

## Hojas de información para el paciente en atención primaria

**Sr. Director:** En nuestra práctica diaria en la consulta, echamos en falta disponer de hojas de información para los pacientes con recomendaciones y contenidos bien documentados científicamente, redactadas en un correcto español y con una buena elaboración técnica<sup>1</sup>, para que así puedan ser bien comprendidas por la mayoría de nuestros pacientes<sup>2</sup>. Además, este material educativo debería ser independiente de intereses comerciales y contar con el respaldo de una sociedad científica como la semFYC.

Hasta el momento, la semFYC dispone de diferentes publicaciones oficiales (guías de actuación y terapéuticas, recomendaciones semFYC) y la Revista ATENCIÓN PRIMARIA, como publicación oficial de la semFYC, suele publicar series de artículos («Documentos semFYC», «Series», «Programas») con los distintos consensos y recomendaciones de semFYC.

Sin embargo, a la hora de apoyar con material impreso nuestra información a los pacientes, tanto sobre procesos clínicos como sobre procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos, hemos de recurrir a materiales más o menos rigurosos o bien intencionados facilitados por laboratorios farmacéuticos, a documentos *ad hoc* elaborados por nosotros mismos<sup>3</sup> o a otros elegidos entre los ofrecidos en algunas revistas médicas o en diferentes webs, como la desarrollada recientemente por la SCMFIC u otras de información médica en Internet<sup>4,5</sup>.

Desde hace años, deseáramos encontrar en esta Revista hojas de información para el paciente similares a las que aparecen en revistas como *American Family Physician* (Patient Information) o *JAMA* (JAMA Patient Page), accesibles por Internet ([www.aafp.org/afp.xml](http://www.aafp.org/afp.xml); [www.jama.ama-assn.org](http://www.jama.ama-assn.org)), al igual que *Family Doctor* ([www.familydoctor.org](http://www.familydoctor.org)), la web para los pacientes de la AAFP. Muchas webs dispo-

nen de una versión en español<sup>5</sup> (como [www.familydoctor.org/spanish\\_healthtopic.html](http://www.familydoctor.org/spanish_healthtopic.html) o Medline Plus en español<sup>6</sup>), pero emplean demasiadas expresiones del español hablado en Estados Unidos.

Podría discutirse si es Atención Primaria el lugar más adecuado para la publicación de estas hojas para pacientes. Atención Primaria es, principalmente, una revista que publica trabajos de investigación. Sin embargo, el hecho de que sea el órgano de difusión de otros documentos de la semFYC, así como su grado de penetración en el colectivo de médicos de familia, el que sea gratuita para todos sus socios y la posibilidad del acceso libre y gratuito a la versión electrónica de la revista la hacen, a nuestro juicio, el lugar idóneo para la publicación de las hojas para pacientes.

Creemos que, como servicio a los médicos de familia asistenciales, las hojas deberían figurar impresas en cada número. La sección «Material adicional» de la versión electrónica de la revista podría ser una alternativa en el caso de que editorialmente se considere inviable la publicación en el formato en papel. Esta sección permitiría la descarga en línea de los documentos y su posterior archivo electrónico, impresión o fotocopiado por los clínicos que las consideren útiles para sus pacientes.

Por todo ello, rogaríamos al Consejo Editorial de la revista que considere la inclusión de estas Hojas de Información para los Pacientes, redactadas por profesionales de atención primaria o grupos de trabajo expertos en cada tema y en técnicas de divulgación y educación sanitaria<sup>1</sup>, convocados por la semFYC o por la propia Revista.

**B. Loeches Yagüe  
y A. de Lorenzo-Cáceres Ascanio**

Centro de Salud Universitario Ciudad Jardín. Área 2 de Atención Primaria. Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD). Madrid. España.

1. Córdoba R, coordinador. Elaboración de folletos educativos dirigidos a pacientes. Informe Técnico n.º 2. Barcelona: SemFYC, 1998.
2. Simón P, Barrio MI, Concheiro L. Legibilidad de los formularios escritos de consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 1997;107:524-9.
3. De Lorenzo-Cáceres A. «Afortunadamente no tiene usted nada». El PSA y el

cribado del cáncer de próstata. *Aten Primaria* 2001;27:284-5.

