

Dolor de espalda y su prevención en el personal de enfermería

El dolor de espalda es considerado uno de los problemas más frecuentes en la consulta de asistencia primaria, ya que al menos un 80% de la población presenta alguna vez en su vida dolor de espalda¹. Por otra parte, esta patología ha sido una de las 3 causas más frecuentes de incapacidad laboral, al menos en nuestro país². Teniendo en cuenta que con una buena higiene postural y con la práctica habitual de ejercicio físico podrían prevenirse muchos de estos episodios³, en nuestra área básica de salud se le dio prioridad a este tema, para así poder educar a la población sobre higiene postural⁴, ya que se daba por supuesto que cualquier tipo de actividad efectuada en la práctica diaria podía acabar originando dolor de espalda⁵. Por supuesto, teniendo en cuenta que ciertas actividades favorecían más que otras la sobrecarga de la espalda, lo que mantenido de forma continuada podría conllevar una afectación crónica de ésta⁶. Además, tenemos que tener en cuenta que hay estudios que determinan que esta patología ha sido la primera causa de morbilidad en individuos < 50 años en nuestro país. De éstos un 80,85% presentaba un dolor inespecífico cuya causa queda sin determinar de modo claro, aún después de haberse estudiado correctamente. Por otra parte, el problema del dolor de espalda ha causado en España cerca de 2 millones de consultas anuales en asistencia primaria. Estas impresiones, así como las recogidas a partir de la práctica diaria por parte de los profesionales del centro de salud, despertaron el interés de efectuar un estudio sobre el dolor de espalda en el personal de enfermería.

Objetivo. Descubrir algunos de los aspectos relacionados con el dolor de espalda, en concreto en el personal de enfermería.

Diseño. Estudio descriptivo de tipo observacional en una muestra de personal de enfermería que trabajaban en un centro de asistencia primaria.

TABLA 1. Encuesta efectuada para valorar el dolor de espalda en enfermería

1. ¿Cuales crees que son las causas que provocan dolor de espalda?
2. ¿Qué zonas de la espalda te suelen doler?
3. ¿Efectúas alguna medida preventiva para no tener dolor de espalda?
4. ¿Practicas habitualmente ejercicio físico?
5. ¿Qué tipo de ejercicio practicas regularmente?
6. ¿Cuántas veces a la semana lo practicas?
7. ¿Padeces dolor crónico de la espalda?
8. ¿Consideras que vas sobrecargada de trabajo?

Emplazamiento. Centro de salud reformado en un área urbana con una población asignada de 20.220 habitantes. Se decidió escoger el personal de enfermería del turno que trabajaba por la tarde por constituir un grupo más homogéneo y dado a participar en estudios.

Participantes. Participaron voluntariamente en el estudio todas las enfermeras del turno de tarde del centro de asistencia primaria.

Mediciones principales. Se administró una encuesta, mediante entrevista personal con preguntas de tipo abierto, de los 8 ítems que se querían estudiar (tabla 1). El estudio se efectuó durante los meses de verano del año 2000, por existir menos presión asistencial durante esta época. Evidentemente el efectuar o no la encuesta era de carácter totalmente voluntario.

Resultados. Aceptaron participar en el estudio todas las enfermeras de la muestra seleccionada (n = 15). La edad media de éstas era de 43 años. Un 86,67% creía que el dolor de espalda era debido a posturas incorrectas o inadecuadas. Un 42,67% lo atribuía también, además de a la mala higiene postural, a enfermedades propias de esta zona, mientras que un 33,33% lo consideraba debido asimismo a sobreesfuerzos o sobrecarga. Manifestaban presentar a veces dolor de espalda un 66,67% de ellas. Todas éstas se quejaban de dolor en la zona lumbar, pero un 26,67% lo asociaba a dolor en la zona de las vértebras cervicales. Únicamente un 33,33% de todas ellas efectuaba medidas preventivas. Respecto a la práctica de ejercicio físico de forma regular, manifestaban llevarlo a cabo

también solamente el 33,33%, y el tipo de ejercicio más frecuentemente efectuado era caminar (4), seguido de la gimnasia regular (3) y en muy poca proporción la natación. La práctica de ejercicio era diaria (2 casos), una vez a la semana (2 casos), 2 veces a la semana (3 casos) y 3 veces a la semana (2 casos). Manifestaban encontrarse sobrecargadas de trabajo el 66,67% de las enfermeras y presentar dolor crónico en la zona de la espalda el 33,33% de todas las entrevistadas.

