

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 2, número 1, marzo 2001

Editorial

- 9 La puerta de los hospitales, un ámbito de la Medicina de Familia, de la Atención Primaria de Salud.

Originales

- 12 ¿Cuánto nos cuesta tratar la hipertensión en atención primaria?
16 Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Datos previos a un programa de rehabilitación respiratoria.
22 Tiempo síntoma-diagnóstico en los cánceres de tubo digestivo según la vía de acceso al sistema sanitario.
29 Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.
35 La consulta por terceros en atención primaria.
39 ¿Siguen los profesionales de atención primaria de los centros de salud andaluces adscritos las recomendaciones propuestas por el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS)?
46 Estudio descriptivo de la brucelosis en la provincia de Almería. Evolución de los mecanismos de transmisión.

Artículo de Revisión

- 53 Formulación magistral en atención primaria.

A Debate

- 59 A propósito de la incapacidad temporal (I.T.)

Área Docente

- 64 Un nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar en el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Sin Bibliografía

- 75 Observaciones e impresiones sobre el sistema británico de salud, una experiencia particular.

- 78 **¿Cuál es su diagnóstico?**

Artículo especial

- 81 Lectura crítica de artículos originales en salud.

- 91 **Publicaciones de Interés**





Sumario

Editorial

- 9 La puerta de los hospitales, un ámbito de la Medicina de Familia, de la Atención Primaria de Salud.

Originales

- 12 ¿Cuánto nos cuesta tratar la hipertensión en atención primaria?
- 16 Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Datos previos a un programa de rehabilitación respiratoria.
- 22 Tiempo síntoma-diagnóstico en los cánceres de tubo digestivo según la vía de acceso al sistema sanitario.
- 29 Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.
- 35 La consulta por terceros en atención primaria.
- 39 ¿Siguen los profesionales de atención primaria de los centros de salud andaluces adscritos las recomendaciones propuestas por el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS)?
- 46 Estudio descriptivo de la brucelosis en la provincia de Almería. Evolución de los mecanismos de transmisión.

Artículo de Revisión

- 53 Formulación magistral en atención primaria.

A Debate

- 59 A propósito de la incapacidad temporal (I.T.).

Área Docente

- 64 Un nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar en el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
-

Sin Bibliografía

75 Observaciones e impresiones sobre el sistema británico de salud, una experiencia particular.

¿Cuál es su diagnóstico?

78 Mujer mayor con episodios de mareo de una semana de evolución.

Artículo especial

81 Lectura crítica de artículos originales en salud.

91 **Publicaciones de Interés**

98 **Información para los autores**

100 **Actividades Científicas**



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 2, N.º 1, marzo 2001

Contents

Editorial

- 9 The Hospital Door, a place for Family Medicine and Primary Care.

Research Papers

- 12 How much does it cost us to treat hypertension in primary care?
- 16 Patients with chronic obstructive pulmonary disease. Data prior to a respiratory therapy program.
- 22 Time from symptom to diagnosis in cancers of the digestive tract, according to how patients enter the health system.
- 29 Quality of life in patients with hypertension and type 2 diabetes.
- 35 Third party visits to primary care doctors.
- 39 Are primary care professionals in participating andalusian health centers following recommendations made by the program of activities for health prevention and promotion (PAPPS)?
- 46 A descriptive study on brucellosis in the province of Almeria (Spain). The evolution of transmission mechanisms.

Review

- 53 Magistral Formulas in Primary Care.

Debate

- 59 On Temporary Disability.

The Teaching Area

- 64 A New Focus on Teaching Family Medicine in the Program for Specialists in Family and Community Medicine.

Without References

- 75 Observations and Impressions on the British Health System, a personal experience.
-

Which is your Diagnosis?

78 Older woman with dizzy spells evolving over one week.

Special Article

81 Critical Reading of Original Health Articles.

91 **Interesting publications**

98 **Information for Authors**

100 **Scientific Activities**

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Juan Manuel Espinosa Almendro

Vicepresidente Primero/Prensa

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vicepresidente Segundo

Reyez Sanz Amores

Vicepresidente Tercero

Manuel Lubián López

Secretario

Juan Ortiz Espinosa

Tesorero/Form. Continuada

Pablo García López

Vocal Investigación

Isabel Fernández Fernández

Vocal Docencia

Epifanio de Serdio Romero

Vocal de Residentes

Miguel Marcos Herrero

Vocal Provincial Málaga

Elena Mayorga Ramos

e-mail: elmara@samfyc.es

Vocal Provincial Huelva

Jesús E. Pardo Álvarez

e-mail: jeparedes10@teleline.es

Vocal Provincial Jaén

Eduardo Sánchez Arenas

e-mail: esanchez13@hotmail.com

Vocal Provincial Granada

Romualdo Aybar Zurita

e-mail: aybar@samfyc.es

Vocal Provincial Córdoba

José García Rodríguez

e-mail: jngarcia@samfyc.es

Vocal Provincial Cádiz

Antonio Javier Zarallo Pérez

e-mail: antobu@samfyc.es

Vocal Provincial Sevilla

M^a Angeles Mon Carol

e-mail: moncarol@samfyc.es

Vocal Provincial Almería

José Galindo Pelayo

e-mail: jpelayo@larural.es

Patronato Fundación

Manuel Gálvez Ibáñez

Antonio Manteca González

Pedro Schwartz Calero

Manuel Ceballos Vacas

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

c/ Arriola, 4 bajo D - 18001 - Granada (España)

Tfno: 958 804 201 - Fax: 958 804 202

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

Director

Manuel Gálvez Ibáñez

Subdirector

Antonio Manteca González

Consejo de dirección

Director de la revista
Subdirector de la revista
Presidente de la SAMFYC
Luciano Barrios Blasco
Pablo Bonal Pitz
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

Consejo editorial

Cristina Aguado Taberné. *Córdoba.*
Juan de Dios Alcántara. *Sevilla.*
José Manuel Aranda Regulez. *Málaga.*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada.*
Maribel Ballesta Rodríguez. *Jaén.*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba.*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla.*
Beatriz Bullón Fernández. *Sevilla.*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén.*
José Antonio Castro Gómez. *Granada.*
Ana Delgado Sánchez. *Granada.*

Antonio Fernández Castillo. *Granada.*
Isabel Fernández Fernández. *Sevilla.*
Bernabé Galán Sánchez. *Córdoba.*
Luis Gálvez Alcaraz. *Málaga.*
Francisco J. Gallo Vallejo. *Granada.*
Pablo García López. *Granada.*
José Manuel García Puga. *Granada.*
José María de la Higuera. *Sevilla.*
Blanca Lahoz Rayo. *Cádiz.*
José Lapetra Peralta. *Sevilla.*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*
José Gerardo López Castillo. *Granada.*
Luis Andrés López Fernández. *Granada.*
Begoña López Hernández. *Granada.*
Fernando López Verde. *Málaga.*
Manuel Lubián López. *Cádiz.*
Joaquín Maeso Villafañá. *Granada.*
Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*
Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*
Eduardo Molina Fernández. *Huelva.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Maximiliano Ocete Espinola. *Granada.*
Gertrudis Odriozola Aranzábal. *Almería.*
M^a Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pékula de Torres. *Córdoba.*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*
Fermína Puertas Rodríguez. *Granada.*
Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba.*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla.*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva.*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga.*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla.*
Reyes Sanz Amores. *Granada.*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*
Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Isabel Toral López. *Granada.*
Jesús Torio Duránte. *Jaén.*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*
Amelia Vallejo Lorencio. *Almería.*

Representantes internacionales

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile.*
César Brandt. *Venezuela.*
Javier Domínguez del Olmo. *México.*
Irma Guajardo Fernández. *Chile.*
José Manuel Mendes Nunes. *Portugal.*
Sergio Solmesky. *Argentina.*
José de Ustarán. *Argentina.*

Medicina de Familia. Andalucía

Edita: El Partal

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía aparecerá publicada con una periodicidad trimestral. El precio de la suscripción anual para España es de 6.000 Pts (36 Euros). Ejemplar suelto: 2.000 Pts (12 Euros). Precio de suscripción anual para la Unión Europea: 40 Euros; resto de países: 50 Euros. Los precios incluyen el IVA, pero no las tasas de correos.

Medicina de Familia. Andalucía se distribuirá exclusivamente a profesionales de la medicina.

Los miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria la recibirán de forma gratuita.

Cómo suscribirse a Medicina de Familia. Andalucía

La orden de suscripción deberá ser remitida por correo a: Revista Medicina de Familia. Andalucía. Departamento de suscripciones. C/ Arriola, 4-bajo D, 18001 Granada (España); o bien por fax: +34 958 804202.

Envíos

Los envíos se efectuarán mediante correo de superficie con tarifa especial modalidad suscriptores en España. Para Europa y el resto del mundo, los envíos serán por correo aéreo, tarifa especial de difusión cultural.

Para Correspondencia

Dirigirse a:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España)

Página web: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/revista.htm>
<http://www.samfyc.es> e ir a «revista»
e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría Comercial

Los contenidos publicitarios de la revista serán gestionados por: Srta. Ana Moreno, C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España). Tfno: + 34 958 804201

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr. 368/2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.
C.I.F.: G - 18551507

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Printed in Spain

EDITORIAL

La puerta de los hospitales, un ámbito de la Medicina de Familia, de la Atención Primaria de Salud

Gálvez Ibáñez M ¹

¹ Director de la revista

Por la vía de los hechos, la puerta de los hospitales se ha convertido en un ámbito profesional de los médicos de familia.

Así es, a pesar de su dependencia organizativa de los servicios hospitalarios de Cuidados Críticos y Urgencias, los médicos de familia son los profesionales mayoritariamente contratados para desempeñar las funciones inherentes a este espacio profesional. En el momento presente podemos encontrar hospitales en donde prácticamente la totalidad de los médicos de la plantilla de urgencias son médicos de familia. La situación no era la misma hace sólo unos años. ¿Y ello a qué puede deberse? ¿cual es el valor añadido que los médicos de familia están aportando?: con escasas dudas ese valor añadido es la *polivalencia*, la capacidad de abordar y resolver los diversos problemas clínicos que llegan a la puerta de los hospitales, con independencia del órgano o aparato afecto que lleve al paciente ante la puerta del hospital. El hospital, el especialista hospitalario, para entender a los pacientes los fragmenta, los subdivide; el médico de familia puede entenderlos como un todo y también parte a parte.

Sin buscar la exactitud numérica, en los últimos tiempos se constata reiteradamente en todos los hospitales que: 1) la mayoría de los pacientes que acuden lo hacen *motu proprio*, 2) la gran mayoría de los pacientes que acuden no quedan ingresados, sino que su problema queda resuelto, o encauzado, sin recurrir al interior del hospital, 3) para al resolución de su problema, la mayoría de los pacientes que acuden a urgencias no precisan del uso de una tecnología sofisticada. En la mayoría de las ocasiones basta con la muy alta tecnología (esta sí) de la historia clínica y la exploración física, y en ocasiones una analítica y radiología básica.

Entre las causas que pudieran explicar los hechos anteriores se encuentran: las formas de vida que priman la inmediatez en la resolución de los problemas, inadecuada accesibilidad horaria de los centros de salud (ausen-

cia de horario de atención continuada), insuficiente dotación (radiología, analítica) para resolver problemas urgentes en los centros de salud, escasas expectativas de la población de ver resuelto su problema por el médico de familia *extrahospitalario*. En algunas ocasiones no puede descartarse una deficiente formación en la atención a las urgencias de algunos médicos de centro de salud. La sobrecarga asistencial producida por el desbalance de médicos de familia en Andalucía da lugar al hecho insólito de listas de espera en algunos de nuestros centros de salud. Lo anterior, excepto el primer punto, a cargar en la cuenta de la Atención Primaria de Salud (APS).

En la cuenta del hospital: es bien conocido que, en ocasiones, los pacientes buscan en las urgencias la vía de saltarse las largas listas de espera de las consultas hospitalarias («vas a urgencias, y en un momento te hacen de todo»).

Podría decirse que los pacientes que acuden a la puerta del hospital acuden a otro espacio de la APS. Si ese uso de los diferentes espacios de la APS, es insatisfactorio o ineficiente, corresponde a los gestores de la misma el darle solución en su propio marco de actuación. Ello, claro está, coordinadamente con el segundo escalón o nivel asistencial, pues como hemos visto, muchos pacientes utilizan las urgencias hospitalarias como vía de escape para saltarse las listas de espera, bien de la APS o del propio hospital.

Hubo una época en que los tutores de los médicos de familia explicábamos, no sin cierto pesar, que algunos de nuestros ex residentes *se habían tenido que ir a trabajar a urgencias* ante la falta de trabajo en su ámbito propio, la Atención Primaria, el Centro de Salud. Hoy, a la luz de la evolución de los hechos, los millones de visitas que se atienden en Andalucía y en España en los servicios de urgencia hospitalarios, y la calidad de las mismas (infra-representación de los motivos de urgencia que requieren ingreso) la puerta de los hospitales no puede ser consi-

derada sino como un ámbito propio de la Atención Primaria de Salud, del Médico de Familia.

Ya el RD 3.303 de 1978 por el que se regulaba en España por primera vez la Medicina de Familia como una especialidad más de la profesión médica, en su artículo segundo decía que: «A los efectos prevenidos en el presente Decreto, tendrá la consideración de «asistencia primaria» la que se presta en los puestos de trabajo de Medicina General dependientes de la Administración Pública, en concreto de Médicos titulares, de Medicina General de zona y de Servicios de Urgencia de la Seguridad Social»¹. Y ya más recientemente, en un importante artículo aparecido en el British Medical Journal, tres relevantes figuras de la Medicina de Familia a nivel mundial, proponen retirar la *continuidad en la atención* de entre las características definitorias del trabajo del Médico de Familia, y proponen la siguiente definición: «El médico de familia es un especialista formado para trabajar en la primera línea del sistema de salud y para tomar las primeras decisiones encaminadas a proporcionar cuidados ante cualquier problema(s) de salud que los pacientes puedan presentar. El médico de familia proporciona cuidados a los individuos en el seno de una sociedad, con independencia del tipo de enfermedad que presente el paciente u otras características personales o sociales del mismo, y organiza los recursos disponibles en el sistema de salud para conseguir el mayor beneficio para sus pacientes. El médico de familia trabaja con individuos autónomos en los campos de la prevención, diagnóstico, curación, cuidados, cuidados paliativos, usando e integrando las ciencias biomédicas, las de la psicología médica y la antropología médica»².

Por otra parte, y en la línea argumental mantenida, como médicos de familia no podemos permanecer callados cuando vemos que en determinadas zonas, la situación de inmanejable sobrecarga de trabajo en los centros de salud hace que los pacientes busquen en otros lugares, en este caso en las urgencias, la respuesta a sus problemas. No podemos permitir que en la puerta de los hospitales se nos haga la primera atención que se nos impide prestar allí en los centros de salud. Las *listas de espera* en nuestros centros de salud es algo que pagaremos muy, muy caro en caso de que continúen. Lo pagaremos con descrédito que es el costo que más puede comprometer nuestro futuro. Especialmente porque la amenaza no viene sólo por el uso de las urgencias. Cada día se oyen más voces que dicen: «como la *primaria* no puede asumir mas tareas, pues se hace preciso ofertar tal o cual *unidad* desde fuera del ámbito de la APS, habitualmente desde el hospital.

No podemos olvidar que la *accesibilidad* es uno de los más importantes valores añadidos que aporta la APS. Accesibilidad entendida como *estar allí donde están los ciu-*

dadanos, pero no sólo eso, sino estar cuando nos necesitan (es un estar-en-el-tiempo). Y lo que es más importante aún, *accesibilidad* entendida como *calidad percibida* por los ciudadanos, cómo un crédito concedido por ellos *a priori* sobre la base del reconocimiento a la calidad ofertada en ocasiones anteriores. *Te legitiman si te eligen*.

Bajo este prisma puede verse en positivo la propuesta del SAS de imputarle a las Unidades Clínicas las visitas de sus pacientes que no generen ingreso a las urgencias hospitalarias. Así, si parte de las visitas a urgencias están motivadas por la necesidad de saltarse las listas de espera del segundo nivel, los gestores de APS podrán/deberán actuar sobre este segundo nivel en demanda de la oferta de mejoras que impidan la utilización de esta vía anómala de la APS por parte de los usuarios. El hecho de acudir a urgencias no es sino una reutilización de los servicios de APS. En el momento actual, el hospital puede sentir al tentación de reivindicarse a sí mismo sobre la base de ver aumentadas las visitas a «sus» urgencias, cuando en realidad puede, parcialmente, ser causa de las mismas.

Ahora bien, bien es cierto que también se precisan mejoras en la atención prestada en nuestros centros de salud. Si como veíamos al principio, la sobrecarga asistencial, u otras razones, impide atender a nuestros pacientes como ellos esperan, se hace preciso poner en marcha medidas para que la calidad ofertada sea no sólo real (científicamente definida) sino además visible y contrastable. Se hace preciso ofertar una calidad tal y tan accesible (en el espacio y en el tiempo) que facilite a nuestros pacientes (actuales y potenciales) decir algo así como: «*para que voy a ir hasta el hospital si aquí me lo hacen igual o mejor, más rápido y además me pilla más cerca*».

A la luz de los argumentos anteriores, no parece juicio-siso mantener la situación actual en la que la organización de la puerta de los hospitales siga, en exclusiva, en manos de quienes, por definición, menos pueden entender a las personas que las visitan, como se ha dicho: pacientes que suelen acudir de *motu proprio*, sin ningún tipo de filtro previo, con toda su carga de creencias y expectativas, pacientes que consultan por cualquier motivo, pacientes que en su gran mayoría no pasan al interior del hospital sino que son remitidos de nuevo a su médico de Familia.

Por otra parte la puerta del hospital es un lugar de *coordinación* por excelencia, un auténtico lugar de encuentro, espacio y tiempo en donde el primer y el segundo nivel asistencial literalmente se tocan. No podemos olvidar que el objetivo último de ambos niveles es garantizar la continuidad asistencial a todos los pacientes sobre la base de la calidad. Por ello, en la hipótesis menos favorable a la

APS, la puerta de los hospitales debería ser gestionada por un órgano mixto hospital/APS, si no en exclusiva por los Distritos de APS.

El trabajo llevado a cabo en la puerta de los hospitales es pura Atención Primera de Salud, y ese ámbito se corresponde con el ejercicio profesional del Médico de Familia.

Bibliografía

1. Real Decreto 3.303/78 de 29 de diciembre por el que se regula la medicina de familia como una especialidad de la profesión médica. Boletín Oficial del Estado de 2 de febrero de 1.979: 2.735-6.
2. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice. Time for a new definition. BMJ 2000; 320: 354-357.

AGRADECIMIENTOS A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2000

El consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores, sus valiosas y desinteresadas aportaciones encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2000. Su trabajo constituye sin duda un *valor añadido* a la revista.

JOSÉ MANUEL ARANDA REGÚLEZ.
 EMILIA BAILÓN MUÑOZ.
 MARIBEL BALLESTA RODRIGUEZ.
 RAFAEL CASTILLO CASTILLO.
 JOSÉ ANTONIO CASTRO GÓMEZ.
 ANA DELGADO SÁNCHEZ
 ISABEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ.
 BLANCA LAHOZ RAYO.
 FRANCISCA LEIVA FERNÁNDEZ.
 BEGOÑA LÓPEZ HERNÁNDEZ.
 FERNANDO LÓPEZ VERDE.
 TERESA MARTÍNEZ CAÑAVATE.
 GUILLERMO MORATALLA RODRÍGUEZ.
 GERTRUDIS ODRIUZOLA ARANZÁBAL.
 M.^a ÁNGELES ORTIZ CAMUÑEZ.
 MAXIMILIANO OCETE ESPÍNOLA.
 LUIS PÉRULA DE TORRES.
 ROGER RUIZ MORAL.
 PEDRO SCHWARTZ CALERO.
 JESÚS TORÍO DURÁNTEZ.
 AMELIA VALLEJO LORENCIO.

Fe de erratas

En la sección de **Publicaciones de interés / Alerta bibliográfica**, del Volumen 1, número 2, deberían figurar como autores de dicha sección y no lo hicieron por un error editorial, los doctores/as siguientes: Ignacio Javier Morata García de la Puerta, Gertrudis Odriozola Aranzábal, Amelia Vallejo Lorencio.

ORIGINAL

¿Cuánto nos cuesta tratar la hipertensión en atención primaria?

Calle Irastorza F, de las Nieves Madoz Zubillaga M, Biurrun Rodríguez MJ, González Villar M, Jurío Burgui JJ

Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Chantrea. Pamplona. Navarra.

Objetivos: Describir el gasto de fármacos antihipertensivos por niveles de riesgo cardiovascular (RCV) propuestos en el Sixth Joint National Committee (VI-JNC) y por grado de control terapéutico. Determinar el coste farmacológico por caso de hipertensión controlado (CCC).

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud.

Población y muestra: Seleccionamos 252 individuos por muestreo aleatorio sistemático de 3.514 adultos hipertensos en control ambulatorio programado durante 1998.

Intervenciones: Registramos número de envases/mes y precio/envase de fármaco prescrito según vademécum 1998. Estratificamos la muestra según RCV en A, B, C. Consideramos buen control: TA<140/90 (TA<130/85 en DM, insuficiencia renal y/o cardíaca). Calculamos CCC mediante el producto del coste medio del tratamiento farmacológico mensual por el núm. de pacientes tratados, dividido por el núm. de pacientes controlados.

Resultados: Más de 2/3 partes de los pacientes están mal controlados, suponiendo el 80% del gasto. Dicho gasto aumenta a mayor RCV. El CCC en monoterapia es 11.930,94 ptas. en ARA-II, 11.339,23 en calcioantagonistas, 10.546,4 en IECA, presentando los diuréticos el más bajo: 1.810,88. La combinación terapéutica más utilizada es IECA + diurético cuyo CCC es 21.462,39 pts/mes.

Conclusiones: Los IECA son los fármacos más empleados pese a que diuréticos y betabloqueantes son los más recomendados. Sólo un 25% de los IECA logran buenas cifras de tensión, similares a betabloqueantes y diuréticos, teniendo éstos una mejor relación coste-beneficio. En el grupo A, todos los pacientes tratados farmacológicamente están mal controlados, mientras que en el B, con un gasto similar, el 31,09% está bien controlado a expensas de una mayor utilización de diuréticos y betabloqueantes.

Palabras clave: Hipertensión arterial, JNC, Gasto.

HOW MUCH DOES IT COST US TO TREAT HYPERTENSION IN PRIMARY CARE?

Goals: To describe the cost of antihypertensive drugs by the cardiovascular risk levels (CRL) proposed in the Sixth Joint National Committee (VI-JNC) and by the degree of therapeutic control. To determine the pharmaceutical cost per case of controlled hypertension (CCCH).

Design: Descriptive cross sectional study.

Setting: Health Center.

Population and Sample: We selected 252 individuals by systematic random sampling from 3,514 adults with hypertension in an ambulatory blood pressure monitoring program during 1998.

Interventions: We registered the number of packages/month and the price/package of the prescribed drug according to the 1998 drug index. We stratified the sample according to CRL in A,B, and C. We considered good control: TA<140/90 (TA <130/85 in DM, renal and/or cardiac insufficiency). We calculated CCCH by determining the average cost of monthly drug treatment, multiplying that figure by the number of patients treated, and then dividing that result by the number of patients controlled.

Results: More than two-thirds of the patients, representing 80% of the cost, are poorly controlled. The higher the CRL, the greater the cost. The CCCH in monotherapy is: 11,930.94 pesetas in ARA-II; 11,339.23 in calcium antagonists and 10,546.40 in IAEC (Inhibitors of Angiotensin Enzyme Convertors). Diuretics were the lowest: 1,810.88 pesetas. The most frequently combined therapy is IAEC+ diuretics, whose CCCH is 21,462.39 pesetas/month.

Conclusions: IAEC are the most frequently used drugs, despite the fact that diuretics and beta blockers are the most recommended ones. Only 25% of the IAEC result in good blood pressure figures, similar to beta blockers and diuretics, with the latter offering the best cost-benefit ratio. In the A Group all patients being treated with drugs were poorly controlled, while in the B Group, and with a similar cost, 31.09% were well controlled due to the greater use of diuretics and beta blockers.

Key Words: Hypertension, JNC, cost.

Correspondencia: Fernando Calle Irastorza. C/ Iturruma 25 bajo. 31007 Pamplona. Correo electrónico: fercalle@mixmail.com

Recibido el 12-01-2001; aceptado para su publicación el 21-02-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 12-15

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo modificables de las enfermedades circulatorias y, debido a su alta morbi-mortalidad, uno de los primeros problemas de Salud Pública. En los últimos años se ha observado un descenso en los índices de mortalidad por enfermedad cerebrovascular de un 60% y cardiovascular de un 53% según evidencia el VI informe del Joint National Committee¹ (VI-JNC). A esto contribuye especialmente el creciente interés del profesional en desarrollar y aplicar programas de prevención primaria, detección precoz, tratamiento más adecuado y mejor control de sus cifras de presión.

Además de su importancia sociosanitaria hay que considerar su repercusión económica en la Sanidad española. En 1994 se calculaba para la hipertensión un coste actualizado de más de 200.000 millones de ptas.²

La aparición simultánea de hipotensores amplía el arsenal terapéutico disponible para lograr normalizar la presión arterial, especialmente en aquellas personas con un mayor RCV. Su empleo, a menudo indiscriminado, supone un aumento del gasto farmacéutico que no siempre se acompaña de un mejor control³.

Esto nos ha llevado a plantear, como objetivo principal de nuestro trabajo, el análisis de la prescripción de antihipertensivos en nuestro centro según el riesgo cardiovascular propuesto por el VI-JNC y según el grado de control conseguido. Además nos propusimos determinar el coste farmacológico por caso controlado.

Sujetos y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre una muestra representativa de los hipertensos de nuestro Centro de Salud. El tamaño muestral se calculó utilizando el programa estadístico Epi-Info⁴, para una población de 3514 adultos hipertensos, una prevalencia de hipertensión del 20%, una precisión de $\pm 5\%$ y un error α de 0,05%, resultando la n estimada 230. En previsión de las posibles exclusiones se seleccionaron 300 pacientes por muestreo aleatorio sistemático, de los que escogieron como muestra los 252 que cumplían los siguientes criterios: hipertensos en tratamiento farmacológico, incluidos en un programa de control ambulatorio de su hipertensión y con un mínimo de tres registros de tensión arterial en la historia clínica en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1998. Las tomas se realizaron con esfigmomanómetro de mercurio de pared, calculándose el promedio de las tres últimas determinaciones. Se consideró tensión bien controlada cuando era menor de 140/90 (menor de 130/85 en diabetes mellitus, insuficiencia renal y/o insuficiencia cardiaca).

La muestra se estratificó según los criterios propuestos por el VI-JNC⁴ en tres grupos: Grupo A: hipertensos sin factores de riesgo cardiovas-

cular (RCV), sin manifestación en órganos diana (MOD) y sin enfermedad cardiovascular clínica (ECV). Grupo B: existencia de más de un factor de RCV que no sea diabetes mellitus ni MOD ni ECV. Grupo C: MOD o ECV y/o diabetes mellitus con o sin otros factores de RCV.

Para la determinación del coste del tratamiento farmacológico se registró el número de envases/mes y precio/envase según el precio (IVA incluido) del mercado que figuraba en Vademécum de 1998. Se calculó el coste medio mensual del tratamiento farmacológico (CMT) dividiendo el coste total de todos los tratamientos en un mes entre el número de hipertensos incluidos en el estudio. Se estableció el coste por caso de hipertenso controlado para cada tratamiento empleado multiplicando el CMT por el número de pacientes tratados, y dividiendo el producto por el número de pacientes controlados por dicho tratamiento.

Resultados

La distribución de nuestra muestra por grupos de RCV fue: 2% en el grupo A, 47% en el B y 51% en el C. El total de pacientes bien controlados fue de 68 (26,98%) y no controlados de 184 (73,02%). Se observó un mal control en el 100% del grupo A, en el 68,91% del B y en el 75,59% del C (figura 1).

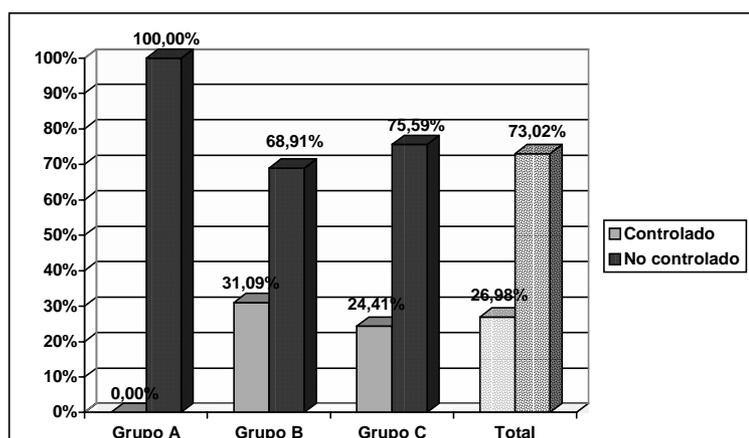


Figura 1. Distribución de pacientes según grupo de riesgo cardiovascular propuesto por el VI Joint National Committee y por grado de control.

Sobre los costes, en el año 1998 la facturación farmacéutica en nuestro Centro de Salud fue de 10.758.920 ptas, destinándose 2.163.651 (20,11%) a los hipertensos controlados y 8.595.269 (79,89%) a los no controlados. El porcentaje del gasto total correspondiente a los diferentes grupos de riesgo se refleja en la figura 2.

El gasto medio mensual por paciente fue de 3.557,8 ptas. Se gastaron 2.731,9 ptas/mes en sujetos bien controlados y 3.850,9 ptas/mes en los no controlados. El tratamiento del hipertenso del grupo A supuso un coste de 2.842,81, el del B 3.070,47 y el del C 4.048,29 ptas/mes.

Los grupos terapéuticos ordenados por frecuencia de prescripción, utilizados tanto en monoterapia como en combinación, fueron los IECA en un 36,24%, diuréticos 28,04%, calcioantagonistas 21,16% y betabloqueantes

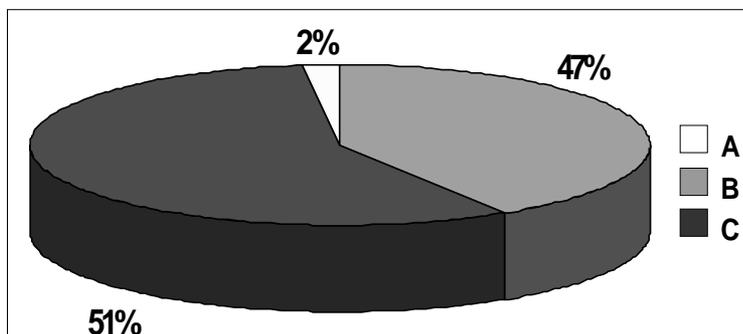


Figura 2. Distribución del gasto farmacéutico por grupos de riesgo cardiovascular.

8,41%. Un 15,47% de los pacientes recibió la combinación de IECA + diurético, un 7,54% la de IECA + calcioantagonista, y un 3,97% diurético + calcioantagonista. El porcentaje de contribución al buen control de la hipertensión para los diferentes principios activos (en monoterapia y/o combinación) fue el siguiente: 25,81% de los betabloqueantes, 24,26% de los IECA, 23,75% de los calcioantagonistas y el 20% de los diuréticos (figura 3).

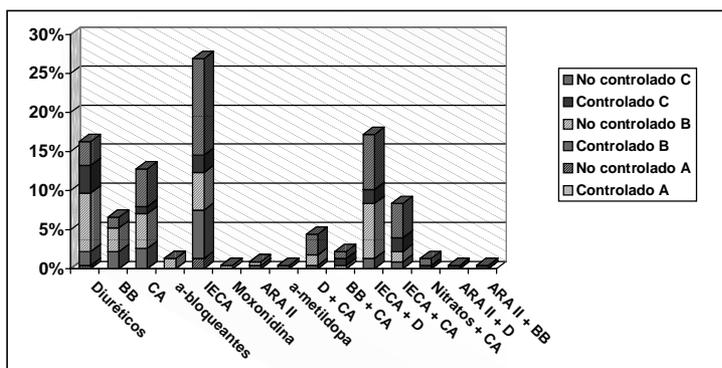


Figura 3. Distribución de pacientes según grupo de riesgo cardiovascular, control y tratamiento prescrito. BB: betabloqueantes; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARA II: antagonistas de los receptores de angiotensina II; D: diurético; CA: calcioantagonista.

En las figuras 4 y 5 respectivamente se reflejan los porcentajes de participación de los principios activos (en monoterapia y/o combinación) del total de prescripciones que logran un buen control (23,53%) y un mal control (76,47%).

El coste por caso controlado (CCC) medio fue de 13.585 ptas. El coste de la prescripción oscila entre las 1.810,88 ptas. para los diuréticos como tratamiento más barato y las 39.589,21 ptas. para la combinación diurético + calcioantagonista como terapia más cara.

Conclusiones

Sólo un 27% de nuestros pacientes tenía la tensión bien controlada (porcentaje similar al publicado en otros estudios⁵), que se corresponde con el 23,53% de las prescripciones. El mal control es mayoritario

(más de 2/3) en el total de pacientes así como en sus respectivos grupos de RCV. Sorprende que todos los pacientes del grupo A estén mal controlados, dado que es un grupo con menor repercusión de la enfermedad, en el que la terapia de control ofrece menos dificultad.

En nuestro estudio hemos realizado una descripción de la frecuencia de dispensación farmacológica sin considerar si la terapia prescrita es la más adecuada o la de primera elección, aspectos que pueden influir negativamente en el coste de la misma. Hemos encontrado que el 80% del importe global está siendo destinado a pacientes cuya tensión no se ha controlado. En el grupo B se consigue un buen control aproximadamente en un tercio de los pacientes, con un gasto similar al A. En el grupo C sólo la cuarta parte está bien controlada a pesar de que supone más de la mitad del gasto farmacológico total. Estos datos insinúan la dificultad que supone tratar a nuestros pacientes y lograr un buen control, independientemente del grupo de RCV al que pertenecen, teniendo en cuenta que a medida que aumenta éste es mayor el coste farmacológico.

En 1988 el JNC en su IV informe aconseja el empleo inicial de IECA, antagonistas de calcio y alfabloqueantes junto a diuréticos y betabloqueantes⁶. Estas recomendaciones se han reiterado en publicaciones posteriores^{7, 8}. Diuréticos y betabloqueantes han sido los fármacos que han demostrado una reducción de la morbilidad en Atención Primaria⁹, considerándose principios de primera elección (salvo contraindicaciones) en los protocolos de actuación de la OMS y del VI-JNC.

Sorprende su escasa utilización en nuestro medio, frente a una mayor prescripción de otros principios activos, destacando los IECA tanto en monoterapia como en terapia combinada, como los más empleados¹⁰.

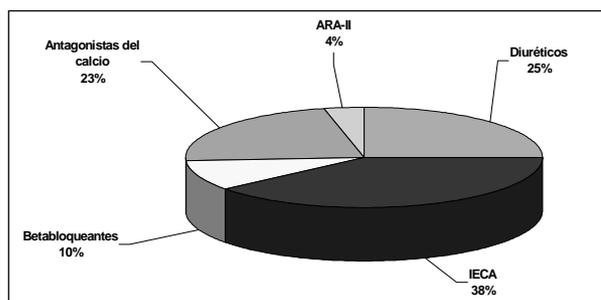


Figura 4. Contribución de los principios activos en el buen control de la hipertensión arterial. ARA-II: antagonista del receptor de angiotensina II; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

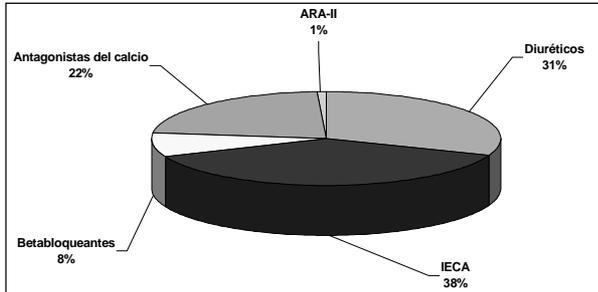


Figura 5. Contribución de los principios activos en el mal control de la hipertensión arterial. ARA-II: antagonista del receptor de angiotensina II; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

Sólo la cuarta parte de las prescripciones de los IECA consiguen un buen control. Cifras similares se consiguen con los betabloqueantes y algo menos con los diuréticos (20%). Hemos analizado la prescripción bajo una perspectiva económica valorando el porcentaje de pacientes controlados y el descenso de presión arterial como medidas de efectividad aceptadas en las diversas publicaciones^{5, 11}, reflejándolo en el cálculo de CCC para cada grupo terapéutico. Las cifras resultantes son: 1.811 ptas. en diuréticos, 3.595 en betabloqueantes, frente a 10.546 ptas. en IECA y 11.339 en calcioantagonistas, y 21.462 para la combinación más frecuente (IECA + diurético).

La prescripción racional debe maximizar los efectos terapéuticos, minimizar los riesgos y costes, y respetar la opinión de los pacientes. No disponemos de evidencias que otorguen mayor eficacia o tolerancia a fármacos distintos a los clásicos diuréticos y betabloqueantes⁹. Los efectos secundarios del tratamiento están más en función de las características del fármaco y del paciente que de su reciente incorporación al mercado. Todo ello no debe suponer un freno en la investigación y búsqueda de nuevos antihipertensivos que reúnan mejores propiedades.

No debemos olvidar como profesionales que el tratamiento de la hipertensión debe ser individualizado, que debe apoyarse en una valoración global del paciente y en la experiencia personal, sin perder de vista los resultados de estudios como el nuestro.

Bibliografía

1. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of high Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VI). Arch Intern Med 1997; 157: 2.413-2.446.
2. Badia X, Rovira J, Tresserras J, Trinxet C, Segu JL, Pardell H. El coste de la hipertensión en España. Med Clin (Barc) 1992; 99: 769-773.
3. Borrell M, Méndez MA, Gros T, de la Figuera M, Davins J, del Amo M, et al. Análisis de los costes directos del control de la hipertensión arterial. Aten Primaria 1994; 14: 829-834.
4. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). Arch Intern Med 1997; 157: 2.413-2.446.
5. Sáez E, Millán A, López F, Carrasco J, Arribas A, Abarca MJ. Grado de control y atención a los pacientes con hipertensión en el Área de Salud de Toledo. Aten Primaria 1999; 24: 559-562.
6. The 1988 Report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 1988; 148: 1.023-1.038.
7. McDonald RH. The evolution of current hypertension therapy. Am J Med 1988; 85 Supl 3B: 14-18.
8. Schoenberger JA. New approaches to a first-line treatment of hypertension. Am J Med 1988; 84 Supl 3B: 14-18.
9. Córdoba R, Sanz A. ¿Debemos abandonar los antihipertensivos clásicos: diuréticos y bloqueadores beta? Aten Primaria 1994; 14: 684-690.
10. Ruiz-García, Peiró R. La hipertensión en los ancianos y resultados globales en salud con distintas terapias farmacológicas. Aten Primaria 2000; 26: 533-541.
11. Alonso FJ, García M, Laborda M, Hermoso A, López F. Análisis de costes farmacológicos en el tratamiento de la hipertensión arterial. Aproximación a un estudio coste efectividad. Aten primaria 1998; 21: 607-612.

ORIGINAL

Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Datos previos a un programa de rehabilitación respiratoria

Madueño Caro AJ¹, Benítez Rodríguez E², García Martí, E¹, León A³

¹ Especialista en medicina familiar y comunitaria, ² Especialista en medicina preventiva y salud pública, ³ Especialista en Neumología. Centro de Salud Laguna-Cortadura, Cádiz

Objetivos: Conocer predominio y estadio clínico, índice de disnea basal de Mahler (IDB), tabaquismo, estado nutricional, y técnica inhalatoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: Zona básica de salud urbana.

Sujetos: Muestreo consecutivo, que selecciona pacientes con criterios diagnósticos para EPOC que acuden a consulta a demanda en el período de un mes. Se citan telefónicamente, incluyendo 59 sujetos a estudio.

Mediciones: Mediante entrevista se obtienen datos acerca de sexo, edad, predominio y clasificación clínica, tabaquismo, IDB, pliegue cutáneo tripital (PCT) y valores plasmáticos de proteínas (prealbúmina, albúmina, transferrina y proteína ligada a retinol)

Resultados: Grado de respuesta 90% (n=59). El 88,1% son varones. Media de edad 66,33± 2,43 (IC 95%). Predominio bronquítico en el 35,6%, enfisema en el 13,6% y mixto en el 50,8%. El 39% mantiene el hábito tabáquico. El 50,8% está en el estadio clínico IIA. El IDB clasificó a un 45,8% de los sujetos en el grado 2. El 25,9% tiene un PCT en un percentil (Pth) 5 y el 31% en el Pth 10,. El 74,1% presenta deplección leve de transferrina. La técnica inhalatoria fue incorrecta en el 90,2% de los sujetos. Hay diferencias significativas (p=0,001) entre la realización correcta de la técnica y haber recibido o no entrenamiento previo.

Conclusiones: Adecuación del tratamiento farmacológico al estadio clínico mejorable. Alto porcentaje de fumadores activos en pacientes con EPOC, de deplección de transferrina, con PCT en percentil por debajo de la normalidad y con técnica inhalatoria incorrecta.

Palabras Clave: EPOC, disnea, nutrición, técnica inhalatoria

PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. DATA PRIOR TO A RESPIRATORY THERAPY PROGRAM

Goals: To gather information on key pathological characteristics, clinical history, Mahler's Basal Dyspnea Index (BDI), smoking habits, nutritional status, and inhalation techniques of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Design: Cross sectional descriptive study.

Setting: Basic Health Zone in an urban setting.

Population and Sample: Consecutive sample, according to diagnostic criteria for chronic obstructive pulmonary disease, that selects patients who requested a visit during a one-month period. Appointments made by telephone led to the inclusion of 59 subjects in the study.

Measurements and Results: Information was obtained through interviews regarding gender, age, predominance and clinical classification, smoking habits, BDI, triceps skinfold, and plasma protein values (prealbumin, albumin, transferrin, and retinol-bonded protein).

Results: Response rate 90% (n=59). 88.1% were male. Average age was 66.33 ± 2.43 (CI 95%). Bronchial predominance in 35.6%, emphysema in 13.6%, and mixed in 50.8%. 39% have a smoking habit. 50.8% are in the IIA clinical stage. BDI classified 45.8% of the subjects as grade 2. 25.9% had their triceps skinfold in the fifth percentile and 31% in the tenth. 74.1% showed a slight depletion of transferrin. Inhalation technique was incorrect in 90.2% of the subjects. Significant differences (p=0.001) existed between correct use of the technique and having received or not received prior training.

Conclusions: Improvements could be made in adapting pharmaceutical treatment to the clinical stage. A high percentage of heavy smokers exists among patients with chronic obstructive pulmonary disease, with depleted transferrin, triceps skinfold in percentiles below normal, and incorrect inhalation techniques.

Key Words: Chronic obstructive pulmonary disease, dyspnea, nutrition, inhalation technique.

Correspondencia: Antonio J. Madueño Caro. Plz. Pintor Clemente de Torres, 3, 7.º C. 11010 - Cádiz. e-mail: madu@comcadiz.es

Recibido el 27-11-2000; aceptado para su publicación el 21-02-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 16-21

Introducción

Estudios recientes en nuestro país demuestran una prevalencia de limitación crónica al flujo aéreo de 10,6 % en sujetos entre los 40 y 69 años. Estas cifras pueden elevarse hasta un 20 % en hombres de más de 65 años. En España la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la quinta causa de muerte entre los hombres y la séptima para las mujeres, a pesar de que en los últimos años existe un incremento considerable de incidencia entre las mujeres ¹.

En 1996, la Sociedad española de neumología y cirugía torácica (SEPAR), definió la EPOC como: «un proceso caracterizado por un descenso de los flujos respiratorios que no cambian de manera notable durante periodos de varios meses de seguimiento: La mayor parte de esta limitación del flujo aéreo es lentamente progresiva y poco reversible».

Teniendo en cuenta que en alrededor del 90% de los pacientes con EPOC el tabaco es el factor fundamental, la prevalencia futura de la enfermedad está muy ligada a la evolución en el consumo de tabaco. El 36,9% de los españoles mayores de 15 años son fumadores, esto es, el 47,2% de los hombres y el 27,2% de las mujeres ².

La disnea es el síntoma más común en todas las enfermedades respiratorias crónicas. La disnea provoca una disminución progresiva de la capacidad funcional del individuo hasta limitarlo en las actividades más simples de la vida cotidiana. Esto conduce a una pérdida de la autonomía desarrollándose un severo grado de invalidez, con las consecuentes alteraciones psicosociales que comporta. Esta situación provoca una alteración intensa en la calidad de vida del individuo y una transformación lenta y progresiva de su relación con el entorno socio-familiar además de favorecer una fuerte dependencia de las estructuras sanitarias ³. Si bien en la EPOC las terapéuticas farmacológica y rehabilitadora se han mostrado incapaces de revertir las alteraciones fisiopatológicas presentes o de alargar la esperanza de vida, si es posible incidir en la mejoría de la calidad de vida, siendo la disnea un factor que influye en ella de forma decisiva ^{4, 7}. Cuantificar la disnea de un enfermo con EPOC constituye un elemento ineludible en su historia clínica. Las escalas clínicas de disnea son las que ofrecen mayor sencillez de aplicación, basándose en la identificación de la actividad física que es capaz de provocar la aparición de dificultad respiratoria en el paciente ⁸.

Alteraciones en la malnutrición aparecen en el 25% de los pacientes con EPOC ⁹. La malnutrición reduce la fuerza de los músculos respiratorios y aumenta la incidencia de agudizaciones. Los pacientes con EPOC tienen a menudo alteraciones en su nutrición, sobre todo pérdida de peso en el caso enfisematoso avanzado. El índice de

masa corporal es el que guarda mejor correlación con el volumen forzado espirado en el primer segundo (FEV1) ¹⁰. Igualmente, un índice bajo de masa corporal parece ser un predictor independiente, de una menor supervivencia ¹¹.

Aunque en la actualidad no se dispone de un criterio universalmente aceptado para definir la malnutrición en estos pacientes, el análisis aislado de las variables antropométricas pone de manifiesto alteraciones relevantes en más del 55% de los casos de EPOC de grado moderado-severo ¹². El uso de marcadores nutricionales como la determinación de proteínas plasmáticas (prealbúmina, albúmina, transferrina, proteína ligada a retinol) se basa en la asunción de que su nivel refleja indirectamente la síntesis hepática de proteínas y por extrapolación en otros órganos de la economía ¹².