4. Información y consejos para los pacientes [consultado el 30/8/2003]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/consejos/consejos.htm>
5. Gutiérrez Couto U, Blanco Pérez A. Información para pacientes en español en Internet. *Aten Primaria* 2001;28:283-8.
6. Medline plus en español: Información de salud [consultado el 30/8/2003]. Disponible en: <http://www.medlineplus.gov/spanish/>

## Europa, una buena alternativa

**Sr. Director:** Tras la lectura del artículo publicado el pasado mes de septiembre con el título: «Médicos españoles en Europa: la emigración como solución a los contratos basura»<sup>1</sup>, es fácil concluir que la experiencia en el extranjero de los médicos españoles es ciertamente negativa. Por el contrario, debo decir que, en primer lugar, las condiciones de trabajo, la remuneración, las condiciones del traslado y las ayudas complementarias se acuerdan previamente a la aceptación del puesto y firma del contrato y, en mi caso, y por lo que yo sé de mis compañeros, esto se ha cumplido según lo pactado. Es cierto que en Suecia se completa un período como residente durante 1 o 2 años. Esto es así dado que la obtención del título de médico de familia en ese país conlleva 5 años de residencia. Este período como residente es de gran utilidad, ya que se visita a menos pacientes por día de los habituales, se tiene más tiempo por paciente, se dispone de una hora de tutoría a la semana, se puede rotar por el hospital y se tiene acceso a cursos, así como tiempo para estudio y para desarrollar algún proyecto de investigación. La obtención del título de médico de familia sueco puede llevar algunos meses de trámite burocrático y está sujeto a la normativa del Ministerio de Sanidad (Socialstyrelsen) y al beneplácito del tutor. Es inherente a la condición de

**Palabras clave:** Folletos. Información al paciente. Materiales educativos impresos.

**Palabras clave:** Europa. Satisfacción laboral. Suecia. Extranjero. Motivación.

emigrante que existan ciertos recelos la población autóctona, que no duda preguntarse si el producto importado reúne la suficiente calidad o, por el contrario, están llevándose lo que sobra o no se desea en el país de procedencia. Ha quedado demostrado que los médicos españoles estamos trabajando al nivel esperado; de hecho, la experiencia se ha repetido durante 3 años y están planeados futuros reclutamientos de médicos de familia en España. No sólo no somos las sobras de la sanidad española sino que, por el contrario, somos aquellos que, por respeto a su profesión, han decidido no anquilosarse en el circuito de las sustituciones y los refuerzos y han optado por crecer profesional<sup>2</sup> y humanamente a costa del esfuerzo que exige hacer la maleta. Lo más triste de todo es que, al contrario de lo que sucede en el resto de Europa, donde haber trabajado en el extranjero se considera como mérito, en nuestro caso no sólo no está reconocido, sino que se penaliza de tal forma que, a la hora de opositar, el tiempo trabajado en servicios públicos de salud de la Unión Europea se valora con la mitad de puntos en algunas comunidades autónomas, mientras que en otras sencillamente ni se puntúa, circunstancia ésta que es, desde todo punto de vista, injusta, si no ilegal. A modo de resumen y como conclusión debo decir que la experiencia en el extranjero es, a pesar de las dificultades, enriquecedora, provechosa económicamente y aporta nuevos conocimientos y habilidades en el ejercicio de la medicina, además de una más amplia concepción de nuestra profesión derivada del intercambio de ideas y experiencias con nuestros compañeros de Europa.

#### A. Alexandre Ayuso

Médico de Familia. Ågårdsskogens  
Vårdcentrum. Lidköping. Suecia.

### Respuesta de los autores

**Sr. Director:** Agradecemos a usted, a su Revista y a los que con su lectura y aportaciones nos brindan la oportunidad de profundizar en los temas más variados.

Así sucede con la contestación a nuestro artículo por parte del Dr. Alexandre. Lleva razón cuando dice que trabajar en el extranjero es enriquecedor. Nosotros también ratificamos que, personalmente, es una de las experiencias más positivas en nuestra vida profesional como médicos. Sin embargo, estructuralmente, a lo largo de estos 3 años hemos podido detectar ciertos «inconvenientes» que, sin llegar a transformar la experiencia en negativa, revelan que ejercer la medicina fuera de nuestras fronteras no es fácil<sup>1</sup>. Estos inconvenientes se podrían subsanar si nuestro país nos apoyara más y el proceso no se convirtiera en una vía de descongestión para un sistema saturado de profesionales, además de una salida forzada para los que no tienen un puesto de trabajo digno<sup>1,2</sup>.

Sobre condiciones de contratos, conocemos las de dos países: Reino Unido y Suecia. Ambos se dirigían a «Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria» y en ninguno se especificaba que el trabajo que se realizaría (Suecia) o el salario que se cobraría (Inglaterra) serían de residente<sup>3</sup>. Además, en Suecia, por poner un ejemplo, había que compartir habitación, en un piso sin amueblar, durante los primeros 3 meses de estancia. No creemos que esto se pueda considerar una condición digna para un profesional con titulación superior.

