



ORIGINAL

Análisis de las dudas de los médicos de atención primaria

Arturo Louro González^a, Emiliano Fernández Obanza^a, Elsa Fernández López^b,
Patricia Vázquez Millán^c, Leonor Villegas González^b y Emilio Casariego Vales^{d,*}

^aServicio de Atención Primaria de Cambre, A Coruña, España

^bCentro de Salud de Fingoi, Lugo, España

^cCentro de Salud Oroso, A Coruña, España

^dServicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo, España

Recibido el 2 de febrero de 2009; aceptado el 11 de mayo de 2009

Disponible en Internet el 31 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Dudas clínicas;
Búsqueda de
información

Resumen

Objetivo: Determinar las dudas, cuántas y de qué tipo, que se plantea un facultativo de atención primaria durante su consulta ordinaria así como establecer los métodos que utiliza para resolverlas.

Diseño: Estudio de prevalencia.

Emplazamiento: Centros de salud de las provincias de A Coruña y Lugo.

Participantes: Ochenta y un médicos de atención primaria (MAP) seleccionados por muestreo aleatorizado simple. El tamaño de la muestra se calculó para localizar un total de 500 dudas. Sólo 2 facultativos rehusaron participar.

Mediciones: Número de dudas y su tipología. Sistemas utilizados para resolverlas y momento en que se efectuaron.

Resultados: Se detectaron 1,7 dudas (intervalo de confianza del 95%: 1,59 a 1,82) por cada 10 pacientes. El 92% de éstas se refería a problemas clínicos. Las 12 dudas más frecuentes representaron el 75% de todas las planteadas, en las que la interpretación de un signo clínico y las indicaciones de un tratamiento fueron las más habituales. En el 51,6% de los casos se intentó resolver la duda bien durante la consulta o bien durante esa mañana. El 35,7% de éstas generó nuevas citas, bien en la propia consulta o bien como interconsulta (23%). El 81,5% de los encuestados no utilizaba nunca internet durante la consulta y sólo el 6,2% lo hacía diariamente o a menudo.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilio.casariago.vales@sergas.es (E. Casariego Vales).

KEYWORDS

Primary care;
Clinical doubts;
Information search

Conclusiones: El número de dudas que se plantea un MAP es relativamente bajo (1,7 por cada 10 pacientes). La forma más habitual de intentar solucionarlas es realizar una interconsulta con un especialista.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Analysis of the doubts of primary care doctors**Abstract**

Objective: To determine the doubts, their number and type that doctors have during routine clinics in primary care, as well as establishing methods that may be used to resolve them.

Design: Prevalence study.

Setting: Health centres in the provinces of A Coruña and Lugo.

Participants: A total of 81 primary care doctors, selected by simple random sampling. The sample size was calculated to obtain a total of 500 doubts. Only 2 doctors refused to take part.

Measurements: Number and types of doubts. Systems used to resolve them and when they were carried out.

Results: A mean of 1.7 doubts were detected (95% confidence interval; 1.59–1.82) for every 10 patients, of which 92% were seen as clinical problems. The 12 most frequent doubts made up 75% of all those that arose, with the interpretation of a clinical sign and treatment indications being the most common. In 51.6% of cases an attempt was made to resolve the doubt either during the consultation or during that day. A total of 35.7% of the doubts led to new appointments, either in the clinic itself or as a referral (23%). A total of 81.5% of those surveyed never used the Internet during the consultation and only 6.2% did this daily or often.

Conclusions: The number of doubts that primary care doctor has is relatively small (1.7 for every 10 patients). The most common way to try to resolve them is by referral to a specialist.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las consultas médicas de atención primaria se caracterizan por atender a un elevado número de pacientes con una amplia variedad de problemas clínicos. Si bien su índice de resolución supera el 90%¹, a menudo surgen dudas sobre la actitud a tomar que dificultan o que impiden la toma de decisiones.

Con el término “dudas” se denomina a todas aquellas preguntas explícitas sobre cualquier actividad asistencial, de las que no se conoce la respuesta. Ejemplos son las dificultades de interpretación de una prueba diagnóstica y las ventajas o los inconvenientes al decidir entre 2 o más opciones o al desconocer los pormenores de una actuación (p. ej., ¿cuál es la dosis del fármaco A?). Las dudas en consulta y la manera de resolverlas fueron objeto de algunos estudios, casi todos en otros sistemas sanitarios y la mayoría con pocos casos. En el estudio más amplio realizado en atención primaria² se recogieron 3,2 dudas por cada 10 pacientes. En España, en un estudio se apreció 1,8 dudas por cada 10 consultas³.