Discusión y conclusiones. Ni siquiera la mitad de las enfermeras estudiadas efectúa medidas preventivas para no presentar dolor de espalda, a pesar de que un 66,67% presenta dolor de espalda y sabe que una buena higiene postural sería eficaz para poder prevenirlo, ya que reconoce las malas posturas como una de las causas principales desencadenantes de este tipo de dolor. Además, sólo un 33,33% de ellas practica habitualmente ejercicio físico, lo cual potenciaría su musculatura y evitaría en gran parte sus dolores de espalda. Este personal evidentemente dispone de más información sobre la prevención del dolor de espalda que el resto de la población general, pero los resultados de la encuesta son similares a los detectados en la población general. Por otra parte, también es importante el dato de que en el ámbito del área básica de salud la causa más frecuente de absentismo laboral en el personal de enfermería es la lumbalgia. Debería de tenerse en cuenta además que el personal de enfermería encuestado consideraba en muy alta proporción que tenía sobrecargas en su trabajo. Este porcentaje era incluso más elevado que el de mu-

jeros con dolor de espalda y que se consideraban con sobrecarga en la población general, lo que se valora como uno de los motivos que debería hacernos reflexionar sobre la sobrepresión de la asistencia primaria.

M.T. Torras Bernáldez, M.J. Bernat López, L. Masfred Pujol y L. Martín Muncharaz
CAP Sagrada Familia. Manresa (Barcelona).

1. Borenstein YC. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol*;11:151-7.
2. Salleras L, Serra L. Actividad física y salud. En: Pierola G, et al, editores. *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Salvat, 1991; p. 963-72.
3. Bigos S, Bowwywer O, Bren G, et al. Acute low back pain in adults. *Clinical practice guideline*, n.o 14. AHCP. Publ n.o 95.06422. US Department of Health and Human Services.
4. Torras MT, Bernat JA, Bernat MJ, Masfred L, Cánovas C, Casas R, et al. Características del dolor crónico de espalda en mujeres de 15-45 años. *Rev Centro de Salud* 2001;234-236.
5. Nordin M, Vischer TL. Common low back pain: prevention of chronicity. *Bailliere's Clin Rheumatol* 1992;6:3.
6. Blázquez D, Castro U, Fraile A, García M, Hernández J, Giménez F, et al. ICE-EPS. Salud, deporte y educación. Las Palmas: ICEEPS, 1997.

Uña encarnada: un año de experiencia en cirugía ungueal en la consulta de atención primaria

La uña encarnada u onicocriptosis es una de las patologías de la uña que con mayor frecuencia se ve en la consulta de atención primaria. Se calcula que se producen 10.000 nuevos casos que necesitan tratamiento cada año en el Reino Unido, unos 20 por cada 100.000 pacientes vistos en las consultas de primaria¹. Suele afectar preferentemente a personas jóvenes entre la segunda y tercera décadas, aunque puede manifestarse a cualquier edad.

Su patogenia se debe a una desproporción entre el tamaño del lecho ungueal que es demasiado estrecho y una lámina ungueal demasiado ancha por lo que la uña, al crecer, tiende a enclavarse en los bordes laterales produciendo dolor e inflamación y en ocasiones incapacidad para la deambulacion. La causa más habitual es el uso de zapatos estrechos y/o mala técnica en el corte de uñas².

Clínicamente existen 3 estadios según su evolución:

- Estadio 1: eritema, edema y dolor a la presión sobre el pliegue ungueal lateral.
- Estadio 2: empeoramiento del estadio anterior asociado a infección y supuración.
- Estadio 3: los síntomas se intensifican, existiendo además tejido de granulación e hipertrofia laminar.

En la práctica es más fácil la diferenciación entre uña encarnada leve o intensa según exista o no tejido de granulación en el pliegue lateral³.

La elección del tratamiento viene determinada por el estadio en el que se encuentre. En la forma leve utilizamos tratamiento conservador que incluye técnicas como sumergir el pie en agua caliente durante 10-15 minutos, levantar el trozo de uña enclavada con un trozo de algodón o gasa y el uso de antibióticos tópicos u orales. En las formas intensas está indicado el tratamiento quirúrgico en sus distintas formas⁴⁻⁶.

Objetivos. Describir nuestra experiencia de un año en la realización de matricectomía química con fenol en el tratamiento de las formas intensas. Se utiliza esta técnica por su sencillez, no requiere gran destreza quirúrgica y presenta buenos resultados.