El tratamiento por vía inhalatoria, de elección para los pacientes respiratorios presenta problemas de adherencia y de realización correcta ^{13, 17}, siendo este uno de los aspectos en el que se deberá poner un mayor énfasis en cualquier programa de educación a pacientes con EPOC.

El objetivo del presente estudio es conocer la situación actual de pacientes con criterios diagnósticos de EPOC en el ámbito de la atención primaria, a través de la medición de variables citadas a continuación. Los resultados permitirán implementar un programa de rehabilitación respiratoria a estos pacientes en nuestro nivel de asistencia, metodológicamente desarrollado como ensayo clínico de intervención educacional.

Material y métodos

El estudio se emplaza en un centro de salud de núcleo urbano, solicitando la participación voluntaria en el mismo a los médicos generales con ejercicio en el equipo básico de atención primaria. Explicados los objetivos y características del estudio, se les solicita que seleccionen consecutivamente durante el período natural de un mes a los pacientes con diagnóstico previo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica que acudan a consulta a demanda en el centro de salud, precisando rellenar en hoja de recogida de datos la filiación del sujeto y facilitar su localización. Se seleccionan 80 sujetos. El grado de respuesta a la citación telefónica es del 90%, excluyéndose del estudio 13 sujetos por padecer procesos cardiopulmonares distintos a la EPOC que podrían afectar su función respiratoria. Se incluyen 59 sujetos a estudio.

Los sujetos seleccionados proceden de nueve consultas de medicina general de un total de doce del citado centro. Dichos sujetos se citan telefónicamente a consulta programada, en la cual, un facultativo investigador, mediante encuesta, recoge variables de sexo, edad, nivel de asistencia en el que se realiza el diagnóstico de su proceso respiratorio (atención primaria o especializada), predominio y estadio clínico según la clasificación del grupo EPOC de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) (18) y datos relacionados con el hábito tabáquico (fumador, exfumador).

Se determina el grado de disnea utilizando la escala de Mahler y col., también llamada índice de disnea basal (IDB). Se trata de una escala

multidimensional que contiene tres subescalas: magnitud de la tarea, magnitud del esfuerzo y alteración funcional. Cada una de ella se valora de 0 (intensa) a 4 (nula) y la suma total da una puntuación que oscila entre 0 y 12; cuanto más baja es la puntuación mayor es la intensidad de la disnea¹⁹. Se realizan tres espirometrías basales, con espirometro Datospir-100 Å, eligiendo la mejor de ellas en cuanto al valor del volumen espirado en el primer segundo (FEV1). Con estos datos, junto a la referencia de reagudizaciones y/o ingresos hospitalarios en el último año, se asigna un estadio clínico al sujeto — I, IIA, IIB, III—, en función del valor del FEV1 (% del teórico), núm. de reagudizaciones y/o ingresos hospitalarios en el último año y de la gravedad de las reagudizaciones, siguiendo la clasificación propuesta por el grupo de manejo de la EPOC de la Semfyc¹⁸.

A continuación se miden variables relacionadas con el estado nutricional del sujeto, tales como peso, talla, índice de masa corporal y pliegue cutáneo tricipital, siendo este un indicador de la reserva grasa orgánica, medido en milímetros con un lipocalibrador tipo Harpenden, obteniéndose percentil (Pth) para sexo y edad según tablas de Alaustre Vidal A y cols. Valores «s del 60% del Pth 50 se considera deplección severa, entre el 60-90% del Pth 50 deplección moderada y valores»s del Pth 50 deplecciones leves. Se le entrega al sujeto solicitud para determinar en plasma valores de proteínas plasmáticas, tales como prealbúmina, albúmina (principal proteína sintetizada por el hígado y utilizada como marcador bioquímico del estado nutricional, con buena correlación con la evolución de los pacientes, informando del estado nutricional presente), transferrina y proteína ligada a retinol (que refleja junto a la prealbúmina los cambios rápidos en el estado nutricional), clasificándolo según los resultados obtenidos en deplección leve, moderada o grave¹².

Se mide la adecuación del tratamiento farmacológico que recibe el sujeto teniendo en cuenta el estadio clínico de la EPOC en el momento de la entrevista, siguiendo recomendaciones de un Grupo de Trabajo Multidisciplinar²⁰ (tabla 1).

TABLA 1
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN FASE ESTABLE

Estadio 1
Bromuro de ipatropio o β-2-adrenérgicos inhalados
Estadio 2
Bromuro de ipatropio y β-2-adrenérgicos inhalados
Ensayar teofilina de liberación sostenida Ensayar β-2-adrenérgicos de acción prolongada En pacientes con una prueba broncodilatadora positiva ensayar glucocorticoides inhalados
Estadio 3
Añadir un ciclo corto de glucocorticoides orales a dosis altas; si se comprueba una respuesta objetiva (espirometría) reducir la dosis al mínimo (10 mg/d o a días alternos) y ensayar glucocorticoides inhalados. No olvidar otras medidas: fisioterapia, oxigenoterapia, nutrición.

La realización correcta o no de la técnica inhalatoria constituye la siguiente variable a medir. Preguntado por el sistema de inhalación que tiene prescrito el sujeto, dos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria entrenados específicamente en el manejo práctico de los sistemas de inhalación observan conjuntamente en cada sujeto la realización de dos inhalaciones sucesivas con el sistema de inhalación de uso habitual. Se considera técnica correcta si en opinión de los dos observadores (consenso) el sujeto había seguido correctamente todos los pasos recogidos en la «Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados» de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)²¹.

Resultados

El 88,1% son varones. Rango de edad entre 41-94 años, con una media de 66,33 ± 2,43 años (IC 95%).

El diagnóstico de la enfermedad se realizó en el ámbito de atención primaria en el 42,4% de los casos, siendo en el resto en servicios especializados. El predominio clínico es bronquítico en el 35,6% de los sujetos, enfisematoso en el 13,6% y el resto mixto. El 39% de los sujetos es fumador activo en el momento de la entrevista, siendo exfumadores el 54,2%. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el hábito tabáquico y la clasificación clínica (p>0,32).

Atendiendo al valor del FEV1 y al número de reagudizaciones y/o ingresos hospitalarios en el último año, los sujetos a estudios se clasifican clínicamente, situándose el 50,8% de ellos en el estadio IIA, el 28,8% en el I, 11,9% en el IIB y 8,5% en el III... Aplicando la escala de Mahler y cols. para valorar el grado de disnea, se describen datos porcentuales para cada subescala (Tabla 2).

No resultan diferencias estadísticamente significativas entre el índice de disnea, para cualquiera de las subescalas y la adecuación o no del tratamiento prescrito.

La media en el índice de masa corporal para los sujetos incluidos en el estudio es de 27,22 ± 1,25 kgs/m² (IC 95%).

El 1,7% de la población a estudio (1 sujeto) presenta un IMC «20, y el 59,3% (35 sujetos) un IMC»25, ya en sobrepeso. No se detectan diferencias significativas entre el valor de IMC y la severidad en la clasificación clínica del sujeto (p»0,81). El 25,9 % de los sujetos tiene un pliegue cutáneo tricipital en el percentil 5, y el 31% en el percentil 10, considerándose ambos valores equivalentes a deplección severa en la reserva de grasa corporal (sumando entre ambos subgrupos un 56,9% del total de individuos a estudio). El análisis estadístico no resalta diferencias significativas entre el valor del PCT y el predominio

clínico (bronquitis, enfisema o mixto) (p»0,59) o el estadio de clasificación clínica (p»0,56).

La media de los valores detectados en plasma para albúmina es de 4,276 g/dl ± 0,12 (IC 95%) sin casos de deplección; para prealbúmina de 39,30 ± 1,4 (IC 95%) con resultado de deplección leve en el 12,1 % de los casos siendo el resto normal; para proteína ligada a retinol de 4,16 ± 0,13 (IC 95%), igualmente con un 12,1 % de sujetos que presentan deplección leve y el resto normal. Por

TABLA 2
PORCENTAJES DE SUJETOS CON GRADO DE DISNEA BASAL FUNCIONAL, PARA TAREAS Y ESFUERZOS

	IDB Funcional (%)	IDB Tarea (%)	IDB Esfuerzo(%)
GRADO 0	1.7	0	1.7
GRADO 1	28.8	20.3	27.1
GRADO 2	45.8	55.9	49.2
GRADO 3	20.3	13.6	11.9
GRADO 4	3.4	10.2	10.2

IDB: Índice de disnea basal

ultimo se obtiene un valor para transferrina de 228,22 mg/dl ± 9,36 (IC 95%), con un 72,4% de sujetos que presentan deplección leve en plasma, estando el resto de resultados en valores de normalidad.

La adecuación del tratamiento específico a la EPOC y el estadio clínico es evaluada, resultando que un 76,3% de los sujetos a estudio reciben un tratamiento farmacológico adecuado a su estadio clínico.

Cuestionado el o los sistemas de inhalación utilizados por los sujetos a estudio, el 66,7% contestó usar inhaladores en cartucho presurizado, el 15,7% utiliza estos inhaladores con cámaras espaciadoras, el 11,8% usa el sistema en polvo seco accuhaler, y el 5,9% el sistema también de polvo seco turbuhaler. Un 68,6% de los sujetos a estudio no han recibido con anterioridad a la entrevista entrenamiento específico para el sistema de inhalación prescrito. La técnica inhalatoria evaluada de forma global resulta incorrecta en el 90,2% de los sujetos evaluados. Por sistemas, la técnica es incorrecta en el 91,2% de los sujetos que utilizan ICP, en el 75% de los que usan cámara espaciadora, y en el 100% de los sujetos que utilizan sistemas de polvo seco. Se detallan porcentajes de error para las fases de la técnica inhalatoria de cada sistema evaluado (figuras 1-4).

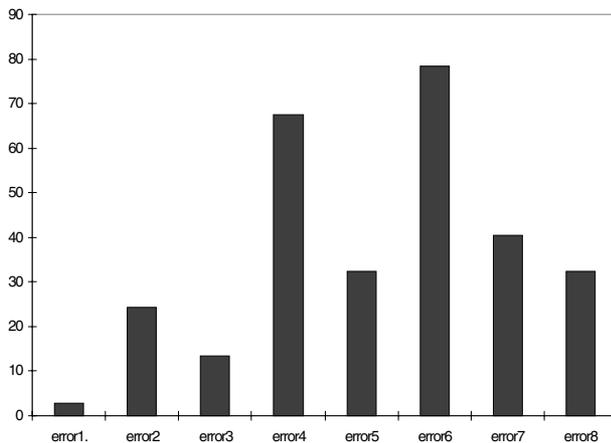


Figura 1. Porcentaje de sujetos que cometen errores en el uso de ICP (inhalador con cartucho presurizado)

USO DEL ICP: 1. Estar incorporado o semiincorporado 2. Destapar el inhalador, agitarlo y ponerlo en posición vertical 3. Sujetar el inhalador entre los dedos índice y pulgar 4. Vaciar el aire de los pulmones lenta y profundamente 5. Colocar el inhalador en la boca cerrándola a su alrededor 6. Iniciar la inhalación y activar el dosificador, continuando la inspiración 7. Retirar el inhalador de la boca y aguantar la respiración unos segundos 8. Si debe hacer dos o más inhalaciones, debe esperar 30 segundos

Se observan diferencias estadísticamente significativas a favor de los pacientes con EPOC que habían recibido entrenamiento específico sobre sistemas de inhalación, en la realización de la técnica correcta (p=0,0018).

Discusión

Los resultados en cuanto a edad y sexo son coherentes con la prevalencia en la población general. El porcentaje de sujetos a estudio que continúan activos en el hábito tabáquico dista de lo deseable, teniendo en cuenta la causalidad del mismo en el desarrollo de la enfermedad. Parece indispensable priorizar la deshabituación tabáquica en este colectivo frente a la población general, sobre todo en aquellos individuos con estadio clínico más severo. El hecho de que un 56,9% de los sujetos presenten Pth para PCT significativos de alteraciones en la grasa corporal, unido a la deplección leve de transferrina en una alta proporción, además de coincidir con otros resultados ya referidos bibliográficamente en la introducción, apunta la necesidad de implementar contenidos educativos relacionados con el equilibrio dietético y el control del peso.

Aunque el porcentaje de adecuación del tratamiento al estadio clínico puede considerarse aceptable, la oportunidad de mejora está evidenciada, por lo que se sugiere priorizar la formación continuada a facultativos en los equipos de atención primaria, además de pretender un aumento en la adherencia a los tratamientos farmacológicos prescritos.

Los resultados obtenidos en el análisis del estado nutricional de los sujetos a estudio sugieren por un lado, profundizar en esta línea de investigación para determinar causalidad y/o asociación estadística entre estadio clínico y nutricional, y por otro, implementar el consejo nutricional a todos los pacientes con EPOC.

La evaluación de la técnica inhalatoria revela resultados preocupantes. Obtener más de un 90% de incorrección en la técnica aboca al fracaso terapéutico. Llama la atención el bajo porcentaje de utilización de cámaras espaciadoras, especialmente indicadas como sistema de inhalación en pacientes con flujo inspiratorio bajo. Se impone la necesidad de formación al personal sanitario, y especialmente a aquellos facultativos y personal de enfermería responsables de la educación de estos pacientes, así como integrar la educación sobre sistemas de inhalación y su revisión periódica. Los resultados del presente estudio demuestran diferencias estadísticamente significativas en la técnica inhalatoria a favor de los pacien-

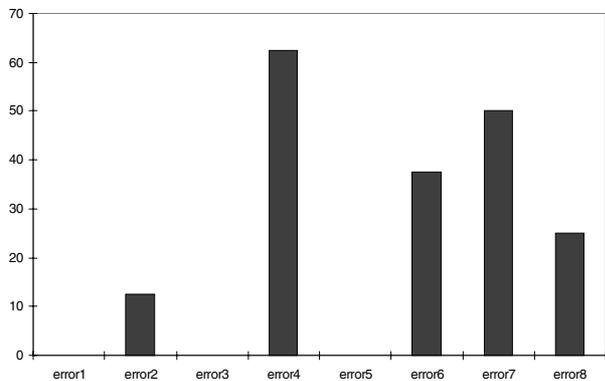


Figura 2. Porcentaje de sujetos que cometen errores en el uso de cámara espaciadora

USO DE LA CAMARA: 1. Colocarse de pie o sentado 2. Destapar el inhalador 3. Acoplar el inhalador en el orificio de la cámara en posición vertical 4. Vaciar el aire de pulmones lenta y profundamente 5. Efectuar una pulsación del inhalador 6. Inmediatamente después de la pulsación inhalar profundamente 7. Retirar la cámara de la boca y aguantar la respiración unos segundos 8. Si debe hacer dos o más inhalaciones, 30 segundos entre ambas

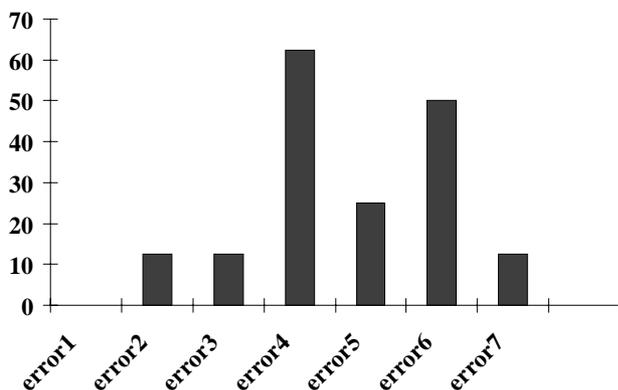


Figura 3. Porcentaje de sujetos con errores en el uso de sistema turbuhaler®

Uso correcto de turbuhaler®: 1. Desenroscar y retirar la capucha que cubre el inhalador 2. Sostenerlo en posición vertical 3. Girar la rosca inferior en sentido contrario a las agujas del reloj y luego en sentido contrario hasta oír "click" 4. Vaciar el aire de los pulmones 5. Colocar boquilla en la boca y sellar los labios 6. Mantener la respiración unos segundos 7. Si debe hacer dos o más inhalaciones, esperar 30 segundos

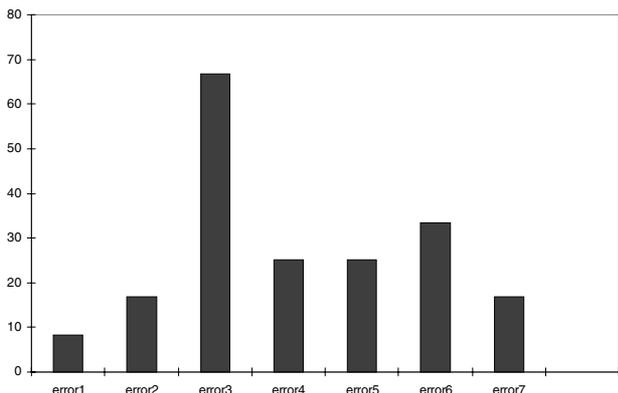


Figura 4. Porcentaje de sujetos con errores en el uso del sistema Accuhaler®

Uso correcto del sistema Accuhaler®: 1. Deslizar el protector de la pieza bucal 2. Pulsar el gatillo lateral hacia abajo y hasta el tope 3. Vaciar el aire de los pulmones 4. Colocar la boquilla en la boca y sellar los labios 5. Aspirar enérgicamente 6. Mantener la respiración unos segundos 7. Si debe hacer dos o más inhalaciones, esperar 30 segundos

tes que ha recibido educación específica previa. La elección de la vía inhalatoria, la edad de los pacientes en muchos casos, la gran variedad de sistemas de inhalación que existen en el mercado y la complejidad en su utilización son los principales argumentos que exigen la autoformación y la educación continuada al paciente con EPOC.

Los programas educativos en pacientes con EPOC han demostrado disminución en la mortalidad y ganancias en su calidad de vida^{22, 24}. La práctica totalidad de estudios relacionados llevados a cabo en nuestro país, lo han sido en el ámbito hospitalario.

El presente estudio supone la primera fase en la realización de un ensayo clínico de intervención educativa en rehabilitación respiratoria para pacientes diagnosticados de EPOC, que acuden a centros de atención primaria. Las mediciones realizadas para las variables referidas otorgan resultados basales que servirán con posterioridad para valorar la eficacia del citado programa de rehabilitación.

Actualmente el equipo investigador amplía el periodo de captación de pacientes con la misma técnica de muestreo con la intención de obtener un tamaño muestral de 88 pacientes, exigencia estadística obtenida de las variables de eficacia primaria (escala de disnea, número de agudizaciones y calidad de vida) que se medirán en el ensayo clínico en rehabilitación respiratoria a desarrollar.

Agradecimientos

Al personal del C.S. La Laguna-Cortadura (Cádiz), colaborador en el desarrollo del estudio.

Bibliografía

1. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez. Estudio IBERCOP en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35:159-166.
2. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
3. Güell Rous R, Avendaño M. Rehabilitación respiratoria: definición, objetivos y selección de pacientes. En: Güell Rous R, De Lucas Ramos P. Rehabilitación SEPAR. Madrid: SEPAR; 1999. p. 23-30
4. Reardon J, Awad E, Normandion E, Vale F, Clark B, Zuwallack RL. The effect of comprehensive outpatient pulmonary rehabilitation in dyspnea. Chest 1994;105:1046-1052.
5. O'Donnell DE, McGuire M, Samis L, Webb KA. General exercise training improves ventilatory and peripheral muscle strength and endurance in chronic airflow limitation. Am J Respir Crit Care 1998; 157:1489-1497.
6. O'Donnell DE, McGuire M, Samis L, Webb KA. The impact of exercise reconditioning on breathlessness in severe chro-

- nic airflow limitation. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 2005-2013.
7. Wijkstra PJ, Van Altena R, Kraan J, Otten V, Postma DS, Koëter GH. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease improves after rehabilitation at home. *Eur Respir J* 1994; 7: 269-273.
 8. Mahler DA, Weinberg DH, Wells CK, Feinstein AR. The measurement of dyspnea: contents, interobserver agreement, and physiologic correlates of two new clinical indexes. *Chest* 1984; 85: 751-758.
 9. Fitting JW, Spiro SG. Nutrition in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Rev* 1991;1:511-519.
 10. Schols AMWJ, Slangen J, Volovics L, Wouters EFM. Weight loss is a reversible factor in the prognosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157: 1791-1797.
 11. Alamar Provecho J, Sánchez Sánchez JJ, Soler Cataluña V, Martín Gutiérrez V, Latorre Atienza M, Román Sánchez P. Prevalencia de la malnutrición en pacientes ambulatorios con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de grado moderado-severo. *Aten Primaria* 1999; 24 Supl 2: 343.
 12. Celaya Pérez S. Guía práctica de nutrición artificial. Manual Básico. Madrid: 2.ª ed; 1996.
 13. Plaza V, Sanchís J, CESEA Group. Medical Personal and Patient Skill in the Use of Metered Dose Inhalers: A multicentric Study. *Respiration* Nov. 1998; 65: 195-198.
 14. Van Beerendonk I, Mesters I, Mudde AN, Tan TD. Obstructive pulmonary disease using a metered -dose inhaler or dry powder device. *J Asthma* 1998; 35: 273-9.
 15. Oliver S, Rees PJ. Inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Clin Pract.* 1997; 51: 443-445.
 16. Van der Palen J, Klein JJ, Kerkhoff AH, Van Herwaarden CL. Evaluation of the effectiveness of four different inhaler in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, Nov 1995; 50: 1183-7.
 17. Rand CS, Nides M, Cowles MK, Wise RA, Connett J. Long-term metered-dose inhaler adherence in a clinical trial. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 580-8.
 18. Grupo para el manejo de la EPOC. *Semfyc. Programas básicos de salud. EPOC.* Madrid: Ed. Doyma; 1999.
 19. Perpiñá Tordera M, Martínez Francés M. Disnea: bases fisiopatológicas, medición e implicaciones en la rehabilitación. En: Guell Rous R, De Lucas Ramos P. *Rehabilitación Respiratoria.* Madrid: SEPAR; 1999. p. 39-60
 20. Grupo de Trabajo Multidisciplinar. *EPOC. Clasificación y estrategias.* Barcelona: Pharma Consult Services Edipharma; 1997.
 21. Grupo de Trabajo de la SEPAR. *Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados.* Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Barcelona: Doyma, 1997.
 22. Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 1996; 348: 1115-1119.
 23. Lacasse Y, Guyatt GH, Goldstein RS. The components of a respiratory rehabilitation program. A systematic overview. *Chest* 1997; 111: 1077-1088.
 24. Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 1.* Oxford., 2000.

ORIGINAL

Tiempo síntoma-diagnóstico en los cánceres de tubo digestivo según la vía de acceso al sistema sanitario.

Mariscal Ortiz M^{1, 2}, Delgado-Rodríguez M³, Martos Gámiz F², Gómez Mata M², García Márquez L².

¹ Hospital General «Ciudad de Jaén»; ² Distrito Sanitario de Jaén; ³ Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Jaén.

Objetivo: profundizar en el conocimiento de los determinantes que inciden en el tiempo síntoma-asistencia-diagnóstico de los enfermos cuya primera consulta se realizó en la Atención Primaria (AP) frente a los que utilizaron otras vías, en tumores de tubo digestivo.

Diseño: Serie de casos; longitudinal

Emplazamiento: Servicio de Cirugía del Hospital General «Ciudad de Jaén». Población: 217 pacientes que ingresaron para intervención desde 1-X-1996 al 1-XII-1998.

Mediciones: Las variables sociodemográficas, estilos de vida, historia de la sintomatología y la vía de acceso al sistema-contacto con el hospital, se recogieron mediante entrevista. Los datos asistenciales se obtuvieron de la historia clínica. Tiempos considerados: desde los primeros síntomas, primera consulta y primer contacto con el hospital hasta el diagnóstico-tratamiento. Test estadísticos: χ^2 y Kruskal-Wallis.

Resultados: No existieron diferencias entre las características sociodemográficas, presentación de la enfermedad y estadio al diagnóstico de los pacientes según la vía de acceso. No se manifestaron demoras atribuidas al enfermo en realizar la primera consulta. Con relación al sistema, se tardó más en pacientes que consultaron por primera vez en la AP. Dentro del hospital sólo se observó una tendencia a alargarse el tiempo hasta el diagnóstico-tratamiento en los pacientes cuya primera consulta se realizó en la AP ($p = 0,005$).

Conclusiones: No existen diferencias en la accesibilidad, comienzo de la enfermedad y estadio al diagnóstico según la vía de acceso al sistema. Una mejora de los sistemas de conexión entre niveles reduciría el tiempo síntoma-diagnóstico-tratamiento.

Palabras Clave: neoplasia gastrointestinal, demora diagnóstica, clase social, determinantes del diagnóstico, accesibilidad.

TIME FROM SYMPTOM TO DIAGNOSIS IN CANCERS OF THE DIGESTIVE TRACT, ACCORDING TO HOW PATIENTS ENTER THE HEALTH SYSTEM

Goal: To improve knowledge regarding determinants that influence symptom-visit-diagnosis time in patients with digestive tract cancer whose first visit took place at the primary care level, compared to those who entered the health system by other routes.

Design: Case series; longitudinal.

Setting: The Surgical Department in «Ciudad de Jaén» General Hospital.

Measurements and Results: Social demographic variables, lifestyles, history of symptoms and route of entry into the health system/contact with the hospital, collected through interviews. Data on the care provided was obtained from the clinical history. Times studied: from the first symptoms, first doctor's visit, and first hospital contact until diagnosis-treatment. Statistical tests used: χ^2 and Kruskal-Wallis.

Results: No differences were found in social demographic characteristics, onset of the illness, and stage upon diagnosis according to the patient's route of entry. No delays attributable to the patient in making a first visit were found. In the health system, symptom-visit-diagnosis times were longer for patients who were consulting their primary care providers for the first time. In the hospital, the only tendency observed was a lengthening of the time until diagnosis-treatment for patients whose first visit took place in primary care.

Conclusions: No differences exist in accessibility, onset of the illness, and stage upon diagnosis according to how patients enter the health care system.

Key Words: Gastrointestinal neoplasia, diagnostic delay, social class, determinants of the diagnosis, access.

Correspondencia: Dr. Marcial Mariscal Ortiz. Distrito Sanitario de Jaén. C/ Arquitecto Berges 10. 23007 Jaén. Teléfono: + 34 953 222 331, Fax: + 34 953 006533 E-mail: mmariscal@amsystem.es

Recibido el 12-01-2001; aceptado para su publicación el 21-02-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 22-28

Introducción

El concepto de equidad adquiere gran relevancia tanto en el sistema sanitario español como en el resto de servicios de salud similares. En este ámbito el mencionado concepto hace referencia a igualdad de trato y de accesibilidad a los servicios. La extensión de cobertura hasta la cobertura universal debería resolver los problemas más graves en la atención sanitaria al eliminar las barreras que determinan las diferencias en el acceso al sistema ¹.

El tiempo síntoma-asistencia sanitaria es de relevancia en estudios sobre detección precoz, así como en los estudios sobre accesibilidad y calidad de la asistencia. El estudio de este tiempo es igualmente útil en el análisis del comportamiento sanitario de una comunidad, del funcionamiento del sistema y de la relación entre los diferentes niveles asistenciales. Esto último es considerado un problema a resolver tanto en el ámbito asistencial como en los de gestión y dirección ². El estudio del nivel en que se realiza la primera consulta mide varios hechos como son: la gravedad del paciente, la accesibilidad a los cuidados de salud y las preferencias del propio enfermo que se ven influidas por la clase social en que se desenvuelve ³.

El objetivo del presente estudio fue profundizar en el comportamiento de los determinantes que inciden sobre la demora en el inicio de la asistencia hasta el tratamiento en los enfermos cuya primera consulta se realizó en la Atención Primaria frente a los que utilizaron otras vías de acceso, así como efectuar una valoración de los tiempos de demora asistencial.

Se ha escogido la patología neoplásica de tubo digestivo por su mayor incidencia, facilidad para identificar la sintomatología por parte del paciente, su presencia en ambos sexos y su relación con los estilos de vida y nivel socioeconómico.

Sujetos y métodos

Los pacientes fueron seleccionados entre la población atendida en el servicio de Cirugía General del hospital «Ciudad de Jaén». Este hospital cuenta con 670 camas y su población de referencia es de 230.000 habitantes. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes diagnosticados de tumoración maligna de tubo digestivo por biopsia entre el 1 de octubre de 1996 y 1 de diciembre de 1998 y que ingresaron para intervención, tanto programados como urgentes; un total de 223 pacientes cumplieron los criterios mencionados de los cuales se excluyeron seis, tres porque se negaron a colaborar y tres porque fueron exitus.

No se hizo predeterminación del tamaño de la muestra, se prefirió una aproximación empírica basada en el número de pacientes reclutados en otras investigaciones (generalmente inferior a 200 individuos) y se entendió que un número superior tendría potencia suficiente para encontrar diferencias estadísticamente significativas y con una potencia adecuada en un rango comparable al de investigaciones similares. No obstante, se han realizado unas estimaciones de potencia *a posteriori* utilizando una aproximación univariable según la ecuación, $n = 2(z_{1-\alpha/2} +$

$z_b)^2 s^2 / d^2$. Según esta ecuación, con una desviación estándar general de 10 días, una muestra de 217 pacientes tiene una potencia del 88% para detectar una diferencia de 3 días (la frontera del 80% de potencia es para una diferencia de 2,69 días). Estas mismas potencias se alcanzan para diferencias de 6 y 5,38 días, respectivamente, cuando la desviación estándar es de 20 días. Estos valores suponen que nuestro estudio tiene una potencia razonable para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Para la recogida de datos se utilizó un sistema mixto de cuestionario y revisión de la historia clínica. La entrevista fue realizada por personal sanitario, siendo siempre la misma persona la encargada de realizarla. Mediante ésta se recogió información acerca de las siguientes variables: datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, religión), nivel de educación, disponibilidad de vehículo (del cabeza de familia o conviviente en la unidad familiar), núm. de hijos, situación laboral (trabajo propio o asalariado), antecedentes de enfermedad crónica e historia del hábito de fumar y consumo de alcohol, también se recogió el número de habitantes del lugar de residencia (según el censo de 1995) y la distancia desde el domicilio al hospital.

Por último se incluyeron los datos referentes a la historia de la enfermedad: primeros síntomas que relata el paciente y fecha en que aparecen; síntomas que motivan la primera consulta y fecha de los mismos; tiempo transcurrido entre el primer síntoma y la primera consulta; tiempo transcurrido entre el síntoma que motivó la primera asistencia médica y fecha de la misma; lugar en que se llevó a cabo la primera consulta (primaria, privada, especializada, urgencias especializadas); fecha de contacto con el centro, pruebas diagnósticas (fecha de petición y realización); fecha del diagnóstico de presunción, del diagnóstico definitivo así como del tratamiento y el estadio al diagnóstico según la clasificación de la *American Joint Committee on Cancer* TNM.

Para valorar la gravedad / urgencia de la enfermedad se utilizó una escala ordinal evaluando la presencia o no de hemorragia y de dolor. Teniendo en cuenta esto se puntuó con un 3 si el paciente presentaba simultáneamente los dos síntomas, con un 2 si solo presentaba hemorragia sin dolor acompañante, con un 1 si solo había dolor y con un 0 la ausencia de ambos. Esto se hizo así al comienzo de la enfermedad y cuando el paciente tomó contacto con el sistema sanitario.

El análisis estadístico se realizó introduciendo los datos en el programa Epi-Info 6.04 la depuración de datos se efectuó mediante la realización de pruebas de rangos lógicos y detección de valores imposibles. Los datos se exportaron para ser leídos mediante el paquete estadístico Stata 6.0.

Muchos de los tiempos y estancias consideradas no siguen una distribución normal lo que condiciona que haya que aplicar pruebas no paramétricas. En el análisis se ha utilizado la c^2 y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para estimar demoras en los distintos tiempos considerados (tiempo desde los primeros síntomas, desde la primera consulta y desde el contacto con el centro hasta las diferentes fases del diagnóstico).

Resultados

Las características de la población que quedó incluida en el estudio se muestran en la tabla I. La media de la edad fue de 65 años (DE 12,8) con un 59% de varones y 41% de mujeres. El 56% no dispone de vehículo y el 62% eran trabajadores asalariados pertenecientes en su mayor parte al sector agrícola y de la construcción. El nivel social y educativo fue de grado medio-bajo, sólo un 21% declaró poseer estudios superiores a primaria; un 43% realizó su primera consulta en la Atención Primaria.

La demora media desde que aparecieron los primeros

TABLA I
DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

VARIABLES CONTINUAS		MEDIA	±	DE *	MEDIANA
Edad		65,1	±	12,8	67
Distancia		25,8	±	36,1	17
Número de primeros síntomas		2,1	±	1,0	-
Número de síntomas que motivan la 1ª consulta		1,5	±	0,7	-
Número de pruebas diagnósticas		3,5	±	1,2	3
I. primeros síntomas-primer consulta		100,5	±	146,3	100
I. primeros síntomas-contacto con el hospital		141,0	±	160,7	92
I. primeros síntomas-diagnóstico de presunción		137,3	±	157,1	91
I. primeros síntomas-diagnóstico definitivo		154,8	±	160,3	99
I. diagnóstico de presunción-diagnóstico definitivo		19,5	±	30,0	9
I. diagnóstico definitivo-primer tratamiento		15,9	±	20,0	14

VARIABLES CATEGÓRICAS		N	%
Sexo:	Varón	129	59,4
	Mujer	88	40,6
Estado civil:	Soltero	18	8,2
	Casado	165	76,5
	Otros	30	13,5
	No disponible	4	1,8
	Disponibilidad de vehículo:	Sí	88
	No	122	56,1
	No disponible	7	3,2
Situación laboral:	Trabajo propio	72	33,2
	Trabajador asalariado	134	61,7
	No disponible	11	5,1
Estudios completados:	Sin estudios	109	51,9
	Primaria	55	25,6
	Nivel superior a primaria	46	20,9
Tabaco:	No disponible	7	3,2
	No fumador	122	56,5
	Fumador	37	17,5
	Ex fumador	53	24,0
Nivel de la primera consulta:	No disponible	5	2,5
	Primaria	93	43,1
	Especializada	26	12,3
	Urgencias especializada	61	28,2
	Privada	37	17,1

síntomas hasta que se inició la asistencia fue de 100,4 días con una mediana de 100; hasta que se estableció el contacto con el hospital de 141 días y de 154 días hasta que se efectuó el diagnóstico definitivo. Transcurrieron 19 días desde que se realizó el diagnóstico de presunción hasta el diagnóstico definitivo.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características sociodemográficas de los pacientes según el nivel en que se realizó la primera consulta (tabla II). La historia de presentación de la enfermedad y el estadio al diagnóstico tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas (tabla III).

Desde que aparecieron los primeros síntomas (tabla IV) los pacientes cuya primera consulta la realizaron en la Atención Primaria tardaron más en tener su primer contacto con el hospital y en que se le solicitara la primera prueba diagnóstica ($p < 0,001$). El diagnóstico de presun-

ción y definitivo también se efectuó con mayor retraso en pacientes que consultaron en la Atención Primaria por primera vez ($p < 0,001$), aunque no se encontró significación a favor de un mayor retraso en el tratamiento.

Desde que se realizó la primera consulta (tabla V), existieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) a favor de un mayor retraso en todas las fases del diagnóstico y tratamiento en los pacientes que consultaron por primera vez en la Atención Primaria, a excepción de la petición de radiología de contraste cuyos resultados no fueron significativos.

Una vez dentro del hospital (tabla VI) no se manifestaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes que utilizaron la Atención Primaria frente a otros accesos, aunque existió una tendencia a presentar mayor retraso en la realización del diagnóstico definitivo y del tratamiento en pacientes provenientes de la Atención Primaria.

TABLA II
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN EL NIVEL EN QUE SE REALIZÓ LA PRIMERA CONSULTA

VARIABLE		PRIMARIA		OTROS ACCESOS		P*
		N	%	N	%	
Edad	< 64 años	36	42	49	57	0,275
	65-74 años	39	48	41	51	
	> 74 años	18	34	34	65	
Sexo	Varón	51	39	78	60	0,231
	Mujer	42	47	46	52	
Distancia	Capital	31	38	50	61	0,097
	≤ 40 km	33	39	51	60	
	> 40 km	29	55	23	44	
Disponibilidad de vehículo	Si	36	40	52	59	0,547
	No	55	45	67	54	
Situación laboral	Propio	34	47	38	52	0,338
	Asalariado	54	40	80	59	
Nivel de estudios	No estudios	51	46	58	53	0,212
	Primaria	30	41	43	58	
	Más de primaria	8	28	20	71	
Antecedentes personales	Sí	44	41	62	58	0,708
	No	48	44	61	55	
Consumo de tabaco	No fuma	54	44	68	55	0,298
	Fumador	19	50	19	50	
	Exfumador	19	34	36	65	

* $\chi^2 = P$

TABLA III
HISTORIA DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ESTADIO AL DIAGNÓSTICO

VARIABLE		PRIMARIA		OTROS ACCESOS		P*
		N	%	N	%	
Nº de síntomas de comienzo	Uno	30	48	32	51	0,773
	Dos	37	43	49	56	
	Tres	17	40	25	59	
	Cuatro	9	37	15	62	
Gravedad/urgencia al comienzo	Hemorragia y dolor	8	38	13	62	0,630
	Hemorragia no dolor	24	51	23	49	
	Dolor sin hemorragia	34	41	48	58	
	No dolor no hemorragia	27	40	40	59	
Gravedad/urgencia al consultar	Hemorragia y dolor	4	33	8	66	0,623
	Hemorragia no dolor	24	48	26	51	
	Dolor sin hemorragia	30	42	41	57	
	No dolor no hemorragia	25	25	39	61	
Patología diagnosticada	Esofagoestómago	29	49	30	50	0,252
	Colorrectal	64	40	94	59	
Estadio T	Tis	9	47	10	52	0,424
	T1	27	57	20	42	
	T2	35	48	67	51	
	T3	20	34	38	65	
Estadio N	N0	50	45	59	54	0,763
	N1	32	40	47	59	
	N2	8	44	10	55	
Estadio M	M0	78	44	97	55	0,544
	M1	12	38	19	61	
Número de pruebas diagnósticas	Una	4	26	11	73	0,630
	Dos	12	41	17	58	
	Tres	26	40	38	59	
	Cuatro	30	48	32	51	
	Más de cuatro	21	50	21	50	

* $\chi^2 = P$

TABLA IV
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA LAS DIFERENTES FASES DEL DIAGNÓSTICO Y DEL TRATAMIENTO

Variables	ATENCIÓN PRIMARIA			OTROS ACCESOS			P*
	n	Mediana	(Q1-Q3)	n	Mediana	(Q1-Q3)	
Primera consulta	91	56	(6-131)	115	59	(15-115)	0,8230
Contacto con el hospital	90	122	(70-240)	113	62	(27-123)	0,0001
Petición de la 1.ª prueba diagnóstica	87	127	(63-244)	112	67	(29-133)	0,0001
Petición de Rx de contraste	18	128	(83-161)	12	64	(40-130)	0,1077
Petición de biopsia	76	137	(71-276)	92	75	(34-142)	0,0002
Petición de TAC	41	129	(67-192)	37	91	(33-124)	0,0267
Petición de colonoscopia	54	169	(65-305)	64	72	(27-152)	0,0027
Diagnóstico de presunción	90	124	(62-240)	114	64	(24-120)	0,0001
Diagnóstico definitivo	90	157	(79-278)	115	76	(40-139)	0,0001
Realización del primer tratamiento	92	172	(85-297)	116	88	(44-160)	0,3681

* Kruskal - Wallis = P

TABLA V
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA CONSULTA HASTA LAS DIFERENTES FASES DEL DIAGNÓSTICO Y DEL TRATAMIENTO

Variables	ATENCIÓN PRIMARIA			OTROS ACCESOS			P*
	n	Mediana	(Q1-Q3)	n	Mediana	(Q1-Q3)	
Contacto con el hospital	90	42	(0-91)	110	0	(0-3)	0,0001
Petición de la 1ª prueba diagnóstica	87	39	(1-101)	109	0	(0-10)	0,0001
Petición de Rx de contraste	18	65	(7-105)	12	6	(1-16)	0,0178
Petición de biopsia	76	53	(10-102)	89	3	(0-22)	0,0001
Petición de TAC	41	74	(29-125)	37	5	(0-12)	0,0001
Petición de colonoscopia	54	48	(9-96)	63	1	(0-14)	0,0001
Diagnóstico de presunción	90	34	(1-91)	113	0	(0-8)	0,0001
Diagnóstico definitivo	90	62	(20-111)	112	13	(5-29)	0,0001
Realización del primer tratamiento	91	39	(33-129)	113	0	(0-10)	0,0001

* Kruskal - Wallis = P

TABLA VI
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL PRIMER CONTACTO CON EL HOSPITAL HASTA LAS DIFERENTES FASES DEL DIAGNÓSTICO Y DEL TRATAMIENTO

Variables	ATENCIÓN PRIMARIA			OTROS ACCESOS			P*
	n	Mediana	(Q1-Q3)	n	Mediana	(Q1-Q3)	
Petición de la 1ª prueba diagnóstica	87	25	(0-2)	109	0	(0-1)	0,4130
Petición de Rx de contraste	18	0	(0-7)	12	4	(1-9)	0,1561
Petición de biopsia	76	5	(0-20)	89	1	(0-10)	0,0418
Petición de TAC	41	6	(0-19)	37	2	(0-11)	0,1665
Petición de colonoscopia	54	1	(0-25)	54	1	(0-9)	0,0276
Diagnóstico de presunción	90	0	(0-1)	110	0	(0-3)	0,9276
Diagnóstico definitivo	90	12	(7-35)	112	8	(2-22)	0,0054
Realización del primer tratamiento	91	25	(18-49)	114	21	(11-37)	0,0057

* Kruskal - Wallis = P

Discusión

Con carácter previo a la extracción de conclusiones de relevancia se comenzará por comentar las limitaciones del presente trabajo.

Se puede decir que el hecho de limitar la selección de la población de estudio a los enfermos ingresados en el servicio de cirugía, tiene el inconveniente de disminuir el tamaño de la muestra aunque al mismo tiempo incrementa la homogeneidad. A pesar de que los criterios de inclusión fueron claros y fáciles de objetivar (lo que disminuye el sesgo de selección) se ha de tener en cuenta que no se incluyeron los enfermos que por una u otra razón no llegaron a intervenir, así como los que por poseer mayores posibilidades económicas se intervinieron en una clínica privada.

La mayor parte de los estudios revisados sobre demora diagnóstica son estudios retrospectivos^{4,5} y basados fundamentalmente en la historia clínica del paciente⁶. El uso de la historia clínica del paciente como fuente exclusiva de información es inapropiada, son registros que no recogen los datos necesarios y suelen estar incompletos. A esto se une que la mayoría de los estudios presentan escasos tamaños de la muestra y un análisis inadecuado por haberse basado en pruebas paramétricas que siguen una distribución normal. Por otra parte, la entrevista tiene el inconveniente de que el paciente no relate con precisión el comienzo de la enfermedad, así como las fechas que son de interés, bien porque no le dé importancia suficiente a los síntomas que aparecen o bien porque los atribuya a otro proceso e intente justificarlo, o simplemente porque no lo recuerde. No se debería perder de vista que cada grupo social difiere en lo que considera normal o anormal, así como en la valoración de los síntomas. Por regla general, la probabilidad de que se actúe en la enfermedad aumenta cuanto más afecta un síntoma a las actividades habituales, incluso a igualdad de síntomas unos pacientes consultan antes que otros. En un estudio sobre una población con características socioculturales similares a la incluida en el presente estudio (media de edad $67,6 \pm 11,5$ años y con un 80% de los pacientes con un nivel educativo bajo) se encontró una discrepancia del 15% entre los datos relatados por los enfermos y lo apreciado por los médicos³, que puede llegar hasta el 21% en otros trabajos⁷.

El acceso a una asistencia sanitaria adecuada está determinado no solamente por la distribución equitativa de recursos, sino también por otra serie de factores entre los que pueden citarse la clase social, nivel económico, tiempo en lista de espera, transporte o incluso de una buena relación entre el facultativo que deriva al paciente y el centro hospitalario de referencia, sobre todo en los casos en que la asistencia no puede demorarse en el tiempo.

En lo referente a las variables sociodemográficas estudiadas, la edad y el sexo de los pacientes evidenciaron diferencias a favor de una mayor utilización de otras vías de acceso a medida que aumenta la edad, pero estas no fueron estadísticamente significativas. La distancia del domicilio del paciente al centro hospitalario se describe como un importante factor de utilización de los servicios de salud, frecuencia de los mismos y accesibilidad⁸. En nuestro trabajo a medida que aumentó la distancia del domicilio del paciente al hospital se produjo un aumento del número de enfermos que consultaron en la Atención Primaria, pero estas diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas ($p=0,097$). Se ha incluido la situación laboral y el nivel de estudios al ser variables básicas en todos los estudios de desigualdad social^{9,10}. No ha habido diferencias significativas en el acceso al sistema en función de estas variables aunque sería lógico pensar que los pacientes con mayor nivel laboral y de estudios utilizaran otra vía, bien en la asistencia especializada o en la asistencia privada. Se ha de recordar por otra parte que los enfermos intervenidos fuera del sistema no fueron incluidos en el estudio y podría pensarse que probablemente fuesen éstos los de mayor nivel económico o social.

No se ha observado que la forma de presentación de la enfermedad influya en la realización de la primera consulta en una u otra vía. La presencia de hemorragia y dolor llevó al paciente a utilizar otra vía de acceso que no fue la Atención Primaria, si bien esta diferencia no fue estadísticamente significativa; igual ocurre con el estadio al diagnóstico, en el que a pesar de no haber diferencias estadísticamente significativas, los enfermos que resultaron con mayor grado de afectación efectuaron su primera consulta fuera de la Atención Primaria.

En términos generales el retraso atribuido al paciente en realizar la primera consulta, tanto en la Atención Primaria como en las otras vías de acceso (100 días) es superior al descrito en gran parte de los estudios revisados, en los que oscila entre 82 y 90 días^{11,12}.

No se apreciaron diferencias atribuibles al enfermo en el tiempo desde los primeros síntomas hasta la primera consulta. En un estudio realizado recientemente sobre el retraso diagnóstico y sus causas en el cáncer colorrectal se ha concluido que el retraso atribuible al paciente ha disminuido en los últimos años¹³ y que éste se relaciona con el nivel cultural y con la identificación de los síntomas iniciales¹¹. Se ha de tener en cuenta que sólo el 20% de los pacientes poseen estudios superiores a primaria y que la mayor parte se dedica al sector agrícola y de la construcción. Esta homogeneidad puede explicar la ausencia de diferencias debidas a los enfermos.

