

el uso del ordenador y menos aún en el cambio en el programa informático.

La introducción de la informática en AP supone un proceso de adaptación que ocasiona un impacto importante en la relación con los pacientes y puede incomodar el trabajo del profesional³⁻⁵. En nuestro estudio, los pacientes no apreciaron mayor estrés del profesional (77,1%) ni cambios importantes en la relación (88,7%) ni aumento en el tiempo de espera (59,7%). Además, un 62,7% de los encuestados apreció mayor rapidez en las consultas burocráticas.

En resumen, los pacientes se sienten en un 87,3% de los casos igualmente atendidos tras la introducción del programa Abucasis II⁶.

Al valorar estos resultados tan favorables, cabe resaltar que los investigadores percibieron que muchos de los pacientes entendían como objetivo del estudio valorar al médico más que al programa informático.

Trabajo presentado como póster en el Congreso de MFYC de la Comunidad Valenciana en junio del 2007.

Bibliografía

1. Pearce C, Trumble S. Computers can't listen—algorithmic logic meets patient centredness. *Aust Fam Physician*. 2006;35:439–42.

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.010

2. Roig Buscato C, Erra Yuste N, Seguer Toiran A, Belda Díaz S, Juncosa Font S. Opinión de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en la consulta. *Aten Primaria*. 2005;36:194–7.
3. Aldanondo Gabilondo JA, Oyarzabal Camio JI, Arboniés Ortiz JC. ¿Cómo modifican la relación médico-paciente los ordenadores en la consulta?. *FMC*. 1999;6:571–5.
4. Stashefsky Margalit R, Dunevant A, Larson S, Reis S. Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;61:134–41.
5. Sandúa Sada JM, Sangrós González FJ, Merino Muñoz F, Fernández Rodríguez L. ¿Altera el ordenador personal la satisfacción del paciente? *Aten Primaria*. 1998;22:400–2.
6. Solomon GL, Dechter M. Are patients pleased with computer use in the examination room?. *J Fam Pract*. 1995;41:241–4.

Susana Martínez Perpiñá, M. Pilar Plá Orti*,
Mónica Rubio Ramón, Miguel Angel Bernal Beltrá y
M. Ángeles Soriano Pardo

EAP Puerto de Sagunto, Puerto de Sagunto, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ppla@comv.es (M.P. Plá Orti).

Aptitud clínica de médicos residentes de medicina familiar en las dermatosis más frecuentes

Clinical competence of family medicine medical residents in the most common skin diseases

Sr. Director:

Con el objetivo de evaluar la aptitud clínica¹ en residentes de medicina familiar durante su proceso formativo en la atención de pacientes con los problemas dermatológicos superficiales más comunes y construir un instrumento válido

y confiable, se realizó un estudio transversal comparativo². En la población de estudio se incluyó a 37 residentes de la especialidad de medicina familiar, de los que 19 alumnos son del primer año, 14 del segundo y 4 del tercero.

El instrumento se construyó a partir de cinco casos clínicos reales condensados, que se exploran a partir de nueve indicadores: reconocimiento de factores de riesgo, reconocimiento de indicios clínicos, integración diagnóstica, uso de recursos terapéuticos, daño yatrogénico por omisión o comisión, medidas de seguimiento, acciones preventivas y criterios de interconsulta. La fiabilidad alcanzada con Kuder-Richardson 21 fue de 0,86 y con la U de Mann-Whitney por semipartición, 0,56. Las posibles respuestas esperables por azar fueron calculadas con base en la fórmula de Pérez Padilla y Viniestra.

No se encontró diferencia significativa entre los diversos grados de la especialidad. Al comparar a los residentes de primer grado con los de segundo, se encontró que $p = 0,49$, y entre los de segundo y tercero, $p = 0,38$.

El estudio valoró la aptitud del médico residente de medicina familiar para tomar decisiones en la solución de casos clínicos de las dermatosis más frecuentes.

La conclusión que puede inferirse es que la aptitud clínica^{3,4} no está lo suficientemente desarrollada en los médicos residentes de medicina familiar, lo que permite cuestionar que la vinculación entre teoría y práctica sea real; también favorece vislumbrar que los procesos formativos para los médicos en formación deben ser replanteados a fin de que puedan desarrollar una actitud y una aptitud encaminadas a la crítica⁵ que permita superar el quehacer asistencial de nuestra población derechohabiente (tabla 1).

Tabla 1 Nivel de aptitud clínica en residentes de medicina familiar

Nivel de desarrollo	Primer grado (n = 19)	Segundo grado (n = 14)	Tercer grado (n = 4)
< 20, azar			
21–51, muy bajo			
52–83, bajo	3		
84–115, regular	15	10	3
116–176, alto	1	4	1

Azar: fórmula de Pérez Padilla y Viniestra.

Bibliografía

1. Uribe Ravell J, Viniegra VL. Evaluación de aptitudes clínicas ante complicaciones médico-dentales. *Rev Med IMSS*. 2004;42:11–20.
2. Bisquerra R. Métodos de investigación educativa. Guía práctica. Barcelona: CEAC; 1989.
3. García Mangas J, Viniegra VL. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. *Rev Med IMSS*. 2003;41:487–94.
4. García Mangas J, Viniegra VL. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. *Rev Med IMSS*. 2005;43:465–72.
5. Viniegra VL. Educación y crítica. Buenos Aires: Paidós; 2002. p. 55–88.

Israel Tecpoyotl Rueda^{a,*}, María Guadalupe Pérez Márquez^b, Francisco David Trujillo Galván^c y Armando Nava Avellaneda^d

^a*Unidad de Medicina Familiar N.º 6, Puebla, México*

^b*Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, Puebla, México*

^c*Coordinación de Educación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, México*

^d*Medicina de salud en el trabajo, Puebla, México*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drtery_smc@hotmail.com

(I. Tecpoyotl Rueda).