

Como enseñar medicina de familia en el grado: Un método con casos contextualizados?

Antonio Ruiz y José Manuel Blanco Canseco.

Médicos de Familia. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid

How to teach family medicine to medical students: A "Contextualized Cases" methodology

Resumen: Se presenta una metodología docente para la enseñanza a los alumnos de 6º de medicina de la medicina de familia con un enfoque práctico. Basado en casos clínicos diferentes, en los que el contexto del paciente tiene una importancia crucial para su comprensión y resolución. Se presentan los detalles de cada caso así como sus objetivos y metodología docente.

Summary: A teaching methodology for teaching family medicine to 6th year students of medicine with a practical approach is presented. Based on "different" clinical cases, the context of the patient is revealed as crucial for their understanding and resolution. Details of each case as well as its objectives and teaching methodology are presented



La asignatura **Estancias Clínicas** es impartida en el sexto curso del grado de Medicina en la Universidad Francisco de Vitoria. Esta fragmentada en 5 partes bien diferenciadas: medicina interna, pediatría, cirugía, medicina intensiva y por último medicina de familia.

Cada una de ellas esta dividida en dos secciones. Una estancia clínica, de unos 15 días, en el lugar donde el profesional desarrolla su labor. Y en segundo lugar, deben resolver diversos casos clínicos en grupos de 2-3 alumnos, y posteriormente exponer su trabajo a los demás compañeros, siguiendo un guión flexible, que se les propone en cada caso concreto; para lo cual disponen de unas dos semanas.

Los objetivos son particulares para cada una de las especialidades, pero todas coinciden en dar a conocer cómo es el trabajo de su competencia. Así los internistas, en sus casos clínicos buscan que el alumno sepa discernir y agrupar la sintomatología, en síndromes; y en una segunda fase les presentan casos clínicos cortos, de enfermedades diferentes que se pueden manifestar bajo la forma del mismo síndrome; de igual forma los pediatras intentan mostrar cual es la forma de proceder en niños en urgencias y los intensivistas proponen casos clínicos de pacientes críticos resolviendo primero lo realmente urgente para después centrarse en lo importante, pero accesorio en ese momento.

Son alumnos que están próximos a acabar el grado de medicina y en los próximos meses elegirán una plaza en el MIR, por lo que es un momento idóneo para presentar la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Creemos que si nuestra especialidad fuese

mejor conocida durante el pregrado, debería ser una de las más atractivas a la hora de su elección en el MIR, ya que a nuestro modo de ver, no es solo una especialidad médica, sino que también implica un proyecto de vida integrado en una comunidad. Es ser médico, en todas sus dimensiones, con toda la complejidad que esto implica. Solo los mejores podrán llegar a ser realmente médicos de familia. Diferente cuestión es, si el periodo de residencia está a la altura de estas expectativas.

Nos hemos centrado en mostrar a los alumnos de sexto de medicina, una visión complementaria de la asignatura de medicina de familia que cursaron en tercero, y con un **enfoque práctico**. Para lograrlo nos hemos valido de casos clínicos ¿diferentes?, en el que el **contexto tiene una importancia crucial** para la resolución del caso. **Donde la vida real de los pacientes condiciona la aplicación de la evidencia científica**. Casos en los que el médico de familia utiliza como herramienta de trabajo el conocimiento del paciente, y donde ajusta su forma de proceder a la estructura familiar y el entorno social en el que se desenvuelve.

Visto de este modo, el trabajo que ocupa a los médicos de familia es el más complejo y difícil de todos; debe conocer la evidencia científica al mismo nivel que cualquier especialidad, pero a la vez aplicarla a casos concretos. La variabilidad en los actos clínicos, que tanto se intenta evitar a través de las guías de práctica clínica, no solo no es mala, sino que incluso es deseable. Primero hay que conocer la guía y después aplicarla en un contexto; esta segunda parte es la que requiere el arte que proporciona el sentido común, el bagaje cultural y la experiencia de cada médico. De este modo, a veces las consultas tienen una parte de contenido que podríamos definir como ¿científico?, y otra que es reflejo de cómo es el médico que la resuelve (y este médico puede tener una, dos o tres cabezas, en palabras de Turabian (1)).