Diseño. Estudio descriptivo, retrospectivo, que recoge las intervenciones realizadas en el período desde el 1 de abril de 1999 hasta el 31 de marzo de 2000 con pacientes de las 12 consultas de atención primaria del centro (mañana y tarde).

Emplazamiento. Centro de salud El Greco, ubicado en el núcleo urbano de Getafe con una cobertura de 20.000 habitantes.

Mediciones principales. Se revisaron las historias clínicas, extrayéndose los datos de la historia informatizada OMI-AP, recogiendo los datos del episodio "uña encarnada" y del protocolo de cirugía menor que se rellena después de cada proceso quirúrgico. Los pacientes derivados al especialista de zona lo fueron por decisión clínica de su médico y por las características del paciente.

Se decidió realizar tratamiento conservador en las formas leves considerando un corte adecuado de las uñas y tiras de algodón o gasa por debajo de ellas y con seguimiento en la consulta de enfermería que derivaba al paciente a la consulta de médico en caso de no mejoría o empeoramiento para valorar tratamiento quirúrgico.

En cuanto al tratamiento quirúrgico utilizado, realizamos matricectomía química con fenol, técnica sencilla de realizar en el centro de salud y que no precisa gran destreza quirúrgica por parte del médico. Se requiere un material quirúrgico fácil de obtener: tijeras de punta fina, mosquito recto, alcohol de 70°, desinfectante, anestésico, venda de gasa, pomada antibiótica y solución acuosa de fenol al 88%. La intervención se realizaba en la sala de curas utilizada como quirófano para cirugía menor en nuestro centro.

Las variables que se recogieron fueron: edad, sexo, derivación al especialista, tipo de tratamiento (conservador o quirúrgico), complicaciones (precoces y tardías), tiempo medio de espera para la intervención (medido en días) y grado de satisfacción del paciente. Esta última variable se valoró mediante encuesta telefónica.

Resultados. Durante el período de estudio se han registrado 79 casos de pacientes con el diagnóstico de uña encarnada, de los que 10 se derivaron al especialista por criterio de su médico, 33 recibieron tratamiento conservador por la forma leve de su enfermedad y en 36 se realizó matricectomía.

La edad media de los pacientes fue de 37,49 años, con una desviación estándar de 23,25.

De los 36 pacientes intervenidos se registraron 6 complicaciones (16,6%) en 6 pacientes distintos, de las cuales 3 (8,3%) fueron complicaciones precoces consistente en infección de la uña intervenida en la primera semana poscirugía, con buena respuesta a tratamiento antibiótico oral. Las 3 restantes (8,3%) fueron complicaciones tardías consistente en recidiva de la uña intervenida.

El tiempo medio de espera fue de 2,36 días, con una desviación estándar de 2,01. El intervalo oscilaba en 1-8 días, dependiendo tanto de cuestiones de organización del quirófano para cirugía menor del centro como por conveniencias personales de los pacientes.

Se evaluó el grado de satisfacción mediante una encuesta telefónica que valoraba la estética y la atención prestada en buena o mala. Sólo un paciente (2,7%) mostró su descontento en cuanto a la estética, pero no así en cuanto a la atención prestada, coincidiendo con uno de los casos de recidi-

va. Todos los pacientes (100%) mostraron su satisfacción en cuanto a la calidad de la atención prestada, el escaso tiempo de espera y las facilidades para adecuar la cita a sus horarios.

Conclusiones. Teniendo en cuenta lo limitado de su interpretación al tratarse de un estudio descriptivo, llama la atención la escasez de complicaciones, limitado tiempo de espera y alto grado de satisfacción de los pacientes, lo que se justifica por la sencillez de la intervención y la accesibilidad al centro de los pacientes. El escaso número de complicaciones nos indica que el empleo de esta técnica ofrece un gran margen de seguridad en su manejo. De todas formas no se debe olvidar guardar unas mínimas normas en cuanto a la técnica quirúrgica, empleo de anestésicos locales, asepsia y contraindicaciones, para que las complicaciones sean anecdóticas. Por todo ello pensamos que esta técnica debe facilitarse a nuestros pacientes en las consultas del centro de salud, así como formar parte del programa de formación de los residentes y ser motivo de cursos para los médicos de atención primaria.

Es interesante reseñar que, al evitar estas consultas, habría un gran ahorro económico y a la vez disminuiría la lista de espera de los especialistas correspondientes.

N.M. Puente García, M.L. Fernández Gómez y D. Voces García
Centro de Salud El Greco. Getafe. Área 10.
Madrid.