Desde que aparecen los primeros síntomas y desde que se realiza la primera consulta hasta el contacto con el

hospital y posteriores fases de diagnóstico-tratamiento, la realización de la primera consulta en la Atención Primaria aumenta el retraso atribuible al sistema sanitario. Esto es común a lo publicado por diversos autores en el Reino Unido^{14, 15}, que atribuyen el mencionado retraso a un examen incompleto, envío a una especialidad incorrecta y otros que apuntan como mayores obstáculos la falta de coordinación entre ambos niveles y pérdida de información recíproca^{16, 17, 18}.

Una vez en el hospital no se apreciaron diferencias entre los enfermos que utilizaron una u otra vía, sólo hay una tendencia hacia que los enfermos provenientes de la Atención Primaria fueran diagnosticados y tratados con menor celeridad.

En términos generales no se obtuvieron resultados concluyentes y significativos de que existieran diferencias en la accesibilidad, comienzo de la enfermedad y estadio al diagnóstico según la vía de acceso al sistema sanitario.

De lo expuesto anteriormente se deriva que una mejora en los sistemas de conexión entre los niveles asistenciales optimizaría la asistencia de los pacientes que consultan por primera vez en la Atención Primaria. Esta mejora debería de contemplar desde una vía de comunicación directa para casos sin demora hasta la posibilidad de acceso a ciertas pruebas complementarias desde el nivel primario, a fin de acelerar tanto la petición de la primera prueba diagnóstica como de todas las necesarias para acortar el tiempo hasta el diagnóstico definitivo.

Bibliografía

- Himmlstein DV, Woolhandler S, Cambridge M, Bodenheimer T S, Bor D H, Cassel CK, *et al*. Un programa nacional de salud en los Estados Unidos. En: el debate internacional público y privado en los sistemas sanitarios Madrid. Ed ADSP, 1989; 202-215.
- Simó Miñana J, García Alonso M.A. Elementos relacionados con la efectividad y eficiencia del trabajo del médico de familia: un estudio Delphi en la provincia de Alicante. *Gac San* 1999; 13: 282-291.
- Belloc Calmet J, Porta Serra M, Malats Riera N, Gallen Castillo M, Planas Domingo J. El síntoma inicial atribuible al cáncer en los tumores digestivos. Un análisis de la concordancia entre el paciente y el médico. *Med Clí (Barc)* 1994; 103: 401-407.
- Potter MA, Wilson RG. Diagnostic delay in colorectal cancer. *JR Coll Surg Edimb* 1999; 44: 313-316.
- Wile AG, Hourani L, Schell MJ. The contributions of patients factors, physicians delay, and tumour biology to the outcome of gastric cancer. *Am Surg* 1993; 59: 850-854.
- Graffner H, Olson SA. Patient's and doctor's delay in carcinoma of the colon and rectum. *J Surg Oncol* 1986; 31: 188-190.
- Porta Serra, Gallen M, Planas J, Malats N. El intervalo sintoma-diagnóstico una posible aproximación a la historia natural de las neoplasias. *Rev Sanid Hig Pub. Madrid* 1989; 63: 91-109.
- Gerdtham UG. Equity in Health care utilisation: further test based on hurdle models and Swedish micro data. *Health Econ* 1997; 6: 303-319.
- Jones IG, Cameron D. Social class: an embarrassment to epidemiology. *Community. Medicine* 1984; 6: 37-46.
- Carr-Hill R. The measurement of inequalities in health: lessons from the British experience. *Soc Sci Med* 1990; 31: 393-404.
- Kemppainen M, Raiha I, Rajala T, Sourander L. Delay in diagnosis of colorectal cancer in elderly patients. *Age Ageing* 1993; 22: 260-264.
- Hansen HJ, Morsel-Carlsen L, Bulow S. Patient's perception of symptoms in colorectal cancer. A cause of delay in diagnosis and treatment. *Ugeskr Laeger* 1997; 159: 1941-1944.
- Carter S, Winslet M. Delay in the presentation of colorectal carcinoma: a review of causation. *Int J Colorectal* 1998; 13: 27-31.
- Rothwell JF, Feehan E, Reid I, Walsh TN, Hennesy TP. Delay in treatment for oesophageal cancer. *Br J Surg* 1997; 84: 690-693.
- Potter MA, Wilson RG. Diagnostic delay in colorectal cancer. *J R Coll Surg Edinb* 1999; 44: 131-316.
- Irazábal Olabarrieta L, Gutiérrez Ruiz B. ¿funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria* 1996; 17: 376-381.
- Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Merino J. Relación entre primaria y especializada. *Aten Primaria* 1997; 20: 25-33.
- Buitrago F y Grupo de Trabajo de la semFYC. Relación entre niveles asistenciales. Documento semFYC núm. 5.

ORIGINAL

Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

García Pérez AM¹, Leiva Fernández F¹, Martos Crespo F², García Ruiz AJ², Prados Torres D¹, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F².

¹ Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga, ² Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Universidad de Málaga.

Objetivos: 1.—Analizar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo2(DM2) e hipertensión arterial(HTA). 2.—Identificar factores predictores de la calidad de vida relacionados con la salud.

Diseño: Observacional, Descriptivo, Transversal

Emplazamiento: 2 Centros de Salud urbanos

Población y muestra: 270 pacientes con HTA y DM2 incluidos en el programa de pacientes crónicos (Nivel de confianza: 95%, Precisión relativa: 0.10). Muestreo aleatorio sistemático.

Intervenciones: Revisión de historias clínicas, entrevista personal y visita domiciliaria.

Variables: sociodemográficas, características clínicas y del tratamiento para HTA y DM2, antecedentes personales. Dinámica familiar (Test de Apgar familiar). Redes de apoyo social (Escala de Duke-UNC). Calidad de vida (Perfil de Salud de Nottingham-PSN).Aplicamos tests estadísticos descriptivos, modelo de regresión lineal y múltiple.

Resultados: Edad: 70 ± 10 años. Género: 75.9% mujeres. Nivel de estudios bajo 94%, estado civil casado 60%. Glucosa basal media 169.9 mg/dl. Presión arterial sistólica media 140.6 mmHg, presión arterial diastólica media 75.4 mmHg. Apgar familiar total: media 8.8 puntos. Escala de Duke: Apoyo social afectivo: media 19.26, apoyo social confidencial: media 21.74, apoyo social total: media 40.99. PSN: Energía 40.99, Dolor 47.13, Emotividad 34.84, Sueño 46.22, Aislamiento social 8.11, Movilidad 42.15.

Modelo de paciente con peor calidad de vida: mujer, bajo nivel de estudios, sedentarismo, antecedentes de cardiopatía isquémica y proteinuria, escaso apoyo social afectivo

Conclusiones: Los pacientes refirieron peor calidad de vida auto-percibida que la población general de referencia (puntuaciones altas en el PSN).

El perfil del paciente con peor calidad de vida reunió las siguientes características: mujer con bajo nivel de estudios, sedentaria, con antecedentes de cardiopatía isquémica y proteinuria y que cuenta con escaso apoyo afectivo.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Calidad de vida.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES

Goals: 1.— Analyze the quality of life in patients with Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) and hypertension (HT). 2.—Identify quality of life predictors related to health factors.

Design: Observational, descriptive, cross sectional.

Setting: Two urban Health Centers.

Population and Sample: 270 patients with HT and DM included in a chronic illness program (confidence level: 95%, relative precision: 0.10). Random, systematic sample.

Interventions: Review of clinical histories, personal interviews, and home visits.

Variables: social demographic, clinical characteristics and treatment for HBA and DM2, personal history. Family dynamics (Apgar Family Test). Social support network (Social Health Scale, Duke-UNC Health Profile). Quality of life (Nottingham Health Profile-NHP). Descriptive statistical tests were applied, lineal and multiple regression model.

Results: Age 70 ± 10 years. Gender: 75.9% female. Low educational level: 94%. Civil status: 60% married. Average basal glucose: 169.9 mg/dl. Average systolic blood pressure: 140.6 mmHg. Average diastolic blood pressure: 75.4 mmHg. Total Apgar family: average 8.8 points. Duke's Scale: emotional social support, average 19.26; confidential social support, average 21.74; total social support, average 40.99. NHP: energy, 40.99; pain, 47.13; emotional reactions 33.84; sleep 46.22; social isolation, 8.11; physical mobility, 42.15.

Model of patient with the worst quality of life: female, low educational level, sedentary lifestyle, history of cardiac ischemia and proteinuria, scarce social and emotional support.

Conclusions: The patients reported a worse self-perceived quality of life than the general population of reference (high scores in the NHP).

The profile of the patient with a low quality of life included the following characteristics: female with low educational level, sedentary lifestyle, a history of ischemic heart disease and proteinuria, and low emotional support.

Key Words: Hypertension, Diabetes Mellitus, Quality of life.

Correspondencia: Aurora M.ª García Pérez; P. Antonio Machado 62, Bq. 13, 4.º - 4; 29002 - Málaga; Tfno: 952321221; fax: 952131568
Correo-e: auroragp@teleline.es

Recibido el 20-09-2000; aceptado para su publicación el 17-01-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 29-34

Introducción

La calidad de vida tiene distintos significados para cada uno de nosotros, reflejando los diversos conocimientos, experiencias y valores individuales. Para algunos, la calidad de vida puede estar basada en la armonía de una vida familiar y, para otros, en un sentido espiritual. Para los que padecen alguna enfermedad, la calidad de vida se centra en su dolencia y las consecuencias de ésta(1).

En el área de la salud el concepto de calidad de vida surge de la definición de salud propuesta por la OMS en 1945: La salud es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad. A partir de este concepto adquiere mayor relevancia cómo se siente el paciente y no tanto cómo cree el médico que debe sentirse según las medidas clínicas habitualmente utilizadas para evaluar resultados en salud. Concretamente, cuando los pacientes son tratados por patologías crónicas o enfermedades graves que amenazan la vida, el tratamiento debe ser evaluado en términos de si es más o menos probable conseguir una vida digna de ser vivida tanto en aspectos sociales y psicológicos como en aspectos físicos¹.

Por otra parte, la salud es una condición necesaria pero insuficiente para la calidad de vida. Algunos autores refieren que estado de salud es la capacidad de funcionamiento físico y de realización de actividades cotidianas y la calidad de vida el grado de satisfacción con dichas actividades o con los aspectos más psicológicos y sociales unidos a la enfermedad y a su tratamiento¹.

El objetivo primordial de la utilización y medición de la calidad de vida consiste en proporcionar una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y un conocimiento más preciso de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la asistencia sanitaria. También se confía en que esta información aportada ayude a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Las medidas en la calidad de vida llevan consigo ampliar el espectro tradicional de los indicadores negativos de salud a otros elementos que valoran aspectos más subjetivos, centrados en el paciente y en su entorno².

A la hora de decidir qué instrumento de medida de calidad de vida usar en cualquier trabajo de investigación necesitamos conocer los siguientes aspectos: propósito de la atención, instrumento genérico o específico, características psicométricas y clinicométricas del instrumento, adecuación del mismo a la población de estudio, grado de aceptación, método de administración, a través de qué procedimiento se administra, y sistema de puntuación³.

Se refiere en estudios la comparación de la calidad de vida en pacientes hipertensos (hospitalarios y ambulatorios)

y normotensos, y resulta que existen diferencias en cuanto a diversos parámetros de la calidad de vida; el comportamiento de los pacientes hipertensos es siempre peor que el de los normotensos. Estas diferencias parecen ser independientes de la influencia de diversas variables como son: sexo, gravedad de la HTA, presencia o no de lesión orgánica, tipo de tratamiento y tiempo de evolución del mismo. Únicamente influye la existencia de la HTA. Es preocupante el hecho de que los hipertensos presenten un peor comportamiento en cuanto a su calidad de vida; esto puede influir notablemente en el seguimiento y control a largo plazo de estos enfermos⁴.

En relación a la diabetes mellitus, dado que ésta afecta a todos los aspectos de la vida de una persona, incluyendo la capacidad de desenvolverse adecuadamente, tanto en el ámbito laboral como en el personal⁵, el abordaje de la calidad de vida adquiere un papel fundamental por el profesional sanitario.

Como ya hemos comentado, actualmente tanto los pacientes como los profesionales tienen un marcado interés en mejorar la calidad de vida, si además tenemos en cuenta que más del 75% de las visitas ambulatorias de los pacientes con diabetes son a un centro de atención primaria, mientras que sólo un 8% lo son a una consulta de endocrinología⁶, no es de extrañar que los profesionales sanitarios tengan interés en este tipo de enfermedades por la gran demanda que genera y la severidad de las complicaciones asociadas⁷.

Se ha descrito que la depresión es más habitual en pacientes con diabetes tipo II que en la población general, siendo esta condición un aspecto importante que deteriora la calidad de vida. La depresión se asocia con un mal control de la glucemia pero no con la duración de la diabetes o con las complicaciones asociadas⁸.

Por esto nos planteamos analizar la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, e identificar los factores predictores de la calidad de vida relacionados con la salud en este tipo de pacientes.

Sujetos y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron 411 pacientes seleccionados a partir del registro de los programas de crónicos de dos centros de salud urbanos. El proceso de selección y cálculo de la muestra se describe detalladamente en una publicación previa⁹.

Variables de estudio.—Se realizó revisión de historias clínicas, entrevista personal en el centro de salud o domicilio del paciente y registramos las siguientes variables: Variables sociodemográficas del paciente: edad, género, estado civil, situación laboral, nivel de estudios. Variables clínicas del paciente: presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca, glucemia basal, hemoglobina glicosilada. Tratamiento farmacológico prescrito. Antecedentes familiares, antecedentes personales, peso, talla, IMC y factores de riesgo cardiovascular.

Valoración de la dinámica familiar del paciente mediante el Test de APGAR Familiar¹⁰. Valoración de las redes de apoyo social del paciente: Escala de Duke-UNC¹⁰. Valoración de la calidad de vida del paciente mediante el Perfil de Salud de Nottingham (PSN)^{11, 12}.

Análisis Estadístico.—Se aplicaron tests estadísticos descriptivos, modelo de regresión lineal y múltiple.

Resultados

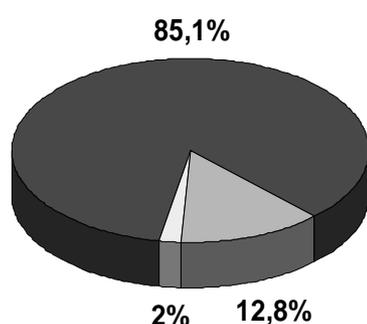
Las principales características de la población de estudio se recogen en la tabla 1.

TABLA 1
PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES PERSONALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		ANTECEDENTES PERSONALES	
Edad	70+/- 10.1	IMC	31+/- 5.10
Género	Varón 24% Mujer 76%	Glucosa basal media	160.9+/-43.74
Estado civil	Casados 60%	Presión arterial sistólica	140.6+/-15.43
Nivel de estudios	Bajo 94%	Presión arterial diastólica	75.4+/-9.13
Situación laboral	Jubilados 60.81%	Consumo de alcohol	14%
		Consumo de tabaco	17%
		Sedentarismo	71%
		Cardiopatía isquémica	27%
		Dislipemias	44%

En relación a los fármacos antihipertensivos, los más prescritos fueron IECAs(35%) y calcioantagonistas(24%), con escasa presencia de asociaciones (en torno al 14%). Más de la mitad de la muestra recibían tratamiento anti-diabético con sulfonilureas (56%), seguido de la insulina (39%).

La distribución del APGAR total tuvo una media de 8.8 puntos, una desviación típica de 1.80 puntos, mediana 10 puntos y moda de 10 puntos. Gráfica 1



GRÁFICA 1: test de APGAR familiar

Los parámetros estadísticos que se han obtenido según la escala social de Duke son: el apoyo afectivo ha resultado una media de 19.26, mediana 19, moda 19, desvia-

ción típica 2.9488. Para las variables que miden el apoyo confidencial, la media es de 21.74 mediana 23, moda 18, desviación típica de 5.92. En cuanto a la valoración global de Duke: media 40.99, mediana 41.5, moda 47, desviación típica 7.49. Gráfica 2

Respecto a las puntuaciones obtenidas con el Perfil de Salud de Nottingham sobre la salud autopercebida de los pacientes, resultaron cifras elevadas (indicador de nivel de enfermedad) en todas las subescalas como se describe en la tabla 2 y si las comparamos con los valores obtenidos en población general, los sujetos de este estudio obtuvieron puntuaciones superiores para todas las dimensiones excepto en lo referente al aislamiento social. Gráfica 3.

Finalmente mediante regresión lineal múltiple ($R^2 = 0.29$), el modelo de paciente con peor calidad de vida reunió las características que a continuación se exponen (tabla 3):

* Género femenino
* Bajo nivel de estudios

* Género femenino

* Bajo nivel de estudios

* Sedentario

* Padecer cardiopatía isquémica y proteinuria

* Contar con escaso apoyo afectivo.

Discusión

Los aspectos metodológicos de este trabajo fueron discutidos en una publicación previa⁹.

La mayoría de los sujetos pertenecen al sexo femenino como ocurre en bastantes estudios analizados de la bibliografía^{13, 14, 15}; esto puede ser debido a que las mujeres acuden más a la consulta del médico de cabecera, bien por algún motivo relacionado con ellas mismas, bien por alguna otra circunstancia procedente de otro miembro de la familia.

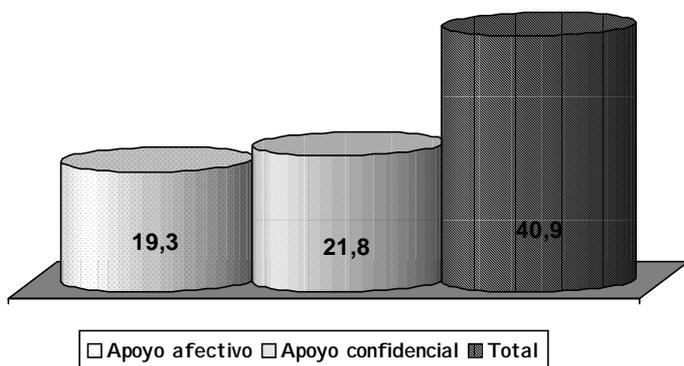
Según la edad, la distribución de los pacientes sigue una media alta comparada con otros trabajos^{13, 16, 17, 18}.

En relación a los factores de riesgo cardiovascular, la población resultó tener un peso medio de 76.1 Kg, una talla de 1.54 metros y un índice de masa corporal de 31 Kg/m², lo que quiere decir que estamos ante una población obesa, resultado similar a los obtenidos en otros estudios de factores de riesgo cardiovascular¹⁹.

Se encontró un porcentaje de 8.14% de pacientes con neuropatía y un 2.96% de pacientes con dermatopatía secundarias a la diabetes. Esto se corresponde con un estado avanzado de la enfermedad y se ha relacionado

TABLA 2
PUNTUACIONES EN LAS SUBESCALAS DEL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (PSN)

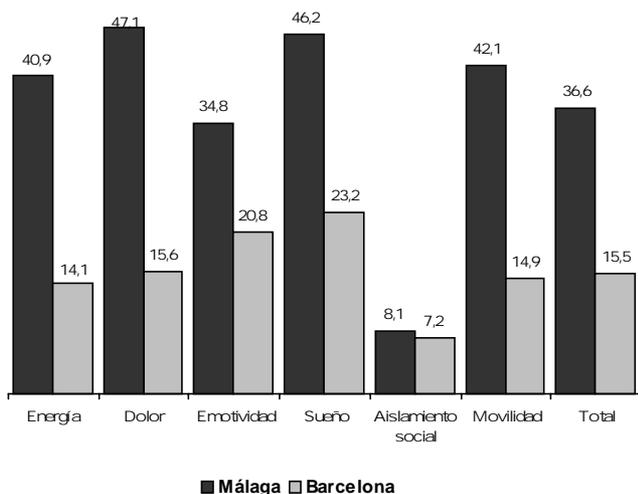
SUBESCALA (PSN)	PUNTUACIONES (0-100)
energía	40.99+/- 38.71
dolor	47.13+/-38.83
emotividad	34.84+/-25.29
sueño	46.22+/-34.03
aislamiento social	8.11+/-14.73
movilidad	42.15+/-39.05
salud	36.57+/-22.6



GRÁFICA 2: escala de DUKE-UNC

TABLA 3
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON PEOR CALIDAD DE VIDA

VARIABLES	COEFICIENTE B	SIGNIFICACIÓN	SENTIDO
Genero femenino	15.102	0.000	Peor calidad de vida
Bajo nivel de estudios	-5.262	0.002	Peor calidad de vida
Sedentarismo	1.596	0.021	Peor calidad de vida
Cardiopatía isquémica	18.583	0.004	Peor calidad de vida
Proteinuria	0.77	0.044	Peor calidad de vida
Escaso apoyo afectivo	-1.392	0.008	Peor calidad de vida



GRÁFICA 3: perfil de salud de NOTTINGHAM. población general. población de estudio

con cifras no controladas de glucemia durante largos periodos de tiempo²⁰.

Los grupos farmacológicos más utilizados para el tratamiento de la hipertensión arterial fueron los IECA, los calcioantagonistas y diuréticos por orden de mayor a menor frecuencia. Estos resultados difieren de las recomendaciones del UKPDS, que aconsejan iniciar el tratamiento con captopril o atenolol²¹.

No obstante, nuestros resultados coinciden con el perfil de uso de fármacos antihipertensivos en nuestro medio²².

En la distribución de fármacos usados para la diabetes de nuestros pacientes, destacó como primer grupo farmacológico usado las sulfonilureas (55.1%), este resultado es equiparable a los obtenidos en otros trabajos de la literatura^{23,24}, en segundo lugar la insulina (39.2%) y muy alejados de estos dos grupos farmacológicos se encontraron las biguanidas y la acarbosa.

Las sulfonilureas son consideradas como fármacos de 1.ª elección y cuando no son eficaces, en la mayoría de los casos son sustituidas por insulina y sólo 23 pacientes tenían prescritos dos fármacos en combinación.

En relación con los trabajos de la bibliografía, éstos coinciden en alentar a los médicos a usar combinaciones de insulina y antidiabéticos orales, pues describen una

reducción de las necesidades diarias de insulina, del peso y de las cifras de hemoglobina glicosilada²⁵, sin embargo esta tendencia no parece haber impactado en los profesionales de atención primaria de nuestro medio.

En líneas generales, los sujetos de este trabajo constituyen una población con una evolución prolongada de su enfermedad y tratamiento farmacológico, estas dos características contribuyen a que probablemente sea una población demandante de cuidados médicos y a su vez deben conocer aspectos de sus enfermedades, tratamientos y complicaciones mejor que aquellos pacientes cuya enfermedad lleve menos tiempo de evolución.

El Apgar-familiar es un instrumento útil para valorar si la familia puede considerarse un recurso

para los individuos del grupo, o si por el contrario influirá empeorando su situación. La frecuencia de disfunción familiar valorada mediante el test de APGAR familiar en nuestros pacientes es baja (14.8%), si lo comparamos con otros estudios de la bibliografía médica²⁶.

Podemos considerar que en general, se muestran más reticentes al hablar de la situación familiar que de la personal pues aquella se vive como algo más íntimo e implica emitir juicios sobre terceras personas.

El apoyo social es un variable que ha mostrado una fuerte relación con la función familiar²⁶. La relación parece clara y lógica, ya que la medición de apoyo social incluye ítems que recogen aspectos relativos a las relaciones dentro del ámbito familiar, y por tanto cuando el apoyo social es más bajo hay más disfunción familiar, o viceversa.

El apoyo social se ha definido como el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Tanto la salud física como la psíquica mejoran al aumentar el apoyo social. La puntuación media obtenida es superior a la de otros estudios de la bibliografía.

Si lo comparamos con el trabajo realizado por Bellón Saameño et al (con el propósito de analizar la validez y fiabilidad del cuestionario de Ducke-UNC-11)(27), observamos que las puntuaciones medias de nuestros pacientes son ligeramente inferiores en cuanto al apoyo total y a la subescala de apoyo confidencial y sin embargo las puntuaciones obtenidas en la subescala de apoyo afectivo son mayores que las de dicho trabajo.

Al seguir comparando ambos trabajos, nuestra población reúne algunas de las características que contribuyen a disminuir el apoyo social que percibe el enfermo con mayores porcentajes que los datos expuestos por el autor: edad media alta(70 años), portadores de patología crónicas, analfabetismo elevado (66.9%), carecer de pareja sentimental (40.3% de la muestra), carecer de actividad laboral (92.6% de la muestra): jubilados, amas de casa, parados, poseer escaso conocimientos sobre sus enfermedades.

Estos datos nos conducirían a esperar puntuaciones más bajas de las encontradas en nuestro estudio, por lo que aún nos llama más la atención que en la subescala que mide el apoyo afectivo la puntuación sea superior a la comparada.

Calidad de vida

La adaptación del Perfil de Salud de Nottingham fue realizada mediante estudios que ponían de manifiesto la validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios. En relación

a la administración del cuestionario, éste debe ser preferentemente autoadministrado. Otros métodos son aceptables como la entrevista personal, la entrevista telefónica y la utilización de un cassette que reproduce los ítems y permite la grabación de la respuesta. En el presente trabajo hemos optado por la entrevista personal debido a las características de la población que conforma la muestra (edad media alta, bajo nivel de estudios).

Desde que la versión española está disponible, diferentes estudios de investigación han incluido este cuestionario como principal variable resultado. Los estudios llevados a cabo son estudios clínicos descriptivos, estudios descriptivos de la población general y estudios evaluativos. En España se han diseñado diversos trabajos evaluativos longitudinales que han incluido la versión española del PSN como medida genérica del estado de salud²⁸.

Cuando exploramos las seis escalas de la calidad de vida de nuestros pacientes, éstas han obtenido puntuaciones muy altas, si las comparamos con las puntuaciones obtenidas en el estudio de Alonso, Antó y Moreno realizado en Barcelona sobre población general¹⁶.

Estos resultados pueden ser explicados estudiando las diferencias que existen entre las poblaciones comparadas. Nuestra población presenta varias patologías crónicas, este hecho podría explicar que estos pacientes tengan peor calidad de vida.

Destaca que, en relación al aislamiento social, los pacientes presentan puntuaciones bajas similares a las del estudio catalán, dato que podría estar asociado con que la mayoría de los pacientes del presente trabajo cuentan con un buen apoyo sociofamiliar.

En relación a las variables que determinan las modificaciones de generar una peor calidad de vida destacaron variables biológicas derivadas de una mayor evolución y peor control de la enfermedad como es presentar cardiopatía isquémica y proteinuria; asimismo el sedentarismo es un hábito que se relaciona con un peor control de la enfermedad; otras variables son las sociodemográficas siendo población de mayor riesgo al tener una peor autopercepción de salud, las mujeres con bajo nivel cultural, y otras son variables del ámbito social, pues no sólo se puede mejorar los resultados en salud a través de medidas que incidan sobre aspectos biológicos (farmacoterapia, cuidados del pie diabético) sino que es necesario hacer una valoración del riesgo social que pueden presentar los pacientes con patología crónica, dado que influye en la percepción que el sujeto va teniendo de su estado de salud y bienestar.

Bibliografía

1. Patrick DL, Erickson P. What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Quality of life cardiovascular care* 1988; 103-27.

2. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *BMJ* 1998; 316: 542-5.
3. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related Quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9.
4. Roca-Cusachs A, Ametlla J, Calero S, Comas O, Fernandez M, Lospaus R, et al. Calidad de vida en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 486-90.
5. Robinson N, Yateman NA, Protospapa LE, Bush L. Employment problems and diabetes. *Diabetic Med* 1990; 7: 16-22.
6. Janes GR. Ambulatory medical care for diabetes. En: National Diabetes Data Group. *Diabetes in America*. 2.ª ed. Washington: National Institutes of Health; 1995.
7. Mayfield J. Who cares about the quality of diabetes care? Almost everyone! *Clin Diab* 1998; 16: 161-7.
8. Hanninen JA, Takala JK, Keinanen-Kiukaanniemi SM. Depression in subjects with type 2 diabetes: predictive factors and relation to quality of life. *Diabetes Care* 1999; 22: 997-8.
9. García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And)* 2000; 1: 13-9.
10. De la Revilla L. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma; 1994.
11. Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, Niero M, Wiklund I, McKenna S. European Group for Quality of Life Assessment and Health Measurement. *European Guide to the Nottingham Health Profile*. Surrey: Brookwood Medical Publications; 1993.
12. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994; 3: 385-93.
13. Cohen I, Rogers P, Burke V, Beilin LJ. Predictors of medication use, compliance and symptoms of hypotension in a community-based sample of elderly men and women. *J Clin Pharm Therap* 1998; 23: 423-32.
14. Fernández de Mendiola Espino J, Iza Padilla A, Lasa Beitia I, Ibañez Pérez F, Aguirrezabala Jaca JR, Aizpuru Barandiaran M, et al. Evaluación de la población diabética atendida en un equipo de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17: 432-6.
15. UK Prospective Diabetes Study Group. Cost effectiveness analysis of improved blood pressure control in hypertensive patients with type 2 diabetes: UKPDS 40. *BMJ* 1998; 317: 720-6.
16. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80: 704-8.
17. Alcaraz Quevedo M, Antón Pascual C, Bonet Pla A, Calabuig Pérez J, Jiménez Cruzado L, Navarro Pérez J, et al. Episodio de prevención de factores de riesgo cardiovascular por edad y sexo en la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* 1999; 23: 411-8.
18. Altallaa A, Estrada RV, Jaber A. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en Alcalá de Henares. *An Med Interna* 1997; 14: 226-30.
19. Cano JF, Trillo M. Obesidad. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF: *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 3.ª Ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1994. p.530-45
20. Forrest KYZ, Maser RE, Pambianco G, Becker DJ, Orchard TJ. Hypertension as a risk factor for diabetic neuropathy. A prospective study. *Diabetes* 1997; 46: 665-70.
21. UK Prospective Diabetes Study. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 1998; 317: 703-13.
22. Aranda P, Tamargo J, Aranda FJ, Luque M, López-García-Franco A. Use and adverse reactions of antihypertensive drugs in Spain. Part I of the RAAE Study. *Blood Press* 1997; Suppl.1: 11-6.
23. García AM, Soladana P, Fernández R, Jimenez M, Vázquez V, Lobón C. Descripción de una población que asocia cuatro factores de riesgo cardiovascular y la relación con la insulinemia basal. *Aten Primaria* 1996; 18: 558-62.
24. Oliveira G, Soriguer F, Ortega C, Villalba D, Esteva I, Aguilar M. Factores que influyen en la prescripción de insulinas y antidiabéticos orales en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23: 260-7.
25. Buse JB. Overview of current therapeutic options in type 2 diabetes: rationale for combining oral agents with insulin therapy. *Diabetes Care* 1999; 22(suppl.3): 65C-70C.
26. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, de Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18: 289-96.
27. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996; 18: 153-63.
28. Grupo de Trabajo «Calidad de vida y EPOC», Area de Insuficiencia Respiratoria y Trastornos del Sueño, SEPAR. Calidad de vida relacionada con la salud en la EPOC. Instrumentos de medida en España. Barcelona: MCR; 1996.

ORIGINAL

La consulta por terceros en atención primaria

Pardo Álvarez J, Schwartz Calero P, Freire Pérez P, López Herrero F, Cuder Ambel A, Pérez Collado M.

Centro de Salud «El Torrejón». Centro de Salud de Cartaya. Huelva.

Objetivos: Conocer la frecuencia de este tipo de consulta en nuestros centros de salud, las características de los pacientes y de las personas que acuden por ellos.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Consulta a demanda de dos médicos de familia durante el mes de diciembre de 1998.

Población y muestra: 70 consultas por terceros de 822 consultas totales.

Intervenciones: Recogimos edad, sexo, motivo de consulta, estructura y ciclo vital del usuario, objeto de la consulta. De la persona que acude, edad, sexo, parentesco con el paciente y motivo aducido para no acudir.

Resultados: El 8,5% de las consultas atendidas se realizaron por terceros. El usuario objeto fue varón 51,42% y mujer 48,57%. Edad media: 54,91 \pm 3,2. Motivo de consulta: patología aguda 11,48%, burocrática 80% y crónica 8,52%. Estructura familiar: nuclear con parientes próximos 57,14%, extensa 11,42% y sin familia 8,47%. Ciclo vital familiar: extensión II-B 22,85% y fases finales 45,71% (contracción, final de contracción y disolución). Las personas que acuden son mujeres 85,71%. Edad media: 41,97 \pm 6,2 años. Parentescos: esposa 31,42%, hija 20%, madre 8,57% y cuidadora 8,57%. Aducen incapacidad física para acudir 37,14%, motivos laborales 25,71% y labores del hogar 14,28%.

Conclusiones: La consulta por terceros se realiza de forma frecuente en nuestras consultas utilizándose sobre todo por motivos burocráticos, perteneciendo a familias nucleares con parientes próximos y en fases finales del ciclo vital familiar. Acuden mayoritariamente mujeres del núcleo familiar primario. Justifican la consulta por motivos laborales y de incapacidad física.

Palabras clave: consulta por terceros, consulta médica a demanda, atención primaria.

Goals: To obtain knowledge on the frequency of this type of visit in our health centers, the characteristics of these patients and the persons who make the visit on their behalf.

Design: Descriptive, cross-sectional, observational study.

Setting: Visits upon demand to two general practitioners during the month of December 1998.

Population and Sample: 70 third-party consultations out of a total of 822.

Interventions: We collected data on age, gender, motive for the visit, family structure and vital cycle of the client, goal of the visit. On the person who made the visit: age, gender, relationship to the patient, and alleged reason for not coming.

Results: 8.5% of the visits attended by GPs were made by third parties. The client subject was male 51.42% and female 48.57%. Average age was 54.91 \pm 3.2. Motive for the visit: acute pathology 11.48%, bureaucratic 80% and chronic 8.52%. Family structure: nuclear with close relatives 57.14%, distant 11.42% and without family 8.47%. Vital family cycle: IIB extension 22.85% and final stages 45.71% (contraction, end of contraction, dissolution). Those who make the visits are women 85.71%. Average age: 41.97 \pm 6.2 years. Family relationship: spouse 31.42%, daughter 20%, mother 8.57% and caregiver 8.57%. They allege physical limitations for making the visit 37.14%, work-related reasons 25.71% and household responsibilities 14.28%.

Conclusions: Third party consultations are frequent in our offices, mostly for bureaucratic reasons, belonging to nuclear families with relatives close by and in the final phases of the vital family cycle. Visits are largely made by women from the primary nuclear family. They justify the visit for work-related reasons and for physical limitations.

Key Words: Third party visits, visits on demand, primary care.

Correspondencia: Apartado de correos núm. 524.21080 Huelva.
Teléfono: 959243069; Fax: 959-204450.
e-mail: jparedes10@teletel.es

Recibido el 27-12-2000; aceptado para su publicación el 21-02-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 35-38

Introducción

La consulta médica a demanda en Atención Primaria se caracteriza por una especial variedad, y por lo tanto riqueza, de contactos con nuestros pacientes y sus familias. Ello hace que la entrevista clínica suponga una herramienta básica y clave en el quehacer de los Médicos de Familia. Los diferentes tipos de entrevista en Atención Primaria pueden ser clasificados ¹ desde diferentes puntos de vista, atendiendo bien a los objetivos de la misma, al método de entrevista, al canal utilizado por la misma o bien según el receptor de los cuidados de salud. Teniendo en cuenta este último aspecto podemos tener una entrevista dual, cuando el profesional de salud entrevista a un solo paciente; entrevista múltiple, cuando en la misma consulta se atienden varias visitas a distintos pacientes (por ejemplo, varios familiares); entrevista grupal o familiar, cuando un colectivo de personas (familia) es el objeto de la entrevista; y entrevista para terceros, cuando el consultante lo hace en nombre de otra persona que es el paciente. Normalmente a este último tipo de entrevista no suele concedérsele demasiada atención, ya que al no acudir el verdadero paciente nos supone menos desgaste su resolución y tendemos a concederle menos tiempo. Dada la escasa bibliografía referente a este tipo de consulta en Atención Primaria ^{2, 3, 4} y a que creemos que esta entrevista puede tener una importancia no bien valorada, nos propusimos realizar el presente trabajo para conocer la frecuencia de la entrevista por terceros en nuestras consultas de Atención Primaria así como las características de los usuarios que la utilizan y de aquellas personas que acuden por los pacientes. De este modo, al conocer mejor este tipo de consultas, podríamos instrumentar medidas para optimizarlas.

Sujetos y métodos

Nos planteamos la realización de un estudio descriptivo y transversal que nos permitiera conocer la frecuencia de este tipo de entrevista. El estudio fue realizado en la consulta a demanda de dos médicos de familia que atienden a un cupo de unas 2000 personas, con características similares. Se contabilizaron todas las consultas realizadas durante el mes de diciembre de 1998, determinándose como consultas por terceros (C.T.) aquellas a las que el verdadero paciente no acudía y una tercera persona lo hacía por él o ella. Mediante protocolo consensuado, valoramos en el usuario objeto de la consulta las características sociodemográficas de sexo y edad, el motivo de la consulta, así como sus características familiares según la estructura familiar a la que pertenecían, y la etapa del ciclo vital familiar en la que se encontraban, siguiendo para ello la tipología establecida por De La Revilla ⁵. De la persona que acudía en nombre del usuario objeto valoramos su edad y sexo y relación o parentesco que guardaba con el paciente. En el momento de la consulta se le preguntaba por el motivo que el paciente le había aducido para no acudir a la consulta y que esta persona viniera en su nombre.

En el periodo de estudio se realizaron 822 consultas a demanda, de las que 70 reunían los requisitos de ser una consulta por terceros, siendo éstas consultas los sujetos motivo de nuestro estudio.

Resultados

Del total de las 822 consultas a demanda realizadas durante el periodo de nuestro estudio, fueron consultas por terceros 70, lo que supone el 8,5% de las consultas atendidas. Los resultados obtenidos respecto a las características sociodemográficas de los usuarios objetos de las C.T., en el 51,42% eran hombres y en el 48,57% mujeres, con unas edades medias de $47,61 \pm 2,3$ años y de $62,64 \pm 5,1$ años respectivamente. Los motivos de las consultas eran en el 80% de causa burocrática (recetas 42%, partes de I.T. 30%, recogida de informes 8%), por patologías agudas en el 11,42% y en el 8,52% por patología crónica (Figura 1). La valoración de las características

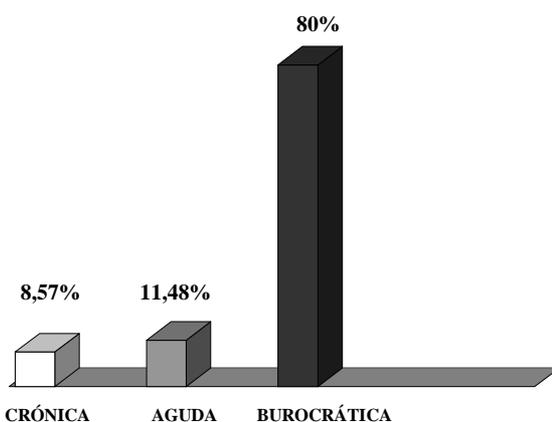


Figura 1. Porcentaje de consultas a terceros según el motivo de consulta.

familiares de estos pacientes que utilizan las C.T. atendiendo a su estructura familiar y la fase del ciclo vital familiar en el que se encuentran quedan recogidos en la Figura 2, destacamos como pertenecen a una Familia

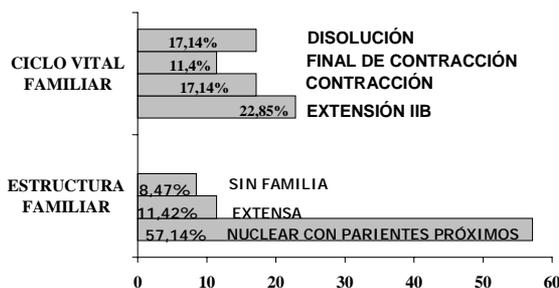


Figura 2. Características familiares de los usuarios.

Nuclear con parientes próximos el 57,14%, tienen una Familia extensa el 11,42% de los mismos y el 8,47% pertenecían al grupo Sin familia. Respecto a las fases del ciclo el 22,85% estaban en fase de Extensión IIB y en las fase finales del ciclo el 45,71% (Contracción 17,14%, Final de la contracción 11,4% y Disolución 17,14%).

En cuanto a las personas que acudían por ellos a las consultas, eran mujeres en el 85,71% de los casos y hombres en el 14,28%, con unas edades medias de $41,5 \pm 4,1$ años y de $38,2 \pm 5$ años. Detallando el parentesco que guardan con los usuarios objetos de las C.T., encontramos que eran en el 31,42% el de Esposa, el 20% de Hija, Madre el 8,57% y Cuidadora con el mismo porcentaje. Cuando el que acudía era un hombre eran Esposo en el 5,71%, y nieto, hermano e hijo todos con porcentajes del 2,8%. (Figura 3)

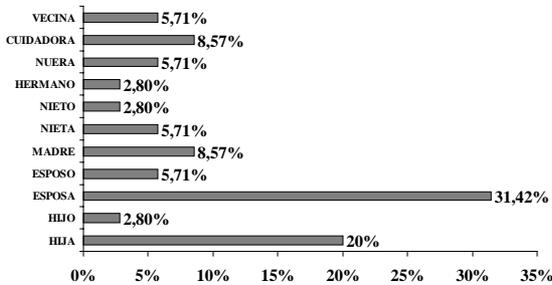


Figura 3. Parentesco entre persona que acude y usuario de consulta por terceros

Preguntándoles a los que acudían, el motivo aducido por el usuario para no acudir él, eran en el 14,28% las labores del hogar, en el 25,71% los motivos laborales o escolares lo que les impedía venir, en el 37,14% la imposibilidad física para desplazarse, refiriendo el 8,57% que el interesado no consideraban fuese una consulta y también en el 8,57% de los casos, la persona que acudía no sabía porqué el usuario objeto no había podido venir a consulta. (Figura 4)

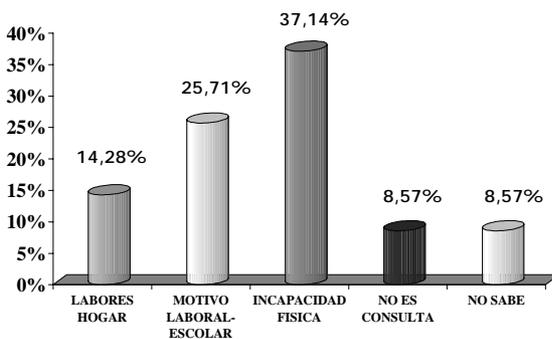


Figura 4. Motivo aducido para no acudir a consulta.

Discusión y conclusiones

El número de C.T. atendidas en nuestros centros nos parece relevante a pesar de no ser un porcentaje elevado. En la bibliografía² sólo hemos encontrado un trabajo

referente al tema, pero se valoraban las consultas de crónicas y no las a demanda como es nuestro estudio.

Los usuarios que utilizan las C.T. no presentan diferencias respecto al sexo, pero si tenemos en cuenta que en nuestras consultas habituales son más las mujeres las que acuden, el porcentaje de hombres nos parece importante como forma de consulta por parte de los mismos, más si tenemos en cuenta que su edad media pertenece más al grupo de ocupación laboral. Como parece lógico el mayor porcentaje de los motivos de consulta corresponde a los Burocráticos, en los que la presencia del usuario puede no ser importante, aunque existen casos en que su presencia sería importante como el facilitar los partes de confirmación de I.T., o para valorar la tolerancia y cumplimiento de la medicación. Destaca como existe todavía la costumbre popular de consultar en el nombre de otro usuario por una patología aguda de este, normalmente madres que acuden para solucionar cuadros agudos de sus maridos e hijos.

Las características familiares de los usuarios de C.T. no presentan diferencias respecto a las de los consultantes habituales de nuestros centros⁶, aunque destaca como son las familias extensas las que cuentan con más utilización al tener más miembros en ellas, y como las personas Sin familia deben utilizar otras personas para consultarnos. Respecto a las fases del ciclo vital familiar, la mayoría pertenecen a las fases finales del mismo, en las que podrían aparecer más patología incapacitante y requerir de este tipo de consultas.

En cuanto a las personas que acuden por los usuarios, destacan las mujeres, y además son normalmente miembros del núcleo familiar primario (esposa, madre e hija), destacando con ello el papel que la mujer mantiene como apoyo de las labores familiares y de cuidadora principal de los ancianos y de personas con incapacidad física.

Los motivos aducidos por los usuarios para no acudir y que comunican a los que vienen en su nombre merece un mayor detenimiento. Aparece un porcentaje destacado que ni siquiera conoce porqué el interesado no podía venir, y además otro grupo de usuarios consideraba que no era importante su presencia pues no lo consideraban una consulta médica. En la mayoría de los casos era la Incapacidad física del usuario el motivo de su ausencia, y también las causas laborales, escolares y del hogar.

El porcentaje de C.T. que aparece en nuestras consultas, nos parece importante como para no ser valorado y pensamos que como Médicos de Familia no debemos perder estas oportunidades para utilizarlas en beneficio de nuestro pacientes, por el número de datos del mismo que podemos obtener desde el punto de vista de la persona que acude, respecto al cumplimiento terapéutico del mis-

mo, características de su dinámica familiar e interés por su dolencia o patología. Así mismo este tipo de consultas nos da pie a intervenir con el familiar que acude o a valorar la educación sanitaria con la que cuentan los cuidadores familiares y las patologías que en estos aparecen.

Bibliografía

1. Borrell y Carrio F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Ediciones Doyma;1992.
2. García del Campo MM, Zunzunegui MV, Béland F. La consulta por terceros en la atención primaria de las personas mayores. *Aten Primaria* 1995;16:607-614.
3. Gervás Camacho JJ, García Olmos L, Pérez Fernandez MM, Abreira V. Asistencia médica ambulatoria: estudio estadístico de una consulta de Medicina General de la Seguridad Social. *Med Clin* 1984;82:479-483.
4. García Olmos L, Gervás Camacho J, Otero A, Pérez Fernandez M. La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. *Rev San Hig Pública* 1994;68: 267-268.
5. De la Revilla L. Un instrumento de abordaje de la atención familiar: la clasificación del ciclo vital familiar. En: De la Revilla L. *Conceptos e instrumentos de atención familiar*. Barcelona 1994. Ediciones Doyma. p.39.
6. Pardo Alvarez J, Schwartz Calero P, Gómez Couñago M, Morña Macías M, Panzuela Santiago A, Guerrero Herrero I. Estructura y ciclo vital familiar en medio rural y urbano. *Centro de Salud* 1999;7:191-194.

ORIGINAL

¿Siguen los profesionales de Atención Primaria de los centros andaluces adscritos las recomendaciones propuestas por el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS)?