Son 7 casos clínicos y un juego de búsqueda de información.

Todos tienen una estructura similar, aunque con variaciones:

- 1.- Introducción.
- 2.- Motivo de consulta y anamnesis.
- 3.- Repaso de su historial clínico/Antecedentes.
- 4.- Exploración física.
- 5.- Exploraciones complementarias realizadas.
- 6.- Guión para la exposición en clase.
- 7.- Evaluación/juego de trivial interactivo.

No es el propósito de este documento pormenorizar los objetivos de cada caso y el porqué han sido elegidos, pero adjuntamos fragmentos de cada uno de ellos para una mejor comprensión de lo que se pretende.

1.- Introducción al caso:

Este apartado nos sirve para explicar el contexto del paciente; algo que en todos los casos influirá en la manera de tratar o intervenir en cada situación.

Fragmento del caso 1:

¿C. Vil... (en realidad es un apellido diferente, como el de su marido, pero es una larga historia con múltiples implicaciones legales) tiene 47 años, es una paciente de origen rumano que, junto con su marido, vino a España hace 15 años. Esta perfectamente integrada en la comunidad. Habla bien español y tiene un sentido del humor que denota un nivel educativo medio-alto. No tiene hijos. Trabaja por horas sueltas como empleada doméstica en varias casas de la zona, como trabajadora de limpieza en el colegio de párvulos del pueblo y por las tardes trabaja en casa de B., que también es paciente mía, cuidando de sus dos hijas gemelas (5 años), adoptadas en la India hace 3 años; una de las cuales, sé que tiene problemas con una hepatitis B crónica y esta en tratamiento y seguimiento en el Hospital de la Paz. El marido de C es diez años mayor que ella, y creo que tiene problemas con el alcohol a tenor de los resultados de sus analíticas y los comentarios de su mujer. Él asegura que no bebe y no parece que interfiera, por el momento con su trabajo. Continúa haciendo podas y trabajo de jardinería cuando alguien le contrata por horas; antes trabajaba para una conocida empresa de la zona haciendo podas, pero era un trabajo muy duro para sus años y su constitución física. Viene poco por la consulta, pero cuando me visita, me hace saber, amablemente, el retraso que llevo con la consulta. Al final se despide con un saludo al estilo militar; no se

si lo hace por que realmente fue policia o militar en su país o es una broma en respuesta a los consejos que le doy en relación a que tanto su mujer como él, podrían dejar de fumar si están realmente convencidos.?

En este ejemplo concreto, podría parecer que la información aportada no tiene mucha relevancia para la resolución del caso, pero es crucial a la hora de intervenir en la familia y en la comunidad, ya que se trataba de una paciente con importante pérdida de peso y astenia con patrón orgánico, en la que tras realizar una entrevista clínica, leer y discutir qué hallazgos encontramos (y cuales vamos buscando) en su exploración física, ver las exploraciones complementarias aportadas en el caso y razonar cuales otras habrían pedido los alumnos, al final convinimos en derivar al hospital para realizar baciloscopia y cultivo, en los que se confirmó la sospecha de tuberculosis.

De modo que el conocimiento del entorno del paciente permitió saber a quien se le proponía mantoux (círculos concéntricos), en qué circunstancias será positivo en unos y otros, a quién se le propondría quimioprofilaxis primaria o secundaria, a quien tratamiento, cómo sería el seguimiento de ella y su entorno, una vez vuelva del hospital, etc.

2.- Motivo de consulta y anamnesis.

Fragmento del caso 2:

?Se trata de una paciente que acude a nuestra consulta y refiere dolores musculares y articulares erráticos, unas veces en la espalda (especialmente en cervicales y lumbares), en hombros, brazos, piernas? y en realidad contesta afirmativamente si preguntamos por dolor en cualquier parte de su economía. No parece tener rigidez articular matutina, ni signos de flogosis en ninguna articulación, ni refiere signos ni síntomas guía de colagenosis. Refiere que no solo no duerme bien, sino que esta cansada todo el día y que se levanta de la cama tan cansada como se acostó o más. Cualquier tarea domestica le cuesta mucho llevarla a cabo. El dolor en las cervicales le produce cefalea, y parestesias en los brazos especialmente por las noches. Refiere también heces más sueltas pero no llega a tener diarrea. En general, nota aturdimiento, como si le costase concentrarse en las cosas??.