Lógicamente las dudas limitan, cada una en su medida, la capacidad de acción y pueden representar un problema para el paciente. Para esto, es importante conocer si es preciso disponer de una respuesta de forma inmediata o bien si es posible demorarla. Además, su análisis permite conocer las necesidades de información de los médicos, lo que será útil para desarrollar sistemas de formación y de apoyo a la consulta.

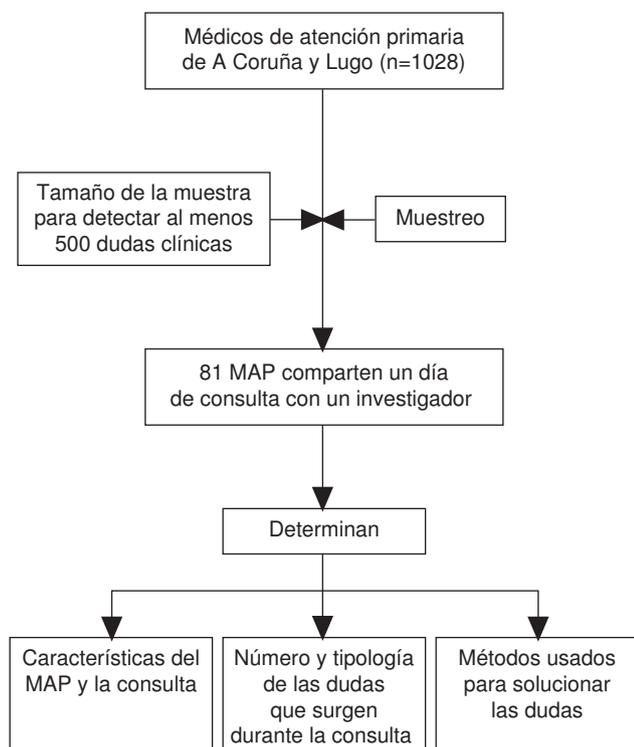
Por todo esto, el objetivo principal de este estudio es determinar el número y el tipo de dudas que se plantean los médicos de atención primaria (MAP) en su consulta ordinaria. El objetivo secundario es conocer los métodos utilizados para responderlas.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo diseñado para conocer la frecuencia y la tipología de las dudas que se plantean los MAP en su consulta ordinaria en adultos así como los sistemas utilizados para responderlas. Se realizó en centros de salud de las provincias de A Coruña y Lugo entre noviembre de 2006 y marzo de 2007. La población objeto de estudio fueron los MAP que, con cualquier tipo de contrato, están destinados en un cupo determinado en horario de mañana ($n = 1.028$). Para el cálculo del tamaño muestral se asumió que la duda más frecuente representa un 8% del total, un nivel de significación de 0,05 y una precisión del 2,2%. Con estos fundamentos se necesitaron 496 dudas, pero se incrementaron en un 50% para mayor seguridad. Al suponer consultas de 30 pacientes y un promedio de 9,6 dudas por día de consulta², se estimó necesario evaluar un día completo de consulta de 80 facultativos. Su selección, en una primera fase, se hizo por muestreo aleatorizado estratificado por ámbito (rural o urbano) y grupo etario (menor de 35 años, de 36 a 55 años y mayor de 55 años). Luego se realizó un muestreo aleatorizado simple en cada estrato.

En un primer contacto telefónico, se explicaba a cada MAP el motivo y el desarrollo del estudio. Sólo 2 médicos (2,4%) rehusaron participar y otros MAP del mismo centro los sustituyeron. Para el estudio, un investigador permanecía con cada facultativo en su consulta la totalidad de la jornada laboral, pero sin participar en ésta, pues asumía exclusivamente el papel de recoger y describir de forma precisa las dudas que surgiesen. Para esto, ambos acordaban el método para indicar la existencia y el tipo de una duda. A cada paciente se le explicaba el motivo de la presencia de 2 facultativos durante la consulta y se les solicitaba un consentimiento verbal, que fue positivo en todos los casos. El tiempo entre consultas se utilizó para matizar la información. Para cada visita, el investigador cumplimentó un formulario, en el que se identificaron las características del MAP (edad, sexo, años de profesión, etc.), de su consulta (hora de inicio y final, número de pacientes, etc.), las dudas surgidas y los sistemas utilizados para solucionarlas. Las dudas se definieron operativamente como “preguntas explícitas sobre cualquier actividad asistencial de las que no se conoce la respuesta” y se clasificaron por tipo (p. ej., diagnóstico, tratamiento, etc.) y por tema (p. ej., dermatología, nutrición, etc.) mediante el uso de la taxonomía desarrollada por Ely et al² y traducida y adaptada por González-González et al^{3,4}. No se incluyeron aquellas cuestiones verificables mediante la entrevista o la revisión de la historia clínica. Por último, durante la consulta o inmediatamente después, se investigó el sistema para intentar solucionar las dudas sin dar a conocer posibles soluciones. La confidencialidad de la información se garantizó con códigos.

