

diagnóstico constó también en los expedientes de Instituto Nacional de la Seguridad Social y constituyó uno de los principales elementos esgrimidos en el juicio. El examen psiquiátrico de la paciente confirmó la presencia de un trastorno paranoide³. Había antecedentes paternos de trastorno delirante y de la propia paciente de haber interpuesto denuncias previas sin motivos justificados. En el juicio se absolvió al jefe por falta de pruebas. Sin embargo, el impacto de esta falsa acusación de *mobbing* había incluido el ingreso del jefe en psiquiatría por depresión grave e invalidez laboral.

Discusión. Las características típicas del falso *mobbing* se resumen en la tabla 1. El falso *mobbing* es un cuadro cada vez más frecuente y que por sus terribles implicaciones para la persona falsamente acusada debe ser siempre tenido en cuenta, como recomienda el Parlamento Europeo⁴.

J. García Campayo^a, B. Martínez Jarreta^b, M. Alda Díez^a y S. Gascón^b

^aHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España. ^bEscuela de Medicina del Trabajo. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

1. Leymann H. *Mobbing. La persécution au travail*. Paris: Editions du Seuil; 1996.
2. Piñuel I. *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae; 2001.
3. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5.ª ed. Barcelona: Masson; 2002. p. 488-9.
4. García Campayo J, Esteban R, Lafuente M, Pallás S. *Mobbing o maltrato psicológico en el trabajo: la nueva epidemia*. En: Avances de enfermería. Valencia: Mompan MP DAE; 2004.

¿Le parece bien a nuestros pacientes que su médico de familia interino consolide su empleo en la OPE extraordinaria actualmente en marcha?

Introducción. La situación laboral de los médicos de atención primaria puede influir

Palabras clave: Interino. Consolidación de empleo. Médico de familia. Opinión.

positiva o negativamente en la satisfacción personal de éstos, e indirectamente en la relación médico-paciente. Cabe suponer que un médico de familia con inestabilidad laboral y poco motivado por parte del sistema sanitario tendrá más dificultad para prestar una atención sanitaria de calidad a sus pacientes. Pero ¿qué opinan nuestros pacientes¹⁻⁴, ¿les parece bien que su médico tenga estabilidad en su empleo? o ¿prefieren que sea interino para que no se deje llevar por la rutina? Estas cuestiones son las que se intentan aclarar en esta investigación.

Objetivo. Conocer la opinión de nuestros pacientes acerca de que su médico de familia (MF) interino pase a ser propietario en el proceso extraordinario de consolidación de empleo iniciado en diciembre de 2001.

Diseño. Se trata de un estudio observacional mediante encuesta en el que no se aplica ninguna intervención.

Emplazamiento. Centro de salud semiurbano de la periferia de nuestra ciudad.

Participantes. Se seleccionó aleatoriamente al salir de la consulta a 200 pacientes de 3 cupos cuyos MF ocupan plaza de interino y están inmersos en el proceso extraordinario de consolidación de empleo.

Mediciones principales. Se les realizó una encuesta autocumplimentada que constaba de 5 afirmaciones para las cuales había 5 opciones de respuesta (muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, muy en desacuerdo). Las afirmaciones planteadas a los pacientes eran las siguientes:

1. Mi MF estará más tranquilo y será más complaciente si tiene plaza en propiedad, y esto conllevará una mejora de la relación médico-paciente.
2. Si mi MF tiene plaza en propiedad, tendrá más tiempo para formación continuada útil, ya que no preparará oposiciones.
3. Prefiero que mi MF sea interino, pues así estudiará más.
4. Si mi MF es propietario, como es más difícil que le echen de su puesto de trabajo, adquirirá mentalidad de funcionario y nos prestará una atención de peor calidad.
5. Un MF debe de trabajar a gusto y estar motivado, por lo que para ello es importante que tenga plaza en propiedad.