1. Rounding C, Hulm S. Surgical treatments for ingrowing toenails. Cochrane Library 1999 issue 3 (13 March 1999).
2. Zuber T, Pfenninger J. Management of ingrown toenails. Am Fam Physician 1995;52:181-90.
3. Jiménez Reyes J, Gómez Barrio MI, González Herrada C. Matricectomía química en la cirugía ungular. Actas Dermosifiliogr 1996;87:439-43.
4. Gillette RD. Practical management of ingrown toenails. Postgrad Med 1988;84: 145-6,151-3 y 156-8.
5. Lazar L. A conservative treatment for ingrown toenails in children. Pediatr Surg Int 1999;15:121-2.
6. Scherger JB. Successful technique for treating ingrown toenails. Am Fam Physician 1996;53:499.

Carta de felicitación

Sr. Director: Sólo un par de líneas para felicitarle por el nuevo formato de la revista.

Hacia algún tiempo que no leía nada más que el sumario, su editorial, alguna carta al director de contenido clínico, muy pocos *originales* y algún «artículo especial» de miembros relevantes del mundo sanitario. Creo que con el nuevo formato han conseguido una revista más atractiva desde el punto de vista del diseño, pero también más interesante en cuanto a la estructura y en lo que respecta a sus contenidos. No pongo en duda que la mayoría de los trabajos publicados hayan sido metodológicamente correctos –casi todos lo son–, y que muchos requieren esfuerzos importantes para su realización, pero sí dudo de su interés para la práctica clínica del día a día.

Del último número recibido en mi domicilio (*Aten Primaria* 2001;28:447-516), le puedo asegurar que he leído más del 80% de sus páginas. ¿De qué revistas solemos leer íntegramente más de un tercio de sus páginas? Es más que probable que estos comentarios no sean relevantes para muchos de los lectores de *ATENCIÓN PRIMARIA*; también es posible que a otros compañeros que hayan visto incluidos sus trabajos –el que le escribe ha publicado alguno– en sus páginas les resulte grosero o inapropiado, e incluso a los miembros del comité asesor; pero lo cierto es que muchos de mis compañeros de trabajo coinciden conmigo en que la revista necesitaba un cambio. Ya no va directamente a la papelera como antes; ahora, tras su lectura, es guardada en sus bibliotecas particulares junto con otras de la talla de *The Lancet*, *Medicina Clínica*, *AFP* o incluso *British Medical Journal*.

Creo que ha sido un gran acierto del comité editorial el conjunto de cambios realizados en la publicación. La *semFYC* siempre se ha caracterizado, entre otras muchas cosas que no vienen al caso, por su vanguardismo y por imprimir calidad a todo lo que hace (proyectos de investigación, congresos, grupos de trabajo, publicaciones...), y esta línea se refleja de nuevo con el

cambio de imagen en *ATENCIÓN PRIMARIA*.

Felicidades y que sea así por mucho tiempo.

J.M. Fernández Núñez

Médico de Familia. Don Benito (Badajoz).

Congreso semFYC: ¿una inversión científica o una fuente de ingresos?

Sr. Director: De nuevo quisiera resaltar diversos aspectos sobre nuestros macrocongresos, y algo debe suceder si aparece y reaparece una y otra vez tras casi cada nueva edición¹⁻³. Unas simples reflexiones y comentarios.

¿Para qué queremos nuestros congresos, para foro de intercambio profesional y de enriquecimiento científico o como fuente de ingresos para nuestra sociedad?

En el aspecto científico: ¿lo que se nos ofrece en nuestros congresos, es lo que realmente esperamos?, ¿sirve realmente para formarnos, para debatir nuestros problemas diarios y para crecer en nuestra especialidad?

Todos somos profesionales, y algunos con más o con menos experiencia, pero todos podemos aportar temas para la reflexión y el debate. Me parece adecuado y pertinente que algunos, los que *a priori* saben más de un tema, o que se lo han preparado, sean los responsables de conducir las reflexiones de las mesas en forma de ponencias (los «popes» de las mesas), pero quisiera hacer la siguiente reflexión: ¿es que los comunicantes a una mesa, que se han estado preparando a fondo un tema, avalado con un trabajo científico sobre él, no pueden contrastar su opinión con «los expertos»? –habitualmente, con honrosas excepciones, después de su exposición los ponentes desaparecen de la sala–; me parece una falta de respeto y algo frustrante para estos compañeros. Y los asistentes a la mesa –el público–, interesados en el tema por el mero hecho de asistir: ¿no merecen más tiempo para la