Pérua de Torres LA¹, Lahoz Rallo B², Llergo Muñoz A³, Pérua de Torres CJ⁴, Adame Rodríguez MV⁵.

¹ Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Coordinador del PAPPS en Andalucía y miembro del Grupo de Evaluación del PAPPS; ² Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cádiz. Coordinadora del PAPPS en Andalucía; ³ Coordinador de Informática del Distrito Sanitario de Córdoba. Miembro del Grupo de Evaluación del PAPPS; ⁴ Enfermero. Responsable del PAPPS del Centro de Salud Poniente-Norte (Córdoba); ⁵ Médico de Familia.

Objetivo: Conocer en qué grado los profesionales de APS de los Centros de Salud andaluces adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), tienen en cuenta las recomendaciones que este postula y averiguar los condicionantes para la asunción de estas recomendaciones.

Diseño: Estudio observacional descriptivo, de investigación cualitativa mediante encuesta a informadores-clave.

Emplazamiento: Centros de Salud adscritos al PAPPS en Andalucía.

Población y muestra: Responsables del PAPPS de los Centros de Salud (N=49). En caso de no existir dicho responsable, era el Director o el Coordinador de docencia-investigación el informador a entrevistar.

Intervenciones: Cuestionario semiestructurado compuesto por 12 ítems, contestado mediante encuesta telefónica o por correo electrónico.

Resultados: Informaron 40 Centros de Salud (tasa de respuesta: 81,6%). El 20 % de los Centros tienen en cuenta las recomendaciones del PAPPS siempre, mientras que en el 77,5% parcialmente. Las actividades preventivas que se siguen con mayor frecuencia son las de control del niño sano (55% siempre), vacunación antigripal (52,5%), antirubéolica (37,5%), y detección de hipertensión arterial (37,5%). La exploración mamaria (5%, siempre), de endometrio (5%) y la detección de problemas de salud mental (10%) son las actividades menos consideradas. Los motivos principales para no seguir las recomendaciones del PAPPS son la falta de tiempo y la inexistencia de un sistema específico de registro en la aplicación informática TASS.

Conclusiones: Las recomendaciones del PAPPS sólo se tienen en cuenta parcialmente o por algunos de los profesionales de los Centros de Salud. El factor tiempo y la ausencia de un registro específico en la historia clínica informatizada, parecen ser las barreras más importantes para una mayor generalización de este programa.

Palabras clave: Prevención/promoción, Programas de salud, Atención Primaria.

ARE PRIMARY CARE PROFESSIONALS IN PARTICIPATING ANDALUSIAN HEALTH CENTERS FOLLOWING RECOMMENDATIONS MADE BY THE PROGRAM OF ACTIVITIES FOR HEALTH PREVENTION AND PROMOTION (PAPPS)?

Goal: To study the degree to which primary care professionals in Andalusian Health Centers that participate in the Program of Activities for Health Prevention and Promotion (PAPPS) take into account its recommendations and to determine factors that condition their assumption of these recommendations.

Design: Observational, descriptive study and qualitative research based on interviews with key informants.

Setting: Health Centers participating in Andalusia's PAPPS.

Population and Sample: Persons responsible for PAPPS in Health Centers (N=49). When no specific person was responsible, the key informant interviewed was the Director or the Teaching and Research Coordinator.

Interventions: Semi-structured questionnaire consisting of 12 items, answered in a telephone interview or by electronic mail.

Results: Information was obtained from 40 Health Centers (response rate: 81.6%). Twenty percent of the centers always took the PAPPS recommendations into account, while 77.5% only took them into account partially. Preventive activities carried out most frequently include: control of healthy children (55% always), flu vaccination (52.5%), rubella vaccination (37.5%), and high blood pressure screening (37.5%). Less considered activities included: breast exams (5% always), endometrial exams (5%), and the detection of mental health problems (10%). The main reasons for not following the PAPPS recommendations were lack of time and absence of a specific system for registering the information in the TASS computer program.

Conclusions: The PAPPS recommendations are only partially kept in mind or only followed by some of the Health Centers' professionals. Time factors and the absence of a specific system for registering the information in the clinical history appear to be the main barriers that prevent a wider application of this program.

Key Words: Prevention, promotion, health programs, primary care.

Correspondencia: Luis Ángel Pérua de Torres. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. C/ Dr. Blanco Soler s/n. Ciudad: Córdoba. CP.: 14004. Tfno.: 957 012543.

E-mail: lperulad@meditex.es

Recibido el 27-12-2000; aceptado para su publicación el 21-02-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 39-44

Introducción

Desde su inicio en el año 1989, el objetivo principal del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), ha sido el de elaborar recomendaciones basadas en la evidencia, para el desarrollo de este tipo de actividades en Atención Primaria de Salud (APS), las cuales se seleccionan en función de las necesidades de salud de los diferentes grupos de edad. Por estudios realizados en otros países¹, se ha comprobado que las actividades priorizadas por los organismos encargados de promover intervenciones preventivas, y su forma de implantación, no siempre responden a las necesidades percibidas por los profesionales y por sus pacientes. Como señalan algunos autores^{2,3}, en general podemos distinguir tres grupos de factores que condicionan la integración de actividades preventivas con las que habitualmente se llevan a cabo en la consulta de APS: dificultades relativas a los profesionales (factores cognitivos y sociodemográficos), las relacionadas con el sistema sanitario (falta de herramientas operativas, marco de la práctica profesional, sistema retributivo) y dificultades relacionadas con la población (necesidades sentidas). Hasta el momento, la manera de analizar la cobertura alcanzada por las actividades preventivas ha sido a través del conocimiento de la evolución del grado de cumplimiento, mediante las sucesivas evaluaciones que desde el año 1991 se han llevado a cabo en los Centros de Salud adscritos al PAPPS⁴. Sin embargo, se desconoce el grado en que estas recomendaciones se tienen en cuenta en dichos centros, ni tampoco se han objetivado los posibles motivos que, contando con la experta opinión de los responsables de este programa en cada centro, pueden estar condicionando su implantación.

Como coordinadores responsables del PAPPS en la Comunidad Autónoma Andaluza, nos planteamos como objetivos del presente estudio:

- 1) Conocer en qué grado los profesionales de APS de los Centros de Salud PAPPS tienen en cuenta las recomendaciones postuladas por el propio PAPPS.
- 2) Detectar posibles diferencias en la asunción de dichas recomendaciones entre los distintos Centros de Salud, en función de ciertas características como el tiempo que llevan adscritos, su calidad docente y su participación en las evaluaciones del PAPPS.
- 3) Averiguar los motivos y factores que condicionan la asunción de estas recomendaciones y por ende, el desarrollo de estas actividades.
- 4) Recoger las sugerencias que los profesionales puedan hacer para mejorar la implantación del programa.

Sujetos y Métodos

Se diseñó un estudio observacional descriptivo, de investigación cualitativa mediante el método a través de informadores-clave⁵. Fueron

invitados a participar todos los responsables del PAPPS en los Centros de Salud de Andalucía (N=49). En caso de que en el momento de la recogida de datos, y por cualquier circunstancia, no estuviera dicho responsable, era el Director o el coordinador de docencia-investigación del centro el informador a entrevistar. Como fuente de obtención de los datos se diseñó un cuestionario semiestructurado compuesto por 12 preguntas que recogía información sobre las siguientes variables: edad y profesión del encuestado, año de adscripción del Centro de Salud al PAPPS, participación en las evaluaciones bienales, existencia de formación postgraduada, si se tenían o no en cuenta (y en qué grado) las actividades propuestas por el PAPPS, y dos preguntas abiertas para indagar sobre cuáles podían ser los motivos y posibles soluciones para que se tuvieran más en consideración las recomendaciones del PAPPS. La cumplimentación del cuestionario fue realizada por encuesta telefónica o por correo electrónico. Antes de pasar al trabajo de campo se efectuó un pilotaje de la encuesta y posteriormente se enviaron a cada centro adscrito una carta de presentación en la que se les informaba a los responsables del PAPPS de los objetivos y de la realización del estudio y se les enviaba una copia del cuestionario para que así pudieran leer detenidamente y reflexionar sobre las preguntas que debían de contestar. La recogida de datos se efectuó en el mes de mayo de 2000. El análisis estadístico ha consistido en un estudio descriptivo e inferencial, con aplicación del test T de Student o ANOVA para la comparación de medias, y Ji-cuadrado o test exacto de Fisher para la comparación de variables cualitativas, ($p < 0,05$).

Resultados

Se obtuvo información de 40 centros (tasa de respuesta: 81,6%). El motivo principal para no responder la encuesta fue la imposibilidad para contactar con el responsable del programa en el centro, tras intentarlo al menos en tres ocasiones. Un Centro de Salud fue descartado al informarnos de que ya no se llevaba a cabo el programa, por traslado del responsable a otro centro y no haberse querido hacerse cargo del mismo ninguna otra persona. El 75 % de los sujetos que contestaron la encuesta eran los responsables del programa y el 25 % restante, era el director del Centro de Salud. La media de edad de los sujetos encuestados es de $41,9 \pm 0,40$ (DT) años (límites 37-49 años). Un 92,5 % son médicos de familia y el 7,5 % enfermeros. El 52,5 % de los centros estaban acreditados para la docencia de postgrado en medicina de familia y/o enfermería. La media de tiempo que los centros de salud llevaban adscritos al PAPPS era de $8,81 \pm 0,50$ (límites: 1-11 años), y el 67,5 % habían participado en alguna de las cuatro evaluaciones que el PAPPS ha llevado a cabo.

En el 20 % de los centros se siguen sistemáticamente las recomendaciones del PAPPS, y en el 77,5 % se tienen en cuenta ya sea parcialmente, o solamente por algunos de los profesionales. En la tabla 1 se exponen los resultados del grado en que se llevan a cabo las diferentes actividades preventivas que el PAPPS propugna. Como puede observarse, destacan por su frecuencia las actividades relacionadas con el control del niño sano (52,5 %, siempre), vacuna antigripal y antirubéola (52,5% y 37,5% respectivamente), y las de detección de HTA (37,5%). Por el

TABLA 1
GRADO EN QUE SE TIENEN EN CUENTA LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS RECOMENDADAS POR EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (PAPPS) EN LOS CENTROS DE SALUD ANDALUCES ADSCRITOS (N= 40)

ACTIVIDAD RECOMENDADA POR EL PAPPS	SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	A VECES	NUNCA
Consejo antitabaco	12,5	62,5	25,0	0,0
Consejo antialcohol	7,5	52,5	37,5	2,5
Detección de Hipertensión arterial	37,5	52,5	10,0	0,0
Detección de Hipercolesterolemia	27,5	55,0	17,5	0,0
Detección de Obesidad	15,0	40,0	35,0	10,0
Vacunación antitetánica	32,5	42,5	17,5	7,5
Vacunación antigripal	52,5	37,5	7,5	2,5
Detección de Cáncer de endometrio	5,0	12,5	25,0	57,5
Consejo anticoncepción	12,5	60,0	17,5	10,0
Vacunación antirubeola	37,5	22,5	20,0	20,0
Consejo de ejercicio físico	5,0	55,0	20,0	20,0
Detección de cáncer de cérvix	15,0	27,5	20,0	37,5
Exploración mamaria	5,0	30,0	42,5	22,5
Mamografía	12,5	12,5	25,0	50,0
Control de niño sano	55,0	25,0	7,5	12,5
Problemas de salud mental	10,0	10,0	25,0	56,0

Datos expresados en %

contrario, las actividades que menos se tienen en cuenta son las de cribado de cáncer de endometrio (57,5% nunca), problemas de salud mental (56 %) y la detección precoz de cáncer de mama mediante mamografía (50%).

Se aprecia una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al grado de detección de HTA según que el centro de salud esté o no acreditado para la formación de postgrado, en el sentido de que aquellos centros no docentes siempre hacen detección de HTA, mientras que esto se cumple en un 78,9 % en los centros acreditados para la docencia ($p=0,042$). Salvo para esta actividad, no

se han hallado otras diferencias significativas en el grado de asunción de las actividades preventivas del PAPPS (tiempo de adscripción al PAPPS, participación en las evaluaciones).

En la tabla 2 se muestran los principales motivos que los encuestados manifiestan para que no se tengan más en cuenta las recomendaciones del PAPPS en sus Centros de Salud. En la tabla 3 se exponen las propuestas concretas realizadas por los encuestados para lograr que los profesionales de los centros asuman en mayor medida las recomendaciones del PAPPS.

TABLA 2
MOTIVOS ADUCIDOS POR LOS ENCUESTADOS PARA NO TENER MÁS EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (PAPPS)

MOTIVOS	N.º
Falta de tiempo/demanda asistencial excesiva/dispersión geográfica	23
Falta de registro específico informático donde se puedan reflejar/ el sistema de registro actual no les gusta a los profesionales	13
Falta de conocimiento/formación/difusión de las recomendaciones del PAPPS	4
Falta de compromiso/desmotivación/desencanto del PAPPS	3
Cambios en el personal/inestabilidad del equipo pendiente de traslados	3
Disparidad de opiniones entre enfermería y médicos/falta de coordinación médicos-enfermería	3
Falta de hábito por parte de los profesionales	2
Falta de consenso en la manera de protocolizarlo	2
Problemas de aplicabilidad	1
No está incentivado por los Distritos Sanitarios	1
No aprendido por el personal de enfermería	1
Falta de insistencia	1
Falta de accesibilidad de pruebas	1
Falta de coordinación en el seguimiento del PAPPS	1
Adscripción voluntaria: falta de interés	1
Dependencia del segundo nivel	1

TABLA 3
 PROPUESTAS, SOLUCIONES Y OTRAS OBSERVACIONES PLANTEADAS POR LOS ENCUESTADOS PARA ASUMIR EN MAYOR GRADO LAS RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (PAPPS)

PROPUESTAS O SOLUCIONES	N.º
Crear/Incluir en el programa informático TASS una hoja que refleje las actividades del PAPPS/abrir ventana en programa ordenador/sistemas de registro apropiados	15
Disminuir la presión asistencial/menor dispersión geográfica/aumentar recursos	10
Incrementar/estimular la motivación/difusión con formación continuada/profundización del EBAP en las propuestas del PAPPS	7
Crear agenda de actividades informatizada para recordatorio al profesional	3
Concienciación/compromiso y responsabilidad de los profesionales	3
Mayor información sobre los resultados	2
Recordar periódicamente las actividades a los profesionales	2
Protocolos muy básicos y cortos, que no demoren la consulta y buena información sobre los mismos	1
Cambiar la plantilla del EBAP	1
Poner ordenador a las enfermeras	1
Que se contemple el PAPPS en el contrato-programa	1
Incentivar a los profesionales para su realización	1
Colaboración con enfermería/implicar a todo el personal sanitario	1
Posibilidad de petición de mamografía desde Atención Primaria	1
Hacer encuesta para ver como lo estamos haciendo	1
OBSERVACIONES	1
Desinterés entre los médicos del EBAP	1
Hay disponibilidad para el trabajo preventivo, pero con los medios adecuados	1
Se debería institucionalizar el PAPPS a través del Servicio Andaluz de Salud	1
Hay que ir a ratios de 1.500 usuarios por profesional como máximo	1
Mayor incidencia sobre factores de riesgo cardiovascular	1
Incluir screening de cáncer de colon	1

TASS: Tarjeta de Afiliación a la Seguridad Social
 EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria

Discusión

Aunque las recomendaciones del PAPPS han de basarse en la evidencia científica y en una evaluación de la factibilidad de su puesta en marcha en el ámbito de la APS en función del contexto organizativo, económico y técnico del propio sistema de salud, es necesario que éstas sean consensuadas por los profesionales que han de llevarlas a cabo, sobre todo los médicos de familia y el personal de enfermería. Sondar su opinión y la percepción que estos profesionales tienen para el desarrollo de las actividades recomendadas, resulta conveniente para lograr alcanzar un mayor grado de motivación para que estas sean asumidas por todos.

Al contrario de lo que se observa en otros trabajos publicados^{6,7}, en el nuestro no se contemplan aspectos culturales y sociales dentro del grupo de factores que dificultan la incorporación de las actividades preventivas en la consulta, pero es importante reseñar que tanto por parte de los profesionales (nivel de implementación) como por parte del paciente^{7,8} (mass-media, nivel de estudios), son factores que pueden influir tanto negativa como positivamente en la asunción de las actividades preventivas.

Según se desprende del estudio, las recomendaciones del PAPPS se llevan a cabo de una manera muy desigual y tan

sólo parte de los profesionales de los centros de salud adscritos en Andalucía parecen tenerlas en cuenta de manera sistemática. Esto significa que, a pesar de que los centros de salud apostaron en su día —teóricamente al menos—, por las actividades preventivas al adherirse de manera voluntaria a este programa, aún queda un largo camino por recorrer hasta ver generalizadas las actuaciones recomendadas. No obstante, conviene matizar también que aunque el grado de desarrollo de estas actividades es en general muy variable y desigual, existen algunas que si han sido asumidas de manera rutinaria. Se puede afirmar que aquellas que institucionalmente están establecidas, bien porque hayan sido de alguna manera remuneradas (como atención al niño sano) o porque de trate de campañas estacionales (como las enfermedades prevenibles por vacunación, como la gripe), son las que se encuentran más consolidadas. Se observa, igualmente, un alto grado de asunción de las actividades que constituyen importantes factores de riesgo cardiovascular, como son la detección de HTA e hipercolesterolemia. El desarrollo de estas actividades puede verse influenciado por el grado de concienciación que los profesionales tienen en relación con un problema de elevada magnitud como es éste (primera causa de muerte en España).

Quedan áreas o actividades que presentan un bajo nivel de cobertura, como son las de detección de cán-

cer de endometrio (57,5 % nunca lo tienen en cuenta), cribado de cáncer de mama, y problemas de salud mental. La dificultad en la derivación para la realización de mamografías, así como el desarrollo de programas paralelos de screening poblacional sin que se haya tenido en cuenta la necesaria coordinación con los profesionales implicados, están obstaculizando la normal asunción de esta actividad preventiva dentro de los centros de salud.

En cuanto a los motivos que, a juicio de los encuestados, hacen que no se tengan en cuenta las recomendaciones PAPPs, sobresalen aquellos que están relacionados con la organización del propio sistema sanitario, destacando en primer lugar la presión y carga asistencial (23 centros), aunque también se echa en falta la existencia de un sistema de registro específico dentro de la aplicación informática que se utiliza como soporte en gran parte de los centros de salud andaluces (TASS: tarjeta de afiliación a la seguridad social), lo que seguramente agilizaría mucho la labor del profesional a la hora de consignar y tener en todo momento presente la realización de este tipo de actividades. En tercer lugar parecen tener cierta relevancia aspectos referentes a los profesionales (formación continuada). En este apartado es donde los responsables del PAPPs, tanto autonómicos como de cada centro, deben incidir, detectando necesidades formativas entre los compañeros, aportando una información clara, práctica y concisa sobre las actividades preventivas recomendadas, y haciendo hincapié en la importancia de la posición ideal del profesional de APS para la realización de estas. En definitiva, aumentar su motivación y su percepción personal de su efectividad en la aplicación de estas medidas en la práctica clínica habitual.

Como primera propuesta que los encuestados plantean para soslayar las dificultades señaladas, figura incluir en el programa TASS una hoja que refleje las actividades PAPPs. Esto sería de mucha utilidad para que el usuario de la aplicación no tenga dificultades en el seguimiento de las recomendaciones, y al mismo tiempo les sirva de recordatorio de las actividades. La respuesta ante este problema sería el diseño de una nueva aplicación informática que mostrara las actividades preventivas en una hoja específica configurable, con la inclusión de mensajes de alerta, y que permitiera hacer una evaluación automatizada de estas. La propuesta señalada en segundo lugar es la disminución de la presión asistencial, una menor dispersión geográfica, con el consiguiente aumento de los recursos humanos. Este punto es de mucha importancia, pues la falta de tiempo en la consulta dificulta en gran manera aspectos asistenciales, que en cierto modo, pueden aparecer como menos relevantes o que no constituyen un proble-

ma o una necesidad percibida y demandada por la población. Como consecuencia de la escasez de tiempo, el profesional atiende a sus pacientes desde el punto de vista puramente curativo o administrativo, teniendo en cuenta principalmente sólo el motivo por el que estos consultan, sin que pueda detenerse en reparar en aspectos preventivos y de promoción de la salud (actitud proactiva), puesto que ello ralentizaría su consulta y, por consiguiente, el tiempo de demora entre pacientes.

La metodología empleada, como la mayoría de las investigaciones cualitativas, aunque presenta sus limitaciones, al estar basada en opiniones subjetivas de los encuestados, proporciona datos de gran valor para aproximarnos al conocimiento de la realidad funcional de los profesionales, ya que ésta información difícilmente se puede obtener con los métodos cuantitativos usuales¹⁰. Por otro parte, cabe esperar un cierto sesgo de selección producido por la falta de datos de los centros de salud que no han respondido la encuesta, por lo que los resultados reales pueden ser menos favorables a los hallados.

En conclusión, las recomendaciones del PAPPs son asumidas sólo parcialmente en los centros de salud adscritos en Andalucía. Las actividades que más se tienen en cuenta son las de atención al niño sano, vacunaciones y detección de HTA e hipercolesterolemia. Las actividades que menos se contemplan son las de cribado de cáncer de endometrio, mamografía y salud mental. Los motivos principales para que el PAPPs no sea asumido en mayor grado por los profesionales son la presión asistencial y la falta de un sistema de registro específico dentro de la aplicación TASS. Dentro de las propuestas expuestas por los encuestados están las de incluir un sistema de registro dentro de la aplicación informática y un aumento de la ratio profesional/paciente que posibilite una mayor capacidad de gestión del tiempo asistencial y favorezca la integración en la práctica de las actividades preventivas.

Agradecimientos

Nuestra gratitud a todos los responsables del PAPPs de los centros de salud andaluces por aportarnos la información para este estudio. A los Dres. José Alberto Cantero, Isidro Pulido y José Antonio Herreros por participar en la recogida de datos.

Bibliografía

1. Bealieu MD, Hudon E, Roberge D, Pineault R, Forté D, Legaré J. Practice guidelines for clinical prevention: Do patients, physicians and experts share common ground? *Can Med Assoc J* 1999; 16: 519-23.
2. Iglesias M, Bauzá K, Ciurana R. Aplicación de las actividades en el centro de salud. En: Martín-Zurro A. Curso a distancia de prevención en atención primaria. Barcelona: semFYC-PAPPs, 1998.

3. Kloppe P, Antuna C, Cueto M, Martín-Rabadán M, Moreno J, de Peray JL, et al. Prevención y promoción de la salud en un modelo cliente-proveedor. Documento semFYC núm. 6. Oviedo: SemFYC; 1995.
4. Subías PJ, Bauzá K, Casanovas E, García JR, Iglesias M, Jiménez J, et al. Estudio de efectividad PAPPS (1998) y resultados preliminares de la evaluación del PAPPS (1999). *Aten Primaria* 1999; supl. 1:11-7.
5. Pineault R, Daveluy C. *La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias*. Barcelona: Masson, 1987.
6. Goodson P, Gottlieb NH, Smith MM. Put prevention into practice. Evaluation of program initiation in nine Texas clinical sites. *Am J Prev Med* 1999;17:73-8.
7. Resnicow K, Baranowski T, Ahluwalia JS, Braithwaite RL. Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethn Dis* 1999; 9:10-21.
8. Sánchez B, Mendoza ME, Avila Rosas H. Evaluación de un programa preventivo pregestacional en una comunidad. *Ginecol Obstet Mex* 2000; 68:20-6.
9. Sellers DE, Crawford SL, Bullock K, McKinlay JB. Understanding the variability in de effectiveness of community heart health programmes: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1325-39.
10. Martín A. Nuevas perspectivas en la evaluación de la atención primaria: las metodologías cualitativas. *Aten Primaria* 2000; 25: 605.

ORIGINAL

Estudio descriptivo de la brucelosis en la provincia de Almería. Evolución de mecanismos de transmisión

Barroso García P¹, Parrón Carreño T², Rodríguez-Contreras Pelayo R³.

¹ Sección de Epidemiología. Distrito Sanitario de Atención Primaria Levante-Alto Almanzora (Almería); ² Servicio de Salud. Delegación Provincial de Salud de Almería; ³ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

Objetivo: Conocer la evolución de los mecanismos de transmisión y control de la brucelosis en la provincia de Almería a lo largo de los años, así como las variables de persona y tiempo con el fin de poder realizar actuaciones de Salud Pública.

Diseño: Estudio epidemiológico descriptivo.

Emplazamiento: Declaraciones de brucelosis realizadas en la provincia de Almería.

Población y muestra: 1595 fichas epidemiológicas de declaración individualizada de enfermedad en la provincia de Almería, en el período 1972-1998.

Intervenciones: Prueba estadística Test de Chi Cuadrado para comparación de variables cualitativas independientes para un nivel de confianza del 95%.

Resultados: La enfermedad es más frecuente en hombres (73,6%), el intervalo de edad más afectado es el de 40-49 años (19,7%), de profesión agricultor (33,5%) o pastor (14,5%); el mes con más casos declarados es el de mayo (14,6%). Predomina la transmisión por contacto en hombres (OR=2,68 (2,11-3,40). $c^2_{MH} = 71,08$; $p < 0,01$) y la ingesta en mujeres (OR=0,70 (0,55-0,89). $c^2_{MH} = 9,08$; $p < 0,003$). Desde el año 1972 hasta el año 1987 es más frecuente la transmisión mixta, mientras que a partir del año 1990, lo es la transmisión por contacto.

Conclusiones: Se ha producido un cambio en los mecanismos de transmisión a lo largo de los años, que obliga en la actualidad a dirigir principalmente las actuaciones en Salud Pública hacia el hombre que desempeña profesiones de «alto riesgo».

Palabras Clave: brucelosis, mecanismos de transmisión, epidemiología.

A DESCRIPTIVE STUDY ON BRUCELLOSIS IN THE PROVINCE OF ALMERIA (SPAIN). THE EVOLUTION OF TRANSMISSION MECHANISMS

Goals: To obtain knowledge on the evolution of transmission mechanisms and the control of brucellosis in the Province of Almería. in recent years, as well as the variables related to person and time in order to carry out public health activities.

Design: Descriptive epidemiological study.

Setting: Declared cases of brucellosis registered in the Province of Almería.

Population and Sample: 1,595 epidemiological registers based on individual declarations of the disease in the Province of Almería during the period from 1972 to 1998.

Interventions: Chi Square Test for comparing independent qualitative variables for a confidence rate of 95%.

Results: The disease is more frequent among men (73.6%), the age interval most greatly affected is between 40-49 years (19.7%), in the agricultural profession (33.5%), or shepherds (14.5%); May is the month with the highest number of declared cases (14.6%). Among men transmission by contact is predominant (OR=2.68 (2.11-3.40). $c^2_{MH} = 71.08$; $p < 0.01$); among women by ingestion (OR=0.70 (0.55-0.89). $c^2_{MH} = 9.08$; $p < 0.003$). From 1972 until 1987 mixed transmission is most frequent, while after 1990 it occurs through contact.

Conclusions: Over the years a change has occurred in transmission mechanisms; currently this makes it necessary for public health activities to be directed toward males involved in «high risk» professions.

Key Words: Brucellosis, transmission mechanisms, epidemiology.

Correspondencia (domicilio particular): C/ Romero núm. 44. Código Postal 04850; Cantoria (Almería).

Recibido el 20-01-2001; aceptado para su publicación el 27-02-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 46-52

Introducción

La brucelosis es una zoonosis más frecuente en el sexo masculino, en edades medias de la vida ¹⁻⁴, con mayor número de casos en los meses de primavera y verano ³⁻⁵. La transmisión al hombre se efectúa por contacto directo con el ganado, o de forma indirecta por consumo de alimentos de origen animal o contaminados de forma accidental ⁶. Las demás formas de contaminación salvo la de laboratorio son menos frecuentes ⁷. La brucelosis es considerada enfermedad profesional, con mayor proporción en los pacientes dedicados a la agricultura/ganadería ^{2,8}. El modo de transmisión más importante de la enfermedad es la ingestión de leche y derivados sin control sanitario, las cifras oscilan según los autores ^{1,3,5,9}. En cuanto al contacto con ganado, las cifras, aunque inferiores a la ingesta de leche y derivados, también son variables ^{1,3,10}. Se están detectando cambios en el mecanismo de transmisión de la enfermedad, con aumento del asociado con el contacto ^{11,12}.

Con respecto al animal reservorio, la situación epidemiológica de Andalucía en general está muy unida a reservorio caprino, mientras que en la meseta castellana la brucelosis es debida sobre todo al contacto con ovejas ¹².

En numerosas ocasiones se ha presentado en forma de brotes epidémicos ^{1,12-14}.

En la provincia de Almería hemos encontrado pocos estudios sobre brucelosis humana ^{9,15}, siendo una enfermedad que alcanza tasas elevadas; por ello se ha considerado interesante hacer una descripción de variables de persona y tiempo, así como de los mecanismos de transmisión y control de los casos de brucelosis declarados desde el año 1972 a 1998, con el fin de dirigir las actuaciones de Salud Pública.

Sujetos y métodos

La población de estudio son las fichas epidemiológicas de declaración individualizada de la enfermedad en la provincia de Almería desde enero de 1972 hasta diciembre de 1998. Se han analizado un total de 1595 fichas, facilitadas por la Delegación Provincial de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Se consideran las siguientes variables: edad, sexo, mes de declaración, profesión, mecanismos de transmisión y mecanismos de control. En cuanto a la **edad** se ha agrupado en los siguientes intervalos de años: 0-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89. Se ha contemplado otra división para conocer la afectación en la edad pediátrica con dos intervalos, de 0-14 años y mayores de 14 años.

Respecto a la variable **profesión** se hace una división en:

- «Profesión de alto riesgo»: agricultor, pastor, ganadero, trabajador de industria láctea, veterinario, trabajador de laboratorio y matarife.
- «Profesión de bajo riesgo»: el resto de las profesiones.

Dentro de los **mecanismos de transmisión** se consideran:

- Transmisión por contacto directo: cuando se contempla el contacto con animales o productos posiblemente contaminados por *Brucella*.
- Transmisión por ingesta de productos contaminados: cuando se

contempla la ingesta de productos posiblemente contaminados por *Brucella*, como son la leche, derivados lácteos o agua.

c) Transmisión mixta: se considera este mecanismo cuando constan conjuntamente las dos anteriores.

d) Transmisión por vía aérea.

e) Transmisión desconocida: cuando se señala que no se conoce el mecanismo de transmisión.

Se ha considerado **mecanismo de control** de la enfermedad si se ha realizado algún tipo de actuación no relacionada con el tratamiento del enfermo: aviso al veterinario, educación sanitaria, aislamiento del enfermo, uso de guantes, etc.

Dado que, en los años estudiados las fichas epidemiológicas han cambiado, no contemplándose todas las variables estudiadas en todas ellas, en el análisis se han excluido los resultados no cumplimentados.

Tanto para el diseño de la base de datos utilizada, como para su análisis se ha utilizado el Programa estadístico SPSS versión 7.5 para Windows.

Para el análisis de algunas variables el Programa Epi Info versión 6.

Se ha utilizado la prueba estadística Test de Chi Cuadrado para comparación de variables cualitativas independientes para un nivel de confianza del 95%, agrupadas en tablas de 2 x 2.

Resultados

En el período estudiado hay un 73,6% de hombres y un 26,4% de mujeres en los casos declarados (Figura 1); la

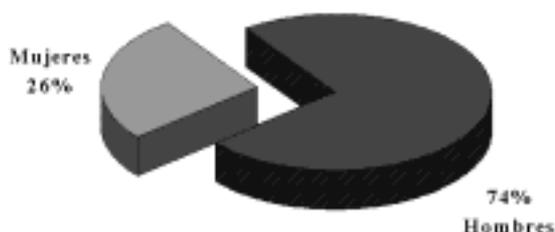


Figura 1. Distribución por sexo

edad media de los pacientes es de 37,71 años. El intervalo en el que encontramos mayor número de casos es el de 40-49 años, con un 19,7% del total; le sigue en frecuencia el de 20-29 años con un total de 17,1% de los casos (Figura 2). En cuanto a la brucelosis en edad pe-

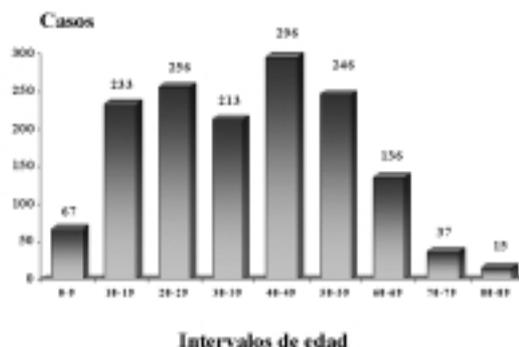


Figura 2. Distribución por edad

diátrica, el porcentaje en menores de 10 años es de 4,5%, sin embargo si tenemos en cuenta el número de casos hasta la edad de 14 años, es de 10,1%.

El mes de declaración de la enfermedad más frecuente es el de mayo con un 14,6% del total, le sigue el mes de junio con un 13,2% y a continuación el de abril con 10,8% (Figura 3); no hay diferencias estadísticamente signifi-

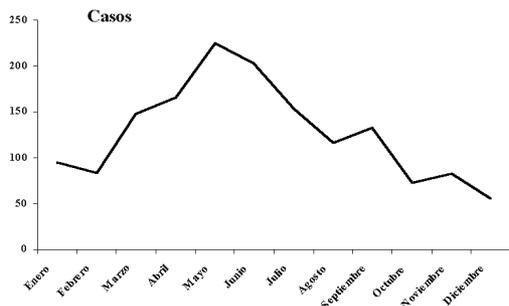


Figura 3. Distribución por meses

tivas entre los meses de mayo y junio OR=1,13 (0,91-1,39), pero sí entre mayo y abril OR=1,42 (1,14-1,77),

$p < 0,01$. Los meses con menos frecuencia de casos son los de noviembre, octubre y diciembre.

Con respecto a los enfermos según profesiones (Tabla 1), en un 60,6% se señala profesión de «alto riesgo» de padecer la enfermedad y en 39,4% de «bajo riesgo». Dentro de las profesiones consideradas de «alto riesgo», la más frecuente es la relacionada con la agricultura que supone un 33,5% del total; a continuación la de pastor que corresponde a un 14,5% del total y la de ganadero con un 10,2%.

Dentro de los casos que aparecen entre las profesiones de «bajo riesgo» la más afectada es la profesión «sus labores» que supone un 10,3% del total, le sigue la actividad de escolar con un 8,1% del total; el resto de profesiones de «bajo riesgo» se presentan con menor frecuencia.

El mecanismo de transmisión más frecuentemente descrito es el mixto, contemplado en un 42,55%; le siguen la transmisión por contacto con un 31,42% y la ingesta con un 21,58% (Figura 4). Es más frecuente la transmisión mixta que el resto, dándose en todos los casos diferen-

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONES SEGÚN RIESGO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO RIESGO	863	60,6
Agricultor	478	33,5
Pastor	206	14,5
Ganadero	145	10,2
Industria láctea	14	1,0
Veterinario	12	0,8
Matarife	7	0,5
Laboratorio	1	0,1
BAJO RIESGO	562	39,4
Sus labores	147	10,3
Escolar	115	8,1
Jubilado	72	5,1
Obrero	66	4,6
Construcción	30	2,1
Conductor	21	1,5
Hostelería	14	1,0
Cantero	11	0,8
Industria	11	0,8
Oficina	10	0,7
Comerciante	9	0,6
Mecánico	9	0,6
Electricista	5	0,4
Carpintería	5	0,4
Maestro	5	0,4
Médico	4	0,3
Panadero	3	0,2
Guardia civil	3	0,2
Pescador	2	0,1
Otros licenciados	2	0,1
Parado	18	1,3
TOTAL	1425	100,0

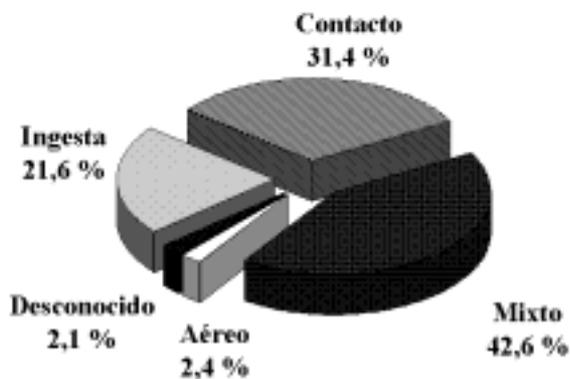


Figura 4. Distribución por mecanismo de transmisión

cias estadísticamente significativas con $p < 0,001$. Cuando se compara con la transmisión por contacto el valor de $OR=1,6$ (1,39-1,88), es decir, que es 1,6 veces más frecuente que el contacto; al comparar con la ingesta el valor de $OR=2,69$ (2,28-3,17), por lo tanto es 2,69 veces más frecuente que por ingesta.

Al estudiar la evolución del mecanismo de transmisión a lo largo de los años (Figura 5), hemos observado que

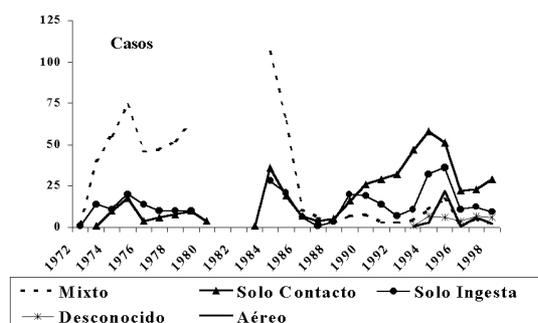


Figura 5. Casos por años según mecanismo de transmisión

desde el año 1972 hasta el año 1987 predomina la transmisión mixta, mientras que a partir del año 1990 predomina la transmisión por contacto. Tanto la transmisión desconocida, como por vía aérea, sólo se contemplan en las fichas desde 1993 a 1998.

Pasamos a describir aspectos relativos a la transmisión por ingesta, incluyendo la recogida como transmisión mixta. En un 78,76% de las fichas en las que se refleja algún tipo de ingesta consta ingesta de leche. La leche de cabra es la más frecuentemente consumida con un 75,3%, de éste en un 62,2% como único animal de procedencia. En un 55,94% de las fichas en las que se cumplimenta la ingesta, se señala consumo de derivados (queso o requesón) principalmente de cabra (43,8%); representando el queso fresco un 66,2% del total (Tabla 2). En un 7,05% del total de ingesta consta haber tomado agua de riesgo. Seguidamente consideramos aspectos relativos a la trans-

misión por contacto, incluyendo la recogida como transmisión mixta. Un 83,27% de las fichas que recogen contacto con animales corresponde al contacto con ganado caprino: bien como único animal en un 48,9%, o asociado con ovino en un 33,4% (Figura 6). Del total de fichas epidemioló-

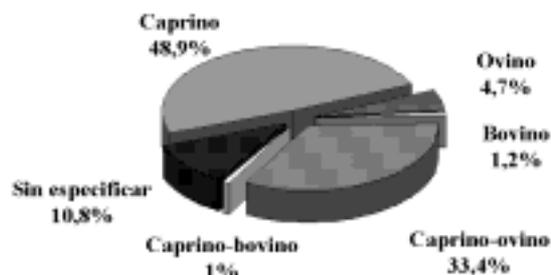


Figura 6. Contacto con animales de riesgo

gicas en las que se cumplimenta algún tipo de contacto, en un 21,51% se señala que éste fue con estiércol.

Respecto a los mecanismos de control, este epígrafe aparece a partir de 1986, su cumplimentación supone el 45,39% del total de las fichas existentes a partir de esa fecha.

A continuación analizamos diversas variables. Al comparar la variable sexo con la variable edad por intervalos, se observa que en todos los estratos de edad la brucelosis es más frecuente en el hombre, a excepción de los estratos de 0-9 años y mayor de 69 años en los que es más frecuente en la mujer.

Al comparar las variables sexo con la variable transmisión por ingesta obtenemos $OR=0,70$ (0,55-0,89). c^2_{MH} : 9,08; $p < 0,003$. Esto nos indica que la ingesta como mecanismo de transmisión es un 30% más frecuente en la mujer que en el hombre.

Al comparar las variables sexo con la variable transmisión por contacto obtenemos una $OR=2,68$ (2,11-3,40). c^2_{MH} : 71,08; $p < 0,01$, aspecto que nos señala que la frecuencia con que aparece la enfermedad por transmisión por contacto es 2,68 veces mayor en varones que en mujeres.

Al comparar las variables profesión con la variable transmisión por ingesta obtenemos una $OR=0,92$ (0,73-1,15). c^2_{MH} : 0,62; $p=0,43$, esto nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre tener una profesión de «alto» o «bajo» riesgo y el mecanismo de transmisión por ingesta.

Por último, al comparar las variables profesión con la transmisión por contacto obtenemos una $OR=6,51$ (5,01-8,46). c^2_{MH} : 232,08; $p < 0,001$, señalándonos que la frecuencia de transmisión por contacto es 6,51 veces mayor en los casos que desempeñan profesiones de «alto riesgo».

TABLA 2
FRECUENCIA DE CASOS POR INGESTA DE LECHE

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEGÚN PREPARACIÓN		
Leche hervida	523	69,8
Leche cruda	60	8,0
No consta	166	22,2
TOTAL	749	100,0
SEGÚN ANIMAL DE PROCEDENCIA		
Leche cabra	466	62,2
Leche cabra y oveja	69	9,2
Leche vaca	47	6,3
Leche cabra y vaca	29	3,9
Leche oveja	9	1,2
Leche sin especificar	129	17,2
TOTAL	749	100,0

FRECUENCIA DE CASOS POR INGESTA DE DERIVADOS LÁCTEOS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEGÚN ANIMAL DE PROCEDENCIA		
Derivados cabra	203	38,2
Derivados cabra-oveja	30	5,6
Derivados oveja	16	3,0
Derivados sin especificar	283	53,2
TOTAL	532	100,0
SEGÚN PREPARACIÓN		
Queso fresco	352	66,2
Queso	140	26,3
Requesón	40	7,5
TOTAL	532	100,0

Discusión

En nuestra serie la brucelosis es más frecuente en el sexo masculino, lo que coincide con la mayoría de los estudios realizados en otras provincias ^{1,3-5,9}. En Andalucía en 1996 hay predominio del sexo masculino en todas las provincias excepto en Huelva ¹². En cuanto a la edad en nuestro estudio la media de edad es 37,7 años, quedando dentro del intervalo entre los 29 años y los 40,8 en el que se encuentran distintos autores ^{1,10,16}. Igualmente en la edad pediátrica nuestros resultados son semejantes a los obtenidos por otros investigadores ^{1,5,9,17}.

Coincidimos con la mayoría de autores que han descrito que la brucelosis es más frecuente en los meses de primavera y verano ^{3,4,10}. Este mayor número de casos puede deberse a que en estos meses hay una situación más favorable para la transmisión de la enfermedad, es la época de la paridera del ganado caprino y ovino y comienza la producción de queso. En los últimos años se podría estar dando algún cambio en esta situación; en Andalu-

cía el mayor número de casos se concentra en los meses de marzo, abril y mayo, aunque la curva de la distribución estacional muestra una imagen menos marcada en esos meses, de lo que era tradicional ¹².

Con respecto a los casos por profesiones de «alto riesgo», el mayor porcentaje corresponde a la de agricultor, con cifras intermedias a las dadas por otros autores ^{5,9}, seguida de la de pastor, con valores superiores a los encontrados en la literatura científica ^{5,10,18}.

En cuanto a la catalogación en profesiones de «bajo riesgo», consideramos al igual que algunos autores ¹⁸ que no es muy correcta. Hay que tener en cuenta que la mujer ha tenido en el medio rural como segunda profesión la agricultura y la ganadería, aunque conste como dedicada exclusivamente a las labores del hogar. Hemos encontrado en nuestra serie que el 39,4% de los casos tienen una profesión considerada de «bajo riesgo» para padecer la enfermedad, cifra inferior a la encontrada por otros autores ^{3,5,16}, no así los porcentajes de enfermedad que

corresponden a la actividad sus labores y escolar, análogos a los que señalan otras investigaciones ^{8,18}.

Con respecto al mecanismo de transmisión de la enfermedad, tanto el mixto como el de contacto están dentro de los valores dados por diversas fuentes ^{3,12}; no así la transmisión por ingesta, con porcentaje inferior al encontrado en el conjunto de Andalucía ¹². La transmisión vía aérea sólo se registra a partir de 1993 alcanzando un valor del 2,36%, cifra aproximadamente la mitad de la que corresponde a Andalucía para los años 1995-1996 ¹². Sin embargo, el desconocido es de 2,09%, marcadamente inferior al encontrado por otros investigadores ^{3,5,9}.

Si tenemos en cuenta la evolución del mecanismo de transmisión a lo largo de los años, observamos como desde 1972 a 1987 predomina el mecanismo mixto, y a partir del año 1990 hay modificaciones, predominando la transmisión por contacto sobre la ingesta y el mecanismo mixto, estos dos últimos descienden sobre todo a partir de 1995. Esto nos hace pensar que se pueden estar dando algunos cambios en dicho mecanismo, aspecto que también ha sido considerado en otros estudios: en Andalucía, en 1995-1996 el mayor número de casos se produjo por contacto con los animales y no por la ingestión de sus productos ¹²; en la provincia de Valencia se observa, que aunque el mecanismo alimentario continúa siendo el dominante, en 1992 se ha producido un aumento relativo de la transmisión por contacto respecto a años anteriores; probablemente atribuible a un mejor control sanitario de la leche y derivados lácteos ¹¹.

El mayor número de casos por ingesta se ha debido al consumo de leche de cabra, seguido de queso fresco de origen caprino, en analogía a lo descrito en diversas publicaciones ^{4,19,20}.

El contacto con ganado en nuestro estudio supone un porcentaje superior al total de la transmisión por ingesta. En la bibliografía revisada las cifras varían según los autores ^{1,3,10}. El reservorio más importante en nuestro estudio ha sido el ganado caprino. La situación epidemiológica de Andalucía está muy unida a dicho reservorio, principalmente al mecanismo de transmisión por contacto, mientras que en la meseta castellana la brucelosis es debida sobre todo al contacto con ovejas ¹². Esto último es resaltado también por otros autores ^{3,20}; en nuestro estudio por el contrario sólo un 38,1% de los casos habían presentado contacto con ganado ovino y de éste un 33,4% estaba unido a ganado caprino.