La encuesta fue previamente diseñada por un grupo de 4 médicos de familia siguiendo una técnica Delphi modificada, de la cual surgieron las 5 afirmaciones planteadas.

Resultados. El 72% de los pacientes cree que su MF estará más tranquilo, será más complaciente y mejorará la relación médico-paciente si consolida su plaza en la OPE extraordinaria. Un 42% de los pacientes cree que si un médico tiene plaza en propiedad mejorará en su formación continuada sobre aspectos útiles para su práctica clínica. El 78% de los pacientes opina que si su MF consolida su plaza adquirirá mentalidad de funcionario y prestará una atención de peor calidad. El 62% cree que si su médico tiene plaza en propiedad estará más motivado globalmente y trabajará más a gusto (tabla 1).

Discusión y conclusiones. La última década se ha caracterizado por la escasez de oposiciones para adquirir plaza fija como MF en el sistema nacional de salud. Esto ha llevado a la administración a poner en marcha una oferta pública de empleo (OPE) extraordinaria en diciembre del 2001. En este trabajo, nuestros pacientes nos aportan 2 mensajes principales; en primer lugar, creen que su médico va a trabajar más relajado, mejor y se formará en lo que él considere útil para su práctica clínica diaria si logra consolidar su plaza; en se-

TABLA 1 Opinión de los pacientes ante las afirmaciones planteadas

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Mejor relación médico-paciente	50%	22%	11%	7%	10%
2. Mejor formación	20%	22%	17%	23%	18%
3. Motivación-estudio	41%	22%	18%	10%	8%
4. Mentalidad funcional	66%	12%	6%	10%	6%
5. Motivación general	38%	24%	18%	10%	10%

gundo lugar nos advierten del peligro que puede ocasionar que su médico esté tranquilo laboralmente y nos dicen que un médico propietario estudiará menos y además puede adquirir mentalidad de funcionario, con el consiguiente deterioro de la atención que ello conllevaría. En conclusión, nuestros pacientes consideran que si su MF consolida su plaza mejorará la relación médico-paciente, pero adquirirá una mentalidad funcionarial que le hará prestar una atención de inferior calidad.

M. Leal Hernández^a, J. Abellán Alemán^a, J.L. Hernández Orozco^b y E. López Conesa^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Beniaján-San Andrés. Cátedra de riesgo cardiovascular. Universidad Católica de Murcia. Murcia. España. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Beniaján. Murcia. España.

1. Leal Hernández M, Hernández Pedreño MC, Pérez Muñoz MC, Sánchez Gil D. ¿Qué opinan los pacientes de nuestros centros de salud? ¿Realizarían cambios? Situación a las puertas del siglo XXI. Aten Primaria. 2000;25:364.
2. Leal Hernández M, Abellán Alemán J, García Sánchez FA, Martínez Selva JM. ¿Desean nuestras pacientes recibir tratamiento hormonal sustitutivo durante la menopausia? Mitos no superados. Aten Primaria. 1998;22:542.
3. Leal Hernández M, Sebastián Raz JM, Gómez Gotor MC, Pérez García S. ¿Para qué cree usted que sirve el TAIR? Opinión de nuestros pacientes. Aten Primaria. 1998;22:323-4.
4. Montaña A, Torrelló J, Castillo JR, Cayuela A, Moreno I, Fernández P. Conocimiento y actitud de los usuarios en relación al empleo de AINE. Estudio de intervención. Aten Primaria. 1997;20:114-20.

¿Efecto colateral de bloqueadores beta o confusión?

Introducción. Los bloqueadores beta son fármacos muy utilizados en el control de

Palabras clave: Bloqueadores beta. Confusión. Efecto colateral.

la hipertensión arterial y algunas arritmias, entre otras enfermedades. También hay que considerar que tienen efectos adversos muy conocidos, como pueden ser síncope por bloqueo, bradicardia, reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enmascaramiento de hipoglucemias, etc.¹⁻⁴. Esto puede favorecer que ante un paciente tratado con estos fármacos tengamos la tentación de atribuir los síntomas o signos que presente a efectos colaterales de los bloqueadores beta.