En el tema de los «recelos», denunciados en nuestro artículo y mencionados en la carta respuesta, está claro que existen: a nosotros nos han denegado una entrevista, no por ser quienes somos, sino «por ser extranjeros» —en nuestro caso españoles—, y estamos seguros de no ser los únicos. Es la desventaja de ser inmigrantes —aunque lo seamos de lujo—, lo que, por otra parte, nos enseña a enfocar, desde el punto de vista de afectado, todo lo que significa la emigración. Viviendo esta situación personal, siendo un profesional con título y procedencia de la Unión Europea, cómo no preguntarnos por todos los compañeros médicos a los que no se les reconocerá el suyo por ser extracomunitarios<sup>4</sup>; o, en la comunicación médico-pa-

ciente, vivir la experiencia de que el emigrante ahora somos nosotros también nos hace ver las cosas de otra forma (tenemos que confesar que esta experiencia, vivida en esta clave, es una de las que más nos han satisfecho). En cambio, conocer médicos que no pueden trabajar por no pertenecer a la Unión Europea ha sido una de las más tristes. Hablamos en nuestro artículo, además, de emigración como solución a los contratos basura. ¿Quién de nosotros tenía como sueño profesional hacer refuerzos o sustituciones al terminar la carrera o la especialidad? El hecho triste de que no existan convocatorias regulares de plazas y que los mercados estén saturados hace que «Europa sea una buena salida», como muy bien se dice en la carta en la que se nos contesta. Justamente, porque aquí no hay muchas más posibilidades<sup>1</sup>. También es verdad que, cuando conseguimos que nos llamen, si pasamos la entrevista, la capacidad de trabajo adquirida de España y la calidad profesional hacen que se nos valore e, incluso, que se nos busque desde otros países europeos que lo descubren<sup>5</sup>. Ello no impide que las condiciones de los contratos no sean de la calidad que debieran y que, más que profesionales en el exterior, desde allí nos sigan considerando y tratando como inmigrantes, por la indefensión en la que nos enfrentamos a tal situación<sup>1,4</sup>.

En resumen, volvemos a reconocer que trabajar fuera de España está siendo también para nosotros una de las experiencias más apasionantes que hemos vivido: salir ha evitado que nos anquilosáramos. Pero la emigración es un proceso duro, como lo demuestra el hecho, que reconocen todos los expertos, de que para emigrar hay que estar capacitado, por lo que nunca son los peores los que emigran. Si se planteara el trabajo en el extranjero como parte de la carrera profesional, además de mejorar la imagen de España y los españoles, no sólo la de los médicos, se terminaría con problemas como la falta de reconocimiento de los servicios profesionales y se incrementaría su calidad, al sumar la perspectiva de sistemas sanitarios diferentes<sup>1</sup>. Y, además, aliviando la presión del número de titulados y afinando la sensibilidad en el trato con inmigrantes —compañeros profesionales o pacientes—. Es cuanto queríamos decir en nuestro artículo y creemos que la carta de

1. Sánchez-Sagrado T. Médicos españoles en Europa: la emigración como solución a los contratos basura. *Aten Primaria* 2003;32:223-6.

2. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y carrera profesional en medicina de familia. *Motivación y médicos de familia* 1. *Aten Primaria* 2001;28:484-90.

contestación no sólo no lo desdice, sino que lo corrobora. Muchas gracias.

**T. Sánchez Sagrado**

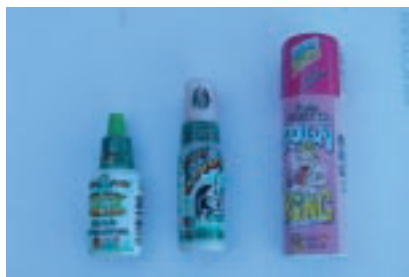
Médico de Familia. Liverpool. Reino Unido.

1. Sánchez-Sagrado T. Médicos españoles en Europa: la emigración como solución a los contratos basura. *Aten Primaria* 2003;32:223-6.
2. Lauzirika N. Salir del país para ejercer la profesión. *Informes y gestión. El Médico* 2002;810:56-63.
3. [bmjcareers.com/cgi-bin/section.pl?sn=salary](http://bmjcareers.com/cgi-bin/section.pl?sn=salary).
4. MacDonald R. The lowdown on international recruitment. *BMJcareers* 2003; 327:s191-3.
5. Spanish recruits take up post. *Doctor Magazine*, 2002, 7 feb.