Se trataba de un claro caso de fibromialgia, que nos daba pie para hablar sobre gestión del riesgo y transmitir que a veces es necesario ?defender? al paciente de si mismo y del sistema sanitario. La aplicación estricta de un protocolo o una guía de práctica clínica y la intolerancia a la incertidumbre pueden ser una fuente de riesgo y hacer daño a los pacientes (2). Se les proponía que nos explicasen las guías del dolor crónico no oncológico, y que nos dijeran cómo las aplicarían en este caso concreto, donde las medidas no farmacológicas, las técnicas de entrevista clínica y la relación médico-paciente, cobran especial importancia. Aspectos del tratamiento cotidianos, propios de la atención primaria y del trabajo del medico de familia. En algún momento del desarrollo de este caso, me sorprendió una frase de un alumno, en la que resaltaba que le parecía que era muy parecido ser hematólogo, nefrólogo, cardiólogo, etc en un hospital, pero muy diferente ser medico de familia en un lugar u otro. Este comentario y la naturaleza del caso nos permitió hablar de la importancia de la longitudinalidad de la atención, como herramienta del medico de familia para paliar el exceso de pruebas, que desemboca en sobrediagnostico e intervencionismo, poniéndoles como ejemplo los trabajos de Leiyu, Macinko y Barbara Starfield (3, 4) y después corroborados por Pierard (5) sobre la relación inversa entre el número de médicos de familia versus especialistas en algo concreto, en la mortalidad de las poblaciones (ejemplos de los que todavía me arrepiento por que no pretendía transmitir la idea de una atención sanitaria antagónica sino complementaria).

3.- Repaso de su historial clínico/Antecedentes.

En todos los casos se hacia un repaso de los episodios recogidos en su historial clínico y de sus antecedentes, en los que a veces esta emboscado el diagnostico principal de forma implícita. En ocasiones, el historial clínico en conjunto es capaz de mostrarnos el problema principal del paciente, aquel que no hemos podido ver a través de los fragmentos vitales que son los episodios individuales.

Fragmento del caso 3:

?Después de interrogarla, repasamos su historial clínico y resumimos los antecedentes que a lo largo del tiempo hemos ido recogiendo:

Antecedentes familiares:

Padre sano sin factores de riesgo cardiovascular modificables.
Madre hipertensa, con dudoso accidente isquémico transitorio (a los 70 años). Antiagregada de cualquier forma.
Un hermano mayor (40) sano.
Abuela materna con neo de colon y demencia sugestiva de Alzheimer ingresada en residencia geriátrica.

Antecedentes personales:

Datos antropométricos: Talla 170 cm Peso 52,5 kilos. IMC: 18,17 (en 2013)
No fuma, consumo de alcohol ocasional, no excesivo.
Realiza ejercicio físico casi a diario (natación y carrera)
Tensiones arteriales normales (última 110/70 en 2013).
Colesterol total en 233 mg/dl en 2014.
No diabetes mellitus (última glucemia en 65 mg/dl en 2014).
Vacuna de hepatitis B por su trabajo de forma correcta (presencia de anticuerpos anti-S a niveles protectores).
GAV: 2-0-2
No cirugías previas.
Episodios previos recogidos en su historia clínica: Amenorrea con test de embarazo negativo en dos ocasiones, autolimitada a dos o tres meses. Estreñimiento para lo que utiliza laxantes ocasionales, sensación de hinchazón en piernas aunque no evidencia de varices, algún problema autolimitado con piezas dentales, bruxismo que producía dolor en la articulación temporomandibular derecha, insomnio por ansiedad en relación con su trabajo, una tendinitis del aquileo por sobreesfuerzo en el gimnasio y la última consulta fue hace unos dos meses, en la que mostraba interés por que le diéramos alguna dieta equilibrada y saludable, por que últimamente estaba engordando y tenia que asistir a la boda de su hermana pequeña; además cualquier alimento le producía acidez, notaba pirosis y molestias esofágicas. Estuvimos comentando el tema de las dietas, pero a tenor de su peso y sus analíticas, llegamos a la conclusión de que, claramente, no era necesario y que su dieta era bastante buena?.