Caso clínico. Varón de 66 años no diabético, hipertenso de 10 años de evolución, hipercolesterolémico, con hipertrofia benigna de próstata, insomnio y síndrome depresivo. Estaba en tratamiento con piridoxina 600 mg/día, zolpiden 10 mg/noche, extracto de serenoa repens 160 mg/12 h, citalopram 20 mg/día, clortalidona 50 mg/24 h, atorvastatina 10 mg/día y atenolol 50 mg/día.

Motivo de consulta y enfermedad actual. El paciente consulta de modo urgente por una caída relativamente brusca, con sensación de desvanecimiento y sin pérdida de conocimiento. Refería un episodio de confusión y somnolencia posterior de 1 h de duración que fue cediendo progresivamente. En ningún momento llegó a perder el conocimiento, pero no recuerda el episodio ni nada relacionado con la caída. Dos días después presenta un episodio similar al anterior, por el que vuelve a consultar.

Exploración física. El paciente estaba consciente y orientado. Presentaba buen estado general. La presión arterial era de 125/80 mmHg. En la auscultación cardíaca se observó un pulso rítmico a 52 lat/min, sin soplos ni extratonos. La auscultación pulmonar reveló movimientos ventilatorios conservados y en la exploración de abdomen no se obtuvieron datos de interés. En la exploración neurológica se apreciaron unos pares craneales normales, así como una fuerza y sensibilidad normales. No había focalidad neurológica.

Exploraciones complementarias. Se realizaron analítica general, hemograma y bioquímica, donde destaca una creatinina de 1,70 mg/dl y una urea de 71 mg/dl. El electrocardiograma reveló un eje normal,

con un ritmo sinusal a 50 lat/min, sin alteraciones de repolarización. La tomografía computarizada craneal reveló una leve retracción cortical en relación con una atrofia inespecífica. En conclusión, en el estudio no se obtuvieron hallazgos significativos.

Juicio clínico. Presíncope en probable relación con una bradicardia secundaria a la toma de bloqueadores beta. Insuficiencia renal leve.

Tratamiento. Tras el primer episodio de desvanecimiento se reduce la dosis de atenolol a 25 mg/día y el paciente es dado de alta, recomendándose control por su médico de familia. Tras el segundo episodio de desvanecimiento (2 días después) se suprime el tratamiento con atenolol y se solicita una consulta preferente con su cardiólogo de zona. El resto del tratamiento sigue igual.

Al día siguiente, en la consulta de su médico de atención primaria. Su médico de atención primaria le pide que repase la medicación que toma para contrastarla con la que figura en la historia clínica y, sorprendentemente, desde los últimos 7 días este paciente se estaba confundiendo y tomaba el hipnótico cada 12 h (1-0-1) por error al apuntar en la caja cómo debía tomar la medicación. Se vuelve a pautar el atenolol a la dosis inicial de 50 mg/día y se indica el hipnótico solamente por la noche. La evolución posterior del paciente es satisfactoria y no presentó nuevos episodios presincoales ni de desvanecimiento. Por tanto, el diagnóstico inicial de presíncope por bloqueadores beta se descarta y el juicio clínico definitivo es confusión al tomar la medicación.

Discusión y conclusiones. Hay numerosos factores que pueden influir en que el paciente se «confunda» al tomar su medicación, como pueden ser trastornos psiquiátricos del paciente, demencias, estrés laboral, cambios en el color del envase del fármaco (algo frecuente al cambiar a fármacos genéricos o al cambiar de laboratorio dentro de la misma molécula genérica), fármacos que precisan ser tomados varias veces al día, pautas de tratamiento ascendentes o descendentes, mala comunicación médico-paciente, etc. Por tanto, antes de emitir cualquier diagnóstico, siempre debemos comprobar que el pa-