

técnica realizada, correspondiendo las más altas a los procedimientos endodónticos (44%)⁶.

Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio, los resultados sugieren que las perforaciones de los guantes producidas durante los procedimientos realizados por los higienistas dentales son impredecibles y que la ausencia de perforaciones macroscópicas no garantiza una protección completa, por lo que debe extremarse la concentración independientemente del tipo de técnica que se practique y valorar el empleo de doble guante al efectuar tartrectomías.

Bibliografía

1. Kohn WG, Harte JA, Malvitz DM, Collins AS, Cleveland JL, Eklund KJ, et al. Guidelines for infection control in dental health care settings-2003. *J. Am. Dent. Assoc.* 2004;135:33-47.
2. Laheij AM, Kistler JO, Belibasakis GN, Valimaa H, de Soet JJ. European Oral Microbiology Workshop (EOMW) 2011. Healthcare-associated viral and bacterial infections in dentistry. *Oral Microbiol.* 2012;4, pp10.3402.
3. Decontamination: Health Technical Memorandum 01-05 – Decontamination in primary care dental practices (2013 edition). [consultado 13 Ene 2017]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/170689/HTM_01-05_2013.pdf.
4. European Committee for Standardization. EN 455-1. Medical gloves for single use. Brussels: EuropeanCommitteeForStandardization; 2000.
5. Baggett FJ, Burke FJ, Wilson NH. An assessment of the incidence of punctures in gloves when worn for routine operative procedures. *Br Dent J.* 1993;174:412-6.
6. Brunton PA, Abidia R, Macfarlane TV, Wilson NH. An evaluation of powder-free gloves in general dental practice. *Prim. Dent. Care.* 2000;7:125-8.

María Esther Pérez-Serrano^a, Márcio Diniz-Freitas^{b,*}, Javier Fernández-Feijoo^{b,c} y Jacobo Limeres-Posse^b

^a *Unidad de Salud Bucodental, Servicio de Atención Primaria, Área de Gestión Integrada de Santiago de Compostela, Servicio Gallego de Salud (SERGAS), Ribeira, La Coruña, España*

^b *Grupo de Investigación en Odontología Médico-Quirúrgica (OMEQUI), Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS), Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España*

^c *Unidad de Salud Bucodental, Servicio de Atención Primaria de Galeras, Área de Gestión Integrada de Santiago de Compostela, Servicio Gallego de Salud (SERGAS), Santiago de Compostela, A Coruña, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marcio.diniz@usc.es (M. Diniz-Freitas).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.04.007>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Situación laboral de los médicos de familia formados en la Unidad Docente de Alicante[☆]



Employment situation of general practitioners trained in a teaching unit of Alicante (Spain)

Sr. Editor:

La especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) se reconoce, en España, desde 1978. La formación recibida permite al médico especialista en MFyC atender en los centros de salud, tanto a pacientes en consulta programada como a los que acuden con carácter de urgencia. Desde la incorporación de los primeros médicos de familia a la especialidad, el número de ellos que ha optado por desarrollar su labor profesional en puestos de trabajo distintos a la atención primaria ha ido en aumento¹⁻⁴.

El objetivo del trabajo es describir la situación laboral de los médicos especialistas en MFyC que se han formado en la

Unidad Docente de Alicante (UDA), y conocer la evolución de las preferencias laborales de dichos especialistas.

La UDA contaba en mayo de 2016 con 9 hospitales docentes y 29 centros de salud docentes, con 141 tutores de MFyC. La muestra seleccionada eran los médicos de familia formados en la UDA entre 2012 y 2017, en total 323 médicos: 225 (69,7%) mujeres y 98 (30,3%) varones. Se les envió un *email* con el cuestionario y a las dos semanas un segundo *email* de recuerdo.