En cuanto a los mecanismos de control relacionados con la educación sanitaria (aviso al veterinario, aislamiento del enfermo, uso de guantes, etc.) hemos encontrado que a partir de 1986 se incorpora a las fichas epidemiológicas un apartado para su registro. En esa fecha se estaba llevando a cabo la Reforma de Atención Primaria, adquirien-

do gran importancia la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Por otro lado, el comité de Expertos de la FAO/OMS da mucho relieve a la educación sanitaria para la prevención de la brucelosis ²¹. En nuestro estudio dicho apartado se ha cumplimentado en un 45,39% de las fichas disponibles desde esa fecha, porcentaje que consideramos insuficiente dada la trascendencia que tiene dicha técnica en la prevención de esta enfermedad.

Pasamos a considerar algunos aspectos del análisis de las variables. Al comparar el sexo y la edad, se observa que en todos los estratos de edad la brucelosis es más frecuente en el hombre, a excepción del grupo de 0-9 años y mayor de 69 en los que es más frecuente en la mujer. En Andalucía sin embargo, los varones desde edades tempranas presentan tasas más elevadas que las mujeres, creciendo esa desigualdad a partir de los 15 años ¹².

Al comparar las variables sexo y mecanismos de transmisión, encontramos que la transmisión por ingesta es mayor para las mujeres, con una frecuencia superior al hombre de un 30%; mientras que el hombre presenta 2,6 veces más frecuencia de transmisión por contacto. A este respecto, en un estudio realizado en Andalucía, se indica que la razón varón/mujer es predominantemente masculina, en caso de mecanismo de transmisión por contacto directo, y viceversa en la de transmisión alimentaria ¹². Nuestros datos están de acuerdo con esta afirmación. Talamante et al ²⁰ encuentra mayor frecuencia de transmisión por ingesta tanto en varones como en mujeres.

Nuestra investigación no encuentra diferencias significativas entre profesión de «alto o «bajo» riesgo y el mecanismo de transmisión por ingesta; aunque sí lo hace para la transmisión por contacto que es más elevada en profesionales de «alto riesgo». Sin embargo, otros autores ^{11,20} encuentran que la transmisión por contacto, predomina en las profesiones de «alto riesgo», mientras que la transmisión por ingesta lo hace en las de «bajo riesgo».

Bibliografía

1. Nogales Pérez MC, Sánchez Porto A, Vargas Romero J, Martín Mazuelos E, Quesada González E, Jarana Molero R. Brucelosis durante 1987 en el área sur de Sevilla. *Rev Esp Microbiol Clin* 1990; 70-74.
2. Gálvez Vargas R, Rodríguez Martín A, Rodríguez-Contreras Pelayo R, Delgado Rodríguez M. Epidemiología de la Brucelosis en la provincia de Granada (I). Riesgo profesional. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 570-572.
3. Talamante Serrulla S, Calderón Martínez C, Cortés Vizcaino C, Calatayud Sarhou A. Estudio epidemiológico de la Brucelosis en la provincia de Valencia (1943-1989). *Rev San Hig Púb* 1991; 65: 259-267.
4. Pérez-Rendón González J, Almenara Barrios J, Rodríguez Martín A. Características epidemiológicas de la brucelosis en el distrito de atención primaria de salud Sierra de Cádiz. *Aten Primaria* 1997; 19: 290-295.

5. Grasa Lambea MI, Leoz Iparagirre A, Gil Paraiso A, Anton Botella F, Pinilla Moraza J, Labarga Echeverría P et al. Brucelosis: 50 casos. Estudio epidemiológico-clínico y valoración de métodos diagnósticos. *An Med Intern (Madrid)* 1992; 9: 59-63.
 6. Young EJ. Especies de *Brucella*. En: Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Buenos Aires: Panamericana: 1997. p. 2300-7.
 7. Janbon F. Brucelosis. En *Praxis Médica*. Editorial Praxis Médica. 1994: 1-12.
 8. López de Luz MV, Ortiz Marron H. Estudio epidemiológico de la brucelosis en la provincia de Cuenca. *Rev San Hig Púb* 1986; 60: 963-979.
 9. Vázquez Villegas J, González de Quevedo Herranz M, Pardo López-Abad J, Iranzo Luna A, Sureda Santiso MD, Andrés Carretero MA et al. Brucelosis en la provincia de Almería: estudio retrospectivo en el período 1988-1990. *Aten Primaria* 1994; 13: 55-58.
 10. Arribas Llorente JL, Navarro Gracia JF, Hernández Navarrete MJ, Muniesa Cuenca MP, García Mata JR, Rosas Navarro A, et al. Epidemiología de la brucelosis. Estudio retrospectivo de 246 casos hospitalarios. *Rev Clín Esp* 1989; 185: 60-64.
 11. Talamante Serrulla S, González Arráez JI, Sabater Pons A, Cortina Greus P. «Cambios actuales en los mecanismos de transmisión predominantes de la brucelosis en la provincia de Valencia». *Rev San Hig Púb* 1992; 66: 93-102.
 12. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Brucelosis. Informe 1996. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) 1998; 3.
 13. Castell Monsalve J, Rullán JV, Peiró Callizo EF, Nieto-Sandoval Alcolea A. Estudio de un brote epidémico de 81 casos de brucelosis consecutivo al consumo de queso fresco sin pasteurizar. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 303-311.
 14. Ivañez Gimeno L, Pérez Lozano C. Brote de Brucelosis. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) 1999; 4.
 15. Serrano JL, Parrón T, Martínez JJ, Marín P, Cuenca L. La brucelosis de origen ocupacional en Almería. Comunicación al V Congreso Nacional de Sanidad Ambiental. Granada, 3-5 noviembre 1999.
 16. Colmenero JD, Porras JJ, Valdivieso P, Porras JA, De Ramon E, Cause M et al. Brucelosis: estudio prospectivo de 100 casos. *Med Clin (Barc)* 1986; 86: 43-48.
 17. Baselga Asensio C, Ramos Fuentes FJ, Bueno Lozano M, Gracia Casanova M, Olmedillas Alvaro MJ, González Fernández F. Brucelosis Infantil en Aragón. (Estudio epidemiológico de 375 casos). *Acta Pediatr Esp* 1989; 47: 97-100.
 18. Cuesta Sánchez J, Prieto Marcos I, Sánchez García JM, Escalada Ruiz-Falco F. Estudio epidemiológico de la brucelosis en la provincia de Zamora durante 1973-1982. *Rev San Hig Púb* 1984; 58: 753-767.
 19. Caylà Buqueras JA, Canals Innamorati P, Pereferrer Kleiner D. Brucelosis en una zona industrial: Estudio epidemiológico. *Med Clin (Barc)* 1983; 81:91-94.
 20. Talamante S, González JI, Cortina P, Cortés C, Giménez F. Principales mecanismos de transmisión de la brucelosis en la provincia de Valencia. *Medicina Preventiva* 1997; 3: 12-18.
- FAO/WHO. Expert committee on brucellosis (Sixth Report) Technical Report series núm. 740 World Health Organization Geneva 1986.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Formulación magistral en atención primaria

Rosales Zabal JM¹, Muñoz Beltrán JC².

¹ Médico de familia. Unidad de Urgencias. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

² Dermatólogo. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

1. INTRODUCCIÓN

A la hora de establecer un tratamiento, una de las posibilidades que se le ofrece al médico es la prescripción de medicamentos en fórmulas magistrales. Estas fórmulas se han utilizado fundamentalmente para el tratamiento tópico de enfermedades de la piel. En la actualidad, debido al gran desarrollo de la industria farmacológica, con la enorme competencia entre los distintos laboratorios que ha propiciado la existencia de gran número de preparados comerciales, el uso de la formulación magistral ha disminuido considerablemente. Excepto en determinados casos, es preferible prescribir preparados comerciales, ya que ofrecen ventajas frente a las fórmulas magistrales (tabla 1), a pesar de lo cual éstas conservan algu-

Según el artículo 8 de la Ley del Medicamento de 1991, se entiende por *fórmula magistral* un medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por el farmacéutico, o bajo su dirección, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluye, según las normas técnicas y científicas del arte farmacéutico, dispensado en su farmacia o servicio farmacéutico y con la debida información al usuario. La fórmula magistral se elaborará en la oficina de farmacia siendo el farmacéutico el responsable del producto. Así mismo debe etiquetar correctamente, según manda la ley, cualquier fórmula magistral, estando prohibido ocultar la verdadera composición de la misma.

TABLA 1
VENTAJAS DE LOS PREPARADOS COMERCIALES Y LAS FÓRMULAS MAGISTRALES

Ventajas de los preparados comerciales	Ventajas de las fórmulas magistrales
<p>Son más económicos.</p> <p>Dispensación inmediata.</p> <p>Preparado más uniforme.</p> <p>Alta garantía de calidad.</p> <p>Llevan prospecto, pudiendo evitar accidentes debidos a mal uso.</p> <p>Independencia de la farmacia.</p>	<p>Pueden utilizarse principios activos que no se comercializan.</p> <p>Puede recetarse mayor cantidad del producto.</p> <p>El efecto placebo es mayor.</p> <p>El tratamiento es más individualizado.</p> <p>La automedicación es más difícil.</p> <p>Ideal para pacientes alérgicos al poder excluirse perfumes, conservantes...</p> <p>No llevan prospecto, lo que puede suponer una ventaja en el caso de pacientes hipocondríacos.</p>

nas ventajas sobre los preparados comerciales que pueden ser aprovechadas.

La prescripción de fórmulas magistrales va seguida de una serie de convencionalismos expresados mediante abreviaturas, algunas de las cuales se recogen en la tabla 2.

En las recetas de la Seguridad Social la cantidad máxima que se puede recetar en fórmulas magistrales es de 1 litro para líquidos, 250 gramos para sólidos y semisólidos y de 100 unidades para cápsulas y comprimidos.

Recibido el 26-11-2000; aceptado para su publicación el 14-02-2001.

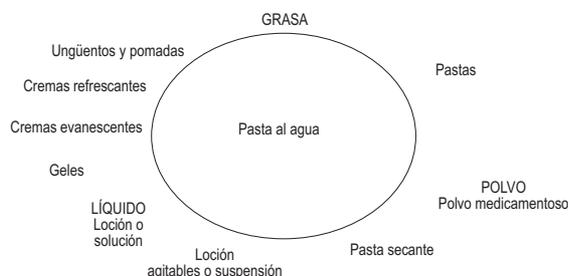
Medicina de Familia (And) 2001; 2: 53-58

TABLA 2
ALGUNAS ABREVIATURAS UTILIZADAS EN LAS FÓRMULAS MAGISTRALES

<p>D o Dp/: despáchese o dispéñese. h.s.a.: hágase según arte (final educado reconociendo la habilidad del farmacéutico para preparar la fórmula). d.s.a.: disuélvase según arte. m.s.a.: mézclase según arte. c.s.p.: cantidad suficiente para (se escribe tras el excipiente principal seguida de una cifra en gramos o mililitros, que indica la cantidad total en peso o volumen de la fórmula a despachar). aa.: de cada, a partes iguales.</p>

Por otro lado, la ley tiene fijados unos precios máximos tanto para los principios activos como para los excipientes y los envases.

2. EXCIPIENTES



Los excipientes utilizados en la preparación de las fórmulas magistrales pueden ser básicamente de tres tipos: **grasas** (ya sean líquidas, viscosas o sólidas, tales como emolientes del aceite de oliva, vaselina, lanolina, manteca...), **polvos** (que son refrescantes, desecantes y des congestionantes, e incluso algunos fungicidas, antisépticos o antiseborreicos; los más usados son el talco, óxido de zinc, caolín...) y **líquidos** (fundamentalmente el agua y el alcohol).

Estos excipientes pueden utilizarse de forma individual o bien mezclándolos entre sí, con lo que se obtienen las **bases medicamentosas** (Esquema anterior y tabla 3).

TABLA 3
BASES MEDICAMENTOSAS

Mezcla de grasas	Ungüentos y Pomadas
Mezcla de polvos	Polvos medicamentosos
Mezcla de líquidos	Lociones o Soluciones
Grasa + polvo	Pastas
Grasa + líquido	Cremas
Grasa + polvo + líquido	Pasta al agua
Polvo + líquido	Lociones agitables o Suspensiones
Otros	Geles, Barnices, Colas, Emplastos...

Las **soluciones** están indicadas en dermatosis exudativas agudas, en forma de curas húmedas, fomentos o baños. (ej. solución de permanganato potásico al 1/20.000). Son muy útiles en zonas pilosas y en la cavidad oral.

Las **suspensiones**, tales como la loción de calamina (calamina 15%, óxido de zinc 5%, glicerina 5%, agua 75%) tienen un efecto refrescante ya que el líquido se evapora quedando el polvo sobre la piel. Son útiles en dermatosis vesiculosas poco secretantes, estando contraindicadas en las muy secretantes. Debe tenerse la precaución de agitar el envase antes de usarse, pues los polvos sedimentan rápidamente.

Cuando la proporción de polvo de la mezcla es mayor se obtiene una **pasta secante**, por ej. óxido de zinc 30%, talco 30%, glicerina 20%, agua 20%.

Los **polvos medicamentosos** están fundamentalmente indicados en inflamaciones e irritaciones mecánicas poco exudativas, no usándose si hay mucha exudación o supuración. La mezcla más usada es la de talco y óxido de zinc.

Las **pastas** son útiles en eczemas crónicos, ya que secan manteniendo la piel suave. No deben usarse en zonas pilosas, infecciones o dermatosis muy secretantes. La más usada es la de Lassar (almidón 24%, óxido de zinc 24%, ácido salicílico 2%, parafina blanda blanca 50%). Debido a que permanecen donde se aplican (no se «desparraman» como las cremas) se emplean cuando se quiere aplicar una sustancia en una zona concreta de piel sin afectar a la piel normal circundante (por ej. ditranol en una psoriasis). Se aplican con espátula y se limpian con aceite.

Los **ungüentos y pomadas** son grasos, con muy poca agua, y forman una capa impermeable sobre la piel que impide la evaporación del agua. Se usan en dermatosis crónicas para eliminar suavemente las escamas y mejoran la piel seca y agrietada. Empeoran las inflamaciones agudas.

Las **cremas** son emulsiones entre una sustancia o fase externa en la que se dispersa otra interna. Si se dispersa la grasa dentro del agua, obtenemos una emulsión óleo/acuosa (O/W), y si es el agua en la grasa será una emulsión acuoleosa (W/O).

Las emulsiones W/O son muy adecuadas para añadirles medicamentos liposolubles. Son cremas emolientes y lubricantes. Se comportan como aceites, no mezclándose con los exudados de la piel. Poseen las ventajas de las pomadas y algunos de sus inconvenientes. Pueden absorber sudor y secreciones cutáneas, y al evaporarse el agua que contienen son refrescantes. Las

más características son las *cold-cream* (gran proporción de grasa y poca de agua), las emulsiones con contenido graso variable del 15% al 35%, y el *linimento óleo-cal-cáreo* (gran contenido graso pero de consistencia fluida). Tienen propiedades antiinflamatorias, mientras que las pomadas pueden causar congestión.

Las emulsiones O/W se usan con medicamentos hidrosolubles. Su fase externa es acuosa y por tanto presentan algunas propiedades de las lociones. En realidad son soluciones sólidas poco grasas. Son ideales para proteger la piel de suciedad, pues se mezclan muy bien con las secreciones de la superficie cutánea, no manchan y se lavan rápidamente con agua. Existen diversas emulsiones de este tipo que se diferencian fundamentalmente por el porcentaje de su contenido graso: *loción base Lanette*, *loción Martindale*, *crema base Beeler*, *crema base Lanette*, *crema acuosa B.P.*, *ungüento hidrófilo USP...* etc. Su principal inconveniente es que al evaporarse el agua pueden irritar una piel reseca.

Los *geles* son emulsiones semisólidas transparentes de polímeros orgánicos (agar, gelatina, celulosa...) en un líquido (agua). A la temperatura corporal se fluidifican mucho, por lo que están muy indicados en zonas pilosas. Son también muy útiles en cosmética para pieles grasas.

Las *pastas al agua o «pastas refrescantes»* están indicadas en las dermatosis inflamatorias subagudas. Al igual que muchas cremas, no son muy útiles en las dermatosis agudas secretantes, y tampoco en las dermatosis crónicas y escamosas ya que no son bastante grasas y su actividad es débil. Algunos autores incluyen en este grupo el linimento óleo calcáreo.

3. SUSTANCIAS ACTIVAS

Son los medicamentos que se añaden a las bases medicamentosas para que actúen sobre las dermatosis. Existen numerosos principios activos, los más importantes y utilizados son los siguientes:

3.1. Antiinflamatorios. Se clasifican en función de su intensidad de acción siendo *suaves* como el ácido bórico, ácido salicílico y resorcina; de *acción intermedia* como el ictiol y el ácido tánico; *fuertes* como la loción de fenol al 1-2%, breas (enebro, cedro...), alquitrán de hulla y *fortísimos* como la antralina y el ácido pirogálico. También se incluyen en este grupo los corticoides que a su vez se clasifican en cuatro grupos en función de su potencia de acción, pasando desde los de potencia I (muy baja) como la hidrocortisona en solución acuosa al 1%, hasta los muy potentes o de potencia IV como el propionato de clobetasol.

3.2. Antipruriginosos. Tales como el *mentol* (0,25-2%), *timol* (0,25-2%), *fenol* (1-2%) y *resorcina* (1-2%).

3.3. Antisépticos. Como el *alcohol yodado al 2%*, *permanganato potásico al 1/10.000-20.000* y el *sulfato de cobre al 1/1.000*.

3.4. Antibióticos. Los más utilizados son *la neomicina*, *bacitracina*, *gentamicina*, *polimixina-B*, *eritromicina*, *clindamicina*. La *penicilina* y la *estreptomocina* son muy sensibilizantes aplicados localmente.

3.5. Antivirales. Como el aciclovir en crema, o el Aldara^R cuyo empleo en verrugas, condilomas y *molluscum*, así como en otras lesiones (papulosis bowenoide, carcinoma basocelular...) está siendo valorado positivamente.

3.6. Astringentes. Son sustancias que aplicadas sobre la piel determinan una finísima escara que protege esa área de la infección ayudando a la epidermización. Se usan el *ácido salicílico*, *resorcina*, *ácido tánico*, *nitrato de plata*, *permanganato potásico*, *acetato de aluminio*, *subacetato de plomo* y *sulfato aluminico*.

3.7. Queratolíticos. Eliminan el exceso de capa córnea. Son útiles en el psoriasis, ictiosis, acné... Se usan el *peróxido de benzoilo al 5-10%*, *ácido retinoico al 0,025-0,1%*, *ácido salicílico al 5-10%*, *resorcina al 10%*, *betanaf-tol al 5-10%* y *azufre al 40%* entre otros.

3.8. Cáusticos. Se utilizan para tratamiento de verrugas y condilomas, tales como el ácido salicílico y el ácido láctico al 10% en colodion elástico, formando el «*colodion lactosalicílico*»(en verrugas). También la *tintura de podofilino al 10-25%* (en condilomas) y el *ácido tricloroacético* (en queratomas actínicos).

3.9. Citostáticos. Muy poco utilizados a nivel general. Destacan las *mostazas nitrogenadas al 0,05%* en *solución acuosa* para el tratamiento de la micosis fungoide, el *5-fluoruracilo en pomada o solución de propilenglicol al 5%* en queratomas actínicos y carcinomas superficiales, o intralesional en verrugas plantares, y el *podofilino o la colchicina* para el tratamiento de queratomas, basaliomas, queratoacantomas...

3.10. Enzimas proteolíticos. Eliminan los tejidos necrosados. Se usan preparados de tripsina, quimiotripsina, colagenasas, peptidasas, estreptoquinasa y estreptodornasa.

3.11. Otros. Tales como sustancias vasoconstrictoras, antiperspirantes, pigmentantes y despigmentantes, depilatorios, protectores y filtros solares... etc.

4. FÓRMULAS MAGISTRALES

A continuación se exponen una serie de ejemplos de diversas fórmulas magistrales en función de la patología a cuyo tratamiento va destinado. No son las únicas, pues existen diferentes fórmulas en cuanto a su composición y proporciones para tratar las mismas patologías.

1. Psoriasis

Dp/ Dipropionato de betametasona 0,5%
Urea 15%
Ácido salicílico 10%
Parafina líquida 10%
Crema O/W c.s.p. 100

Dp/ Antralina 0,1-0,5%
Ácido salicílico 0,5-2%
Parafina dura 5%
Pasta Lassar U.S.P. c.s.p. 100 g.

Dp/ Ditranol 0,1-0,5%
Ácido salicílico 0,2-0,5%
Óxido de zinc 25%
Almidón 25%
Vaselina filante c.s.p. 100

2. Psoriasis capitis

Dp/ Urea 10 g.
Resorcina 5 g.
Acetónido de triamcinolona 0,10 g.
Cera Lanette 14 g.
Aceite de parafina 15 g.
Solución acuosa c.s.p. 100 cc.

Dp/ Antralina 0,5-1%
Ácido salicílico 0,5-2%
Lauril sulfato sódico 2%
Alcohol cetílico 22%
Aceite mineral c.s.p. 100 ml.

3. Onicomicosis

Dp/ Glutaraldehído 10%
Tween 80 0,1%
Solución acuosa c.s.p. 60 g.
Tamponar a pH: 7-8

4. Perionixis

Dp/ Sulfacetamida 10 g.
Solución alcohólica 50.º c.s.p. 100 g.

5. Sudamina (miliaria)

Dp/ Solución de acetato de alumina 5 g.
Lanolina anhidra 25 g.
Pomada agua de rosas 30 g.

6. Melasma

Dp/ Hidroquinona 2 g.
Ac. Retinoico 0,05 g.
Acetonidotriamcinolona 0,10 g.

Alcohol 70º
Propilenglicol aa hasta 100 cc.

7. Sarna

Dp/ Azufre 20%
Talco 10 g.
Óxido de zinc 10 g.
Vaselina c.s.p. 100 g.

Dp/ Permetrina 5%
Crema base Lanette c.s.p. 100 g.

8. Prurito

Dermatosis secas

Dp/ Urea 5-10%
Lanolina 7%
Mentol 0,5%
Alcanfor 0,5%
Acetónido de triamcinolona 0,1%
Excipiente O/W 250 g.

Dermatosis húmedas

Dp/ Mentol 2%
Alcanfor 1%
Thesit 0,5%
Loción de calamina USP XIV 150 g.

9. Condilomas acuminados

Dp/ Resina de podofilino peltatum 5-20%
Tintura de Benjuí 30 ml.

Dp/ Resina de podofilino peltatum 5-20%
Solución alcohólica de resina de podofilino al 20% o solución hidroalcohólica 30 ml.

10. Verruga vulgar

Dp/ Ácido salicílico 5g.
Ácido láctico 20 g.
Eosina 0,5 g.
Colodion elástico 30 g.

11. Verrugas plantares

Dp/ Ácido salicílico 5-15%
Ácido láctico 5-15%
5-Fluoruracilo 1-3%
Colodion elástico 30 g.

Dp/ Ácido salicílico 15-25%
Urea 15-20%
Gentamicina 0,1%
5-Fluoruracilo 2-3%
Vaselina 40 g.

12. Molluscum contagiosum

Dp/ Prilocaina 2,5%
Lidocaína 2,5%
Emulsión O/W c.s.p. 20 g.

Dp/ Cantaridina 1%
Podofilino 3-5%
Verde brillante 0,003%
Colodion elástico y sol c.s.p. 2 ml.

13. Hemorroides

Dp/ Lidocaína 4%
Pomada cetílica FE IX c.s.p. 30 g.

14. Fisuras

Dp/ Solución acuosa de nitrato de plata al 2%, 20 ml.

15. Dermatitis agudas exudativas

Dp/ Solución de subacetato de aluminio
USP XX 545 ml.
Ácido acético glaciar 15 ml.
Agua bidestilada c.s.p. 1000 ml.

Dp/ Solución acuosa de nitrato de plata al 0,1-0,5%
potásico al 1/10000

16. Balanitis

Dp/ Sulfato de cobre 1 g.
Sulfato de zinc 2 g.
Alumbre 3 g.
Agua destilada c.s.p. 1 l.

Dp/ Subacetato de plomo 5 g.
Alcohol de 90.º 11ml.
Agua destilada 484 ml.

17. Eczemas subagudos

Dp/ Talco 20 g.
Óxido de zinc 20 g.
Glicerina 30 g.
Agua con alcohol al 10% 30 g.

18. Eczemas crónicos

Dp/ Brea destilada de ulla 3 g.
Pasta Lassar 97 g.

Dp/ Lanolina 7%
Urea 5-10%
Acetónido de triamcinolona 0,1%
Excipiente emoliente O/W 100 g.

19. Intértrigos

Dp/ Ácido salicílico 2%
Óxido de zinc 25%
Almidón 25%
Vaselina blanca filante c.s.p. 100 g.

Dp/ Aceite de linaza 250 g.
Agua de cal 250 g.
Óxido de zinc 50 g.

Dp/ Calamina 40 g.
Óxido de zinc 40 g.
Polietilenglicol 400 40 g.
Monoesterato de PEG 400 10 g.
Agua 150 ml.

20. Intértrigos sobreinfectados por dermatofitos

Dp/ Óxido de zinc 10 %
Ketoconazol 2%
Linimiento oleocalcáreo 100g.

Dp/ Ácido bórico 1%
Fenol 4,5 %
Resorcina 10 %
Fucsina 0,3%
Acetona en agua 5%
Agua 50 ml.

21. Hiperqueratosis del cuerpo

Dp/ Ácido salicílico 3-60%
Vaselina 100 g.

22. Hiperqueratosis de palmas y plantas

Dp/ Ácido salicílico 6%
Propilenglicol 60%
Gel de etanol-celulosa c.s.p. 100 g.

23. Hiperqueratosis del cuero cabelludo

Dp/ Crema nueva de Darier (Novo-Darier)
Resorcina aa 8-10%
Ácido salicílico aa 8-10%
Acetónido de triamcinolona 0,1%
Crema base de Lanette c.s.p. 100 g.
Dp/ Ácido salicílico 3-6%
Urea 10%
Propilenglicol 60%
Agua c.s.p. 150 ml.

24. Lesiones de la mucosa oral

Dp/ Bupivacaína inyectable 0,5%
ampollas de 40 ml.
Agua destilada c.s.p. 80 ml.

Dp/ Clorato potásico 8 g.
Biborato sódico 6 g.
Rodomiel 60 g.
Resorcina 6 g.
Cocimiento de Llantén al 5% 120 g.

Dp/ Ac. Triamcinolona 0,1 % en *orobase*, csp 25 g

5. CONSIDERACIONES FINALES

Las fórmulas magistrales deben entregarse al paciente adecuadamente etiquetadas, de forma que en éstas se debe incluir de manera obligatoria el nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia dispensadora de la fórmula, la composición cuantitativa de la fórmula al completo, el nombre del paciente, del médico que prescribe y su número de colegiación, la vía de administración y forma de aplicación, posología, caducidad, número de registro del recetario de la farmacia y condiciones especiales de conservación del medicamento.

Las fórmulas magistrales son en general de uso extemporáneo, por lo que es aconsejable desechar lo que sobre del medicamento al finalizar el tratamiento.

El paciente debe conocer que la fórmula magistral es un medicamento, y como tal puede producir efectos secundarios. Por ello el médico debe explicárselo adecuadamente y darle por escrito la posología e instrucciones de uso.

PUNTOS CLAVE

1. La utilización de fórmulas magistrales en el tratamiento tópico de lesiones cutáneas es un método más dentro del amplio arsenal terapéutico disponible para el médico de familia. Sin embargo y aunque presentan una serie de ventajas aprovechables, en líneas gene-

rales debe prevalecer el uso de los preparados comerciales.

2. Tanto la prescripción por parte del médico, como la elaboración por parte del farmacéutico de las fórmulas magistrales, están sujetas a una serie de normas cuyo estricto cumplimiento está regulado por la Ley del Medicamento de 1991. De esta forma las fórmulas deben estar correctamente etiquetadas e incluir una serie de datos específicamente determinados, tales como el nombre del farmacéutico, del médico, número de colegiación, paciente, posología y forma de administración... etc.

3. Existen tres tipos básicos de excipientes para la elaboración de las fórmulas magistrales: las grasas, los polvos y los líquidos. La combinación entre ellas da lugar a las bases medicamentosas, cada una con indicaciones específicas de uso según el tipo de lesión a tratar. En general, cuanto más aguda es una dermatosis, más líquida debe ser la base medicamentosa. Si la lesión es muy crónica o muy seca, van a ser de elección los preparados en pomadas y ungüentos.

4. Las sustancias activas son los medicamentos que se añaden a las bases medicamentosas para constituir la fórmula magistral. Existen multitud de principios activos, cada uno con unas indicaciones terapéuticas específicas. Así mismo se usan en diferentes concentraciones en función de la necesidad o gravedad de las lesiones.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ribera M, Casanova JM. Formulación magistral en dermatología para el médico de atención primaria. *Formación Médica Continuada* 1997; 4:198-205.
2. Umbert P, Llambí F. La formulación magistral en la dermatología actual. 1 ed. Barcelona: Laboratorios Menarini, S.A; 1998.
3. Vilaplana J, Del Pozo A. Preparaciones magistrales en la dermatología básica. 1 ed. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A; 1995.
4. Camacho F. Terapéutica dermatológica. En: Armijo M, Camacho F, editores. *Dermatología*. 2 ed. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A; 1991. p. 75-78.
5. Leppard B, Ashton R. *Tratamiento en Dermatología*. Oxford 1994. Radcliffe Medical Press.

A DEBATE

A propósito de la Incapacidad Temporal (I.T.)

Esteban López S¹, Abellán Hervás MJ².

¹ Médico de familia, ² Médico de empresa.

Inspección Médica de Servicios Sanitarios del ISM. Cádiz

INTRODUCCIÓN

«La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.»

Código de Ética y Deontología, OMC.

Hemos podido observar en los tres últimos años, como la gestión de las bajas laborales, sentida por los profesionales como una cuestión exclusivamente administrativa y llena de sinsabores, ha resurgido, convirtiéndose en noticia de primera plana en medios de comunicación y en gran parte de las revistas y publicaciones médicas, dando muestra de la inquietud gestora de nuestro Gobierno.

Con el presente artículo se pretende dar a conocer una serie de conceptos básicos que rigen el marco legislativo que concierne a la gestión de la incapacidad temporal en nuestro país y sobre todo mostrar el papel primordial que juega el médico de familia en su manejo.

Como en muchos otros aspectos propios de la Atención Primaria, el mayor conocimiento, la valoración y decisión sobre un aspecto clínico de nuestros pacientes, como puede ser una incapacidad para desarrollar una determinada actividad como la laboral, es sin duda atribuible al ámbito de nuestra especialidad. La Atención Primaria como base del sistema sanitario y la Medicina de Familia como disciplina que permite el abordaje integral del individuo, con una visión global desde el modelo biopsicosocial, fundamentado en una correcta comunicación y relación médico-paciente, nos ofrece las herramientas más potentes a la hora de establecer la mejor valoración del menoscabo laboral de nuestros pacientes, situando al médico de familia en una posición privilegiada frente al

resto de entidades implicadas en la gestión de la incapacidad laboral.

La baja laboral obedece a una causa médica, es decir, es consecuencia de una decisión puramente clínica, aunque en muchas ocasiones los médicos de familia tendemos a considerar más su aspecto burocrático-administrativo que su vertiente técnico-científica, siendo poco conscientes de la responsabilidad social y económica que nuestras decisiones conllevan.

La prestación económica derivada de la incapacidad temporal ha pasado de 280.000 millones de pesetas en 1988 a 505.500 millones en 1994. Durante los años 1995 a 1996 se inició un periodo de contención y posterior descenso, siendo la cantidad destinada para su aplicación en 1997 de 450.00 millones, lo cual supone un coste/año/trabajador medio de 35.000 pesetas¹. En el seno del consejo de Política Fiscal y Financiera de 1997 se suscribió un Acuerdo de Financiación de los Servicios de Sanidad para el periodo 1998-2001, constituyéndose un fondo para la mejora de gestión y lucha contra el fraude en la incapacidad temporal que en 1998 ascendió a cuarenta mil millones de pesetas, siendo transferidos directamente desde el INSS al INSALUD y a las distintas Comunidades Autónomas².

A pesar de estos importantes acuerdos, que tanto afectan a nuestro trabajo diario, hemos vivido este proceso como algo lejano, sin demasiada implicación por nuestra parte, viéndonos sorprendidos por el alcance que ha tomado todo lo referente a la gestión de la incapacidad.

Muchos médicos de familia se sienten perdidos cuando se enfrentan a Ordenes

Ministeriales, Reales Decretos, Leyes... y se ven involucrados en una compleja red que dispone de Inspecciones Médicas, UVMI, EVI, INSS, INSALUD, Mutuas... preguntándose en este punto ¿qué papel jugamos nosotros en todo este complejo entramado?

Antes de analizar el entorno normativo que nos rige y que

Recibido el 26-11-2000; aceptado para su publicación el 14-02-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 59-63

puede resultar no bien conocido, es importante que nos familiaricemos con una serie de términos que resultan imprescindibles para su comprensión.

I.T.: INCAPACIDAD TEMPORAL

Nuestro sistema de Seguridad Social da derecho a una prestación económica y de asistencia sanitaria por esta causa³, ya sea derivada de contingencias comunes, es decir, la enfermedad común y el accidente no laboral, o de contingencias profesionales como son el accidente de trabajo y las enfermedades profesionales.

I.N.S.S.: INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Es la Entidad Gestora de las prestaciones de Seguridad Social, depende del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y es competente para evaluar y revisar la prestación por incapacidad laboral, mediante un servicio de médicos propio⁴.

E.V.I.: EQUIPO DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES

Constituye un equipo multidisciplinar, dependiente del INSS y entre sus funciones se encuentran examinar la situación de incapacidad del trabajador y el seguimiento de las prestaciones económicas por IT⁵.

INSALUD: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Es la Entidad Gestora de los servicios sanitarios de la Seguridad Social en aquellas Comunidades Autónomas que no tienen transferida la asistencia sanitaria. Está bajo la dirección del Ministerio de Sanidad y Consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo⁶.

U.V.M.I.: UNIDAD DE VALORACIÓN MÉDICA DE INCAPACIDADES

Conocida como Unidad de Inspección Médica, dependiente de las Direcciones Provinciales del INSALUD o del Servicio Público de Salud Autonómico. Tiene asignadas las funciones de inspección y evaluación de la incapacidad temporal⁷.

MATEPSS: MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Son conceptuadas como Entidades Colaboradoras. Forman parte del Sistema de Seguridad Social, bajo la

dirección y tutela del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Gestionan una actividad pública, administrando fondos y prestaciones públicas y tienen como objetivo la colaboración en las contingencias profesionales y comunes.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE BAJA LABORAL

Desde el año 1994 se han venido produciendo una serie de modificaciones normativas y legales referidas a la acción protectora de la Seguridad Social (SS) en materia de Incapacidad Laboral. Hasta el año 1999 la baja médica era conocida como Incapacidad

Laboral Transitoria, término que fue sustituido por el de Incapacidad Temporal con la entrada en vigor de la Ley 42/94 de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. Esta misma ley 42/94 modifica el anterior concepto de incapacidad laboral contenido en el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social. En el art.128, de dicho texto queda definido el concepto de Incapacidad Temporal (I.T.), considerándose situaciones determinantes de I.T. la enfermedad común o profesional, el accidente laboral y no laboral, mientras que el trabajador esté impedido para el trabajo y necesite de asistencia sanitaria. La duración máxima de I.T. es de 12 meses prorrogables por otros 6 meses, cuando se prevea que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación⁸.

Anteriormente a la entrada en vigor en enero de 1995 de la Ley 42/94 y del nuevo concepto de I.T., éste englobaba a la maternidad, la adopción y el acogimiento como causas de baja laboral⁹, situaciones difícilmente asumibles como tales por no tratarse realmente de patologías. En la actualidad las mencionadas son consideradas como situaciones protegidas por la SS con derecho a prestación económica, desligadas del concepto incapacitante derivado de la enfermedad.

MARCO LEGAL VIGENTE

En el año 1997 se aprueban dos Reales Decretos (R.D.) encuadrados en el Programa del Gobierno de Lucha contra el uso indebido de la protección social y el fraude. Estos son el R.D. 575/97 sobre Gestión y Control en las prestaciones económicas derivadas de la I.T. y el R.D. 576/97 sobre modificación del Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las MATEPSS.

En ellos se introducen modificaciones sustanciales en la gestión de la I.T., surgidas de los acuerdos de cooperación y colaboración establecidos en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud entre el I.N.S.S., las Mutuas, el INSALUD y los Servicios de Salud Autonómicos.

El R.D. 575/97 en su art. 1 establece que la declaración de baja médica, cuando se trate de enfermedad común y accidente no laboral, se hará en el correspondiente parte médico de baja, que será expedido por el médico del Servicio Público de Salud inmediatamente después de que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado. En el ámbito de las contingencias profesionales son los médicos de las MATEPSS quienes expedirán los correspondientes partes médicos de baja, alta y confirmación¹⁰.

Para facilitar la aplicación práctica de este R.D. se aprueban por Orden Ministerial, los nuevos modelos de partes médicos de baja, alta y confirmación, en los que hay que hacer constar el diagnóstico, la descripción de las limitaciones funcionales y una previsión de la duración del proceso patológico. Esta petición de información clínica se repite a medida que se prolonga el proceso de I.T. Así se establece en el R.D. 575/97, art. 1.3, que al llegar al 3º parte de confirmación se cumplimentarán los apartados correspondientes al informe médico complementario que figuran en el parte de confirmación y deberán formalizarse en los sucesivos partes de confirmación cada cuatro semanas.

Así contemplado este marco administrativo, nos lleva a plantearnos de forma inmediata, no exenta de cierta angustia, el aumento en la burocratización de nuestras consultas, ya de por sí sobrecargadas. Ante esta sensación, absolutamente razonable por otra parte, diferentes grupos de trabajo de sociedades científicas de Medicina de Familia han elaborado una serie de propuestas encaminadas a mejorar el trámite administrativo de la I.T. Entre ellas se cuenta de forma destacada la modificación de los partes de baja/alta y de confirmación dependiendo de la duración prevista para el proceso clínico causante de I.T.

El cambio quizás más importante de toda la reforma recae en la declaración del alta médica. Hasta la entrada en vigor del Real Decreto 117/98 que modifica parcialmente el R.D. 575/97, la expedición del parte médico de alta sólo podían realizarlo los facultativos del Servicio Público de Salud, es decir los médicos de Atención Primaria o la Inspección Médica, pero con este nuevo R.D. se faculta a los médicos adscritos al I.N.S.S. a extender partes de alta médica y no así de baja médica. El alta médica así expedida tendrá exclusivamente efectos económicos, determinando la extinción de la prestación económica por I.T., dando derecho al trabajador a incorporarse a su empresa, sin perjuicio de que el Servicio Público de Salud continúe prestando al trabajador la asistencia sanitaria sin baja médica¹¹.

En caso de que un médico adscrito al I.N.S.S. o a una Mutua, decida dar un alta médica deberá comunicarlo al Servicio Público de Salud a través de la Inspección Mé-

dica correspondiente, a fin de que el facultativo de Atención Primaria pueda manifestar su opinión, para lo que dispone de un plazo de tres días hábiles, encaminado a evitar situaciones tan absurdas como que un trabajador considerado por su médico de familia como incapacitado laboralmente tenga que incorporarse a su trabajo por la extinción de la prestación económica por I.T. como consecuencia de la decisión de los servicios médicos de la entidad gestora, I.N.S.S. o Mutuas, aún sin estar en condiciones de hacerlo. Si se produce esta situación de alta médica emitida por los médicos del I.N.S.S., en los seis meses siguientes una nueva baja por la misma patología que derivó el alta solo podrá ser extendida por la Inspección Médica del Servicio Público de Salud.

MUTUAS E INCAPACIDAD TEMPORAL

Al amparo de la Ley General de Seguridad Social se autoriza la colaboración en la gestión de la SS a las MATEPSS y a las Empresas¹². Desde que se crearon las Mutuas mediante la Ley de Accidentes de Trabajo en 1900, estas han venido participando en la gestión de la Incapacidad, asumiendo la cobertura de las prestaciones por I.T. derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Esta situación daba lugar a una división de la protección social: por una parte las contingencias comunes son asumidas por la Entidad Gestora (INSS) y las profesionales pueden serlo bien por la Entidad Colaboradora (MATEPSS) o por la Gestora.

Con las últimas reformas legislativas se confiere un mayor protagonismo a las Mutuas en cuanto a su colaboración en la gestión, introduciéndose la novedad de que las MATEPSS están autorizadas para gestionar y controlar la cobertura de la prestación por I.T. derivadas de enfermedad común. Así, en la Ley 13/96 de 30 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social se prevé que para una gestión eficaz de esta prestación, el INSS, las Mutuas, el INSALUD y los Servicios de Salud Autonómicos establezcan los oportunos acuerdos de colaboración¹³.

Para llevar a cabo el cumplimiento de la citada Ley se aprueba el RD 576/97 por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de la SS de las Mutuas, en cuyos artículos 82 y 83 se establece el ámbito de cooperación y colaboración¹⁴. Pero es en el RD 575/97 donde se especifican sus actuaciones concretas, esto es que las Entidades Gestoras o Mutuas pueden llevar a cabo aquellas actividades que tengan por objeto comprobar el mantenimiento de los hechos causantes de la baja laboral, estando facultados sus servicios médicos para acceder a los informes y diagnósticos relativos a la baja e incluso a reconocer médicamente a los trabajadores, así como para declarar propuestas motivadas de alta

médica cuando consideren que el trabajador no está impedido para desarrollar su trabajo. La negativa infundada a tales reconocimientos por parte del trabajador dará lugar a una propuesta de alta médica por parte de la Mutua, que será remitida a través de las unidades de Inspección Médica del Servicio Público de Salud a los facultativos de Atención Primaria, los cuales deberán pronunciarse en 10 días reiterando la baja o dando el alta.

Todos los cambios legislativos anteriormente expuestos, han promovido una corriente de cooperación entre las asociaciones de Mutuas y los Servicios de Inspección^{15, 16}, estableciéndose una serie de pautas de actuación encaminadas a mantener un marco de respeto hacia las competencias reconocidas por la nueva normativa a cada una de las Entidades, mediante una mejora de los sistemas de información y un mayor conocimiento de todos los implicados en el sistema. Estos procesos se han visto materializados con la suscripción de Convenios de Cooperación y Coordinación con las Mutuas dentro de las premisas establecidas en el R.D. 575/97. Entre los compromisos adquiridos se incluye el desarrollo de un conjunto básico de datos que facilite la información necesaria para el conocimiento preciso de la situación, donde se incluyan la prevalencia, incidencia, duración media y días de incapacidad/afiliado/mes; desarrollo de actividades de información y formación en materia de incapacidad temporal dirigidas a los profesionales de Atención Primaria, designación de coordinadores de I.T. en los distintos niveles de organización asistencial, área de Inspección, gerencia y equipo de Atención Primaria.

CONFIDENCIALIDAD

Una cuestión que ha suscitado dudas es la garantía acerca de la confidencialidad en la información clínica. Nuestra Constitución califica como derechos fundamentales y libertades públicas, el derecho a la intimidad personal y el derecho al secreto profesional en los artículos 18.1 y 20 respectivamente. Es por ello que la información confidencial derivada de la relación médico-paciente está, hoy en día, protegida y garantizada desde el seno de la propia Constitución, apoyada y fundamentada a través de textos legales como la Ley General de Sanidad en su artículo 10, el Código Penal o normas inherentes a la profesión como es el Código de Ética y Deontología Médica, el cual manifiesta claramente en el artículo 14 que el secreto profesional es inherente a la profesión médica y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros.

El nuevo Código Penal de 1995, incluye dentro del epígrafe: «Descubrimiento y revelación de secretos», artículos 197 a 201, como delito la revelación de secretos ajenos, de los cuales se tenga conocimiento a través del

ejercicio profesional o de las relaciones laborales¹⁷. Asimismo, se prohíbe la utilización de datos personales, con daños a terceros, de carácter personal o familiar que se encuentren en soporte informático, electrónico o telemático de cualquier registro público o privado, amparada por la Ley orgánica de regulación de tratamiento automatizado de datos de carácter personal.

En el RD 575/97 se ha tenido en cuenta este problema y sus artículos 3 y 4 establecen que los datos derivados de las actuaciones médicas tendrán el carácter de confidencial, estando sujetas al secreto profesional todas aquellas personas que participen en su elaboración o manejo.

Para garantizar el derecho a la intimidad de los trabajadores afectados, los datos reservados podrán cifrarse mediante claves codificadas, quedando protegidas según la aplicación de la Ley de protección de datos carácter personal. El responsable del fichero deberá adoptar las medidas de índole técnica y organizativa para garantizar la seguridad de los datos de carácter personal y evitar su alteración, pérdida o acceso no autorizado. Quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de estos datos están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlo, que subsistirá aún después de finalizar sus relaciones con el titular del derecho. Los datos que hagan referencia a la salud, solo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando por razones de interés general así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente¹⁸.

Los servicios médicos del Sistema Nacional de Salud, los médicos adscritos al INSS así como los de las Mutuas están facultados para acceder a los informes y diagnósticos relativos a la situación de baja laboral, teniendo estos datos sanitarios la consideración de confidenciales, siendo lo más adecuado que se realice bajo el propio consentimiento del paciente.