Se trataba, en este caso, de que los alumnos construyeran un árbol de decisión, ajustado a la atención primaria, de la amenorrea secundaria; motivo por el que consultaba esta paciente. Solo un grupo supo ver que el conjunto de la historia clínica estaba llena de datos que sugerían que la paciente nos estaba exponiendo un caso de anorexia nerviosa. Ninguno propuso una intervención familiar para evitar que esta conducta, aprendida en el seno familiar, repercuta en sus dos hijas. Tampoco es raro ya que están acostumbrados a rotar por consultas de atención primaria en las que en el mejor de los casos, tienen pacientes cada siete minutos. Creo que fue a través de este caso, cuando comenzaron a entender la complejidad de la actividad propia del medico de familia, si se lleva a cabo con la amplitud que requiere.

4.- Exploración física.

La exploración física junto con la entrevista clínica, son las herramientas fundamentales para el diagnóstico en atención primaria.

Fragmento del caso 4:

?Febrícula (37,5), Tensión Arterial 110/70, Frecuencia cardiaca 72.

16 respiraciones por minuto, Saturación de O₂ al 99%.

Buena coloración de piel y mucosas.

Cuello y orofaringe: Ganglios que no llegan a tener más de un centímetro, con características de benignidad en cadena laterocervical anterior izquierda. Un nódulo en fosa supraclavicular derecha (no estoy seguro de que sea una adenopatía) de un centímetro de diámetro, móvil, de consistencia fibrosa, bien delimitada y de superficie lisa. Faringe normal.

Auscultación cardiaca: Normal. Rítmico y sin soplos.

Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes normales, blando, sin defensa abdominal ni dolor a la palpación.

Extremidades: Múltiples erosiones por rascado en brazos y piernas. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Se palpan pulsos normales.

En este momento recordé una película del director Nanni Moretti llamada 'Caro Diario', que esta fragmentada en 3 partes, en la última de las cuales, llamada 'médicos', describe de forma autobiográfica un caso parecido y tan impactante que nunca se os olvidará la importancia de los síntomas banales y totalmente inespecíficos; de hecho de no haberla visto, yo le hubiera recetado la terbutalina y la budesonida como proponía el alergólogo. Podéis encontrarla en Internet de forma libre (creo)?.

El caso 4 trataba sobre un chico universitario con enfermedad mental bien controlada, en el que había una negociación constante entre el paciente y su medico sobre la medicación, que acudió a consultas por prurito persistente y después de acudir a múltiples especialidades hospitalarias, vuelve a nuestra consulta varios meses después, con varios diagnósticos de alergia, para conseguir las recetas. El prurito era de predominio nocturno y despertaba al paciente por las noches. El diagnóstico final fue un caso de linfoma de Hodgkin. Realmente el ejercicio que se les pedía, era realizar un estudio de las características clínicas de la adenopatías, pero el caso también nos servía como excusa para destacar el aislamiento social que los pacientes con enfermedad mental padecen y que tipo de intervenciones están a nuestro alcance con la familia y con el paciente para integrarlos en la comunidad. Sirvió para la introducción al tema, el post de Sergio Minué en su blog 'el gerente demediado?' (6) en el que se ironiza sobre la aplicación del DSM (manual de enfermedades mentales) por el que Anakin Skywalker, acabaría degenerando en Darth Vader, padeciendo un trastorno borderline de la personalidad; o cómo los personajes mas importantes de Shakespeare y Cervantes cumplían al pie de la letra los síntomas, que los etiquetaban de una u otra enfermedad psiquiátrica, que habrían respondido bien a los neurolepticos.

5.- Exploraciones complementarias realizadas.

Vivimos en una época en que la tecnología nos deslumbra, y a veces la utilizamos en contraposición a la clínica. Los alumnos acaban el grado de medicina sin haber oído hablar sobre el sobrediagnóstico. Ninguna asignatura les muestra la magnitud que esta alcanzando este grave problema, asociado a la tecnología y a la mal entendida, medicina preventiva. Continuamente repetimos a los residentes, a los estudiantes, a los pacientes, etc. que las pruebas complementarias son justo eso: complementarias. Las solicitamos para confirmar nuestra hipótesis diagnóstica y si lo hacemos, su resultado debería cambiar de forma significativa nuestra actitud ante el problema que nos ocupa. Las pruebas complementarias deben ajustarse al contexto y tienen que ser tolerables y aceptadas por los pacientes.