De las 323 encuestas enviadas, se recibieron 78 encuestas cumplimentadas (24%). En la [tabla 1](#) se recoge la situación laboral y profesional de los encuestados. El 97,4% de los médicos estaban trabajando. El 65,4% lo hacían en un centro de urgencias (el 38,5% en el punto de atención continuada, el 32,1% en las urgencias hospitalarias y el 1,3% en el servicio ambulatorio de medicina de urgencias), el 59,0% en la consulta de atención primaria y el 14,1% en una consulta de pediatría de atención primaria (los médicos podrían estar trabajando en varios centros). El 76,9% de los médicos en el momento de la encuesta poseían un empleo a jornada completa. Según el régimen de gestión de su actividad profesional, el 74,4% trabajaban en un centro público de gestión pública, el 24,3% en un centro público de gestión privada y el 10,2% ejercían en un centro de gestión privada. El 33,3% de los encuestados respondieron haber estado en el desempleo después de la finalización de la residencia. El período de tiempo transcurrido desde la finalización de la residencia

[☆] Este manuscrito es parte del Trabajo Fin de Máster del Máster Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Tabla 1 Situación laboral y profesional de los médicos formados en la Unidad Docente de Alicante que finalizaron su formación entre 2012 y 2017

	Número	%	IC 95%
Actualmente ejerce de médico	76	97,4	91,1-99,3
<i>Situación laboral</i>			
Empleo a jornada completa	60	76,9	66,4-84,9
Empleo a jornada parcial	18	23,1	15,1-33,6
<i>Régimen de gestión de la situación laboral</i>			
Pública de gestión pública	52	66,7	55,6-76,1
Pública de gestión privada	18	23,1	15,1-33,6
Pública de gestión pública y privada	5	6,4	2,8-14,1
Privada	2	2,6	0,7-8,9
Pública y pública de gestión privada	1	1,3	0,2-6,9
<i>Actuación profesional^a</i>			
Consulta en atención primaria	46	59,0	47,9-69,2
Urgencias extrahospitalarias: PAC	30	38,5	28,5-49,6
Urgencias hospitalarias	25	32,1	22,8-43,0
Consulta pediatría en atención primaria	11	14,1	8,1-23,5
Urgencias extrahospitalarias: SAMU	1	1,3	0,2-6,9
Otros ^b	3	3,9	1,3-10,7
<i>Localización de la actividad laboral</i>			
España	76	97,4	91,1-99,3
Unión Europea	2	2,6	0,7-8,9
<i>Grado de satisfacción</i>			
Satisfecho a muy satisfecho	74	94,9	87,5-98,0
<i>Tiempo que transcurrió entre finalizar la residencia y su primer contrato laboral</i>			
< 1 mes	63	80,8	70,7-88,0
1-3 meses	11	14,1	8,1-23,5
> 3 meses	4	5,9	2,0-12,5

IC: intervalo de confianza; PAC: punto de atención continuada; SAMU: servicio de atención médica urgente.

^a La suma de la actuación profesional supera los 78 encuestados, ya que alguno podría tener más de una actividad laboral.

^b Industria farmacéutica (n = 1), mutuas laborales (n = 1), médico forense (n = 1).

hasta el primer contrato laboral fue menor de un mes para el 80,8% de los encuestados.

También se les preguntaba si participaban o colaboraban en algún proyecto de investigación, y solo el 16,7% respondieron afirmativamente. Respecto al grado de satisfacción en el puesto de trabajo, el 94,8% respondieron que estaban satisfechos o muy satisfechos. Uno solo de los participantes (1,3%) estaba cursando otra especialidad.

La principal limitación del trabajo es que solo se obtuvo respuesta de una cuarta parte de las encuestas enviadas. Esta baja respuesta puede ser atribuida a la época del año seleccionada para el envío, coincidiendo con el período estival, quizás por cambios en el correo electrónico de los destinatarios o por problemas técnicos.

Con los datos obtenidos podemos concluir que, para los médicos que han participado, las opciones mayoritarias para desempeñar la labor asistencial son las urgencias, y están en consonancia con estudios previos⁴⁻⁶. El tiempo transcurrido desde la finalización de la residencia hasta el primer contrato laboral es ≤ 3 meses y con un grado de satisfacción, en el puesto de trabajo desempeñado, muy alto. Para conocer datos más precisos sobre la situación profesional de los médicos de MFyC podría ser de interés realizar un estudio a nivel nacional.