## Golosinas del siglo XXI, ¿una nueva amenaza toxicológica?

Sr. Director: De las 1.169.478 intoxicaciones registradas en menores de 6 años en Estados Unidos en el año 2001, un 60,2% fueron de causa accidental. Entre ellas, los productos cosméticos, de higiene personal, limpieza e industriales constituyeron el 28,3% de los casos<sup>1</sup>. Recientemente advertíamos sobre los peligros de usar como reclamo publicitario farmacéutico envases de medicamentos con golosinas en su interior<sup>2,3</sup>. Somos conscientes de que, en este caso particular, el número de niños que pueden resultar expuestos a esta amenaza es limitado, circunscrito básicamente a los hijos de profesionales de la salud. Sin embargo, el problema parece que va a más. Durante los últimos meses han aparecido en la prensa noticias de casos de «reaccio-

**Palabras clave:** Intoxicación accidental. Niños. Prevención.



**FIGURA 1.** Productos retirados por sanidad. Obsérvese el enorme parecido con descongestionantes nasales, aerosoles bucales y desodorantes *roll-on*.



**FIGURA 2.** Nuevas golosinas con formas de detergente para lavaplatos, brocha y espuma de afeitado.

nes adversas» a determinadas golosinas que aconsejaron su retirada, tanto en España como en otros países a los que eran exportadas<sup>4,5</sup>. Aunque esta retirada se justificaba (al menos en la prensa) sobre la base de la excesiva acidez del producto, es curioso que no se mencione entre las razones para su retirada el peligroso parecido con determinados envases cosméticos (fig. 1), alguno de los cuales ha llegado a producir complicaciones graves por sobredosisación<sup>6</sup>. Además, una vez retirados del mercado, la cada vez más incisiva «industria infantil» introduce rápidamente nuevas presentaciones para estas golosinas (fig. 2), intentando extender la moda de que los niños jueguen, chupen o ingieran simulaciones de productos de alta toxicidad.

Desconocemos si la industria es ajena, o simplemente desconocedora de los riesgos toxicológicos que estas golosinas conllevan. Toxicólogos y padres somos conocedores de la gran capacidad emuladora de los niños, la cual es causa de innumerables consultas diarias de los servicios de urgencias, y creemos que no requieren más estímulos posi-

vos (condicionamiento operante, instrumental o skinneriano). Parece que elementales medidas de prevención que creíamos suficientemente asentadas en las conductas de nuestros fabricantes de golosinas se han descuidado, por lo que de nuevo llamamos la atención de los profesionales sanitarios, padres, educadores, trabajadores sociales y administraciones públicas para denunciar estos atentados contra la salud de nuestros pequeños<sup>7</sup>.

**G. Burillo-Putze<sup>a</sup>, O. Miró,  
S. Nogué Xarau<sup>c</sup> y P. Munné<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. España. <sup>b</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona. España. <sup>c</sup>Unidad de Toxicología Clínica. Hospital Clínic. Barcelona. España.

1. Litovitz T, Klein-Schwartz W, Rudgers G, Cobauget D, Youniss J, Omslaer J, et al. 2001. Annual report of the American Association of Poison Control Centres Toxic Exposure Surveillance System. *Am J Emerg Med* 2002;20:391-452.
2. Burillo-Putze G, Miró O, Nogué Xarau S. Marketing farmacéutico e intoxicaciones por emulsión. *Aten Primaria* 2003; 31:465-6.
3. Miró O, Nogué S, Burillo G. Avoiding unnecessary risks to our children. *Lancet* 2002;359:1254.
4. Sanidad pide a los consumidores que no compren ni consuman el caramelo «Roll-On King». *El Mundo*. Jueves, 17 de abril de 2003.
5. Food Standards Agency. Parents warned to avoid King Regal brand of novelty liquid sweets –Roll on King, Spray King, Tubey Acid– because of mouth burn risk [consultado el 20/5/2003]. Disponible en: <http://www.foodstandards.gov.uk/news/pressreleases/kinggralpress>
6. Kernan WN, Viscoli CM, Brass LM, Broderick JP, Brott T, Feldmann E, et al. Phenylpropranolamine and the risk of hemorrhagic stroke. *N Engl J Med* 2000; 343:1826-32.
7. [Consultado el 20/5/2003]. Disponible en: <http://www.aapcc.org/factsheets/parentfactsheet>