reflexión y discusión y poder, junto con los ponentes y los comunicantes, establecer un foro de discusión? ¿Por qué se da más importancia, en prestigio y tiempo, a las ponencias que a las comunicaciones y al tiempo de debate? Generalmente, el debate queda para el final, después de muchos minutos de «exposición teórica» y, cuando empieza a animarse, el escaso tiempo toca pronto a su fin, dejando muchas ideas y preguntas en la boca de los contertulios. El formato de ponencias en grandes salas con lejanía física entre ponentes y oyentes, donde se exponen grandes disertaciones teóricas de un tema, ¿no es un formato poco funcional y que facilita poco la participación? Las ponencias, para ser realmente una buena fuente de información científica, con fines educativos, deberían ser expuestas por buenos docentes y excelentes comunicadores, cualidad que sólo disfrutaban unos pocos –esta fórmula es la ideal para eventuales conferencias magistrales–. Deberíamos encontrar un formato en el que se facilitara mucho más el intercambio entre profesionales, ya que al fin y al cabo todos deberíamos saber de todo lo que se trata en nuestros congresos, en más o menos profundidad, y todos deberíamos tener opinión de todos los temas. Se podrían plantear foros en los que más profesionales nos preparásemos un tema de discusión y donde, después de una breve y eventual exposición, el debate fuese realmente el objetivo y lo importante del acto –el resumen del cual también debería quedar reflejado en un eventual «libro de ponencias»–. Si atendemos a las asistencias, parece que es más aceptable para los congresistas el formato taller; éstos crecen año tras año, con más sesiones para poder acoger al máximo número de interesados. Su interés puede radicar en la cercanía con una materia que «puedes tocar con la mano» y que aumenta la interacción entre los participantes, en el que uno expone lo que domina a otros, interesados también en el tema y ambos aprenden, y vemos más plausible su aplicación práctica.

El comité científico debería poder emitir al final de cada congreso un informe o memoria con todas las nuevas ideas, nuevos temas y proyectos tratados, las conclusiones de las reuniones de trabajo de los distintos grupos y lo «surgido» en cada evento realizado en el seno del congreso, con mención de la participación en los distintos actos científicos, y ser capaz de ofrecer las referencias de los líderes de opinión sobre los temas tratados, no sólo el clásico libro de ponencias redactado *a priori*.

Otro tema a debatir, creo yo, son los famosos pósters. Un formato que considero inadecuado, representa la cenicienta de la comunicación científica y a él sólo van los trabajos que no tienen la «categoría» de ser expuestos de forma oral (?). Si un trabajo no tiene suficiente calidad, no debería ser expuesto ni en forma oral ni en formato póster en nuestro congreso nacional. Tal y como reflexiona Simó-Miñana¹, ¿hay realmente tiempo suficiente para la realización de tantos trabajos de calidad en un año? ¿Hay suficientes trabajos para poder ser expuestos –bien hechos y que sean relevantes y/o novedosos– en los respectivos congresos-jornadas propios de las sociedades federadas en su feudo o en las jornadas de residentes y además en el congreso nacional? ¿Necesitamos realmente el formato póster? ¿Cómo se puede defender mejor un trabajo: en una mesa o en un panel? Si realmente hubiese tantos trabajos de calidad, deberíamos darles un formato adecuado, y sobre todo promover su publicación para que salga de nuestro ámbito.

¿Cómo podemos exponer líneas o proyectos de investigación que aún no han empezado o finalizado? ¿No podríamos aprovechar una reunión de esta envergadura para poder captar adeptos o encontrar un foro para poder debatir una línea de investigación?

El congreso nacional de nuestra especialidad, creo, debería ser el foro más importante para la discusión de nuestros grupos de trabajo y que sirviera para el acercamiento de éstos al resto de compañeros, con lo que de ellos se

derive en docencia, investigación, intercambio de experiencias, avances... También un lugar donde se aporten nuevas experiencias para la práctica clínica, para el desarrollo de nuestra especialidad y para la investigación. Lugar donde poder saber qué se realiza en España en atención primaria y cómo ésta se encuentra con relación al resto del mundo, un punto de referencia para nuestra especialidad. Debería ser el evento de referencia al que todos necesitésemos acudir.