Fragmento del caso 5:

¿SEGUNDA VISITA:

EXPLORACIÓN FÍSICA Y TEST:

Tacto rectal: próstata agrandada grado III. No se palpan nódulos sospechosos.

Test Pheifer: 2

Mini - mental test: 25

Yesavage: 2

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Analítica: Vitamina B12: 104 pg/mL (200-900); baja, resto normal (hemograma, bioquímica con función renal, hepática, sodio, potasio, calcio, fosforo, proteínas totales, albúmina, LDH, VSG, PCR, LDH, TSH)

Sedimento y urocultivo normales.

SOH negativa.

¿Por qué crees que se le han realizado a Antonio los test descritos? ¿Te parece importante el uso de test diagnósticos en AP?

¿Qué crees que aportan?

¿Te llama algo la atención en los resultados analíticos? ¿Te dan alguna pista?

TERCERA VISITA:

Antes de comentar el resultado de la radiografía, Antonio me transmite su deseo de no hacerse 'mas pruebas', que 'lo que tenga que ser será?' Como ya viene en ayunas y no tiene que volver al hospital, le parece bien que le haga la ecografía en el centro de salud.

RX tórax:

ECO abdominal en el Centro de Salud: hígado de tamaño y morfología normal y bordes lisos, sin evidencia de lesiones focales. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Vesícula biliar de tamaño y grosor de pared normal, sin imágenes litiásicas en su interior. Páncreas, parcialmente visualizado por interposición de gas, de tamaño, grosor y ecogenicidad normales. Ambos riñones de tamaño normal, con buena diferenciación córtico-medular, sin dilatación de vía excretora ni imágenes de litiasis. Vejiga distendida, de paredes lisas. Próstata de 54cc. No se evidencia aumento de calibre de Aorta abdominal, en el trayecto visualizado.

¿Podrías describir qué problemas de salud tiene Antonio?

¿Qué diagnósticos diferenciales te plantearías en este caso?

¿Solicitarías alguna prueba añadida? ¿Le derivarías al hospital para completar el estudio?

¿Pautarías algún tratamiento?

¿Modificarías el tratamiento habitual de Antonio??

En este caso clínico se trataba de un paciente anciano pluripatológico, que es traído por la familia por pérdida de peso, pero que subjetivamente se encuentra bien. Pedíamos a los alumnos que hicieran un árbol de decisión/estudio de la pérdida de peso involuntaria.

El caso nos sirvió de excusa para discutir en común, la utilización juiciosa y escalonada de los recursos, así como el respeto a los deseos de los pacientes.

Los protocolos solo son buenos consejeros cuando somos malos clínicos; a veces podemos equivocarnos, pero aplicar una batería de pruebas por protocolo, siempre es un fracaso (7).

6.- Guión para la exposición en clase.

En todos los casos clínicos se les propone a los alumnos un guión flexible para seguir en su exposición en clase.

Estructura Básica:

Breve exposición del caso a vuestros compañeros.

Listado de problemas de salud en el ámbito personal, familiar y comunitario (si es el caso).

Priorizad los problemas según vuestro criterio.

Según la información aportada en el caso, os pedimos que hagáis una aproximación diagnóstica razonada (diagnóstico diferencial).

Responde a las preguntas planteadas a lo largo del caso.

Describid cual sería vuestra forma de proceder en este caso particular en el presente (que es lo que tienes que hacer ahora desde tu puesto de atención primaria, cuales son tus siguientes pasos, una vez realizado el diagnóstico), y cual vuestro plan de actuación futuro (seguimiento).?

Estos guiones se ajustan a cada caso concreto y tienen como misión encaminar a los alumnos en el desarrollo correcto de la presentación y cumplir los objetivos que encierra el caso.

7.- Evaluación/juego de trivial interactivo.

La evaluación de cada grupo se realiza mediante un juego interactivo parecido al trivial pursuit, para esto es necesario que todos los alumnos vengán provistos de un teléfono móvil (tableta u ordenador portátil) que se conecte a Internet (pueden utilizar la conexión wifi de la universidad).