En el análisis estadístico se utilizaron medidas descriptivas habituales.



Esquema general del estudio Estudio observacional descriptivo de una muestra aleatorizada estratificada por ámbito (rural o urbano) y grupo de edad.

Resultados

Se estudiaron las dudas que surgieron durante una consulta ordinaria de 81 MAP. Éstos tenían una edad media de 45,9 años (desviación estándar [DE] de 7,9; rango: 28 a 70) y eran mayoritariamente mujeres (62,5%) con título de Medicina Familiar y Comunitaria (66,7%) que habían trabajado en el medio rural (58%) por un tiempo medio de 84 meses (rango: 2 a 480) y en un centro donde no se impartía docencia (85,2%). La mediana de pacientes adscritos a cada uno fue de 1.500 (media 1.367 [DE de 467 pacientes]).

La duración total de la consulta osciló entre 1,8 y 7,5 h y se atendió a un promedio de 42,8 pacientes (DE de 15; rango: 11 a 84). La duración media por paciente fue de 7,4 min (DE de 3,2). El 80,2% de los facultativos pasó la consulta en solitario y el 19,8% restante, acompañado de un residente o personal de enfermería.

Se registraron un total de 591 dudas, esto es 7,29 dudas por médico y jornada. Referido a los enfermos, el promedio fue de 1,7 dudas (intervalo de confianza del 95%: 1,59 a 1,82) por cada 10 pacientes. La mayoría de las dudas se referían a aspectos clínicos y sólo 44 dudas (7,36%) se referían a temas administrativos (tabla 1). En la tabla 2 se detallan las 12 dudas más frecuentes y que representan hasta el 75% de todas las cuestiones planteadas.

Los medios disponibles para solucionarlas se describen en la tabla 3. Destaca que hasta un 20% de los encuestados no disponía de libros de apoyo en su consulta. Por otra parte, si bien sólo el 33,3% de los 81 médicos entrevistados disponía de ordenador en su consulta y únicamente el 21% con conexión a internet, hasta 44 médicos (54,3%) disponían de esta conexión en su centro. Cuando surgía una duda, lo más habitual fue intentar resolverla durante la consulta o durante esa misma mañana (el 51,6% de las ocasiones entre ambas opciones) (tabla 4). El 35,7% de las dudas generó nuevas citas, bien en la propia consulta o bien como interconsulta con otra especialidad. De hecho, la manera más habitual de resolverlas fue (tabla 5) realizar una interconsulta (23%). Por último, cabe señalar que no se buscó ningún tipo de solución para 96 dudas (16,2%).

El uso de recursos en internet para la resolución de dudas fue poco frecuente (tabla 6). El 81,5% (61 médicos) no utilizó internet durante la consulta médica y sólo un 6,2% (5 médicos) lo hace diariamente o a menudo. Fuera de la consulta, el uso de internet por motivos profesionales fue más habitual, pero aun así, 18 médicos (22,2%) declararon no utilizarlo nunca o de forma muy esporádica. Las páginas más usadas por motivos profesionales fueron Fistera.com (51 como primera opción), Diario Médico (4 como primera opción) y Google (2 como primera opción). La información profesional no ligada a una situación o a un paciente en concreto fue el motivo más habitual de consulta.