Sin embargo, los derechos fundamentales de la persona, entre los cuales se incluye el derecho a la confidencialidad de los datos relativos a la salud, no son absolutos, deberán convivir con otros derechos e intereses también relevantes para terceros y para la sociedad misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quijano F. Incapacidad Temporal/Permanente. Situación actual en España. Cambios y consecuencias. En: Borrell F. Incapacidad Temporal: Encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: SE-MFYC; 1999. p. 6-14.
2. Cuberta FJ. I.T. como prestación sanitaria y económica. En: Herrero J, Millán J, editores. La gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Sevilla: AMAT-Andalucía; 1998. p. 11-16.
3. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado 1978; 311.
4. Real Decreto 1300/1995 de 21 de julio, por el que se desarrolla en materia de incapacidades del sistema de Seguridad Social,

- la Ley 42/94 de 30 de diciembre de medidas fiscales, administrativas y de orden social. Boletín Oficial del Estado 1995; 198: 25856-60.
5. Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del R.D. 1300/95 sobre incapacidades laborales del sistema de Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado 1996; 23: 2532-38.
 6. Real Decreto-Ley 38/1978 de 16 de noviembre sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. Boletín Oficial del Estado 1978; 276: 26246-51.
 7. Real Decreto 2609/1982 de 24 de septiembre sobre evaluación y declaración de las situaciones de invalidez en la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado 1982; 250: 28728-32.
 8. Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado 1994; 154: 20658-20709.
 9. Ley 42/1994 de 30 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. Boletín Oficial del Estado 1994; 313: 39477-39567.
 10. Real Decreto 575/1997 de 18 de abril por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de Seguridad Social por incapacidad temporal. Boletín Oficial del Estado 1997; 98: 13132-36.
 11. Real Decreto 117/1998 de 5 de junio, Orden de 18 de septiembre por el que se modifica el R.D. 575/97 en desarrollo del apartado 1, del párrafo segundo del art. 131 bis de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado 1998; 145: 20089-090.
 12. Real Decreto 1509/1976 de 21 de mayo por el que se aprueba el Reglamento General sobre colaboración de las Mutuas Patronales de Accidentes de trabajo en la gestión de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado 1976; 158: 12941-52.
 13. Ley 13/1996 de 30 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. Boletín Oficial del Estado 1996; 313: 38974-39064.
 14. Real Decreto 576/1997 de 18 de abril por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la seguridad social aprobado por Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre. Boletín Oficial del Estado 1997; 98: 13136-39.
 15. Salamanca F. Inspección de prestaciones de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En: Herrero J, Millán J, editores. La gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Sevilla: AMAT-Andalucía; 1998. p. 25-30.
 16. Alba A. Repaso legislativo a la situación actual del control y seguimiento de la I.T.-CC. En: Herrero J, Millán J, editores. La gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Sevilla: AMAT-Andalucía; 1998. p. 31-43.
 17. Ley Orgánica 10/1995 de 23 noviembre por la que se aprueba el nuevo Código Penal. Boletín Oficial del Estado 1995; 281: 33987-34061.
 18. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado 1992; 298:43088-99.

ÁREA DOCENTE

Un nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar en el programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria

De la Revilla L¹, Bailón E², Moreno A³, Fleitas L⁴, Alcaine F⁵ y Campa F⁶.

¹ *Coordinador Regional de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio Andaluz de Salud, Presidente de la FUNDESFAM,* ² *Médico de Familia, Tutor de la Unidad Docente de M.F. y C de Granada,* ³ *Médico de Familia, Tutor de la Unidad Docente de M.F. y C de Jaén,* ⁴ *Médico de Familia, Tutor de la Unidad Docente de M.F. y C de Almería,* ⁵ *Médico de Familia, Tutor de la Unidad Docente de M.F. y C de Málaga y* ⁶ *Médico de Familia, Tutor de la Unidad Docente de M.F. y C de Sevilla.*

INTRODUCCIÓN

El avance en un determinado campo de conocimientos médicos requiere un esfuerzo especial encaminado a transformar los conceptos y habilidades que utiliza el especialista en la práctica diaria en una disciplina académica. La transmisión de los conocimientos de la práctica familiar a los médicos en formación postgraduada, conformados como disciplina académica, mediante los métodos adecuados, se constituye en la base de la docencia en atención familiar.

La docencia es un *continuum* que se inicia en el periodo de la licenciatura, sigue en la etapa de formación especializada y se mantiene a lo largo de los años de formación continuada. Por ello y para conseguir que progrese la atención a la familia es indispensable que esta disciplina forme parte de los planes de enseñanza tanto en el curriculum de pregrado como en el de postgrado y de formación continuada del especialista en medicina familiar y comunitaria.

La Comisión Regional de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio Andaluz de Salud tomó la decisión de crear un grupo de trabajo para que analizara la situación actual de la enseñanza del Área de Atención Familiar y estableciera las bases para estructurar un nuevo modelo docente, de tal manera que se diseñara los objetivos del nuevo programa. En el mes de marzo de 2000 la Comisión Regional estudio y aprobó el nuevo programa, junto con el compromiso de ponerlo en marcha, de forma progresiva, en todas las Unidades Docentes de Andalucía.

En las páginas siguientes se exponen los elementos que constituyen las bases del programa de atención familiar para los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar y comunitaria

LA ATENCIÓN FAMILIAR EN LA FORMACIÓN POSGRADUADA

De forma sucinta vamos a exponer la situación de la formación en atención familiar tanto en nuestro país como en los de nuestro entorno.

La formación de postgrado en atención familiar en otros países

Los programas de postgrado en la especialidad de medicina familiar centran sus actividades académicas de acuerdo con el perfil del especialista que se desea formar, poniendo mayor o menor énfasis, en la atención individual, integral e integrada, en la comunitaria o en la familiar.

La mayoría de las organizaciones de la nueva especialidad de medicina familiar que se han incorporado a la WONCA, tienen establecidos programas de residencia de formación posgraduada de dos o tres años para preparar a los licenciados en medicina a ser médicos de familia competentes. El paquete de habilidades requeridos y los componentes necesarios en la formación de un médico de familia han sido publicados por la WONCA y esta presentes en diversas publicaciones como la de Spann y Osterggard entre otras.

Revisando los programas del Reino Unido, EE.UU. y Canadá, que cuentan con una dilatada experiencia en la formación postgraduada en esta especialidad, podemos conocer la cuantía de conocimientos y habilidades que han

Recibido el 30-01-2001; aceptado para su publicación el 26-02-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 64-74

incorporado a sus curriculum para manejar y atender a las familias.

El programa del Departamento de Medicina General de la Escuela Médica postgraduada de la Universidad de Exeter (Reino Unido) divide su curriculum en 5 áreas: Salud y enfermedad, desarrollo humano, conducta humana, medicina y sociedad y organización de la práctica general.

Los aspectos que abordan la atención familiar, no constituyen un único cuerpo de doctrina, sino que aparece disgregado e incorporado a las distintas áreas. Así en el área 2 hace referencia a los desórdenes familiares y a algunas características del ciclo vital familiar. En el área 3 se estudia el grupo familiar y el tratamiento de enfermedades en la familia. Por último en el área 4 se incluye un apartado sobre aspectos sociológicos de la familia.

El RAP (Residency Assistance Program) creado por un conjunto de instituciones de los Estados Unidos para mejorar la calidad del programa de residentes de medicina familiar redactó un documento para evaluar dichos programas.

La parte de dicho documento que se ocupa de los contenidos curriculares de la especialidad está constituida por los capítulos de la medicina familiar, el comportamiento humano, psiquiatría, medicina comunitaria y los correspondiente a las áreas de conocimientos en medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y otras especialidades.

Pues bien, en el capítulo correspondiente a la medicina familiar se incluye un apartado en relación a la atención familiar; encontrando otra referencia sobre dinámica familiar en el capítulo sobre el comportamiento humano.

La formación del médico de familia en Canadá, también incorpora en su programa elementos de atención familiar, atendiendo a los criterios establecidos por el College of Family Physicians of Canada, presentando un enfoque de atención primaria de salud dentro del contexto de la familia y la comunidad.

La formación de postgrado en atención familiar en España

En España el primer programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad en 1985, centraba sus objetivos docentes en el individuo y la comunidad, sin hacer ninguna mención a la atención familiar.

En el programa elaborado en 1990 se corrige este déficit señalando, en el apartado que especifica el perfil del profesional, que el mé-

co de familia es el especialista que realiza atención primaria de alta calidad prestando cuidados integrales de salud desde una perspectiva biopsicosocial al individuo, la familia y la comunidad.

Por otro lado en el apartado en el que hace referencia a las responsabilidades del médico de familia se escribe:

«3.—Orientación hacia la salud de la familia: 3.1.—Se responsabilizará del proceso de salud-enfermedad de la familia, de manera que la solución de los problemas se aplique a la familia como un todo, ya que cualquier proceso que afecte a un miembro individual repercutirá en todo el sistema familiar. 3.2.—Conocerá que las disfunciones familiares son capaces de crear patologías psicosociales en sus miembros y que la familia se constituye en uno de los recursos más importantes para cada uno de sus componentes».

En el capítulo de áreas docentes, se crea una nueva denominada «Atención a la familia, sociología y antropología de la salud».

Conviene recordar también, que en el último programa de la especialidad elaborado por la Comisión Nacional en 1993, se ha mejorado y ampliado el espacio docente dedicado a la atención a la familia, agrupando los objetivos docentes en tres tareas fundamentales: abordar a la familia como una unidad de atención, atender los problemas de la familia comunes en atención primaria de salud y garantizar la continuidad de la atención a la familia.

BASES PARA ESTABLECER UN PROGRAMA DOCENTE DE ATENCIÓN FAMILIAR

Al diseñar un programa sobre la enseñanza de la atención a la familia, conviene estudiar, aunque sea de forma sucinta, las bases sobre las que se apoya el modelo docente que se propone.

Parece conveniente hacer algunos comentarios acerca de las bases sobre las que se sustenta este programa, esto es, entender a la familia como una unidad de atención, contar con un modelo explicativo de la atención familiar, diferenciar el trabajo con familias, de la terapia familiar y conocer cuales son las actividades que debe de realizar el médico en la atención familiar (tabla 1).

TABLA 1
BASES DEL PROGRAMA DOCENTE DEL ÁREA DE ATENCIÓN FAMILIAR

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — La familia como Unidad de Atención. — Bases teóricas y modelos explicativos de la Atención Familiar. — Diferencias entre trabajar con familias y la terapia familiar. — Actividades del médico de familia que justifican el estudio de la Atención Familiar: — Problemas psicosociales. — Crisis de desarrollo. — Abordaje familiar en pacientes crónicos, discapacitados y terminales. |
|---|

La familia como unidad de atención

La familia, como subsistema social abierto, en constante interacción con el medio, compuesta por individuos que asumen su pertenencia al sistema, que reciben y prestan apoyo y comparten recursos, se constituye en una parte importante de la práctica familiar.

Si además aceptamos a la familia como un todo, es decir, como una unidad integral que es mas que la suma de sus miembros, nos veremos obligados a realizar un aprendizaje específico para poder responder no solo a las tradicionales demandas de atención individual, sino también a las nuevas demandas de atención a la familia.

Necesidad de utilizar un modelo para abordar familias

Para poder estudiar y analizar los problemas e interacciones familiares debemos utilizar un modelo explicativo de la atención familiar (tabla 2). Las bases sobre las que se

TABLA 2
LOS CONCEPTOS Y LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL MODELO EXPLICATIVO DE LA ATENCIÓN FAMILIAR

Bases teóricas:	— Teoría sistémica
	— Teoría ecológica
	— Teoría de la comunicación
Factores que intervienen en el modelo:	
	— Acontecimientos vitales estresantes
	— Situación de la familia:
	Estructura familiar
	Etapas del ciclo vital
	Creencias y experiencias
	Relaciones interpersonales
	Función familiar
	— Red y apoyo social
	— Los recursos del propio paciente

sustenta el modelo son la teoría de sistemas de von Bertalanffy, la teoría ecológica según las propuestas de Galazzka y Eckert y la teoría de la comunicación que a partir de los trabajos de Bateson adopta un enfoque sistémico. De las tres la teoría general de sistemas es la que realiza mas aportaciones al modelo.

Siguiendo a Andolfi vamos a considerar tres aspectos de la teoría de sistemas que aplicados a la familia nos permite entenderla como un sistema y facilita el abordaje familiar:

1. *La familia es un sistema en constante transformación.* Es decir que la familia cambia a lo largo del tiempo y tiene que adaptarse a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo, esto es, del ciclo vital, por los que atraviesa.

2. *La familia es un sistema activo que se autogobierna.* La familia mediante el aprendizaje, gracias a las nego-

ciaciones entre sus miembros y a las reglas, consigue conocer lo que les está permitido y prohibido, facilitando la respuesta a las cambiantes demandas personales y sociales.

3. *La familia es un sistema abierto en interacción con otros sistemas.* La familia tiene una estrecha conexión con su entorno, esto significa que las relaciones intrafamiliares solo se pueden entender, si se evalúan dentro del contexto de las relaciones sociales que las condicionan.

En nuestro modelo (de la Revilla) los factores que interviene son: los acontecimientos vitales estresantes, la situación de la dinámica familiar, el apoyo social y los recursos que promueve el propio paciente. En el modelo interaccionan todos estos factores.

En la primera fase del modelo, destacamos, por una parte, la importancia de los eventos estresantes y de los problemas de relación y comunicación como causantes de los problema de salud y, por otra, la importancia de la circularidad, para mantener los síntomas, desencadenar crisis y disfunción familiar.

En la segunda fase incorporamos un nuevo elemento, en este caso positivo, constituido por la red y el apoyo social. De esta forma contamos, en el modelo explicativo con dos fuerzas antagónicas, una negativa y desestabilizadora, que la conforman los acontecimientos vitales estresantes, y otra positiva y compensadora que es el apoyo social. En la tercera fase del modelo estaremos en condiciones, una vez conocidos estos factores y especialmente la situación

estructural y funcional de la familia, para plantear la hipótesis sistémica y decidir la intervención.

Diferenciar el trabajo con familias de la terapia familiar

Parte de los conceptos e instrumentos de la atención familiar proceden de los terapeutas familiares, es mas, algunos médicos de familia para realizar abordajes familiares han realizado cursos o *maestros* de terapia familiar.

Pero al utilizar las técnicas de la terapia familiar se constata que si bien existen estrategias de actuación comunes, también se aprecian diferencias y sobre todo importantes dificultades de aplicación en la práctica, de tal forma que, en la mayoría de las ocasiones, el modelo de terapia familiar es imposible de aplicar en la consulta de atención primaria.

Creemos que se debe diferenciar lo que es abordar problemas familiares de la terapia familiar. Al igual que Eia Asen encontramos las siguientes diferencias entre trabajar con familias en atención primaria y la terapia familiar (tabla 3).

TABLA 3

DIFERENCIAS ENTRE EL TRABAJO CON FAMILIAS Y LA TERAPIA FAMILIAR

TRABAJO CON FAMILIAS	TERAPIA FAMILIAR
1. Profesional de Atención Primaria	Profesional de 2.º ó 3.º nivel de atención
2. Conoce y trata a todos los miembros de la familia	Tiene un contacto limitado y específico con la familia
3. Tiempo limitado de consulta	Tiene tiempo ilimitado
4. Utiliza conceptos sistémicos para generar hipótesis e intervenciones	Plantea hipótesis complejas sobre la dinámica familiar.

— Trabajar con familias supone realizar un nuevo enfoque como médico de familia, dentro del espacio de la atención primaria. Por el contrario la terapia familiar es una actividad propia de un especialista del segundo o tercer nivel de atención.

— El médico de familia tiene la gran ventaja de que conoce y trata, por múltiples problemas de salud, a todos los miembros de la familia, mientras que el terapeuta familiar tiene un contacto coyuntural y limitado en el tiempo con la familia, relacionado con algún problema específico de ésta.

— El médico de familia se responsabiliza de atender las demandas tanto por problemas físicos como por los psíquicos y sociales. Mientras que el terapeuta familiar se ocupa de atender sólo a las familias disfuncionales.

— El médico de familia utiliza conceptos sistémicos para generar hipótesis pero sus intervenciones son sencillas y limitadas. Mientras que el terapeuta realiza hipótesis complejas sobre la dinámica familiar.

— Pero la mayor diferencia en el trabajo de uno y otro profesional radica en el factor tiempo. El médico de familia tiene un tiempo muy limitado en su consulta, aunque lo amplíe utilizando el espacio de la consulta programada. Por el contrario el terapeuta familiar cuenta con un tiempo casi ilimitado. Es precisamente esta limitación en el tiempo la principal razón para que el médico de familia tenga dificultades para la práctica con familias.

Las actividades del médico de familia en atención familiar

A continuación vamos a exponer de forma sucinta cuales son las actividades que puede realizar el médico de familia en su consulta, que justifican la formación específica en atención familiar

— *Problemas psicosociales.*

Los problemas psicosociales se definen como aquellas situaciones de estrés social que producen o facilitan la

aparición de manifestaciones clínicas, físicas, psíquicas o psicosomáticas, así como crisis y/o disfunción familiar.

Una parte importante de la demanda del médico de familia está motivada por problemas psicosociales y en un porcentaje elevado de casos el origen de estos problemas se encuentra en la familia. La prevalencia estimada de los problemas psicosociales en Atención Primaria es muy variable y está entre el 27 % detectado en el estudio de Stumbo, hasta el 84 % observado por Stoeckle y cols. En su estudio Katon sugiere que aproximadamente el 50 % de los pacientes que visitan a su médico lo hacen por un problema psicosocial.

Por esta elevada prevalencia se comprende que una de las actividades más relevantes del médico de familia es la de detectar, diagnosticar e intervenir sobre problemas psicosociales.

— *Crisis de desarrollo.*

La familia atraviesa diferentes fases a lo largo de su vida. Cada nueva fase representa una amenaza potencial para su organización y le va a requerir la realización de múltiples ajustes. La secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución se conoce como **ciclo vital familiar**. Cada uno de estos estadios está bien definido, con problemas predecibles y consultas comunes en atención primaria, lo que va a permitir al profesional sanitario, que es consciente de dichas fases, establecer acciones preventivas.

El paso de una fase a otra del ciclo vital se conoce como transición, rito de paso o crisis de desarrollo y supone siempre una verdadera transformación del sistema familiar, a la vez que constituye un momento privilegiado para la intervención terapéutica.

Las crisis de desarrollo coinciden con el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, son universales y por lo tanto previsible y pueden dar lugar a cambios permanentes en el estatus y la función de los miembros de la familia. El médico de familia, debido al carácter longitudinal de la atención que presta, tiene la oportunidad de observar a todos los miembros de la familia, conocer el estadio en el que se encuentra en cada momento esa familia y los recursos con los que cuenta; todo esto le sitúa en una posición muy ventajosa para poder realizar asesoramiento familiar.

El asesoramiento familiar anticipado tiene la ventaja de que al informar a la familia sobre los cambios y los ajustes que va a tener que realizar al transitar de una etapa a otra del ciclo vital familiar, puede prevenir la aparición de problemas de adaptación de la familia a las nuevas etapas.

— **Abordaje familiar en pacientes con patologías crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales.**

La enfermedad crónica por su frecuencia y por las necesidades de ayuda que demanda supone una notable carga de trabajo para los profesionales de atención primaria. En estos últimos años, esta carga de trabajo se ha elevado debido a que el aumento de la esperanza de vida ha dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población y en consecuencia a un incremento de las enfermedades crónicas.

Esta situación se agrava porque la discapacidad complica con frecuencia el curso de las afecciones crónicas, pero el panorama asistencial se ensombrece aún más, si tenemos en cuenta que algunos de los pacientes incapacitados tienen dificultades para acudir a los centros sanitarios y requieren de una atención domiciliaria.

A este esfuerzo asistencial se suma los aspectos emocionales negativos que viven el médico y la familia en torno al enfermo crónico, como son el temor y la incertidumbre por lo ambiguo de una situación que se va prolongando a lo largo del tiempo y que se hace más y más tensa, por las frecuentes expectativas negativas de que el paciente empeore y termine en la muerte.

Puesto que la enfermedad crónica, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida, es necesario un nuevo enfoque que permita y facilite la relación del proceso crónico con su entorno social y familiar. Pensamos que la atención familiar, considerada como un modelo orientado hacia un enfoque holístico y ecosistémico de la medicina, puede aportar el soporte conceptual y tecnológico necesario para abordar de manera distinta y nueva a los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales, capacitándolos para resolver tanto los problemas físicos del paciente como los problemas psicosociales a las que está sometida la familia cuando uno de sus miembros sufre una enfermedad crónica.

Esta nueva visión ecosistémica obligará a tener en cuenta a la familia y a la persona enferma, entendiendo a la familia, como sistema prestador de cuidados o como una unidad gestora de salud. Proponemos, por tanto, un cambio radical en la atención de los enfermos crónicos, que manteniendo los parámetros biomédicos tradicionales, permita abordar los aspectos psicosociales de la familia.

De otra parte los enfermos crónicos e inmovilizados tienen que estudiarse en el doble contexto de lo sanitario y lo social, para que puedan recibir de forma eficiente los recursos humanos

y materiales que aportan tanto los servicios sanitarios hospitalarios y de atención primaria como los servicios sociales comunitarios e institucionales. Esta conjunción de personas y servicios requieren, para su coordinación, de un trabajo en equipo, en el que participen profesionales sanitarios y no sanitarios, que aun utilizando conceptos y técnicas propias tengan objetivos comunes en la atención a los pacientes crónicos.

Parte de lo que les ocurre a estos enfermos se dirige en el escenario del hogar, en él, a través de la atención domiciliaria, se intenta una asistencia clínica, que incluye aspectos sociofamiliares, orientada a conseguir en los pacientes y la familia el mayor grado de independencia, la potenciación del autocuidado y una mejora de la calidad de vida en relación con los problemas de salud que les afectan.

— **Disfunción familiar.**

Los problemas de salud individuales y especialmente cuando distintos miembros de la familia son hiperutilizadores, es decir, como señalaba Christie-Selly, estamos ante familias propensas a enfermar, en bastantes ocasiones, tienen su origen en una disfunción familiar. Por ello el médico de familia deberá formarse para estudiar e intervenir en la disfunción familiar.

OBJETIVOS DOCENTES

Hemos agrupado los objetivos docentes en siete tareas: Acercarnos a la familia como unidad de atención desde la perspectiva ecológica y sistémica, aprender a utilizar instrumentos para abordar familias, conocer la importancia de la estructura familiar y del ciclo vital familiar en la salud familiar, conocer el importante papel de los factores estresores y de la existencia de una red que aporte apoyo social en la producción de alteraciones en la dinámica familiar, estudiar a los paciente con enfermedades crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales en contexto familiar, conocer las crisis de desarrollo y los sistemas de asesoramiento familiar anticipado, y atender a los problemas psicosociales y la disfunción familiar (Tabla 4).

TABLA 4
OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FAMILIAR

Tarea 1:	Acercarnos a la familia como unidad de atención desde la perspectiva ecológica y sistema.
Tarea 2:	Aprender a utilizar instrumentos para abordar familias.
Tarea 3:	Conocer la importancia de la estructura familiar y del ciclo vital familiar en la salud familiar.
Tarea 4:	Conocer el importante papel de los factores estresores y de la existencia de una red que aporte apoyo social en la producción de alteraciones en la dinámica familiar.
Tarea 5:	Estudiar a los paciente con enfermedades crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales en contexto familiar.
Tarea 6:	Conocer las crisis de desarrollo y los sistemas de asesoramiento familiar anticipado.
Tarea 7:	Atender a los problemas psicosociales y la disfunción familiar.

En las páginas siguientes se estudian estas tareas, especificando cuales son los conocimientos, habilidades y actitudes para cada una de ellas.

Tarea 1. Acercarnos a la familia como unidad de atención desde la perspectiva ecológica y sistémica

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Relacionar la familia con los problemas de salud.
2. Conocer la función familiar.
3. Aprender la teoría de sistemas.
4. Entender a la familia como un sistema.
5. Conocer el modelo ecológico familiar.
6. Conocer las bases teóricas de la comunicación humana.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Identificar los roles y funciones familiares.
2. Identificar la reglas, normas y rituales familiares.
3. Evaluar los sistemas de interacción y comunicación familiar.
4. Distinguir las patologías de la comunicación.
5. Reconocer los niveles del modelo ecológico.
6. Utilizar el modelo sistémico al abordar familias.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Asumir la responsabilidad de la atención a la familia.
2. Entender que la salud familiar tiene que ver no solo con la salud-enfermedad de cada uno de sus miembros, sino además con el grado de función o disfunción familiar.
3. Reconocer la importancia de la familia en la salud individual.

Tarea 2. Aprender a utilizar instrumentos para abordar familias

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Los elementos y principios que configuran un genograma.

2. Las bases del modelo del círculo o eco-mapa.
3. El método e indicaciones para usar el mapa familiar.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Construir e interpretar un genograma.
2. Construir e interpretar un eco-mapa.
3. Facilitar la construcción del mapa familiar.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Usar el genograma, el modelo de círculos y/o el mapa familiar ante la sospecha de que una situación clínica tenga relación con la familia.

Tarea 3. Conocer la importancia de la estructura familiar y del ciclo vital familiar en la salud familiar.

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Conocer las relaciones entre estructura familiar y función familiar.
2. Clasificar a las familias desde el punto de vista estructural.
3. Evaluar las relaciones de las familias de origen y la familia de procreación.
4. Entender la historia familiar como un tránsito a través de las etapas del ciclo vital.
5. Clasificar a las familias según el ciclo vital familiar.
6. Reconocer los problemas emocionales, conductuales y de interacción que tienen que ver con las etapas del ciclo vital familiar.
7. Estudiar las crisis de desarrollo.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Identificar la tipología estructural familiar.
2. Identificar las etapas del ciclo vital familiar.
3. Relacionar la estructura y el ciclo vital con los problemas de salud.
4. Relacionar la estructura y el ciclo vital con la función y disfunción familiar.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Entender que la salud familiar tiene una estrecha relación con los cambios estructurales y la tipología demográfica de la familia.
2. Reconocer la importancia de la atención longitudinal basada en el paso por las sucesivas etapas del ciclo vital familiar.

Tarea 4. Conocer el importante papel de los factores estresores y de la existencia de una red que aporte apoyo social en la producción de alteraciones en la dinámica familiar.

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Conocer las características que conforman los acontecimientos vitales estresantes.
2. Los efectos que sobre el individuo y la familia producen los factores estresores.
3. Conocer los sistemas de evaluación de acontecimientos vitales estresantes.
4. Conocer la importancia y las dimensiones de la red social.
5. Conocer las dimensiones del apoyo social.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Identificar los acontecimientos vitales mediante cuestionarios o el uso de genogramas.
2. Identificar y analizar la red social.
3. Utilizar instrumentos para evaluar las dimensiones del apoyo social.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Reconocer la importancia que tiene el estrés social como causa de alteraciones del sistema familiar.
2. Valorar el importante papel que ejerce el apoyo social en el proceso de salud-enfermedad individual y en la función familiar.

Tarea 5. Estudiar a los paciente con enfermedades crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales en su contexto familiar

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Conocer la tipología psicosocial de la enfermedad crónica y su relación con la organización y función familiar.
2. Evaluar la importancia de la familia en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, discapacitados e inmovilizados.
3. Conocer el papel del paciente crónico, discapacitado o inmovilizado en el desencadenamiento de problemas psicosociales o de disfunción familiar
4. Reconocer las características y funciones del cuidador principal.
5. Establecer modelos de intervención familiar en pacientes con patologías crónicas, discapacitados e inmovilizados.
6. Conocer el papel de la familia en el manejo del paciente terminal.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Utilizar instrumentos para evaluar aspectos estructurales y del ciclo vital familiar en estos pacientes.
2. Utilizar instrumentos para conocer la tipología psicosocial, experiencias y creencias de la enfermedad crónica.
3. Evaluar la red y apoyo social en estos pacientes.
4. Identificar las peculiaridades del cuidador principal, sus conflictos, grado de satisfacción y problemas de salud.
5. Manejar a estos pacientes desde una perspectiva sistémica familiar.
6. Establecer mecanismos de intervención.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Asumir la necesidad de abordar a los pacientes crónicos, discapacitados, inmovilizados o terminales desde una perspectiva familiar.

Tarea 6. Conocer las crisis de desarrollo y los sistemas de asesoramiento familiar anticipado

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Conocer los cambios emocionales, de la conducta y de relaciones que se producen en las familias en cada etapa del ciclo vital.
2. Conocer las características de las crisis de desarrollo o de las transiciones en las fases del ciclo vital familiar.
3. Conocer los métodos de asesoramiento familiar.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Resolver problemas de las familias de origen y procreación en la etapa de nido sin usar.
2. Manejar instrumentos de atención familiar en primigestas.
3. Utilizar técnicas para conocer los problemas de las familias con hijos pequeños.
4. Evaluar los problemas personales, familiares y sociales de los adolescentes.
5. Identificar los cambios y conflictos relacionales de la familia lanzadera.
6. Evaluar los cambios emocionales y conductuales de la etapa de nido vacío.
7. Diseñar estrategias para la captación y puesta en marcha de acciones de asesoramiento familiar anticipado.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Asumir la responsabilidad de atender a los problemas relacionadas con el desarrollo familiar.
2. Entender la importancia de la atención longitudinal familiar en relación con las transiciones de las etapas del ciclo vital.

Tarea 7. Atender a los problemas psicosociales y la disfunción familiar.

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Conocer los factores que intervienen en la génesis de los problemas psicosociales y en la disfunción familiar.
2. Detectar problemas psicosociales.

3. Establecer hipótesis sistémicas ante problemas psicosociales y disfunción familiar.
4. Diagnosticar los distintos tipos de disfunción familiar.
5. Establecer las bases de la intervención familiar.
6. Conocer las bases de la terapia familiar breve.
7. Estudiar a las familias de riesgo social.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Utilizar instrumentos para diagnosticar problemas psicosociales
2. Plantear una hipótesis sistémica.
3. Conocer el valor del síntoma en el contexto de los problemas psicosociales y la disfunción familiar.
4. Utilizar instrumentos para evaluar la función familiar.
5. Conducir una entrevista familiar.
6. Realizar intervenciones centrada en los problemas.
7. Prescribir una directiva.
8. Realizar intervenciones centrada en las soluciones.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Atender los problemas psicosociales simultáneamente con los problemas clínicos.
2. Abordar desde un punto de vista sistémico los problemas individuales y familiares

EL PROGRAMA

El programa lo conforman 43 unidades, de las cuales las 17 primeras corresponden al programa teórico del primer año de la especialidad, las unidades 18 a la 27 al programa del segundo año y las unidades 28 a la 43 al programa del tercer año de la especialidad.

De otra parte los contenidos de las Unidades vienen a dar respuesta a las tareas que conforman los objetivos del programa del Área de Atención Familiar. Así la tarea uno «Acercarnos a la familia como unidad de atención desde la perspectiva ecológica y sistémica», corresponden las unidades 1,2,3 y 4; a la tarea dos «Aprender a utilizar instrumentos para abordar familias» a las unidades 5,6,29,34 y 35; a la tarea tres «Conocer la importancia de la estructura familiar y del ciclo vital familiar en la salud familiar» a las unidades 7,8, 30 y 31; a la tarea cuatro «Conocer el importante papel de los factores estresores y de la existencia de una red que aporte apoyo social en la producción de alteraciones en

la dinámica familiar» a las unidades 9,10,32 y 33; a la tarea cinco «Estudiar a los paciente con enfermedades crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales en contexto familiar» a las unidades, 11,12,13,14,15,16 y 17; a la tarea seis «Conocer las crisis de desarrollo y los sistemas de asesoramiento familiar anticipado» a las unidades 18,19,20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28 y, por ultimo, a la tarea siete «Atender a los problemas psicosociales y la disfunción familiar» a las unidades 34,35, 36, 37,38,39, 40, 41, 42 y 43.

A continuación se especifican los contenidos teóricos de cada una de las Unidades que comprenden el programa del Area de Atención Familiar.

Unidad 1.—La atención familiar en la práctica del médico de familia. Definición de familia. Salud Familiar.

Unidad 2.—Los modelos explicativos de la atención familiar

Unidad 3.—Las teorías ecológica, sistema y de la comunicación.

Unidad 4.—La familia como sistema.

Unidad 5.—El genograma. Cómo se construye.

Unidad 6.—La entrevista para realizar el genograma.

Unidad 7.—Estructura familiar.

Unidad 8.—Ciclo vital familiar.

Unidad 9.—Los eventos estresores

Unidad 10.—Los recursos familiares.

Unidad 11.—Modelos explicativos de las enfermedades crónicas en relación con la atención familiar.

Unidad 12.—Abordaje familiar en patologías crónicas. Tipología psicosocial, cronología de la enfermedad, ciclo vital familiar.

Unidad 13.—Abordaje familiar en patologías crónicas. Creencias y experiencias. Organización y función familiar.

Unidad 14.—Abordaje familiar en pacientes discapacitados y/o inmovilizados.

Unidad 15.—Abordaje familiar en paciente terminales. El duelo.

Unidad 16.—Cuidados formales e informales. El cuidador principal familiar.

Unidad 17.—Atención domiciliaria y atención sociosanitaria.

Unidad 18.—El ciclo vital familiar y las crisis de desarrollo.

Unidad 19.—Asesoramiento familiar. Conceptos. Métodos.

Unidad 20.—Asesoramiento familiar anticipado. Técnicas.

Unidad 21.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa I del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar.

Unidad 22.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa II-A del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar.

Unidad 23.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa II-B del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar.

Unidad 24.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa III del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar.

Unidad 25.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa IV del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar.

Unidad 26.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa V y VI del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar

Unidad 27.—Estudio de las dislocaciones o disrupciones del ciclo vital familiar.

Unidad 28.—Sistema de registro familiar.

Unidad 29.—Instrumentos para el estudio de la familia: modelo de circulo, mapa familiar.

Unidad 30.—Relación entre estructura y función familiar.

Unidad 31.—Relación entre ciclo vital y función familiar.

Unidad 32.—Evaluación de los acontecimientos vitales estresantes.

Unidad 33.—Red social y apoyo social.

Unidad 34.—El genograma en el estudio de los procesos psicosociales.

Unidad 35.—La entrevista familiar.

Unidad 36.—Problemas psicosociales. Factores causales. Sistemas de detección. Manifestaciones clínicas y familiares.

Unidad 37.—Problemas psicosociales. Diagnóstico.

Unidad 38.—Disfunción familiar.

Unidad 39.—Análisis de los distintos tipos de disfunción familiar.

Unidad 40.—Familias de riesgo social.

Unidad 41.—Modelos de intervención familiar. Intervención de red.

Unidad 42.—Bases de la terapia basada en los problemas.

Unidad 43.—Bases para la terapia familiar breve centrada en las soluciones.

LA DISTRIBUCION EN EL TIEMPO DE LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA

El aprendizaje de las materias que conforman el Área de Atención Familiar se realizará a lo largo de los tres años de formación, utilizando distintos lugares de aprendizaje y diversos métodos docentes como exponemos en la tabla 5.

TABLA 5
 ÁREA DE ATENCIÓN FAMILIAR, AÑO DE RESIDENCIA Y LUGAR DE APRENDIZAJE

ÁREA DE ATENCIÓN FAMILIAR	AÑO DE RESIDENCIA	LUGAR DE APRENDIZAJE
Bases conceptuales generales. Instrumentos. Abordaje pacientes crónicos, terminales...	R-1	Consultas y salas del hospital. Seminarios. Sesiones clínico-familiares
Asesoramiento e intervención en crisis de desarrollo relacionadas con el C.V.F.	R-2	Centro de salud. Consulta del hospital. Seminarios. Sesiones clínico-familiares
Detección de problemas psicosociales y disfunciones familiares. Diagnóstico e intervenciones. Entrevista familiar	R-3	Centro de salud. Seminarios. Sesiones clínico-familiares

Durante este periodo los médicos residentes seleccionarán pacientes que tengan una enfermedad crónica, de los servicios de medicina interna o especialidades médicas, por donde estén rotando. En este caso utilizarán los instrumentos de abordaje biomédico familiar y estudiarán el caso desde una doble perspectiva biomédica y psicosocial. Estos casos se presentarán en sesiones clínico-familiares, que

A continuación describiremos los contenidos del programa durante el periodo de residencia.

tendrán una periodicidad mínima, de una sesión al mes.

Durante el primer año

Durante el primer año, el médico residente se acerca a la especialidad con escasos conocimientos sobre la medicina familiar y sin conocer sus expectativas profesionales futuras, contrasta con lo que le ocurre a los restantes residentes que se incorporan a especialidades tradicionalmente bien establecidas, ocupando además un espacio de trabajo permanente.

El aprendizaje en un campo de conocimientos propios y exclusivos del médico de familia, le permitirá entender mejor su perfil profesional y justificaria ante sí mismo y ante los restantes residentes la formación en esta especialidad.

La atención profesional dirigida a un nuevo sujeto de la acción como es la familia, permite cumplir en el campo de la formación un doble objetivo: uno el ya referido de aportar conocimientos sobre un campo de aprendizaje propio y otro, el más importante, capacitar el futuro especialista en medicina familiar y comunitaria en la práctica con familias.

Las bases del aprendizaje durante el primer año serán los siguientes.

En primer lugar la formación estará encaminada a entender a la familia como una unidad de atención y en aprender los principios de la teoría ecológica y especialmente de la teoría de sistemas aplicadas a la familia.

Se enseñaran los conceptos e instrumentos básicos de la atención familiar, tales como estructura familiar, ciclo vital familiar, acontecimientos vitales estresantes, recursos familiares y función familiar. También aprenderán a construir y evaluar genogramas.

El aprendizaje de estos conceptos y técnicas deben de encontrar una pronta justificación para que tenga un correcto sentido este aprendizaje. Por ello durante su estancia en el hospital deberán aprender a tratar a pacientes crónicos, inmovilizados y terminales desde una perspectiva familiar.

Durante el segundo año

Un aspecto importante de la práctica con familias es atender a las crisis de desarrollo que surgen en las transiciones de las etapas del ciclo vital familiar. El médico de familia debe de aprender a evaluar los cambios conductuales, emocionales e interrelacionales que sufren los miembros de la familia y también la propia familia al transitar por las etapas del ciclo vital.

También deben de conocer los problemas de salud que son prevalentes en las distintas etapas del ciclo e igualmente relacionar los programas de salud comunitarios con los estadios del ciclo vital familiar.

Aprenderá a realizar asesoramiento familiar ante las crisis de desarrollo y de forma especial a establecer asesoramiento familiar anticipado para prevenir las crisis.

Durante las rotaciones hospitalarias y en el centro de salud, su paso tanto por las consultas de pediatría, como por las de obstetricia facilitaría el estudio de familias en las etapas de *la pareja que espera* (etapa I), *familias con niños* (etapa II-A) y *con adolescentes* (etapa II-B).

Todas estas circunstancias propician que durante el segundo año de formación los médicos de familia aprendan a manejar y a prever las crisis de desarrollo.

Aprovechará especialmente las rotaciones por las consultas de pediatría y del programa maternal en el centro de salud, para realizar estudio de los cambios conductuales y emocionales, y acerca del tipo de asesoramiento anticipado correspondiente a las etapas, I, IIA y IIB del ciclo vital familiar. Los casos estudiados se llevarán a las sesiones clínico-familiares, que tendrán una periodicidad mensual.

Durante el tercer año

El tercer año de residencia se considera crucial en la formación del futuro especialista en medicina familiar. Su estancia en el centro de salud, asumiendo responsabili-

dades crecientes en la atención médica, le coloca en la posición idónea para poder utilizar los conocimientos adquiridos en años anteriores y para aprender las habilidades propias del médico de familia.

Deberá ser el lugar idóneo y el momento propicio para trabajar con familias completando y ampliando los conocimientos aprendidos en los años previos.

Un número importante de las demandas en la consulta del médico de familia se debe al estrés social y gran parte de los factores estresores se encuentran en la familia. Es el momento de aprender a manejar los problemas psicosociales y de estudiar la relación de los síntomas físicos, psíquicos y psicosomáticos con la disfunción familiar.

El análisis de los acontecimientos vitales estresantes y especialmente del apoyo social en el origen de múltiples manifestaciones clínicas, la capacitación para evaluar familias y establecer estrategias para resolver los problemas familiares son las bases sobre las que se debe establecer la enseñanza durante este periodo lectivo.

Es también durante este tercer año cuando el médico residente debe realizar el aprendizaje sobre técnicas de entrevista familiar y sobre intervención familiar.

También utilizará la visita domiciliaria en el abordaje familiar de los pacientes crónicos e inmovilizados, aprendiendo a trabajar en equipo y realizar junto con la atención familiar la atención sociosanitaria.

Los casos estudiados se llevarán a las sesiones clínico-familiares, al menos una vez al mes.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M. Terapia familiar. Un enfoque interaccional. Barcelona: Paidós; 1993.
- Bartalanffy L von. General system theory-foundations development applications. Nueva York: Dell Books; 1968.
- Galazka SS, Ekert JK. Clinically applied anthropology: concepts for the family physician. *J Fam Pract* 1986; 22: 159-165.
- Eia Asen, Tomson P. Intervención familiar. Guía práctica para los profesionales de salud. Barcelona, Paidós, 1997.
- Katon W, Williamson P, Ries R. A prospective study of 60 consecutive psychiatric consultations in a family medicine clinic. *J Fam Pract*, 1981; 13:47-55
- Marcos B. El desarrollo familiar. Asesoramiento familiar. En: Revilla de L. Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la Consulta, vol. II, Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 1999. p. 566
- Oficina Europea de la OMS: Investigación Prioritaria para el programa salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
- OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuada a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC; 1996.
- Ostergaard DJ, Schmittling G. Profile of family physicians in the United States. In: Taylor RB. Family Medicine: Principles and Practice. New York: Springer-Verlag; 1994. p. 55.
- Pereira Gray, DJ.: A system of training for general practice. Londres: Royal College of General Practitioners; 1986.
- Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia; 1985.
- Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia; 1990.
- Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia; 1993.
- Revilla L de la. Docencia e investigación en atención familiar. En: Revilla L de la. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994. p.167
- Revilla de la L, Marcos B. La enseñanza de la atención a la familia. En: Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la Consulta. Vol. II. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 1999. p 937.
- Revilla de la L. Atención Familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2001.
- Saura Llamas J. Manual del tutor. Como enseñar y aprender a ser médico de familia. Barcelona: SemFYC; 1997
- Spann SJ. Family medicine: a rational model for primary care around the world. *Fam Community Health* 1994; 17: 45-51.
- Stelmach WJ, Gheringer GR, Michaelson J, Huffman B, Pisacano, Jones JG. Criterios del RAP para la evaluación de un programa de residencia de medicina familiar. Buenos Aires: Junta Directiva del Proyecto del Programa Asistencia a las Residencias de Medicina Familiar; 1984.
- Stoeckle JD, Zole IK, Davidson GE. The quantity and significance of psychological distress in medical patients. *J Chronic Dis* 1964; 27: 958-970
- Stumbo D, Good MJ, Good B. Diagnostic profile of family practice clinic patients with psychosocial diagnosis. *J Fam Pract* 1990; 7: 319-324
- World Organization of Family Doctors. The first twenty years, 1972-92. Hong Kong: WONCA; 1992.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Observaciones e impresiones sobre el sistema británico de salud, una experiencia particular

Muñoz Negro JE.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Consideraciones previas

Mi perspectiva particular es la de un residente de tercer año de especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada, a punto de terminar la especialidad, y que ha escogido realizar una rotación de un mes en otro país. En este caso el Reino Unido, por tener éste una larga tradición en el campo de la Atención Primaria. El objetivo del presente artículo no es analizar el NHS en profundidad, sino aportar algunas observaciones que puedan suscitar el debate, la reflexión y el interés por mejorar. Se parte de la base de que los sistemas español y británico son distintos, y no se pretende establecer comparaciones directas sobre realidades que responde a tradiciones distintas, y a necesidades y prioridades diferentes. Pero el aproximarse a otra realidad nos puede hacer analizar la nuestra. El lugar concreto donde realicé mis observaciones es el Departamento de Atención Primaria de la Universidad de Liverpool, en el noroeste de Inglaterra, y la fecha el mes de mayo del 2000.

Breve contexto local e histórico

Oficialmente el National Health Service británico nace en 1948, pero en cierto modo ya antes de él había rudimentarios embriones. Ha atravesado distintas etapas hasta llegar a la actual. Actualmente el sistema británico de salud se encuentra en un momento de cambio, en el cual algunos ajustes de etapas anteriores han sido reconducidos. Los comienzos se caracterizaron por una gran precariedad tras la postguerra... Posteriormente se consoli-

dó, entrando en los años 60 en un modelo dominado por los hospitales, en la etapa Thatcher se ensayaron nuevos elementos de gestión como los «fundholders» y el mercado interno en el que los «Group Practice» (equipos de atención primaria) tenían libertad para contratar sus proveedores, dentro del propio Sistema Nacional de Salud, con el triunfo de los laboristas se abolieron los «fundholders» y el mercado interno.

Sus líneas prioritarias actuales son la Salud Mental y la reducción de las desigualdades en salud. Su financiación es mediante impuestos, aspecto controvertido, pues la población no parece dispuesta a asumir notorios incrementos en la presión fiscal. El pago a los médicos de familia se realiza por capitación y por acto médico. También existe un importante número de incentivos ligados a la consecución de objetivos.

En la cima de la gestión se encuentra el ministerio de salud británico, del cual dependen las «Health Authorities», que son las autoridades sanitarias locales, algo así como nuestros distritos sanitarios, las «Health Authorities» son los organismos que controlan la actividad y la información elaborada por los Group Practice (equipos de Atención Primaria), dependiendo de éstas se encuentran los PCG, que tienen distinta capacidad de gestión según su nivel.

En cuanto a Liverpool hechos importantes a destacar son la elevadísima densidad de población, una de las mayores de la UE, con 867 habitantes por Km², una tasa de paro elevada con el 21,5%. Alrededor del 30% de los niños nacidos son de madre soltera. Asimismo sus tasas de consumo de leche descremada, alcohol y tabaco son peores que los promedios del Reino Unido. El porcentaje de minorías étnicas es asimismo elevado, destacando la inmigración de origen asiático. Siendo por tanto un buen lugar donde observar la interrelación entre variables socioeconómicas y de salud. Como aspectos que me parecen interesantes reseñar del modelo inglés enunciaría los siguientes:

Correspondencia: Camino de Ronda, 115, 3.ºC., Código Postal:18003. Granada.
Correo Electrónico: med018150@nacom.es

Recibido el 10-10-2000; aceptado para su publicación el 30-01-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 75-77

1. Buena y adecuada relación entre atención primaria y docencia universitaria

La atención primaria británica ha conseguido realizar con éxito algunos de los logros en los que creemos, la presencia de la medicina de familia en la universidad es una realidad. Si la medicina general asiste al mayor número de personas, y la mayor cantidad de patología, lo lógico es que esa experiencia sea transmitida de algún modo a los estudiantes. ¿Por qué entonces la docencia de la medicina corre a cargo fundamentalmente de otros especialistas?

El médico de familia es el punto de referencia y el contacto con el sistema de la mayoría de los pacientes. Sabemos que una mala interacción entre médico de familia y pacientes puede dar lugar a un incremento del número de consultas, o a un incremento de síntomas y signos mal definidos que son con frecuencia mal abordados, provocando muchas veces una sensación de fracaso por parte del médico y de incompreensión por parte del paciente. Conocer esa realidad es absolutamente imprescindible si se quiere ir más allá de la medicina basada en la evidencia hacia una medicina preocupada por los resultados y por la satisfacción de los pacientes. La atención primaria es el nivel más accesible de todos y es por tanto donde se da mayor número de interacciones entre los pacientes y el sistema sanitario, por tanto el lugar privilegiado desde el cual enseñar las peculiaridades de la relación médico-paciente.