Bibliografía

1. Jiménez S, de la Red G, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:132-7.
2. Olid F, Marcas A, Andreu A, Pedrol E. Los residentes de medicina de familia y las urgencias hospitalarias. *Aten Primaria*. 1999;23:252-3.
3. Balasch J, Pereira A, Asenjo MA, Lledó R, Astudillo E, Botey A, et al. Situación laboral y profesional de los especialistas formados en el Hospital Clínic de Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:696-8.
4. Segade Buceta XM, Ferreiro Guri JA. Situación laboral de los médicos de familia formados en una unidad docente. *Aten Primaria*. 2010;42:415-9.
5. Canals Aracil M, Riesgo García A, Grupo de Urgencias y Atención Continuada de semFYC (GUAC-semFYC). La formación en urgencias extrahospitalarias y su adecuación al nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. ¿Hemos avanzado? *Rev Clín Med Fam*. 2013;6:131-7.
6. Castro Villamor MA. Medicina de urgencias y emergencias y medicina de familia ¿De dónde partimos y hacia dónde vamos? *Aten Primaria*. 2005;36 Supl. 1:17-9.

Paloma Torres^{a,b,*}, Clara I. Pérez^b, Milagros Oyarzabal^b y José M. Ramos^c

^a Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario de Elda, Elda, Alicante, España

^b Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante, Alicante, España

^c Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández de Elche, Campus de Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ptesquembre@gmail.com (P. Torres).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.007>
0212-6567/

© 2017 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Estandarización ortográfica. Respuesta



Orthographic standarization. Answer

Sr. Editor:

Con sorpresa hemos visto como en una breve carta al editor en la revista ATENCIÓN PRIMARIA Hugo González Aguilar¹ critica uno de nuestros trabajos² al ponerlo como ejemplo del error de acentuar el artículo «el». Evidentemente estamos de acuerdo en que el artículo «el» no lleva acento. No consideramos que sea un tema conflictivo, ni motivo de dudas o de errores frecuentes. Tampoco hay ninguna modificación al respecto tras los cambios normativos de la Real Academia Española (RAE) de 2010. Tras buscar la susodicha equivocación en nuestro artículo no hemos sabido encontrarla. Nuestra publicación contiene únicamente 2 «él» acentuados. Concretamente las 2 ocasiones en que se utiliza son: 1) «Para poder realizar un ensayo clínico, los investigadores tienen la obligación, legal y ética, de obtener el consentimiento informado de los pacientes. Con él, se pretende garantizar el respeto del principio de autonomía del paciente...» y 2) «De 11 hojas de consentimiento informado, de distintos ensayos clínicos, entregadas por los 71 pacientes participantes, únicamente una hacía referencia al médico de familia y recomendaba al paciente consultar con él, si lo deseaba, antes de decidir su participación en el ensayo clínico». En ambos casos «él» corresponde a un pronombre personal que se acentúa por normativa. Así que invitamos a Hugo González a que nos indique dónde encontró algún artículo «él» tildado en nuestro trabajo, tal y como cita.

Aprovechamos la ocasión para expresar también nuestro apoyo a todos aquellos profesionales que luchan por conseguir un lenguaje médico, correcto, coherente, preciso y claro³⁻⁵. Aun así, y con todo el respeto hacia las normas gramaticales y su actualización, y pese a estar convencidos de la relevancia de utilizar correctamente el lenguaje, confiamos en que el interés de nuestros trabajos se centre en el futuro, preferentemente, en el debate sobre aspectos científicos.

Bibliografía

- González Aguilar H. Estandarización ortográfica. *Aten Primaria*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.017>, pii: S0212-6567(16)30452-8.
- Giménez N, Pedrazas D, Redondo S, Quintana S. Ensayos clínicos y consentimiento informado: visión de investigadores, pacientes y médicos de familia. *Aten Primaria*. 2016;48:518-26.
- Aleixandre-Benavent R, Valderrama Zurián JC, Bueno-Canigral FJ. Utilización adecuada del lenguaje médico: principales problemas y soluciones. *Rev Clin Esp*. 2015;2015:396-400.
- Navarro FA. Lenguaje médico: el rayo neológico que no cesa. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:430-6.
- Navarro FA. Imaginología: ¿hay vida para los términos médicos fuera de la RAE? *Rev Neurol*. 2008;46:127-8.

Nuria Giménez^{a,b,c,*}, David Pedrazas^{a,d,e}, Susana Redondo^{b,f} y Salvador Quintana^b

^a Unidad de Investigación, Fundación para la Investigación Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Comité Ético de Investigación Clínica, Hospital Universitario Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c Laboratorio de Toxicología, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^d ABS Abrera, Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^e Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^f Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Mútua Terrassa, Fundación para la Investigación Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria.gimenez@uab.cat (N. Giménez).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.005>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).