Discusión

Este estudio muestra que un MAP se plantea 7,29 dudas en cada jornada de consulta ordinaria (1,7 por cada 10 pacientes), de las cuales el 92% se refiere a temas exclusivamente clínicos. Aproximadamente el 51% se resuelve en la misma jornada y las restantes o no se resuelven

Tabla 1 Temas de dudas más frecuentes

	n	%	IC del 95%
Farmacología	137	23,2	19,6–26,6
Síntomas y signos de enfermedad definidos	45	7,63	5,4–9,8
Administrativas	44	7,46	5,2–9,6
Ginecología/obstetricia	26	4,41	2,6–6,1
Dermatología	26	4,41	2,6–6,1
Endocrinología	24	4,07	2,3–5,7
Otras	288	48,7	44,6–52,8

IC: intervalo de confianza.

Tabla 2 Temas principales más frecuentes de las dudas

Categoría primaria	Categoría secundaria	n	%	IC del 95%
Diagnóstico	Causa e interpretación de un signo clínico	51	8,63	6,2–10,9
Tratamiento (no limitado a prescripción de medicamentos)	Eficacia e indicaciones de un tratamiento	48	8,12	5,8–10,4
Preguntas no clínicas	Administrativas	45	7,61	5,3–9,8
Manejo no limitado a tratamiento	Cuestiones sobre la práctica de otros médicos	44	7,45	5,2–9,6
Tratamiento	Orientación y composición de los fármacos	41	6,94	4,8–9,1
Diagnóstico	Causa e interpretación de un síntoma clínico	37	6,26	4,2–8,2
Diagnóstico	Interpretación de un hallazgo de laboratorio	37	6,26	4,2–8,2
Tratamiento	Eficacia, indicaciones y fármaco de elección	34	5,75	3,7–7,7
Tratamiento	Efectos adversos de un fármaco	29	4,91	3,1–6,7
Manejo no limitado a tratamiento	Manejo de una enfermedad y hallazgo (sin especificar manejo terapéutico o diagnóstico)	27	4,57	2,8–6,3
Diagnóstico	Interpretación de hallazgos no especificados o que pertenecen a varias categorías	25	4,23	2,5–5,9
Tratamiento	Prescripción de fármacos	19	3,2	1,7–4,7
Otras		154	26	22,4–29,6

IC: intervalo de confianza.

Tabla 3 Medios disponibles para la resolución de dudas en consulta*

	n	%	IC del 95%
Ordenador en la consulta	27	33,3	22,4–44,2
Ordenador en casa	68	83,9	75,3–92,5
Internet en la consulta	17	21	11,5–30,4
Internet en el centro	44	54,3	42,8–65,7
Internet en el domicilio	58		61,1–82
Biblioteca en el centro	17	21	11,5–30,4
Libros de apoyo en la consulta	65	80,2	70,9–89,5

IC: intervalo de confianza.
*Resultados totales de los 81 facultativos. La tabla incluye todas las respuestas posibles.

o generan una nueva consulta, bien con el propio médico o bien con un especialista.

Un MAP se maneja en un contexto donde la información es mucho más amplia que en otras especialidades⁵, la variedad

de cuestiones es enorme⁶ y a menudo son complejas o específicas⁷. Por esto, aun los facultativos más preparados y experimentados no pueden conocer todas las respuestas. Como consecuencia, las dudas son consustanciales al propio trabajo diario, por lo que los MAP han de aprender tanto a convivir con éstas como a resolverlas.

En estudios previos, el número de dudas ha variado ampliamente según el lugar en el que se ha hecho el estudio, la duración de las consultas o de los sistemas de recogida^{2,3,6}. Comou et al⁸ recogieron cifras desde 0,7 hasta 18,5 dudas por cada 10 consultas. El presente estudio (1,7 dudas por cada 10 pacientes) se encuentra entre los del rango más bajo del espectro, pero es muy similar al apreciado^{1,8} en el mayor estudio realizado en España³. Esta similitud se produce a pesar de las diferencias entre ambos. Mientras el presente estudio se desarrolló entre MAP que trabajaban fundamentalmente en medio rural y en centros no docentes, el estudio de González incluyó hasta un 20% de pediatras, se realizó en medio urbano, con un alto porcentaje de centros docentes y facultativos más jóvenes³.

Tabla 4 Momento utilizado para la resolución de las dudas*

	n	%	IC del 95%
Durante la propia consulta	286	48,4	44,2–52,5
Realización de interconsulta	136	23	19,5–26,4
No se buscó una solución	96	16,2	13,1–19,3
Nueva cita al paciente	75	12,7	9,9–15,4
De otra forma en esa mañana	19	3,2	1,7–4,7

IC: intervalo de confianza.