Todo lo expuesto hasta ahora va en un soporte del que surgen otras retahíla de preguntas: ¿es realmente imprescindible un congreso por todo lo alto? ¿No nos podríamos sentir más cómodos en entornos menos ostentosos, donde primen la funcionalidad y el acercamiento entre los participantes a otros aspectos más superfluos? ¿Debemos decorar necesariamente nuestros congresos con una gran oferta paralela de actos sociales? Entiendo que edificios para poder contener estos eventos, que mueven a tan elevado número de personas, no son especialmente baratos, pero ¿qué necesitamos: ¿espacios de discusión o palacios? Si ni un edificio con la magnitud del Kursaal ha podido albergar toda la actividad científica de un congreso, ¿es realmente esto lo que necesitamos? También entiendo que un congreso es una oportunidad de conocer entornos interesantes de España², pero ¿a costa de quién?; semFYC no es una agencia de viajes. Si adecuamos el formato de congreso a nuestras verdaderas necesidades, a una infraestructura que acoja simples espacios de intercambio científico, posiblemente no será tan caro y no estaríamos tan sometidos al yugo de grandes presupuestos.

¿Están realmente agotadas todas las fuentes de financiación? ¿Es que a la sociedad civil no le interesa la sanidad? ¿Tan difícil es vender la necesidad social de estos foros? Por otra parte, si hemos de «claudicar» con la industria para la financiación del evento², ¿a qué precio tenemos que hacerlo? Si permitimos que «vendan» sus productos en nuestro espacio, ¿no podemos seleccionar qué productos nos deben «ven-

der»? ¿Cómo es posible que en un congreso semFYC pueda aparecer la promoción de productos farmacéuticos que nuestra sociedad no recomienda ni recomendaría en ninguno de sus foros científicos? –esta última reflexión también la haría extensiva a nuestras revistas.

Una cuestión importante respecto al tema de los costes del congreso es el de los invitados. ¿Tenemos una política de invitados adecuada?

La conocida lucidez de Albert Planes puso de nuevo el dedo en la llaga en Donosti. No hemos de perder el norte, somos quienes somos y no debemos aparentar ser quienes no somos. El camino es largo y los congresos cada vez con mayor participación. Debe primar la ética y la sinceridad científica en nuestros actos. Deberíamos plantearnos este tema con premura. El crecimiento progresivo de nuestros congresos va a hacerlos inviables en breve; no va a haber infraestructuras, con el formato actual, capaces de absorber este tipo de eventos.

Recordando a los clásicos con el «divide y vencerás», podríamos mejorar evitando al máximo reuniones para muchos participantes en un mismo espacio, aumentando más el número de grupos de discusión, para diluir a los congresistas entre más espacios, a mucha más oferta científica en un mismo congreso. Así necesitaríamos más espacios, pero para menos participantes para la mayoría de actos, y sólo un auditorio para unos actos muy concretos. Estos espacios existen.

Una propuesta: ¿que problema habría en organizar congresos, por ejemplo, en universidades? Vislumbramos varias ventajas en esta posibilidad. Todas las comunidades autónomas tienen universidad, no hay problemas prácticamente de espacio físico para albergar las actividades científicas –sólo habría que estudiar cómo resolver los otros temas: restauración y hospedería–; sería una forma de acercarnos progresivamente a la universidad en el posgrado, que de momento es difícil de otra manera; podría ser una forma de potenciar nuestra especialidad entre los estudiantes de medicina... En

casi todas ellas hay una aula magna para grandes eventos... Supongo que habrá más posibilidades... Debemos hacer un esfuerzo de imaginación entre todos.

Todas estas cuestiones expuestas necesitan, para encontrar respuestas, un cambio importante de mentalidad, no sólo de nosotros como congresistas y

nuestra percepción el evento, sino también para nuestro proveedor de congresos.

D. Medina i Bombardó

Médico de Familia del EAP del Centre de Salut Llevant. Unitat Bàsica de Cala Millor. Mallorca (Illes Balears).
Máster en Diseño e Investigación en Ciencias de la Salud por la Universitat Autònoma de Barcelona.

1. Simó Miñana J. Comunicaciones científicas a congresos científicos: algunas propuestas de mejora. *Aten Primaria* 1999; 23:371-5.
2. Bayón Rueda A. El papel de la semFYC en la relación médico de familia/industria farmacéutica. *Aten Primaria* 1997;20: 339-40.
3. Coscollar Santaliestra C, Magallón Botaya R, Samitier Lerendegui ML. Reflexiones desde el interior de un Congreso. ¿Colaboradores, entorpecedores o cómplices? *Aten Primaria* 1999;24:249-51.