El médico de familia está situado en la primera línea de actuación, y es uno de los principales recursos del estado de bienestar. No es un francotirador sino una pieza clave en un sistema que busca asegurar el derecho constitucional de todos a la salud. Desde ahí es necesario entenderlo y explicarlo. Por tanto la medicina no debe ser enseñada como un saber biomédico, sino como algo conectado al quehacer social más cotidiano, e íntimamente relacionado con las variables sociales, culturales, económicas y políticas del momento.

Desde ese punto de vista el médico de familia posee una aproximación privilegiada a la enfermedad como fenómeno bio-psico-social que debe ser enseñada y aprendida en la universidad, sino se corre el riesgo de enseñar una biomedicina que sólo existe en los libros de texto y que no satisface ni las demandas, ni las expectativas de médicos y pacientes. Un mero catarro puede ser irrelevante desde el punto de vista biomédico, pero puede encerrar claves importantes acerca del paciente y su medio. O educamos en esa mirada o corremos el riesgo de ver solo la punta del iceberg.

Los hechos anteriores son tenidos en cuenta en la Universidad de Liverpool, que realizó el cambio de un currículum clásico basado en lecciones teóricas y prácticas de

hospital a otro basado más en el trabajo personal del alumno y en el sistema PBL (aprendizaje basado en problemas). La presencia de un departamento universitario de Atención Primaria es un elemento dinamizador de la docencia universitaria de primer orden.

El programa de estudios que se aprobó en 1996, tiene 3 fases, que se extienden a lo largo de 5 años. En la fase I que se desarrolla el primer año se introducen los principios de la práctica médica, así como la metodología del aprendizaje basado en problemas, asentándose los conocimientos, herramientas y actitudes necesarias para realizar la carrera de medicina, del año 2.º al 4.º se aplican los conocimientos sobre ciencias básicas a los problemas clínicos, ahí es donde se sitúan los llamados «Clinical Practice» unos módulos dentro de los cuales se sitúan distintos cursos, uno de ellos es el de Salud en la Comunidad, los «Clinical Practice» siguen una progresión que va de la normalidad a la patología, de las ciencias básicas a las ciencias clínicas, del análisis de problemas a su resolución, dentro de esta progresión se inserta la enseñanza de la medicina comunitaria. Las preocupaciones antes expuestas se concretan en los objetivos de los «Clinical Practice», uno de los cuales es: «reconocer los elementos multifactoriales en la comunidad que afectan a la salud, el proceso salud-enfermedad y los procesos de enfermar».

Como objetivos concretos se establecen:

1. Reconocer las necesidades de salud de la comunidad.
2. Explorar los recursos implicados en los cuidados comunitarios.
3. Adquirir conceptos de: promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación sanitaria.

Como puntos débiles del sistema británico, tengo la impresión de que a veces aunque la metodología es brillante, la plasmación curricular me parece farragosa, a veces los alumnos se quejan de que «no saben que estudiar» y sufren cierta desorientación. También requiere de grupos de alumnos relativamente pequeños, en torno a 4-5 alumnos que son asignados a un GP (médico general).

2. Énfasis por el aprendizaje basado en problemas y la metodología centrada en el alumno

La metodología por la que se apuesta, es la metodología que busca dotar al alumno de herramientas que le permitan seguir actualizando sus conocimientos toda su vida, se aprende a preguntarse y a investigar, se pretende educar en el debate y en el espíritu crítico, al mismo tiempo se intenta educar en aptitudes y actitudes. Se tienen muy en cuenta los contenidos afectivos del aprendizaje. Se parte

de los problemas reales y desde ahí se van adquiriendo los conocimientos teóricos. Con cierta frecuencia se tienen sesiones de PBL, (aprendizaje basado en problemas), donde en grupos de 6-7 alumnos se aborda un tema en profundidad, se elige un «escenario» en el que se debate sobre un tema, a partir de un problema supuestamente real se van adquiriendo los contenidos «teóricos», los escenarios son variados, desde accidentes caseros hasta aparato digestivo o sobreprescripción en AP. En otras ocasiones los alumnos aprenden a buscar información y a presentarla de distintas maneras. Se utilizan con frecuencia técnicas de role-playing, grabaciones de video, discusión y debate de casos con los miembros del equipo de AP.

Las habilidades se aprenden en talleres que están centralizados, para toda la facultad, cada año los alumnos rotan por un taller en el que repasan cuestiones desde las maniobras de Leopold a la RCP, las habilidades comunicacionales también son aprendidas así. Dedicado a organizar el taller hay un profesor y 2 enfermeras, que están dedicados solo a organizar, coordinar y evaluar a los alumnos y a la metodología. Como elemento negativo los alumnos se quejan de que supone más trabajo.

3. Buena relación estructural entre investigación clínica y atención primaria

La existencia de departamentos de Atención Primaria universitarios en la que trabajan conjuntamente distintos profesionales implicados en la misma, ofrece la oportunidad de poder acercar y poner en contacto por ejemplo a trabajadores sociales con médicos que investigan en calidad de vida y fallo cardiaco. El modelo es interdisciplinar y posibilita la relación creativa entre investigadores. A mi juicio es uno de los factores que más contribuyen a prestigiar la AP entre médicos y pacientes.

4. Interés por capacitar a los estudiantes en herramientas frente a problemas emergentes como paro, drogas

Existe un interés por capacitar a los alumnos en problemas comunitarios emergentes, que requieren abordajes

psicosociales y estrategias de coordinación entre distintos niveles y profesionales. Se incide en el contexto local y en el manejo de recursos de distinta naturaleza.

5. Optimización del trabajo de enfermería

Existe una tendencia actual a que la enfermería asuma un mayor peso en problemas comunitarios, y aborde claramente más trabajo en los pacientes crónicos y aspectos psicosociales, reservando más al médico para cuestiones clínicas más complejas. El seguimiento de HTA, Diabetes y asmáticos, corre a cargo básicamente de enfermeras entrenadas en este tipo de patología. El programa de Salud Mental una de las nuevas prioridades del NHS es llevado por enfermeros entrenados en salud mental que tienen capacidad para prescribir y derivar a otros niveles. Asimismo existe una lista de motivos de consulta menores que son filtrados por enfermería. Las razones esgrimidas para defender esta actitud son una mayor eficacia y eficiencia, basadas en menores costes y mayor accesibilidad.

6. Dotación de algunos medios especiales a la Atención Primaria

Se quiere hacer la transición de un modelo basado en el segundo y tercer nivel hacia uno basado en la AP, por tanto existe un desplazamiento de medios y cuidados desde el tercero al segundo, y del segundo al primero, en este sentido nuevos medios como centros de rehabilitación cardiaca y centros de apoyo para familiares con cáncer se encuentran situados en el primer nivel, el objetivo es claro, reducir costes y mejorar accesibilidad, satisfacción del usuario y conseguir una mayor eficacia.

Agradecimientos

Sirvan estas líneas como agradecimiento a los miembros del Departamento de Atención Primaria de la Universidad de Liverpool, en especial a los doctores Christopher Dowrick y Trevor Gibbs, por su cálida acogida y su estímulo para la realización de este artículo.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 3

Mujer mayor con episodios de mareo de una semana de evolución

Torres Maese M, García Bernabé C.

Residentes de 3.º año de MFyC. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Granada. Zona Norte I.

Mujer de 62 con AP de HTA y valvulopatía aórtica degenerativa en tratamiento con torasemida, enalapril, un hipolipemiante y AAS. Refiere mareos desde hace semana, de aparición brusca, breves (segundos) y con una frecuencia de uno o dos diarios aunque desde ayer son casi continuos.

No giro de objetos, sí inestabilidad y tres caídas con pérdida transitoria de conocimiento. Cuando se mareo no tiene sudación ni náuseas ni dolor, tampoco movimientos anormales, ni relajación de esfínteres, ni somnolencia posterior.

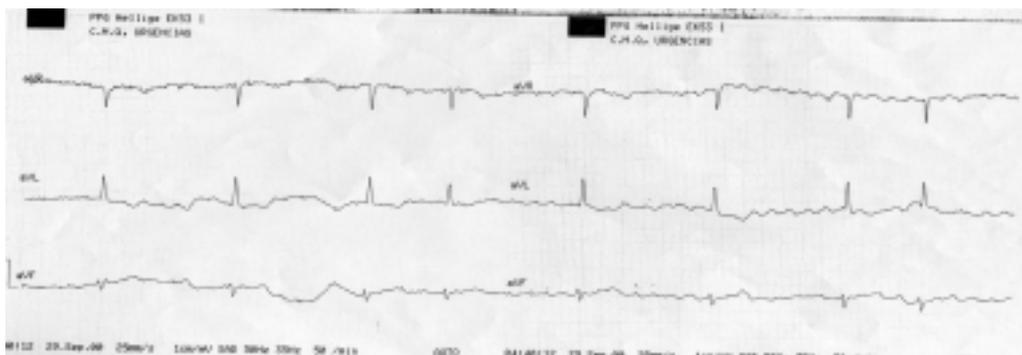
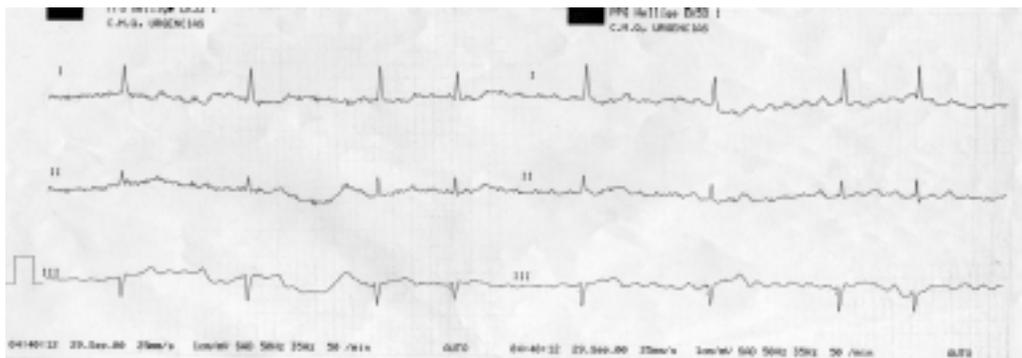
Exploración Física: Buen aspecto general. Constantes y

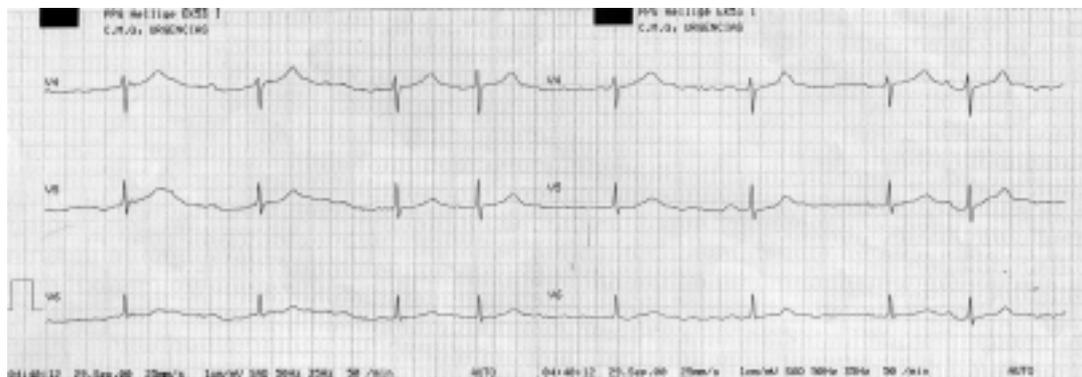
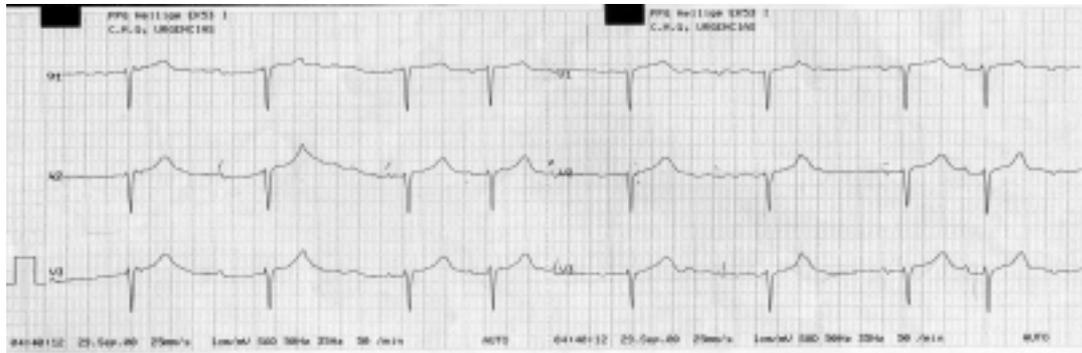
exploración neurológica básica normal... Pulso rítmico y fuerte. Pequeño soplo en carótida izquierda. ACP: SS polifocal III/VI (ya conocido).

La paciente se ha realizado un EKG hace una hora pero éste no aparece. ¿Estará «trasapelado»? Mientras aparece decidimos realizar un EKG sobre la marcha.

El EKG realizado muestra un ritmo sinusal a 74 /min con un PR de 0.2 segundos, eje izquierdo y un pobre crecimiento de R en V1-V3 sin otras alteraciones significativas.

Cuando ya estamos descartando algunos diagnósticos, llega la hija con el EKG realizado una hora antes.





Con los datos aportados; ¿Qué opción le parece más correcta?

- a) FA de reciente comienzo. Es aconsejable observación domiciliaria.
- b) AIT de repetición. Si vuelve a presentar alguna clínica vuelva a consultar.
- c) Síncopes que precisan ser estudiados en consultas externas de cardiología.
- d) BAV de alto grado que precisa monitorización EKG en observación hospitalaria.
- e) Crisis de ansiedad en una paciente con episodios transitorios de FA no relacionados con la clínica. Se aconseja tratamiento ansiolítico.

(Respuestas razonadas en el próximo número)
 Remitir las respuestas al correo electrónico: revista@samfyc.es
 o a: **Revista Medicina de Familia. Andalucía**
 ¿Cuál es su diagnóstico?
 Calle Arriola 4, bajo - 18001 Granada

Comentarios a cuál es su diagnóstico 2

(Medicina de Familia (And) 2000; 2:184)

a) Nos indica claramente la presencia de un Lupus Eritematoso Sistémico.

FALSO: Según la American College of Rheumatology para el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico es necesaria como mínimo la presencia simultánea o secuencial de cuatro de un total de 12 criterios que se recogen en la tabla 6.

b) Este es un hallazgo casual sin importancia alguna. No debemos seguir estudio ninguno.

FALSO: Ante la sospecha de conectivopatía se determinan autoanticuerpos.

c) Se denomina Fenómeno, Enfermedad o Síndrome de Raynaud indistintamente a es roceso.

FALSO: Se denomina *Fenómeno de Raynaud* a la situación en la que existen cambios intermitentes de coloración cutánea distal. La *Enfermedad de Raynaud* existe fenómeno de Raynaud sin enfermedad asociada que la produzca. En el *Síndrome de Raynaud* existe una asociación a una enfermedad, que actúa como factor causal o desencadenante; es decir, el fenómeno de Raynaud es secundario.

d) Aunque de diverso significado, posee importancia analítica, puesto que el resultado sigue siendo positivo diluido en 320 ocasiones.

VERDADERO: Existen distintas causas de Anticuerpos Antinucleares (AAN) positivos:

— *Individuos sanos:* Mujer»varón, Edad «55 años, Parientes de enfermos con colagenosis.

— *Conectivopatías:* Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide, Artritis crónica infantil, Artropatía psoriásica, Esclerosis sistémica progresiva, Síndrome de CREST, Síndrome de Sjögren, Síndrome de solapamiento, Vasculitis, Polimiositis.

— *Otras enfermedades autoinmunes:* Fibrosis Pulmonar Idiopática, Hipertensión Pulmonar Primaria, Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Hepatitis crónica activa, Cirrosis biliar primaria, Púrpura Trombocitopénica idiopática, Anemia hemolítica autoinmune, Enfermedad inflamatoria intestinal, Esclerosis múltiple.

— *Fármacos:* Procainamida, Hidralacina, Metildopa, Difenilhidantoína, Clorpromacina, Quinidina.

— *Infecciones:* Virus de Eptein-Barr, Virus de la hepatitis B, Tuberculosis, Lepra, Salmonella, Klebsiella.

— *Neoplasias:* Procesos mieloproliferativos, Proceso linforoliferativos, Melanoma, Mama, Pulmón, Riñón.

— *Otros:* Insuficiencia renal terminal, Transplante de órgano, Porfiria.

e) En esta paciente no está indicado la determinación de autoanticuerpos antinucleares.

FALSO: Es importante definir las ocasiones en las que está indicada la petición de AAN, ya que la solicitud indiscriminada plantea dos problemas: la saturación de los laboratorios donde se realizan las determinaciones, con el consiguiente incremento del gasto, y la obtención de resultados positivos a los que no se puede dar una interpretación adecuada.

Las indicaciones son las siguientes:

— *Manifestaciones Mucocutáneas:* Artralgias, Artritis, Xerostomía, Aftas orales y/o genitales, Esclerodactilia, Raynaud, Fotosensibilidad, Paniculitis, Púrpura palpable.

— *Manifestaciones Oculares:* Queratoconjuntivitis seca, Uveitis posterior.

— *Manifestaciones Digestivas:* Disfagia, Dolor abdominal recidivante.

— *Manifestaciones Pulmonares:* Disnea por enfermedad pulmonar intersticial, Hipertensión pulmonar primaria.

— *Alteraciones Hematológicas:* Neutropenia, Linfopenia, Anemia hemolítica, Trombopenia, Trombosis sin factor de riesgo.

— *Manifestaciones Neurológicas:* Polineuropatía, Mononeuritis múltiple, Meningitis recurrentes no infecciosas, Cuadros vasculares no relacionados con arterioesclerosis, Cuadro inflamatorios de etiopatogenia no filiada, Convulsiones, Psicosis orgánicas, Demencia precoz.

— *Manifestaciones Renales:* Proteinuria, Microhematuria y/o leucocituria, Alteraciones del la función renal.

— *Varios:* Serositis, Fiebre de origen desconocido, Abortos de repetición, Estudio de vasculitis, Estudio de miopatías, Estudio de hepatopatías.

ARTÍCULO ESPECIAL

Lectura crítica de artículos originales en salud

Bobenrieth Astete MA.

Profesor de metodología de investigación y escritura científica; coordinador de la Unidad Técnica de Publicaciones; Escuela Andaluza de Salud Pública..

I. INTRODUCCIÓN

La meta última para desarrollar investigación en medicina y salud pública, y de comunicar sus resultados, es utilizar ese conocimiento como una base de la práctica profesional. Debido a que la práctica basada en la investigación depende de los hallazgos de estudios científicos publicados, cada estudio de investigación debe ser evaluado críticamente, no solamente para determinar su mérito científico (validez) sino también su importancia, su novedad y su utilidad (puesta en práctica.)

A. Validez de los artículos

Hoy en día circulan una serie de mitos en torno a la publicación científica, que son claramente contradictorios con la realidad objetiva.

El primer mito consiste en creer que el hecho de que la comunicación científica —en la forma de artículo original, artículo especial, original breve, nota clínica, caso clínico, artículo de revisión, revisión conjunta— se publique en una revista de prestigio es garantía de su validez. La realidad enseña que si bien es cierto que algunas revistas biomédicas y de salud tienen consejos editoriales que utilizan el «sistema de revisión por pares» (*peer review system*) para la selección de manuscritos de artículos originales, no es menos cierto que otras tratan el asunto de la revisión de manuscritos con una ligereza y negligencia que llegan a veces a la irresponsabilidad.

De hecho, una lectura crítica de los artículos muestra que mucho de lo que se publica no logra convencer de su validez científica (validez interna y / o externa). Surgen se-

rias dudas de validez con cuestionamientos conceptuales y de rigor metodológico. A esto suelen agregarse problemas graves de redacción por falta de claridad, de precisión y de orden lógico. Estos artículos no deberían haber sido publicados en la forma que se presentaron; algunos deberían haber sido rechazados, y otros, haber recibido una aceptación condicional.

El segundo mito es la creencia de que el hecho de que el / los autor /es tengan prestigio por su práctica profesional es garantía de validez y de calidad de su publicación. La realidad muestra que el tener una sólida experiencia de práctica profesional en atención de salud (medicina, enfermería, odontología, farmacia, veterinaria, etc.) no constituye en manera alguna garantía de rigor metodológico de un estudio. La medicina no es ciencia ni arte sino una práctica que se ejerce bajo la influencia de valores culturales, información científica, habilidad conceptual, habilidades técnicas, relaciones humanas, y valores éticos. El proceso de investigación requiere de una preparación especializada que incluye tanto la clara comprensión de sus fundamentos como un manejo básico de su metodología.

El tercer mito es la convicción de que el hecho de que el autor haya publicado con anterioridad otro trabajo de investigación de buen nivel conceptual y metodológico es garantía suficiente de calidad (validez científica) de su nueva publicación. La realidad advierte que las publicaciones científicas están sujetas a normas. Cada obra (investigación) publicada debe cumplir con los estándares de rigor metodológico, de estructura y de estilo consensuados por la comunidad científica nacional e internacional, con independencia de trabajos anteriores. En consecuencia, no existe tal garantía; en el mejor de los casos podrá haber una mayor expectativa de calidad.

El cuarto mito es el convencimiento de que el investigador científico, por la misma naturaleza objetiva de su quehacer, está libre de prejuicios y de sesgos. Un prejuicio

Recibido el 12-01-2001; aceptado para su publicación el 14-02-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 81-90

del investigador —si lo hubiera— no afecta el proceso de la investigación ni su comunicación, en el supuesto de que la metodología haya sido adecuada y correcta. La realidad prueba que el compromiso intelectual y emocional hacia un conjunto particular de resultados anticipados puede conducir a errores graves. Comprometerse de una forma determinada y ciega, por ejemplo, a la proposición de que una variable independiente, en particular, es la causa de una modificación en la variable dependiente, o rechazar la posibilidad de que un grupo social por el que el investigador siente simpatía —o que francamente admira— opina y / o actúa de manera reprensible, son errores que pueden invalidar una investigación y socavar el prestigio del investigador. El investigador debe ser consciente y estar alerta ante el hecho de que —como cualquier ser humano— está sujeto a juicios y opiniones que se forman de antemano, antes de disponer de los datos adecuados y suficientes.

B. Concepto de lectura crítica

La lectura crítica es una evaluación objetiva y crítica de las fortalezas y las debilidades de una investigación completa publicada. Al conducir una lectura crítica deben valorarse tanto los aspectos negativos como los positivos del informe. Dado que todos los estudios de investigación presentan debilidades y limitaciones, la clave de una evaluación crítica es no solamente citar aquellas debilidades específicas sino, también, evaluar su impacto en la totalidad del estudio.

La lectura crítica de un informe de investigación incluye el evaluar los aspectos del estudio para juzgar su méritos, significado, alcance y limitaciones.

C. Requisitos de la lectura crítica

Para efectuar una lectura crítica eficiente y útil, el lector profesional requiere:

- 1.—Conocer las etapas del proceso de investigación: conceptual (teórica); planificación (diseño); ejecución (resultados); interpretativa (significado), y los 18 pasos que lo componen.
- 2.—Tener presente la correspondencia de cada etapa de la investigación con las partes del artículo científico original; conceptual / introducción; planificación / materiales y métodos; empírica / resultados; interpretativa / discusión y conclusión;
- 3.—Tener un dominio básico de la terminología de uso frecuente en investigación y publicación científica;
- 4.—Reconocer los requisitos fundamentales del estilo científico: claridad, concisión, precisión, orden / secuencia, sencillez.

5.—Disponer de pautas de lectura crítica a seguir en cada capítulo del artículo original, adaptado al tipo de investigación (paradigma epistemológico / metodológico) y su correspondiente diseño.

II. LAS ETAPAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN FRENTE A LAS PARTES DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

A. Proceso de investigación

Tal como se indicó en el capítulo anterior, el lector crítico necesita estar familiarizado con los pasos (actividades) que componen el proceso de investigación. Debe estar consciente de la naturaleza lineal, secuencial y circular de este proceso, como así mismo de las cuatro grandes instancias de decisión que requieren de la mayor claridad y precisión: el problema específico de investigación, las variables del problema que se van a medir, los objetivos / hipótesis del estudio, y el diseño con su metodología específica.

Escapa totalmente al objetivo de esta presentación el desarrollar en detalle las actividades del proceso de investigación. Aquí remitimos al lector a la publicación «Escritura y lectura crítica de artículos científicos» de Manuel A. Bobenrieth, descrita en «V. BIBLIOGRAFÍA»

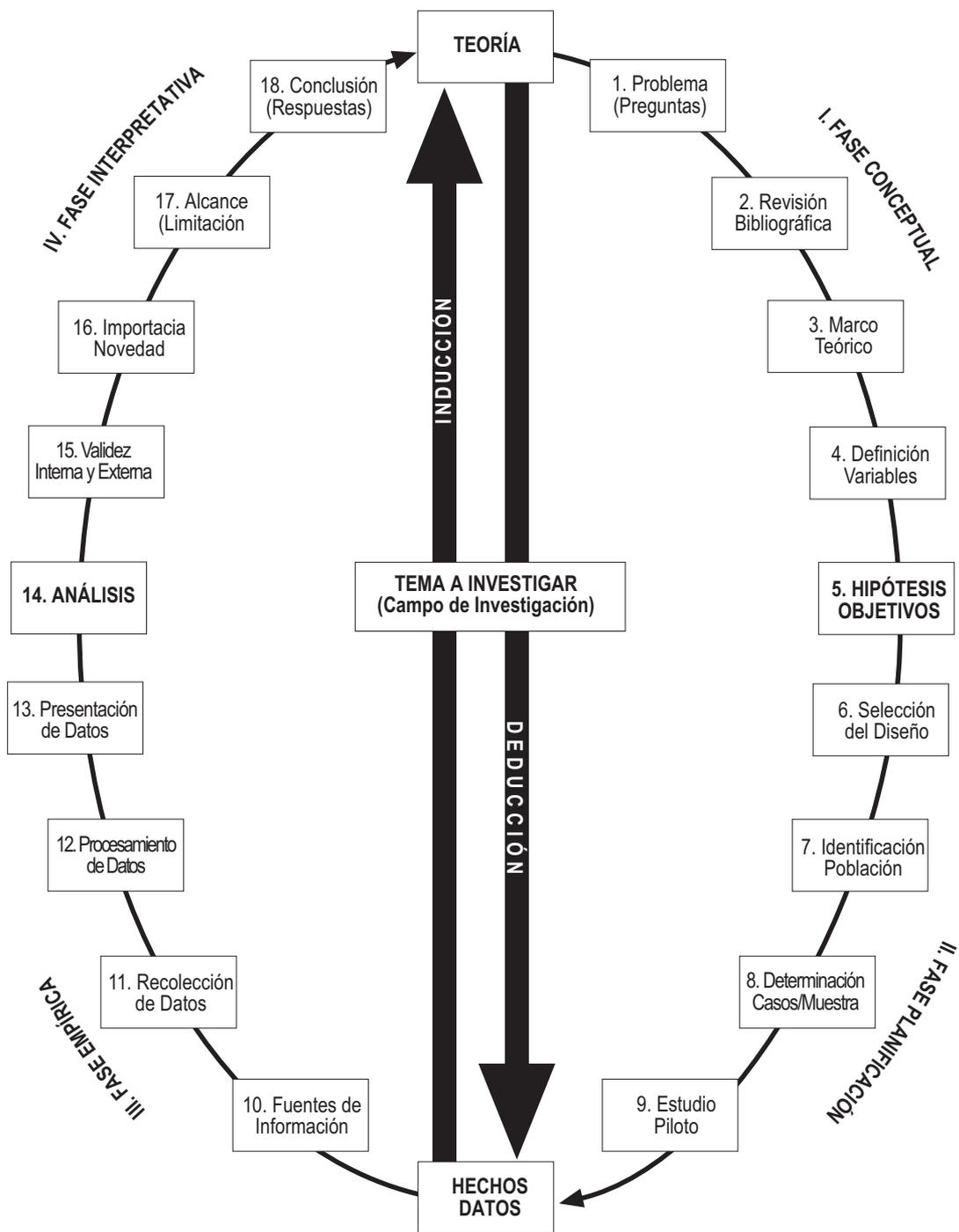
A continuación presentamos dos figuras de la obra mencionada, sobre el proceso de investigación y de su correspondiente contraparte, el artículo científico los cuales son autosuficientes, autoexplicativas. Esperamos que esta síntesis sirva de recordatorio útil al lector crítico interesado.

III. LAS PAUTAS PARA LA EVALUACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Las pautas para la lectura crítica de un informe de investigación o artículo original publicado son componentes clave a considerar para la evaluación de una investigación. Una pauta sirve como norma o modelo para realizar la lectura crítica.

Hoy existe una importante variedad de pautas, las cuales suelen encontrarse en muchos libros de texto sobre investigación. Mas allá del número de ítems a evaluar (rango desde 20 hasta 169) en 23 libros de texto y de consulta pertinentes y actualizados y del formato y estilo utilizado (afirmativo, interrogativo, elección múltiple, problema / implicación), todas tienen un denominador común: proporcionar una lista de los componentes críticos del proceso de investigación y de la estructura y el estilo a ser evaluado.

Aunque cada componente, cada paso y cada decisión es muy importante, igualmente importante resulta la forma cómo cada componente se relaciona, se asocia con

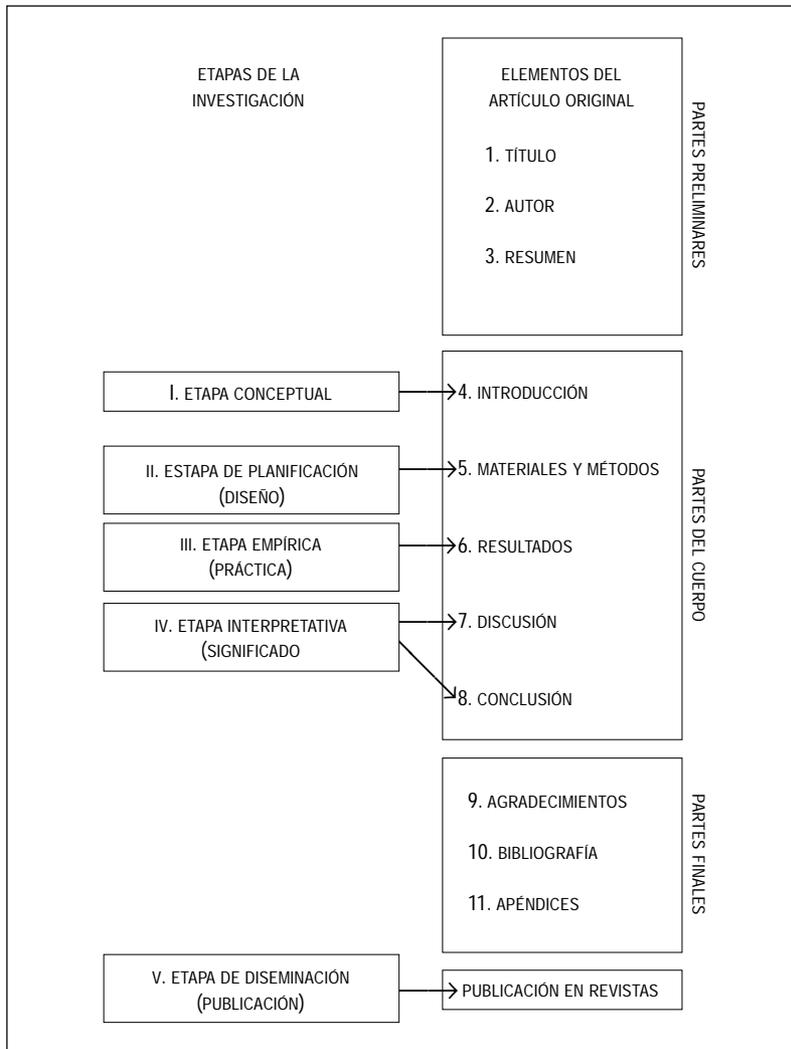


Esquema IV.1. Modelo general del proceso de investigación

los demás llegando a veces, a determinarlo. Una buena pauta sirve de referente, de estándar, de norma sobre el «deber ser» del proceso, de su escritura y de su publicación.

A continuación presentamos 138 pautas detalladas de

lectura crítica de las partes preliminares (título, autor(s) y resumen), de las partes del cuerpo (introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusión) y de las partes finales (bibliografía), del informe de una investigación o de un artículo científico original.



Esquema IV.2. Las etapas de la investigación frente a la estructura del artículo original

B. Pautas para evaluar el título

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Es claramente indicativo del contenido del estudio (problema de investigación y variables principales).			
2.—Es claro, fácil de entender.			
3.—Es conciso (15 palabras).			
4.—Identifica las palabras clave (descriptores) del estudio.			
5.—Utiliza palabras completas (no utiliza abreviaturas ni siglas).			
6.—Usa tono afirmativo.			
7.—Es gramaticalmente correcto (no es partido).			
8.—Usa lenguaje sencillo (no usa jerga o jergonza).			
9.—Usa términos claros y directos (no usa términos efectistas).			
10.—Usa palabras esenciales (no usa sobreexplicación).			

Pautas para evaluar los autores

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Hay autoría múltiple.			
2.—Hay autoría justificada, responsable.			
3.—Hay autoría completa.			
4.—Usa nombres completos (no usa iniciales).			
5.—Incluye instituciones de trabajo sin incluir grados académicos o posiciones jerárquicas.			
6.—Incluye la dirección postal del investigador encargado de la correspondencia.			

Pautas para evaluar el resumen

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Permite identificar el contenido básico de forma rápida y exacta.			
2.—Es claro, fácil de entender.			
3.—Describe claramente el objetivo / hipótesis en el primer párrafo.			
4.—Describe claramente el diseño / metodología en el segundo párrafo.			
5.—Describe claramente los resultados principales en el tercer párrafo.			
6.—Describe claramente las conclusiones en el cuarto párrafo.			
7.—Es conciso (250 palabras).			
8.—Presenta resultados con valores numéricos (núm., tasas, porcentajes, proporciones, etc.).			
9.—Usa palabras completas (no usa abreviaturas ni siglas).			
10.—Usa solamente el texto (no incluye tablas, gráficos ni figuras).			
11.—El texto no cita referencias bibliográficas.			
12.—Usa denominaciones genéricas de productos farmacéuticos (no usa marcas registradas).			
13.—Es autosuficiente, autoexplicativo.			

Pautas para evaluar la introducción

General

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Presenta claramente el qué y el por qué de la investigación.			
2.—Capta la atención del lector desde el párrafo introductorio; «invita» al lector a seguir leyendo.			
3.—El estilo es directo unívoco.			
4.—El tema general (campo de estudio) se presenta prontamente para pasar luego al problema de investigación.			

Problema de investigación

	SÍ	DUDOSO	NO
5.—El problema de investigación (fenómeno específico de interés) se identifica y se define.			
6.—Los antecedentes del problema se presentan sin dilación.			
7.—La razón fundamental por la cual se seleccionó el problema queda claro. Su investigación se justifica para llenar un vacío de información.			
8.—El problema es importante, es actual, es susceptible de observación y de medición.			
9.—La investigación del problema es factible.			

Revisión bibliográfica

	SÍ	DUDOSO	NO
10.—La revisión identifica lo que se sabe actualmente –en función de lo publicado— sobre el problema de investigación.			
11.—La revisión es relevante para el problema del estudio.			
12.—La revisión refleja información sobre antecedentes del problema, necesaria para apoyar la justificación del estudio.			
13.—Las referencias citadas en el texto están bien documentadas y son actuales.			
14.—La relación del problema de investigación con investigaciones previas es directa y clara.			
15.—La revisión presenta una gama de experiencias, teorías y opiniones con puntos de vista diversos y complementarios sobre el problema.			
16.—La revisión identifica, desde la literatura, importantes vacíos de información sobre el problema.			
17.—La organización de la revisión es lógica, según categorías y fecha de publicación.			
18.—La revisión es mucho más que una mera lista ordenada de citas: cada referencia tiene una justificación, su lugar es determinante y —en ningún caso— arbitrario.			

Marco teórico

	SÍ	DUDOSO	NO
19.—La investigación no es aislada y se vincula con teorías existentes.			
20.—La investigación describe un marco teórico ya existente o formula uno propio.			
21.—El marco teórico es adecuado para el problema de la investigación.			
22.—El marco teórico se desarrolla en forma lógica y comprensible.			
23.—El marco teórico es útil para clarificar conceptos pertinentes y las relaciones entre ellos.			

Variables

	SÍ	DUDOSO	NO
24.—El estudio selecciona las variables adecuadas.			
25.—Las variables son suficientemente claras.			
26.—La asociación entre variables se describe indicando su calidad de independiente y dependiente.			
27.—Las variables extrañas (de confusión) se reconocen y se indica su grado de control.			
28.—Las variables importantes se definen operacionalmente, al igual que sus grados de condición.			

Objetivos / hipótesis

	SÍ	DUDOSO	NO
29.—Los objetivos son adecuados a la pregunta de la investigación (problema y sus variables).			
30.—Los objetivos indican en forma inequívoca qué es lo que el investigador intenta hacer (observar, registrar y medir).			
31.—Los objetivos descriptivos son pocos, concretos, medibles, y factibles.			
32.—Los objetivos anuncian un resultado concreto previsto, unívoco, claro y preciso.			
33.—Los objetivos se presentan redactados en forma afirmativa, con verbos activos transitivos, en tiempo infinitivo, sujetos a una sola interpretación.			
34.—La redacción de los objetivos diferencia claramente los de carácter descriptivo de aquellos otros de carácter analítico.			
35.—Las hipótesis expresan de manera clara, precisa y concisa, una relación (o diferencia) entre dos o más variables.			
36.—Las hipótesis explican o predicen esa relación (o diferencia) entre dos o más variables en términos de resultados esperados.			
37.—La formulación de las hipótesis incluye las variables de estudio, la población de estudio y el resultado predicho (efecto).			
38.—Las variables identificadas en las hipótesis se definen operacionalmente.			
39.—Cada hipótesis se refiere solamente a una relación entre dos variables, para claridad de su comprensión (hipótesis simple).			
40.—La dirección de la relación se establece de manera inequívoca en la redacción de la hipótesis.			
41.—Cada hipótesis está lógicamente relacionada con el problema de investigación.			

Pautas para evaluar materiales y métodos

Diseño

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—El diseño parece apropiado para el objetivo del estudio.			
2.—El diseño se describe suficientemente, caracterizando la dimensión de intervención del investigador (manipulación) de la variable independiente.			
3.—El diseño explica la dimensión temporal (momento y núm. de veces de recogida de información).			
4.—El diseño especifica la unidad de análisis (caso, serie de casos, muestra o población total).			
5.—El diseño indica el nivel de análisis (no análisis, correlación, causalidad o inferencia).			
6.—El diseño seleccionado encaja el paradigma epistemológico / metodológico (cuantitativo o cualitativo) con los datos que se intenta producir.			
7.—El diseño está actualizado con el nivel de conocimientos disponibles sobre el problema de investigación.			
8.—El diseño garantiza un grado de control suficiente, especialmente en investigaciones cuantitativas, contribuyendo así a la validez interna del estudio.			

Población y muestra

	SÍ	DUDOSO	NO
9.—La población diana se identifica y describe con claridad.			
10.—La población accesible al estudio se describe con exactitud.			
11.—Se explica si se utilizó un muestreo aleatorio <i>probabilístico</i> o un muestreo no <i>probabilístico</i> .			
12.—En caso de muestreo aleatorio, se explica el procedimiento: aleatorio simple, aleatorio estratificado, aleatorio por conglomerado, o aleatorio sistemático.			
13.—En caso de muestreo no aleatorio, se explica el procedimiento: muestreo de conveniencia, muestreo de cuota o muestreo intencional.			
14.—El tamaño de la muestra se informa a la luz del objetivo del estudio, el diseño del estudio, el método de muestreo y el análisis estadístico de los datos.			
15.—La muestra indica cuán representativa es de la población diana, a la que se intenta generalizar los resultados.			
16.—La muestra parece suficiente como para garantizar la validez externa del estudio.			
17.—El método de selección y asignación de sujetos a los grupos de estudio y de control se describe con claridad.			

Consideraciones éticas

	SÍ	DUDOSO	NO
18.—Se describe el procedimiento para obtener consentimiento informado.			
19.—Hay constancia de la revisión de la investigación por algún consejo o comité de ética de la institución.			
20.—El investigador describe los riesgos potenciales de los sujetos participantes del estudio.			
21.—Hay constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad a los participantes del estudio.			

Pautas para evaluar los resultados

Recogida de datos

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Los instrumentos de recolección son adecuados para el diseño del estudio.			
2.—Se menciona la razón fundamental para la selección de cada instrumento / método.			
3.—Se describe la validez y la confiabilidad de cada instrumento.			
4.—Se describe claramente los pasos en el procedimiento de recogida de datos.			
5.—El procedimiento de recolección de datos es adecuado.			

Análisis de los datos

	SÍ	DUDOSO	NO
6.—La elección de los procedimientos estadísticos de análisis es adecuada.			
7.—Los procedimientos estadísticos se aplican correctamente para el nivel de medición de los datos.			
8.—Los datos se analizan en relación con los objetivos del estudio.			
9.—Se prueba cada hipótesis y los resultados se informan con precisión.			
10.—El análisis estadístico considera el nivel de medida para cada una de las variables: nominal (categórica), ordinal, o intervalo (continua).			
11.—Las variables se organizan en grupos lógicos clínicamente: variables de criterios de inclusión, variables factores de riesgo y variables de resultado (desenlace).			
12.—Los grupos de estudio y de control son comparables.			
13.—Se indica con precisión la duración del estudio (seguimiento) para ambos grupos: estudio y control.			

Presentación de los datos

	SÍ	DUDOSO	NO
14.—La sección de resultados se focaliza en aquellos hallazgos pertinentes y responde a la pregunta de la investigación y / o a la prueba de hipótesis.			
15.—Los datos se presentan en forma objetiva, sin comentarios ni argumentos.			
16.—El texto comanda la presentación en forma clara, concisa y precisa.			
17.—Los resultados se presentan en forma ordenada siguiendo el orden de los objetivos / hipótesis.			
18.—Los resultados se inician con los hallazgos positivos más importantes. Las asociaciones negativas se informan al final de la sección.			
19.—Se informa del riesgo relativo y del intervalo de confianza.			
20.—Los términos estadísticos se usan de forma experta (significante, aleatorio, muestra, correlación, regresión, inferencia, etc.).			
21.—Los valores P se presentan profesionalmente, y se interpretan inteligentemente.			
22.—La sección de resultados es completa y convincente.			
23.—Las tablas son simples y auto explicativas. Incluyen datos numéricos numerosos, repetitivos, con valores exactos.			
24.—Las tablas no contienen información redundante del texto.			
25.—Los gráficos son simples y auto explicativos.			
26.—Los gráficos permiten visualizar y analizar patrones, tendencias, comparaciones, semejanzas y diferencias en los datos.			
27.—Tanto los gráficos como las tablas completan el texto y ayudan a una comprensión rápida y exacta de los resultados.			
28.—Tanto los gráficos como las tablas clarifican la información, ponen énfasis en los datos más significativos, establecen relaciones y resumen el material de los hallazgos.			
29.—El autor selecciona, con buen juicio, el tipo de gráfico más adecuado (barras, lineal, histograma, polígono de frecuencias, sectores, dispersión, pictograma).			

Pautas para evaluar la discusión y la conclusión

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Las interpretaciones se basan en los datos.			
2.—Los hallazgos se discuten en relación con los objetivos del estudio.			
3.—El texto no repite los resultados.			
4.—Se especula inteligentemente con fundamento.			
5.—Las generalizaciones tienen como garantía y justificación los resultados.			
6.—Se distingue entre significación estadística y relevancia (importancia) clínica.			
7.—Se discuten primero los resultados propios; luego se comparan los resultados propios con los resultados de otros estudio similares publicados (segunda revisión bibliográfica).			
8.—Se diferencia entre los hechos (hallazgos) y la opinión del autor sobre estos hechos.			
9.—Se discuten adecuadamente las limitaciones del estudio y la forma como pueden afectar las conclusiones.			
10.—Se sugieren investigaciones al futuro alrededor del problema de la investigación, basadas en la experiencia ganada a lo largo del proceso.			
11.—El estilo de la discusión es argumentativo, con uso juicioso de polémica y debate. Esto contrasta bien con el estilo descriptivo y narrativo de la introducción, materiales y métodos, y resultados.			
12.—Las conclusiones se establecen claramente, como «respuesta» del estudio a la «pregunta» de la investigación, contenida en los objetivos / hipótesis.			
13.—El contenido de las conclusiones corresponde al contenido de los objetivos; hay tantas conclusiones como objetivos.			

Pautas para evaluar la bibliografía

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Las referencias son adecuadas (descriptores del título del artículo coinciden con descriptores de los títulos de las referencias).			
2.—Las referencias son actualizadas (más del 50% de los últimos cinco años).			
3.—El número de referencias es adecuado (más / menos 30).			
4.—El tipo de referencias es adecuado (más del 50 % de publicaciones de tipo primario).			
5.—La documentación de las referencias es completa (autor, título, lugar de publicación, editorial y año, en caso de libro; autor, título, nombre de revista, volumen y páginas, en caso de artículo de revista).			

IV. BIBLIOGRAFÍA

- Abelson RP. *La estadística razonada: reglas y principios*. Barcelona: Paidós, 1998.
- Abramson JH. *Making sense of data*. Second edition. New York: Oxford University Press, 1994.
- Alcina Franch J. *Aprender a investigar*. Madrid: Compañía Literaria, 1994.
- Álvarez Cáceres R. *El método científico en las ciencias de la salud*. Madrid: Diaz de Santos, 1996.
- Bailey DM. *Research for the Health Professional. A practical guide*. Second edition. Philadelphia: F.A. Davis Co., 1997
- Bobenrieth Astete MA. *Escritura y lectura crítica de artículos científicos*. En: Burgos Rodríguez R. Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Parte IV. Edición 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
- Bobenrieth Astete MA. *Mitos y realidades en torno a la publicación científica*. Med Clin (Barc) 2000; 114: 339-341.
- Doordan AM. *Research survival guide*. Philadelphia: Lippincott, 1998.
- Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical epidemiology. The essentials*. Third edition. Baltimore: William and Wilkins, 1996.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de investigación*. Segunda edición. México: McGraw-Hill, 1998
- Lang TA, Secic M. *How to report statistics in medicine*. Philadelphia: American College of Physicians, 1997.
- Munro BH. *Statistical Methods for Health Care Research*. Third edition. Philadelphia: Lippincott, 1997.
- Polgar S, Thomas SA. *Introducción a la investigación en las ciencias de la salud*. Madrid: Churchill Livingstone, 1993.
- Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud*. Quinta edición. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997.
- Zeiger M. *Essentials of writing biomedical research papers*. Second edition. New York: McGraw-Hill, 2000.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de septiembre a 31 de diciembre de 2000)

Barbero Salado NB¹, Bellón García N¹, Calvo Núñez T¹, Cuevas Torres N¹, Gálvez Ibáñez M², Gázquez Pérez MI¹, García Ruiz T¹, Jiménez López AM¹, Lahoz Rallo B², Maldonado Díaz I¹, Mejías López ME¹, Morata García de la Puerta², IJ, Requena Ramos JM¹, Rosado Bello I¹, Ruiz de la Rúa P¹, Sánchez García C¹, Torres Maese M¹.