*Momento en el que intentó resolver cada una de las 591 dudas analizadas.

Tabla 5 Métodos utilizados en la solución de las 591 dudas recogidas durante la consulta ordinaria

	n	%	IC del 95%
Realización de interconsulta	136	23	19,5–26,5
Consulta de vademécum	103	17,4	14,3–20,5
No se solucionó	96	16,2	13,1–19,3
Consulta a un colega del centro	68	11,5	8,8–14,1
Consulta en un libro	66	11,2	8,5–13,8
Consulta telefónica a colega de segundo nivel asistencial	21	3,6	1,9–5,1
Consulta de revisión bibliográfica	17	2,9	1,4–4,3
Consulta en internet	8	1,4	0,3–2,3
Otro método	76	12,9	10–15,6

IC: intervalo de confianza.

Tabla 6 Facultativos que utilizan internet durante la consulta como apoyo a la resolución de dudas (n = 81)

	n	%	IC del 95%
A diario/a menudo	5	6,2	0,3–12
Cada semana/regularmente	3	3,7	0,07–10
Cada mes/poco	2	2,5	0,03–8,6
Menos de una vez al mes/raramente	3	3,7	0,07–10
Nunca/en ninguna ocasión	61	75,3	65,3–85,3
No contestan	7	8,6	1,9–15

IC: intervalo de confianza.

El tipo de preguntas es similar al descrito en estudios realizados en distintos países^{2,3,9,10}. En el momento en que se ha de tomar una decisión con un paciente, las dudas más habituales están en el ámbito del diagnóstico y del tratamiento, y en un elevado porcentaje se centra en los aspectos más prácticos de la atención (p. ej., ¿cuál es la causa del síntoma x?, o bien ¿cuál es el tratamiento del proceso Y?). Nuevamente esto indica que las dudas que surgen están más en relación con el amplio abanico de enfermedades por atender que con cualquier otra condición.

El hecho de que los MAP que ejercen en el ámbito rural tengan las mismas necesidades de información que los colegas del medio urbano⁹ apoya esta interpretación.

Una parte importante de las dudas no se resuelve durante la consulta⁸; en este estudio el 16,2%, muy inferior a lo recogido en otros (entre el 45 y el 77%)^{3,11,12}. Una explicación podría ser que el presente estudio incluye la interconsulta como una forma de responder una duda, algo no considerado en otros. Previsiblemente, un buen sistema de ayuda en consulta podría evitar algunas interconsultas, tal como se apunta en estudios previos¹³.

Es conocido que la accesibilidad es el mayor determinante de uso de una fuente de información, por encima de su calidad o su fecha de realización^{14,15}. Este estudio apoya esta idea, ya que los libros propios y los compañeros más cercanos han sido los sistemas de consulta más utilizados. Puede sorprender el escaso uso de internet, accesible en el centro de trabajo en más del 50% de los casos y sólo usado por el 1,4% de los MAP. Una explicación es que hay muchos obstáculos: tiempo escaso, dificultad para elegir entre diferentes fuentes, realizar una búsqueda en la literatura médica o escrutar un largo texto^{12,16}. Por el contrario, la necesidad real es localizar el texto adecuado de manera inmediata y que ahí se encuentre fácilmente la respuesta precisa. Hoy en día es factible el acceso desde la consulta a fuentes documentales actualizadas y de calidad. Probablemente la generalización de su uso requiere no sólo la publicidad de su existencia, sino también medidas de implantación y un período de entrenamiento.

Los resultados de este estudio deberían interpretarse de acuerdo con algunas limitaciones, fundamentalmente por el sistema utilizado para la detección y la recogida de dudas. La presencia de un encuestador durante la consulta podría condicionar cambios en el comportamiento habitual de los MAP y modificar tanto el tipo como el número de dudas que se reconocen. Sin embargo, tanto este estudio como el de González-González et al³ detectan un número y un tipo de dudas similares, a pesar de que en este último se utilizó un sistema de detección muy distinto: la grabación de la consulta. Todo esto indica que ambos resultados se encuentran en el rango de lo que es posible detectar y no se han alterado de forma apreciable por las dificultades de detección.

En resumen, en este estudio se aprecia que un MAP tiene un promedio de 1,7 dudas por cada 10 pacientes en consultas con una duración media de 7,4 min. El 92% se refiere a temas clínicos y los 12 tipos de duda más frecuentes incluyen hasta el 75% de todas las cuestiones planteadas. La interconsulta es la manera más utilizada para resolverlas. El desarrollo de sistemas de ayuda en consulta que cubran estas necesidades de información quizá podría disminuir el alto porcentaje (37,5%) de nuevas citas, bien en la propia consulta o bien como interconsulta con otra especialidad.