Una vez explicado el caso por los alumnos, el profesor hace una breve presentación (no mas de 10 minutos) con el enfoque que deseaba del caso y que normalmente coincide con el de los alumnos, ya que disponían de un guión que seguir. Hace hincapié en los aspectos que piensa que necesitan aclaración o introduce puntos de reflexión sobre los aspectos tratados y una vez acabada la exposición pide a los alumnos que entren en una pagina web (<https://kahoot.it/#/>)

Deben introducir un numero (PIN) que previamente el profesor muestra en pantalla e identificarse cada uno de los alumnos con su DNI.

Previamente el profesor ha elaborado las preguntas en la misma aplicación ([HYPERLINK "https://getkahoot.com/"](https://getkahoot.com/)) con una estructura similar al examen MIR (en nuestro caso 10 preguntas en cada uno de los 9 casos clínicos).

La aplicación permite generar una tabla de excel con los aciertos y fallos de cada alumno, controlar el tiempo de respuesta, mostrar la explicación de cada pregunta con texto, imágenes o vídeos y sobre todo nos permite evaluar a los alumnos simultáneamente, mientras perciben de forma inmediata en que han fallado tras la respuesta. La nota principal la aporta la presentación en clase, pero también se le pide al grupo de alumnos que han preparado ese tema concreto que queden en los primeros puestos del juego.

La forma de crear uno de estos juegos puede ser consultada en: "<https://getkahoot.com/how-it-works>"

Los juegos pueden ser compartidos con otros profesores y alumnos. La aplicación es gratuita.

Juego de búsqueda de información/Introducción a los determinantes sociales de salud.

El último caso es un juego de búsqueda de información en Internet, que persigue introducir al alumno en otro tema del que la mayoría no han oído hablar durante el grado (y me atrevería a decir que muchos residentes de familia tampoco): los determinantes sociales de salud (8).

La estructura en este caso es diferente. Es el profesor el que mediante una presentación va iniciando cada uno de los puntos a tratar del tema y el grupo de alumnos elegidos participan en el desarrollo, respondiendo a las tres preguntas planteadas.

Enunciado del Caso de determinantes sociales:

?Me vais a permitir que este último caso, no sea tal, sino un juego.

No me puedo resistir a que oigais hablar de intervencion comunitaria (el segundo apellido de nuestra especialidad) antes de acabar medicina, por que son los determinantes sociales de salud los que explican las notables diferencias de salud entre las poblaciones. Estamos dando importancia e invirtiendo muchísimos recursos en factores que condicionan la aparición de enfermedades, pero que son puras anécdotas en comparación con la influencia de otros factores mucho más importantes pero menos conocidos. En mi opinión, menos conocidos por que no hay pastillas evitarlos y hay que salir de las consultas para cuantificarlos, conocerlos e intentar modificarlos.

La aproximación comunitaria de la salud es en medicina lo que la teoría de la relatividad fue en la física en su momento; explica mucho mejor lo que sucede a tu alrededor.

Punto 1:

Para comenzar a entender de qué va esto, os propongo que nos expliquéis en vuestra presentacion dos ejemplos:

1.- El caso Roseto (Pennsylvania). Para daros una pista añadiré que uno de los médicos de familia que estudio el caso, en algún momento de su libro ?The Roseto Story?, llegó a decir algo así como que las personas se nutren de otras personas, y no se llamaba Hannibal Lecter?

2.- Responde de forma razonada, que piensas que es más importante para la salud ¿tu código genético o tu código postal? (pista: escribe en google como estrategia de búsqueda ?the jubilee line of health inequality?)

Punto 2:

En este punto vamos a abordar **las causas de las causas**.

Ante cualquier enfermedad concreta (o ante casi cualquier variable biológica) que no se distribuya de forma uniforme en la población, debemos preguntarnos al menos cinco veces, por qué, para llegar a conocer las causas de esas diferencias en su distribución.

