberían poder realizar el cribado de la patología ocular de los enfer-

mos diabéticos. Las nuevas tecnologías como la cámara no midriática permiten la visualización del fondo del ojo sin dilatación ocular previa de los pacientes. Por otra parte, hay trabajos que demuestran que los médicos de APS están capacitados para realizar este cribado, observándose una buena concordancia entre la interpretación del médico de APS previamente formado y la del oftalmólogo⁶.

La figura del técnico optometrista facilita la realización de la exploración.

La gestión del cribado de la patología ocular diabética desde la APS puede contribuir a racionalizar la derivación a los servicios de oftalmología ya que solo se derivarán los pacientes con patología o con fondo de ojo no visible. Así, en un estudio previo, se ha observado que los oftalmólogos verían un 16% de pacientes falsos positivos pero no visitarían un 54% de pacientes diabéticos sin ningún tipo de patología⁶.

Tabla 1 Unidad de cribado de patología ocular del paciente diabético

Unidad de atención al usuario (2 administrativos)

- Citación bianual de los pacientes diabéticos
- Programación de las visitas al servicio de oftalmología de los pacientes, según las indicaciones del médico de APS
- Registro de los resultados y de la indicación o no de derivación en la historia clínica informatizada del paciente

Un técnico optometrista

- Exploración de la agudeza visual
- Determinación de la presión intraocular
- Realización de fotografías de fondo de ojo con cámara de retina no midriática

Dos médicos de APS

- Interpretación de la exploración realizada por el optometrista
- Indicación de derivación al servicio de oftalmología en caso de patología o fondo de ojo no adecuadamente visible
- Valoración de la concordancia con los diagnósticos realizados por el oftalmólogo, en los pacientes derivados

Un oftalmólogo

- Formación de los médicos de APS
- Consultoría on-line, cuando los médicos de APS lo consideren oportuno
- Visita de los pacientes derivados por los médicos de APS

Departamento informático

- Funcionamiento y mantenimiento de los circuitos informáticos