Financiación

Financiado por el proyecto de investigación PGIDIT05-SAN35PR-2005/2006 de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia.

Lo conocido sobre el tema

- Los estudios sobre las dudas que se plantean los médicos de atención primaria (MAP) en su consulta son escasos, los resultados son muy variables y dependen de múltiples factores.
- Los MAP disponen de poco tiempo por paciente para responder preguntas.
- En España no hay estudios sobre cómo se resuelven estas dudas.

Qué aporta este estudio

- Un MAP se plantea 1,7 dudas por cada 10 pacientes durante su jornada ordinaria de trabajo.
- El 92% se refiere a temas clínicos y los 12 tipos de duda más frecuentes incluyen hasta el 75% de todas las cuestiones planteadas.
- El desarrollo de sistemas de ayuda en consulta que cubran estas necesidades de información podría reducir el alto porcentaje de dudas (37,5%) que generan una nueva cita para el paciente.

Bibliografía

1. Louro González A. Demanda derivada en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 1986;87:693–4.
2. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ*. 1999;319:358–61.
3. González-González AI, Dawes M, Sánchez-Mateos J, Riesgo-Fuertes R, Escortell-Mayor E, Sanz-Cuesta T, et al. Information

- needs and information-seeking behavior of primary care physicians. *Ann Fam Med*. 2007;5:345–52.
4. González-González AI, Sánchez-Mateos JF, Sanz Cuesta T, Riesgo-Fuertes R, Escortell Mayor E, Hernández Fernández T. Necesidades de información de los médicos de atención primaria: análisis de preguntas y su resolución. *Aten Primaria*. 2006;38:219–24.
5. Hodgkin K. Diagnostic vocabulary for primary care. *J Fam Pract*. 1979;8:129–44.
6. Smith R. What clinical information do doctors need?. *BMJ*. 1996;313:1062–8.
7. Ely JW, Burch RJ, Vinson DC. The information needs of family physicians: Case specific clinical questions. *J Fam Pract*. 1992;35:265–9.
8. Comou HC, Meijman FJ. How do primary care physicians seek answers to clinical questions?. *J Med Libr Assoc*. 2006;94:55–60.
9. Dorsch JI. Information needs of rural health professionals: A review of the literature. *Bull Med Libr Assoc*. 2000;94:346–54.
10. Cullen RJ. In search of evidence: Family practitioner's use of the Internet for clinical information. *J Med Libr Assoc*. 2002;90:370–9.
11. Gorman PN. Information needs of physicians. *J Am Soc Info Sci*. 1995;46:729–36.
12. Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML, Ebell MH, Rosebaum ME. Answering physicians' clinical questions: Obstacles and potential solutions. *J Am Med Inform Assoc*. 2005;12:217–24.
13. García Pais MJ, Rigueiro Veloso MT, Rodríguez Ledo P, et al. SEMERGEN. 2006;32:376–81.
14. Chambliss ML, Conley J. Answering clinical questions. *J Fam Pract*. 1996;43:140–4.
15. Gabbay J, Le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Etnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*. 2004;329:1013.
16. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Vinson DC, Stevermer JJ, et al. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *BMJ*. 2002;324:710.

doi: 10.1016/j.aprim.2009.05.005

COMENTARIO EDITORIAL

Gestión de las dudas del médico de familia en la consulta

Managing the doubts of the Family Doctor in the clinic

Ricardo Ruiz de Adana Pérez

Agencia Lain Entralgo, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

El interés del artículo "Análisis de las dudas de los médicos de atención primaria", publicado en este número de la revista¹, radica en que además de estudiar la frecuencia con

la que aparecen las dudas, 1,7 dudas por cada 10 pacientes, analiza el método utilizado durante la consulta en la solución de éstas, poniendo en evidencia aspectos llamativos: en un 23% de los casos se recurre a una interconsulta, con la consiguiente disminución de la capacidad de resolución de la atención primaria, sólo en un 11,15% de los casos se recurre a un compañero, similar porcentaje al de consultar en un libro, en un 16% de los casos no se busca

Correo electrónico: ricardo.ruiz@salud.madrid.org