Por ejemplo: **1)** ¿Que es lo que causa un infarto de miocardio? Pues que una placa de ateroma se fragmente o ulcerse y la sangre comience a producir en su superficie trombos de plaquetas que cuando se desprenden impactan en un vaso que es más estrecho que el calibre del trombo. **2)** ¿Y por que se ulcera o se fragmenta una placa de ateroma? (por que placas de ateroma tenemos todos, a partir de nuestra segunda década de la vida?) Pues por que hay una respuesta inflamatoria que lesiona el endotelio. **3)** ¿Y que es lo que condiciona la aparición de esta respuesta inflamatoria? Pues su genética, la diabetes, el tabaco, la hipertensión, el colesterol, el

sedentarismo, etc. y el resto de factores de riesgo cardiovascular.

Hasta aquí llegan la mayor parte de las especialidades médicas? y solo algunos continúan preguntándose el porqué.

4) ¿Y que factores condicionan la presencia de esos factores de riesgo cardiovascular? Pues la alimentación, la actividad física, el estrés y los factores psicosociales, las alteraciones del sueño, las conductas, etc. 5) ¿Y que condiciona estos últimos factores y estilos de vida? Básicamente son dos grupos de cosas, que es justo lo que quiero que nos expliqueis en vuestra presentación. (pista: busca en google como estrategia de búsqueda ?salud comunitaria las causas de las causas? y Rafael Cofiño os explicara en una presentación de qué estamos hablando)

Punto 3.

En la práctica clínica, los problemas sociales son parte de la consulta. Se presentan en forma de patologías comunes tanto físicas como psíquicas. Patologías que tenderán a perpetuarse a lo largo de la vida de los pacientes, generando en los médicos, sobrecarga y desgaste y lo que es aun peor, respondiendo a la demanda medicalizando con fármacos ?el malestar social?.

Podríamos hablar mucho sobre las diversas vertientes sobre cómo todos estos factores inciden en vuestra consulta, pero nos vamos a centrar en uno solo (de la vertiente del médico): La ley de cuidados inversos; una ley que todo medico suele pensar que no se cumple en su propia consulta, pero que inexorablemente se equivoca.

¿Qué es la ley de cuidados inversos?

Solo he incluido 3 puntos con el fin de motivar vuestra curiosidad, si os interesa el tema os recomiendo comenzar por ?los hechos probados? de Michael Marmot (el documento de la OMS esta disponible en un pdf del ministerio de sanidad y consumo)?.

Bibliografía:

- 1.- El medico con tres cabezas. Turabián Fernández J L, Pérez Franco B. Aten Primaria. 2006;38(10):570-3.
- 2.- Crítica epistemológica a las Guías de Práctica Clínica. Abel Novoa. Congreso de la sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria. 22, noviembre 2015. Disponible en :
<http://www.nogracias.eu/2015/11/22/critica-epistemologica-a-las-guias-de-practica-clinica-por-abel-novoa/>
- 3.- The Relationship Between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in US States, 1980?1995 Leiyu S, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R.
J Am Board Fam Pract 2003; 16:412?22.
Disponible en:
http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/2003%20JABFP.pdf
- 4.- The Effects Of Specialist Supply On Populations' Health: Assessing The Evidence. Starfield B, Leiyu S, Grover A, Macinko J. Health Affairs published online March 15, 2005. Disponible en:
<http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/03/15/hlthaff.w5.97.long>
- 5.- The effect of physician supply on health status: Canadian evidence. Pierard E. Health Policy. 2014 Oct;118(1):56-65.
Disponible en :
https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi08qzd-ZLNAhUGMBoKHUQGACQQFgg6MAI&url=http%3A%2F%2Felectronics.uwaterloo.ca%2Fdocuments%2FTheEffectPaperPierard_000.pdf&usq=AFQjCNFYgUk632rND2vvgSI2gYS2WQGIUw

6.- Sobrediagnosticando a Shakespeare. Blog "El gerente demediado". Sergio Minué. Disponible en:

<http://gerentemediado.blogspot.com.es/2016/04/sobrediagnosticando-shakespeare.html>

7.- Standardized Best Practices and Individual Craft-Based Medicine. A Conversation About Quality. Lara Goitein; Brent James.

JAMA Intern Med. Published online May 16, 2016. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2521828>

8.- Determinantes sociales en salud. Blog de Rafael Cofiño.

<https://saludcomunitaria.wordpress.com/category/determinantes-sociales-en-salud/>