¹Residente de Medicina de Familia de tercer año, ²Médico de Familia.

Los artículos, publicados entre el 1 de septiembre a 31 de diciembre de 2.000, aparecen numerados al final de este apartado. Se han clasificado por **ÁREAS DE INTERÉS**, apareciendo debajo de cada una de ellas los números de los artículos relacionados con dicha área. Se ha elegido esta fórmula dado que un mismo artículo puede ser clasificado bajo distintas áreas. La recopilación se ha extraído de la consulta a todas las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Entre corchetes, tras cada una de las referencias bibliográficas aparece el tipo de estudio, según la clasificación que se expone a continuación, y separado por una coma, el grado de interés del artículo según la opinión del revisor. Así por ejemplo [M, II] se refiere a un metaanálisis de interés muy alto. En ocasiones, a criterio del revisor, al final de la referencia aparece un breve comentario, *en cursiva*.

TIPO DE ESTUDIO

- (AO) Artículo de opinión / editoriales / comentarios.
- (R) Revisiones no sistemáticas.
- (C) Cualitativo
- (T) Observacional descriptivo transversal
- (CC) Observacional analítico de Casos y Controles
- (S) Observacional analítico de Seguimiento / Cohortes
- (QE) Quasi experimental
- (EC) Experimental ensayo clínico
- (M) Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas

INTERÉS

- Alto: I
- Muy alto: II
- Imprescindible: III

ÁREAS DE INTERÉS:

MEDICINA DE FAMILIA/ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Incluye: APS_bases conceptuales, medicina de familia_profesión, ejercicio profesional, enfermería, trabajo social, trabajo en equipo, relaciones inter-niveles, psicología, sociología, antropología. (29, 38, 46, 52, 54, 55, 61, 93, 106, 110, 111, 114, 124, 128, 149, 156, 166)

CARDIOVASCULAR. Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición / dietética. (3, 4, 7, 16, 17, 28, 45, 63, 67, 76, 79, 82, 83, 97, 98, 99, 100, 101, 112, 113, 118, 139, 147, 158, 160, 165, 177, 178, 179, 180, 181, 187)

DIABETES: (4, 19, 75, 103, 117, 125, 133, 141, 162, 185, 206, 207)

CÁNCER. Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros. (11, 12, 13, 14, 15, 37, 41, 43, 50, 134, 136, 148, 170, 171, 175, 182, 187, 194)

INFECCIOSAS. Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías. (8, 9, 68, 155, 167, 172, 173, 174, 176, 198, 210)

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA: (78, 102, 188, 189, 190, 191)

SALUD MENTAL. Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo): (6, 21, 22, 23, 26, 44, 51, 72, 74, 77, 84, 85, 86, 138, 146)

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES: (2, 5, 25, 42, 62, 71, 76, 78, 81, 87, 94, 102, 116, 142, 150, 154, 161, 186, 192, 193, 199)

MEDIOS DIAGNÓSTICOS: (60, 156)

MUJER Y SALUD. Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina. (1, 2, 14, 18, 19, 20, 26, 27, 28, 34, 39, 50, 57, 70, 88, 89, 105, 134, 136, 143, 150, 152, 154, 164, 167, 170, 173, 196, 197, 198, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207)

INFANCIA Y ADOLESCENCIA: (6, 24, 146, 167, 168, 176, 188, 189)

ANCIANOS: (10, 64, 65, 66, 76, 80, 90, 91, 121, 123, 175)

CUIDADOS PALIATIVOS. Incluye tratamiento del dolor: (33, 129, 144, 145, 148, 169)

URGENCIAS Y EMERGENCIAS: (60, 95, 163, 179, 184, 188)

TERAPÉUTICA. Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones: (30, 31, 32, 33, 35, 41, 42, 44, 49, 53, 62, 67, 68, 69, 77, 84, 85, 92, 102, 109, 115, 119, 120, 125, 126, 135, 137, 138, 140, 142, 147, 174, 186, 189, 191, 196, 200, 208, 209, 210, 211, 212, 213)

COMUNICACIÓN / ENTREVISTA CLÍNICA: (47, 58, 73, 74, 114, 122, 127, 149)

ATENCIÓN FAMILIAR: (23, 158)

ACTIVIDADES COMUNITARIAS. Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios: (61, 65, 132, 153, 183)

DOCENCIA. Incluye: pregrado, postgrado, formación médica continuada, metodología docente: (107, 122)

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística: (36, 64, 107)

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS: (96, 111)

PREVENCIÓN: (7, 17, 50, 56, 57, 63, 66, 82, 127, 157, 194, 201)

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD: (46, 48, 52, 55, 59, 104, 154)

BIOÉTICA: (36, 37, 107, 130, 131)

INFORMÁTICA: (45, 153)

OTRAS: (40)

Relación de artículos:

1. Hunter MH, Sterrett JJ. Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *Am Fam Physician* 2000; 62:1079-88. [AO,I].
2. Egan ME, Lipsky MS. Diagnosis of vaginitis. *Am Fam Physician* 2000; 62:1095-104. [AO,II].
3. Howard PA, Ellerbeck EF. Optimizing Beta-Blocker use after myocardial infarction. *Am Fam Physician* 2000; 62:1853-60. [AO,II].
4. Garber AJ. Attenuating cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes. *Am Fam Physician* 2000; 62:2633-42. [AO,II].
5. Miller JD, Pruitt S, McDonald TJ. Acute brachial plexus neuritis: An uncommon cause of shoulder pain. *Am Fam Physician* 2000; 62:2067-72. [AO,II].
6. Son SE, Kirchner JT. Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2000; 62:2297-2308. [AO,I].
7. Siscovick D, Raghunathan TE, Lin D, Weinmann S, Arbogast P, Lemaitre RN, et al. Influenza vaccination and the risk of primary cardiac arrest. *Am J Epidemiol* 2000;152:647-657. [CC,II]
8. Cohen C. Does improvement in case ascertainment explain the increase in sporadic Creutzfeldt-Jakob Disease since 1970 in the United Kingdom? *Am J Epidemiol* 2000;152:479-489. [S,II]
9. Ahdieh L, Gange SJ, Greenblatt R, Minkoff H, Anastos K, Young M, et al. Selection by indication of potent antiretroviral therapy use in a large cohort of women infected with human immunodeficiency virus. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 923-933. [S,I]
10. McGwin G Jr., Sims RV, Pulley L, Roseman JM. Relations among chronic medical conditions, medications, and automobile crashes in the elderly: A population-based case-control study. *Am J Epidemiol* 2000;152:424-431. [CC,I]
11. Rauscher GH, Mayne ST, Janerich DT. Relation between body mass index and lung cancer risk in men and women never and former smokers. *Am J Epidemiol* 2000;152:506-513. [CC,II]
12. Michaud Ds, Spiegelman D, Clinton SK, Rimm EB, Willett WC, Giovannucci E. Prospective study of dietary supplements, macronutrients, micronutrients, and risk of bladder cancer in US men. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 1145-1153. [S,I]
13. Carozza SE, Wrensch M, Miike R, Newman B, Olshan AF, Savitz DA, et al. Occupation and adult gliomas. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 838-846. [CC,I]
14. Innes K, Byers T, Schymura M. Birth characteristics and subsequent risk for breast cancer in very young women. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 1121-1128. [CC,II]
15. Voorrips LE, Goldbohm RA, Poppel G, Sturmans F, Hermus RJJ, Van den Brandt PA. Vegetable and fruit consumption and risk of colon and rectal cancer in a prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 1081-1092. [S,II]
16. Rosvall M, Östergren P, Hedblad B, Isacson SO, Janzon L, Berglund G. Occupational status, education level, and the prevalence of carotid atherosclerosis in a general population sample of middle-aged Swedish men and women: results from

- the Malmö diet and cancer study. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 334-46. [S,II]
17. Fortmann S, Varady A. Effects of community-wide health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 316-323. [S,II]
18. Torfs CP, Christianson RE. Effect of maternal smoking and coffee consumption on the risk of having a recognized Down Syndrome pregnancy. *Am J Epidemiol* 2000;152: 1185-1191. [CC,II]
19. Wen S, Liu S, Kramer M, Joseph K, Levitt C, Marcoux S, Liston R. Impact of prenatal glucose screening on the diagnosis of gestational diabetes and on pregnancy outcomes. *Am J Epidemiol* 2000;152:1009-14. [S,I]
20. Hertz-Picciotto I, Schramm M, Watt-Morse M, Chantala K, Anderson J, Osterloh J. Patterns and determinants of blood lead during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 829-837. [S,II]
21. Sánchez Hervás E, Tomás Gradolí V, Morales Callús E. Evaluación psicopatológica de pacientes dependientes de cocaína. *Aten Primaria* 2000; 26:319- 322. [CC, I].
22. Arias F, Padín JJ, Rivas MT, Sánchez A. Disfunciones sexuales inducidas por los inhibidores de la recaptación de serotonina. *Aten Primaria* 2000; 26: 389- 394. [T, II].
23. Marcas Vila A, Mariscal Labrador E, Muñoz Pérez MA, Olid Cobos F, Pardo Remesal MJ, Rubio Simón E, et al. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación? *Aten Primaria* 2000; 26: 453- 456. [T,I].
24. Pardo Crespo MR, Pérez Iglesias R, Llorca J, Rodrigo Calabia E, Alvarez Granda L, Delgado- Rodríguez M. Papel de los equipos de atención primaria en la hospitalización infantil de los niños menores de 2 años. *Aten Primaria* 2000; 26: 464- 467. [CC, II].
25. Martín Alvarez R, Martín Fernández J, Lobón Agundez C, Hernando López T, Crespo Garzón AE, Sabugal Rodelgo G. ¿Es útil la disuria para el diagnóstico de la infección del tracto urinario? *Aten Primaria* 2000; 26: 550- 553. [T,I].
26. Moreno Luna ME, Clemente Lirola E, Piñero Acín M, Martínez Matías MR, Alonso Gómez F, Rodríguez Alcalá FJ. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria* 2000; 26: 554- 558. [T, II].
27. Carlón López R, García Houghton RF, González Varela A, Martínez Suárez MM, Suárez Gil P. Intercepción postcoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 595- 599. [T, I].
28. Castellanos ME, Muñoz MI, Nebot M, Payá A, Rovira MT, Planas S, et al. Validez del consumo declarado de tabaco en el embarazo. *Aten Primaria* 2000; 26: 629- 632. [S, I].
29. Rubio Arribas V, Rodríguez Ibáñez ML, Sampedro Martínez E, Vitorres Benavente C, Alechiguerra García A, Bario Gamarra JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento interconsulta. *Aten Primaria* 2000; 26: 681- 684. [T,II].
30. McGettigan P. COX-2 inhibitors. What is their place? *Australian Family Physician* 2000; 29: 847-52. [M,I]
31. McCol G, Dolezal H, Eizenberg N. Common corticosteroid injections. An anatomical and evidence based review. *Australian Family Physician* 2000; 29: 922-6. [M,I]
32. Woodward M. Hypnotics options to help your patients stop. *Australian Family Physician* 2000; 29: 939-44. [M,II]
33. Virik K, Glare P. Pain management in palliative care. Reviewing the issues. *Australian Family Physician* 2000; 29: 1027-33. [M,I]
34. Riddoch G. The combined oral contraceptive pill a practical review of current options. *Australian Family Physician* 2000; 29: 1039-44. [M,II]

35. Braun L. Herb-drug interaction guide. *Australian Family Physician* 2000; 29:1155-6. [M,I].
36. Piterman L. Methodological/ ethical issues and general practice research. *Australian Family Physician* 2000; 29 (9): 890-1. [AO,I]
37. Gulavita S, Sinnott C, Setliff AE. Short report: What do men with prostate cancer want to know? *Can Fam Physician* 2000; 46: 1945-47. [T,I]
38. Eaton B. Why we do not make housecalls? *Can Fam Physician* 2000; 46: 1945-7. [AO,I]
39. Lauzon P, Roger-Achim D, Achim A, Boyer R. Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. Prospective cohort study. *Can Fam Physician* 2000; 46: 2033-40. [S,I]
40. Borins M. Prenez des vacances! C'est bon pour vous. *Can Fam Physician* 2000; 46: 2375-7. [AO,I]
41. Briden M, McKenzie M. Treating cancer patients. Practical monitoring and management of therapy-related complications. *Can Fam Physician* 2000; 46: 2258-67. [M,I]
42. Frank C. Treating vertigo in the office particle repositioning manoeuvre. *Can Fam Physician* 2000; 46: 2395-7. [R, I]
43. Colorectal cancer collaborative group. Palliative chemotherapy for advanced colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2000; 321:531-5. [M I]
44. Helmut Woelk for the remotiv/imipramine study group. Comparison of St. John's work and imipramine for treating depression: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 536-9. [EC II]
45. Gray J, Majeed A, Kerry S, Rowlands G. Identifying patients with ischaemic heart disease in general practice: cross sectional study of paper and computerised medical records. *BMJ* 2000; 321: 548-50. [T I]
46. Rosen R. Clinical governance in primary care: improving quality in the changing world of primary care. *BMJ* 2000; 321: 555-8. [AO I].
47. Rogers AE, Addington-Hall JM, Abery AJ, McCoy ASM, Bulpitt C, Coats AJS, Gibbs JSR. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. *BMJ* 2000; 321: 605-7. [C II]
48. Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *BMJ* 2000; 321: 608-11. [AO I]
49. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Forman D, Mason J, Innes M, Delaney B. Systematic review and economic evaluation of *Helicobacter pylori* eradication treatment for non-ulcer dyspepsia. *BMJ* 2000; 321:659-64. [M II]
50. Blanks RG, Moss SM, McGahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. *BMJ* 2000; 321: 665-9. [S,I]
51. Macfarlane GJ, Hunt MI, Silman AJ. Role of mechanical and psychosocial factors in the onset of forearm pain: prospective population based study. *BMJ* 2000; 321: 676-9. [S, II]
52. Huntington J, Gillam S, Rosen R. Organisational development for clinical governance. *BMJ* 2000; 321: 679-82. [AO, I]
53. Vickers A. Complementary medicine. *BMJ* 2000; 321: 683-6. [R, I]
54. Guthrie B, Wyke S. Does continuity in general practice really matter? *BMJ* 2000; 321: 734-5. [AO, I]
55. Pringle M. Participating in clinical governance. *BMJ* 2000; 321: 737-40. [AO,I]
56. McDonald MS, Whiting PF, Wilson PM, Sutton AJ, Chestnutt I, Copper J, Misso K, Bradley M, Treasure E, Kleijnen J. Systematic review of water fluoridation. *BMJ* 2000; 321: 855-9. [R, I]
57. Phipps KR, Orwoll ES, Mason JD, Cauley JA. Community water fluoridation, bone mineral density, and fractures: prospective study of effects in older women. *BMJ* 2000; 321: 860-4. [S, I]
58. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 2000; 321: 867-71. [T, II]
59. McColl A, Roland M. Knowledge and information for clinical governance. *BMJ* 2000; 321:871-4. [AO, I]
60. Douglas CD, Macpherson NE, Davidson PM, Gani JS. Randomised controlled trial of ultrasonography in diagnosis of acute appendicitis, incorporating Alvarado score. *BMJ* 2000; 321: 919-22. [EC, I]
61. Jones M. Walk in primary care centres: lessons from Canada. *BMJ* 2000; 321: 928-31. [R II]
62. Walker-Bone K, Javaid K, Arden N, Cooper C. *BMJ* 2000; 321: 936-40. Medical management of osteoarthritis. [R II]
63. Pignone M, Phillips C, Mulrow C. Use of lipid lowering drugs for primary prevention of coronary heart disease: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2000; 321: 983-6. [M III]
64. Bayer A, Tadd W. Unjustified exclusion of elderly people from studies submitted to research ethics committee for approval: descriptive study. *BMJ* 2000; 321: 992-3. [T, I]
65. Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, Van Rossum E, Witte LP, Vorhoeve PM, Crebolder HFJM. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 994-8. [EC, II]
66. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y. Prevention of falls in people over 65. *BMJ* 2000; 321: 1007-11. [M, II]
67. Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *BMJ* 2000; 321: 1051-54. [C,II]
68. Helgason S, Petursson G, Gudmundsson S, Sigurdsson A. Prevalence of postherpetic neuralgia after a first episode of herpes zoster: prospective study with long term follow up. *BMJ* 2000; 321: 794-6. [S, I]
69. Derry S, Loke Y K. Risk of gastrointestinal haemorrhage with long term use of aspirin: meta-analysis. *BMJ* 2000; 321: 1183-7. [M, II]
70. James H J, Kaye J A, Vasilakis-Scaramozza C, Jick S. Risk of venous thromboembolism among users of third generation oral contraceptives compared with users of oral contraceptives with levonorgestrel before and after 1995: cohort and case-control analysis. *BMJ* 2000; 321: 1190-5. [CC, II]
71. Rane T, Stanton S. Management of urinary incontinence in women. *BMJ* 2000; 321: 1326-31. [R, I]
72. Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. Antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000; 321: 1371-6. [M, I]
73. Hak T, Koeter G, Van der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* 2000; 321:1376-81. [C,I]
74. Bower P, Byford S, Sibbald B, Ward E, King M, Lloyd M, Gabbay M. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *BMJ* 2000; 321:1383-8. [EC, II]
75. Mogensen CE, Tikkanen SNI, Oren S, Viskoper R, Watts RW, Cooper ME. Randomised controlled trial of dual blockade of renin-angiotensin system in patients with hypertension, microalbuminuria, and non-insulin dependent diabetes: the candesartan and lisinopril microalbuminuria (CALM) study. *BMJ* 2000; 321: 1440-4. [EC,II]
76. Wilcock G K, Lilienfeld S, Gaens E. Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease

- se: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 1445-9. [EC, II]
77. Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, Dalgard O S, Page H, Lehtinen V, et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 1450-4. [EC, II]
 78. Jones A, Pill R, Adams S. Qualitative study of views of health professionals and patients on guided self management plans for asthma. *BMJ* 2000; 321: 1507-10. [C, I].
 79. Joosens L, Raw M. How can cigarette smuggling be reduced? *BMJ* 2000; 321: 947-50. [AO, I]
 80. Formiga F, López Soto A, Sacanella E, Jacob X, Masanes F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 695-696. [S, I].
 81. Mason J, Yung P, Freemantle N, Hobbs R. Safety and costs of initialising angiotensin converting enzyme inhibitors for heart failure in primary care: analysis of individual patients data from studies of left ventricular dysfunction. *BMJ* 2000; 321: 1113-6. [EC, I]
 82. Primates P, Poulter NR. Lipid concentrations and the use of lipid lowering drugs: evidence from a national cross sectional survey. *BMJ* 2000; 321: 1322 - 5. [T, I]
 83. Mogensen CE, Neldam S, Tikkanen I, Ohnen S, Viskoper R, Watts RW, et al. Randomised controlled trial of dual blockade of renin-angiotensin system in patients with hypertension, microalbuminuria, and non-insulin dependent diabetes: the candersartan and lisinopril microalbuminuria (CALM) study. *BMJ* 2000; 321: 1440 - 4. [EC, I]
 84. Boer P, Byford S, Sibbald B, Ward E, King M, Lloyd M, et al. Randomised controlled trial of non directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression II: cost effectiveness. *BMJ* 2000; 321: 1389-92. [EC, I]
 85. Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Shibbald B, Farrelly S, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression I: Clinical effectiveness. *BMJ* 2000; 32: 1383-8. [EC, I]
 86. Gale C, Oakley M. Anxiety disorder. *BMJ* 2000; 321: 1204-7. [R, I]
 87. McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. The validity of a sore throat score in family practice. *Can Med Assoc J* 2000; 163: 811-5. [T, I]
 88. Conde-Agudo A, Belzán JM. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. *BMJ* 2000; 321: 1255-9. [T, I]
 89. Jick H, Kaye J, Vasilakis-Scaramozza C, Jick SS. Risk of venous thromboembolism among users of third generation oral contraceptives compared users of oral contraceptives with levonorgestrel before and after 1995: cohort and case control analysis. *BMJ* 2000; 321: 1190-5. [CC, I]
 90. Van Haastregt JCM, Diedericks JPM, van Rossum E, Witte LP, Voorhoeve PM, Crebolder HFJM. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mortality impairments in elderly people at risk: randomised controlled trials. *BMJ* 2000; 321: 994-8. [EC, I]
 91. Feder G, Cryer C, Donovan S. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. *BMJ* 2000; 321: 1007-11. [R, I]
 92. Sheena D, Loke YK. Risk of gastrointestinal haemorrhage with long term use of aspirin: meta-analysis. *BMJ* 2000; 321: 1183-7. [M, I]
 93. Ernst E. The role of complementary and alternative medicine. *BMJ* 2000; 321: 1133-5. [AO, I]
 94. Clark BM. Physical and occupational therapy in the management of arthritis. *Can Med Assoc J* 2000; 163: 999-1005. [R, I]
 95. Cook A, Sheikh. Trends in serious head injuries among cyclists in England: analysis of routinely collected data. *BMJ* 2000; 321: 1055. [T, I]
 96. Straus SE, McAlister FA. Evidence-Based medicine: a commentary on common criticism. *Can Med Assoc J* 2000; 163: 827 - 41. [R, I]
 97. Hippisley-Cox J, Pringle M. The cost-effectiveness of lipid lowering in patients with ischaemic heart disease: an intervention and evaluation in primary care. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 699-706. [T, II]
 98. Houghton A, Sharman A, Pohl J. Determinants of successful direct current cardioversion for atrial fibrillation and flutter: the importance of rapid referral. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 710-11. [T, I]
 99. Price D, Ramachandran S, Jones P, Neary R. Observed changes in the lipid profile and calculated coronary risk in patients given dietary advice in primary care. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 712-15. [QE, II]
 100. Sommerville S, Somerville J, Croft P, Leis M. Atrial fibrillation: a comparison of methods to identify cases in general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 727-29. [EC, I]
 101. Grandes G, Cortada J, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 803-07. [QE, I]
 102. Cornford C. Lay beliefs of patients using domiciliary oxygen: a qualitative study from general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 791-3. [T, I]
 102. Thomas M, Mar CH, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract* 2000; 50: 817-20. [M, I]
 103. Pierce M, Ridout D, Harding D, Keen H, Bradley C. More good than harm: a randomised controlled trial of the effect of education about familial risk of diabetes on psychological outcomes. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 867-71. [EC, I]
 104. Khunti K, Baker R, Ganguli S. Clinical governance for diabetes in primary care: use of practice guidelines and participation in multi-practice audit. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 877-81. [T, I]
 105. Hodinott P, Pill R, Hood K. Identifying which women will stop breast feeding before three months in primary care: a pragmatic study. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 888-91. [T, I]
 106. Neal R, Heywood, Morley S. «I always seem to be there»- a qualitative study of frequent attenders. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 716-23. [T, I]
 107. Huas D, Wallace P. Is participation in research as an investigator an effective form of continuing medical education? *Br J Gen Pract* 2000; 50: 982-3 [CC, I]
 108. McGlade KJ, Slaney L, Bunting BP, Gallagher AG. Voluntary euthanasia in Northern Ireland: general practitioner beliefs, experiences, and actions. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 794-797. [C, I]
 109. Watson P. A new treatment for postherpetic neuralgia. *N Engl J Med* 2000; 343: 1563-65. [AO, I]
 110. Raine R, Lewis I, Sensky T, Hutchings A, Hirsch S, Black N. Patient determinants of mental health interventions in primary care. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 620-625. [T, I]
 111. Hobbs FDR. Management of heart failure: evidence versus practice. Does current prescribing provide optimal treatment for heart failure patients? *Br J Gen Pract* 2000; 50: 735-742. [M, I]
 112. Price D, Ramachandran S, Knight T, Jones PW, Nery RH. Observed changes in the lipid profile and calculated coronary risk in patients given dietary advice in primary care. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 712-715. [T, I]

113. Cooper AR, Moore LAR, McKenna J, Riddoch CJ. What is the magnitude of blood pressure response to a programme of moderate intensity exercise? Randomised controlled trial among sedentary adults with unmedicated hypertension. *Br J Gen Practice* 2000; 50: 958-962. [CC, I]
114. Neal RD, Heywood PL, Morley S. 'I always seem to be there' – a qualitative study of frequent attenders. *Br J Gen Practice* 2000; 50: 716-723. [C, I]
115. Heyneman CA, Lawless-Liday C, Wal GC. Oral versus topical NSAIDs in rheumatic diseases: a comparison. *Drugs* 2000; 60: 555-574. [QE, I]
116. Godsland IF, Winkler U, Lidegaard O, Crook D. Occlusive vascular diseases in oral contraceptive users: Epidemiology, pathology and mechanisms. *Drugs* 2000; 60: 721-869. [R, I]
117. Yki-Järvinen H. Management of type 2 diabetes mellitus and cardiovascular risk: lessons from intervention trials. *Drugs* 2000; 60: 975-983. [R, I]
118. Baran D, Horn EM, Hryniewicz K, Katz SD. Effects of B-blokeros on neurohormonal activation in patients with congestive heart failure. *Drugs* 2000; 60: 997-1016. [R, I]
119. Williamson EM, Evans FJ. Cannabinoids in clinical practice. *Drugs* 2000; 60: 1303-1314. [R, I]
120. The management of *Helicobacter pylori* infection in primary care. *Fam Pract* 2000; 17 Suppl 2. [R, II]
121. Stalenhoef PA, Diederiks JPM, Knottnerus JA, de Witte LP, Crebolder HFJ. The construction of a patient record-based risk model for recurrent falls among elderly people living in the community. *Fam Pract* 2000; 17: 490-496. [T, I]
122. Haughwout JC, Eglash AR, Plane MB, Mundt MP, Fleming MF. Improving residents' breastfeeding assessment skills: a problem-based workshop. *Fam Pract* 2000; 17: 541-546. [QE, 2]
123. Pérez A, García FJ, Martín E, Romero L, Rodríguez MJ, Echevarría I, et al. Factores de riesgo de ingreso hospitalario en mayores de 64 años. *Gac Sanit* 2000; 14: 363-370. [T, I]
124. Puig-Junoy J, Ortún V, Ondategui S. Conocimientos, valores y políticas en economía de la salud. *Gac Sanit* 2000; 14: 378-385. [AO, II]
125. Clua JL, Puig J, Queralt ML, Palau A. Análisis coste-efectividad de la automonitorización de la glucosa sanguínea en diabéticos tipo 2. *Gac Sanit* 2000; 14: 442-448. [T, II]
126. Figueiras A, Caavaño F, Gestal Otero JJ. Metodología de los estudios de utilización de medicamentos en atención primaria. *Gac Sanit* 2000; 14 (supl 3): 7-19. [R, I]
127. Ordoñana Martín JR, Gómez Amor J, Galván Olivares F. El uso del miedo en los mensajes de salud. *Gac Sanit* 2000; 14 (suple 3): 45-59. [AO, I]
128. Cubero González P, Regato Pajares P, Espinas Boquet J, Casabella abril B. Demencia en atención primaria, ¿sabemos qué papel nos toca? *Dimensión humana* 2000; 4: 25-26. [AO, I]
129. Salinas Martín A, Benítez del Rosario M. La formación humana del médico de familia en cuidados paliativos. *Dimensión humana* 2000; 4: 27-34. [AO, I]
130. Delgado Marroquín T. Secreto profesional y confidencialidad en atención primaria. *Dimensión humana*, 4: 28-30. [AO, II]
131. Serrat Moré D. Derecho sanitario y medicina de familia, ¿es necesaria la formación? ¿qué es imprescindible saber? *Dimensión humana* 2000; 4: 4-5 [AO, III]
132. Holder HD, Gruenewald PJ, Ponicki WR, Treno AJ, Grube JW, Saltz RF, et al. Effect of Community-Based Interventions on High-Risk Drinking and Alcohol-Related Injuries. *JAMA* 2000; 284: 2341-2347. [S, II]
133. Kahn HS, Williamson DF. Race, Parity and Gestational Diabetes as Risk Factors for type 2 Diabetes Mellitus. *JAMA* 2000; 284: 2318. [AO, I]
134. Grabrick DM, Hartmann LC, Cerhan JR, Vierkant RA, Therneau TM, Vachon CM, et al. Risk of Breast Cancer with oral Contraceptive Use in Women with a Family History of Breast Cancer. *JAMA* 2000; 284: 1791-1798. [S, II]
135. Tanner CM. Dopamine Agonist in Early Therapy for Parkinson Disease. Promise and Problems. *JAMA* 2000; 284: 1971-1973. [AO, II]
136. Burke W. Oral Contraceptives and Breast Cancer. A note of caution for High-Risk women. [R, I]
137. Mc Lellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *JAMA* 2000; 284: 1689-1695. [R, II]
138. Williams JW, Barrett J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of Dysthymia and Minor Depression in Primary Care. A Randomized Controlled Trial in Older Adults. *JAMA* 2000; 284: 1519-1526. [S, II]
139. Denke MA, Adams-Huet B, Nguyen AT. Individual Cholesterol Variation in Response to a Margarine-or Butter- Based Diet. *JAMA* 2000; 284: 2470-2474. [S, I]
140. Kohler L, Zeidler H, Merkesdal S, Kuipers J. Safety of Celecoxib vs Other Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. *JAMA* 2000; 284: 3123. [AO, I]
141. Troisi RJ, Cowie CC, Harris H. Diurnal Variation in Fasting Plasma Glucose. Implications for Diagnosis of Diabetes in Patients Examined in the Afternoon. *JAMA* 2000; 284: 3157-3159. [S, II]
142. Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, Lainer MJ, Sawyer JP. Stratified Care vs Step Care Strategies for Migraine. *JAMA* 2000; 284: 2599-2605. [S, II]
143. Stephansson O, Dickman DW, Johannsson A, Cnattingius S. Maternal Hemoglobin Concentration During Pregnancy and Risk of Stillbirth. *JAMA* 2000; 284: 2611-2617. [CC, II]
144. Steinhäuser KE, Christckis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsy JA. Factors considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and other care providers. *JAMA* 2000; 284: 2476-2482. [QE, II]
145. Lawlor PG, Faisingor RL, Bruera ED. Delirium at the End of Life. *JAMA* 2000; 284: 2427-2429. [R, I]
146. Snider LA, Swedo SE. Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA* 2000; 284: 3104-3106. [R, I]
147. Phillips KA, Shlipak MG, Coxson P, Heidenreich PA, Hunink MG, Goldman PA. Health and Economic Benefits of Increased B-Blocker Use Following Myocardial Infarction. *JAMA* 2000; 284: 2748-2754. [T, I]
148. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Galietta M, et al. Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally ill Patients with Cancer. *JAMA* 2000; 284: 2907-2911. [S, II]
149. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Wetton WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796-804 [S, I]
150. Alper BS, Kimber R, Kudumala A. Using ferritin levels to determine iron-deficiency anemia in pregnancy. *J Fam Pract* 2000; 49: 829-832. [T, I]
151. Schragger S, Plane MB, Mundt MP, Stauffacher EA. Osteoporosis prevention counseling during health maintenance examinations. *J Fam Pract* 2000; 49: 1099-1103. [C, I]
152. Gerbert B, Caspers N, Milliken N, Berlin M, Bronstone A, Moe J. Interventions that help victims of domestic violence. *J Fam Pract* 2000; 49: 889-895. [C, III]

153. Wager KA, Lee FW, White AW, Ward DM, Ornstein SM. Impact of an electronic medical record system on community-based primary care practices. *J Am Board F Pract* 2000; 13: 338-48. [C, II].
154. Ellis AK, Verma S. Quality of life in women with urinary tract infections: is benign disease a misnomer? *J Am Board F Pract* 2000; 13: 392-7. [CC, I]
155. Gaster B, Larson A. Chronic HC: common questions, practical answers. *J Am Board F Pract* 2000; 13: 359-63. [C, I]
156. Smith CS, Paauw DS. When you hear hoof-beats: four principles for separating zebras from horses. *J Am Board Fam Pract* 2000; 13: 424-9 [AO, III].
157. Kunzli N, Medina S, Studnicka M, Chanel O, Filliger P, Herry M, et al. Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet* 2000; 356: 795-801. [T,I]
158. Mant J, Carter J, Wade D, Winner S. Family support for stroke: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356:808-813. [EC,II]
160. Pahor M, Psaty BM, Alderman MH, Applegate WB, Williamson JD, Cavazzini C, et al. Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line antihypertensive therapies: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2000; 356: 1949-1954. [M,II]
161. Touborg Lassen A, Moller Pedersen F, Bytzer P, Schaffalitzky de Muckadell OB. Helicobacter pylori test-and-eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: a randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 455-460. [EC,II]
162. Chaillous L, Lefevre H, Thivolet C, Boitard C, Lahlou N, Atlan-Gepner C, et al. Oral insulin administration and residual B-cell function in recent-onset type 1 diabetes: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356: 545-549. [EC,II]
163. Blatchford O, Murria WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000; 356: 1318-1321. [T,I]
164. Brown JS, Sawaya G, Thorm DH, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet* 2000; 356:535-539. [M,II]
165. Tonkin AM, Colquhoun D, Emberson J, Hague W, Keech A, Lane G, et al. Effects of pravastatin in 3260 patients with unstable angina: results from the LIPID study. *Lancet* 2000; 355: 1871-1875. [EC,I]
166. Delinees L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Vander Stichele R, Vannoverloop J, et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *Lancet* 2000; 356:1806-1811. [T,I]
167. Gibb DM, Goodall RL, Dunn DT, Healy M, Neave P, Cafferkey M, et al. Mother-to-child transmission of hepatitis C virus: evidence for preventable peripartum transmission. *Lancet* 2000; 356:904-907. [R,I]
168. Ozturk Ertem I, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet* 2000; 356:814-819. [R,I]
169. Jordhoy MS, Fayers P, Satnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356:888-893. [EC,II]
170. Diez Collar MC, Ortega Molina P, Villanueva Orbaiz R, Romana Albadaledo V, Astasio Rabiza P, Calle Purón ME. Características epidemiológicas relacionadas con el cáncer de mama en mujeres pre y postmenopáusicas. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:281-286. [CC,II].
171. Gaspar M J, Arribas I, Hontorio JM, Bokobo P, Coca C, Angulo J. Utilidad de la fracción libre del antígeno prostático específico en el diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática benigna y cáncer de próstata. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 332-336. [S,II]
172. González Lahez J, Jiménez Náchera I, Dona C, Soriano V, Barreiro P. Toxicidad asociada a efarivenz en personas infectadas por el VIH incluidas en el programa de acceso expandido. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:337-338. [T,II]
173. Pujol-Riqué M, Quintó LL, Danés C, Valls E, Coll O, Jiménez de Anta MT. Seroprevalencia de la toxoplasmosis en mujeres en edad fértil. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 375-376. [S,II]
174. Martín Casabona N, Alcaide F, Coll P, González J, Monterola JM, Salvadó M, et al. Farmacorresistencia de Mycobacterium tuberculosis. Estudio multicéntrico en el área de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 493-498. [EC,II].
175. Selva O Callaghan A, Yuste M, Armadausa L, Almira B, San José Laporte A, Villardell M. Factores de riesgo de infección por Clostridium difficile en pacientes ancianos. Estudio de casos y controles. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 499-500. [CC,II].
176. Resino S, Bellón JM, Gurbindo D, Ramos JT, Ruiz Contreras J, Muñoz Fernández MA. Marcadores predictivos de progresión a SIDA en niños afectados por transmisión vertical por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:564-567. [S,II].
177. López Mircuda J, Gómez P, Castro P, Marín C, Elier P, Bravo MD, et al. La dieta mediterránea mejora la resistencia a la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 361-365. [EC,III].
178. Martínez Vizcaino V, Lozano Muñoz A, Salcedo Aguilar F, Franquelo Gutiérrez F, Morant Sánchez A, Contreras Herráiz A. Agregación entre hermanos de factores de riesgo cardiovascular: estudio de Cuenca. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 370-374. [T,II].
179. Espelde F, García-Castrillo L, Loma Osorio A, Verdier J, Recuerda E. Utilización del ácido acetilsalicílico en pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en los servicios de urgencia españoles (resultados del estudio EVICURE). *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 457-457. [T,II].
180. Gutiérrez Fuentes JA, Gómez Jerique J, Gómez de la Cámara A, Rubio MA, García Hernández A, Aristegui I. Dieta y riesgo cardiovascular en España (DRECE II). Descripción de la evolución del perfil cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 726-729. [S,II]
181. División JA, Puras A, Aguilera M, Sanchís C, Artigao LM, Carrión L, et al. Automedidas domiciliarias de presión arterial y su relación con el diagnóstico de hipertensión arterial y con la afección orgánica: estudio comparativo con monitorización ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:730-735. [C,II]
182. Lecube A, Hernández C, Oriola J, Tovar JL, Gémar E, Baena JA, et al. Feocromocitoma asociado a neoplasia endocrina múltiple 2 A y esporádico: características diferenciales. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 405-409. [C,II]
183. Marrugat J, Paresi M, Vidal A, Ortín F. Evaluación de la comprensión de un nuevo modelo de prospecto del medicamento. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:410-417. [EC,II].
184. Serrano-Dueñas M. Mal de montaña agudo: características clínicas de una cohorte de 615 enfermos. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 441-445. [S,I].
185. Vázquez JA, Gaztambide S, Soto-Pedro E. Estudio prospectivo a 10 años sobre la incidencia y factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:534-539. [S,II].
186. Kalbermatter V, Bagilet D, Diab M, Javkin E. Levofloxacin oral frente a ceftriaxona y a amoxicilina/ác. Clávilánico intravenosos en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad que requiere hospitalización. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 561-563. [EC-I].
187. Chow WH, Gridley G, Fraumeni JF, Jarulholm B. Obesity, hypertension, and the risk of kidney cancer in men. *N Engl J Med* 2000; 343: 1305-11. [S,I]

188. Schuh S, Reisman J, Alsheri M, Dupuis A, Corey M, Arsenault R, et al. A comparison of inhaled fluticasone and oral prednisone for children with severe acute asthma. *N Engl J Med* 2000; 343: 689-94. [EC, I]
189. The Childhood Asthma Management Program Research Group. Long-term effects of budesonide or Neocromil in children with asthma. *N Engl J Med* 2000; 343: 1054-63. [EC, I]
190. Agertoft L, Pedersen S. Effect of long-term treatment with inhaled Budesonide on adult height in children with asthma. *N Engl J Med* 2000; 343: 1064-9. [S, I]
191. Mapp CE. Inhaled glucocorticoids in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2000; 343: 1960-61. [AO, I]
192. Sumpio B E. Primary Care: Foot Ulcers. *N Engl J Med* 2000; 343: 787-93. [R, II]
193. Kapoor WN. Primary Care: Syncope. *N Engl J Med* 2000; 343: 1856-62. [R, II]
194. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin GJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343: 1603-07. [CC, II]
195. Wolf SH. The best screening test for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343: 1641-43. [AO, I]
196. Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, Casson PR, Buster JE, Redmon GP, et al. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med* 2000; 343: 682-8. [EC, I]
197. Guzick DS. Sex, hormones, and hysterectomies. *N Engl J Med* 2000; 343: 730. [AO, I]
198. Hooton TM, Scholes D, Stapleton AE, Roberts PL, Winter C, Gupta K, et al. A prospective study of asymptomatic bacteriuria in sexually active young women. *N Engl J Med* 2000; 343: 992-7. [S, II]
199. Lindsay E. Asymptomatic bacteriuria. Important or not? *N Engl J Med* 2000; 343: 1037-8. [AO, II]
200. Edwards P, Ginsberg JS, Gent M, Hirsh J, Burrows R, Kearon C, et al. Safety of withholding heparin in pregnant women with a history of venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2000; 343: 1439-44. [CC, I]
201. Hernández-Díaz S, Werler MM, Walker AM, Mitchell AA. Folic acid antagonists during pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2000; 343: 1608-14. [S, I]
202. Peterson HB, Jeng G, Folger SG, Hillis SA, Marchbanks PA, Wilcox LS. The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization. *N Engl J Med* 2000; 343: 1681-87. [S, I]
203. Westhorft C. Tubal sterilization. Safe and effective. *N Engl J Med* 2000; 343: 1724-26. [AO, I]
204. Cnattingins S, Signorello LB, Anneren G, Clauson B, Ekblom A, Ljunger E, et al. Caffeine intake and the risk of first-trimester spontaneous abortion. *N Engl J Med* 2000; 343: 1839-45. [CC, II]
205. Lipscomb GH, Stowal TG, Ling FW. Primary Care: Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy. [R, I].
206. Langer O, Conray DL, Berkus MD, Xenakis EM, Gonzales S. A comparison of glyburide and insulin in women with gestational diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2000; 343: 1134-38. [EC, II]
207. Green MF. Oral hypoglycemic drugs for gestational diabetes. *N Engl J Med* 2000; 343: 1178. [AO, I]
208. Lanas A, Bajador E, Serrano P, Fuentes J, Carreno S, Guardia J, et al. Nitrovasodilators, low-dose aspirin, other nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2000; 343: 834-9. [CC, I]
209. Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B, et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2000; 343: 1520-28
210. Hayden FG, Gubareva LV, Monto AS, Klein TC, Elliot MJ, Hammon JM, et al. Inhaled Zanamivir for the prevention of influenza in families. *N Engl J Med* 2000; 343: 1282-9. [EC, II]
211. Baena JM, López C, Rems F, García M, Hernández MR, Teruel J. Eficacia de una terapia secuencial en la erradicación de *Helicobacter pylori*: cuádruple terapia con omeprazol, metronidazol, tetraciclina y bismuto tras el fracaso de la combinación de omeprazol, claritromicina y amoxicilina. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 617-619. (EC-II).
212. Jhonson RE, Chutnape MA, Strain EC, Walsh SL, Stitzer ML, Bigelow GE. A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *N Engl J Med* 2000; 343: 1290-7. [EC, I]
213. O' Connor PG. Treating opioid dependence. New data and new opportunities. *N Engl J Med* 2000; 343: 1332. [AO, I].

Información para los autores

Para una información más detallada pueden consultar:

1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es/> o también:

<http://www.cica.es/aliens/samfyc/revista.htm>

2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 104-110.

Medicina de Familia. Andalucía es una revista médica especialmente dirigida a los médicos de familia andaluces y a todos aquellos otros profesionales sanitarios de ámbito nacional o internacional que puedan verse reflejados en los contenidos de nuestra publicación. La revista da una especial bienvenida a los originales en lengua hispana provenientes de América Latina.

La revista cuenta con las siguientes secciones:

Originales. Se incluyen trabajos de investigación clínica y epidemiológica o sobre aspectos organizativos que sean de gran interés para el médico de familia según la línea editorial de la revista. La extensión máxima del texto será de 5.000 palabras. Se admitirá hasta un total de 6 tablas y/o figuras.

Los originales podrán ser clasificados como **originales breves**. Se incluirán en esta categoría trabajos de suficiente interés, que precisen una más rápida publicación. La extensión máxima será de 3.500 palabras. Se admitirá un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 10 referencias bibliográficas.

Cartas al director: pretende servir como foro en donde comentar los artículos publicados o para dar a conocer brevemente experiencias de interés en el campo de la atención primaria. Su extensión será de 1000 palabras como máximo, el número de referencias bibliográficas será de un máximo de 6, y el número de autores de 4. Todos los autores deben firmar el contenido de la carta.

¿Cuál es su diagnóstico?: En él se expone, de manera breve y acompañado de algún tipo de soporte gráfico, un caso clínico cuya resolución se presenta argumentada en el siguiente número.

Otras secciones: La revista cuenta con otras secciones (editoriales, publicaciones de interés, actividades científicas, artículos de revisión, temas a debate, área docente, el espacio del usuario, sin bibliografía). Su redacción suele ser por encargo del consejo de redacción. Los interesados en colaborar a título individual pueden contactar con miembros del consejo de redacción, o consultar las normas editoriales en el número 0 de la revista en nuestra página Web.

NORMAS PARA LOS ORIGINALES:

Los artículos remitidos a la sección de *Originales* deberán someterse a la siguiente ordenación:

A. Resumen: Su extensión máxima será de 250 palabras y mínima de 150. En él quedarán reflejados todos los apartados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

Título del trabajo: en él se mencionarán las variables más importantes así como la población de estudio.

Objetivo: Identificará de forma clara y precisa el propósito del estudio. Si hubiese más de un objetivo se señalará el principal.

Diseño: Clasificará el estudio en el marco de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos.

Emplazamiento: o ámbito en el que se ha llevado a cabo el trabajo (Centro de Salud, Hospital, interniveles, población general, etc.)

Población y muestra: Características de la población, así como criterios de selección y características de la muestra.

Intervenciones: Descripción de las actividades llevadas a cabo tendientes a satisfacer los objetivos del estudio.

Resultados: Se aportarán los principales resultados del trabajo, derivados de los objetivos y de la metodología empleada, con mención de los intervalos de confianza y nivel de significación estadística, cuando proceda.

Conclusiones: Se derivarán directamente de lo expuesto en la sección de *resultados*. Puede ser de interés resaltar su significación en la práctica cotidiana del médico de familia.

Palabras clave: Se harán constar aquellas que los autores emplearon para su revisión bibliográfica en el *Index Medicus*. Aparecerán, por tanto, en inglés con su traducción al castellano. Su número oscilará entre 3 y 5.

B. Artículo completo:

Introducción: Debe explicar muy brevemente el fundamento del trabajo y al final explicitar claramente los objetivos del mismo. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

Sujetos y Métodos: Debe describir la población en la que se ha llevado a cabo el trabajo, así como una descripción de los métodos de muestreo, aparatos y procedimientos, con una precisión que permita reproducir el estudio a otros investigadores. Se justificarán los métodos estadísticos utilizados. Alguna información metodológica de gran interés puede incluirse como anexo.

Resultados: Exponen los datos extraídos del estudio sin ningún tipo de valoración por parte de los autores. Pueden presentarse en el texto o a modo de tablas y/o figuras. En el texto se resumirán los resultados más importantes de las tablas y/o figuras.

Discusión: No deben repetirse en detalle los resultados. Se comentarán los resultados a la luz de la metodología empleada, comentando los sesgos más relevantes, y de los resultados obtenidos por otros autores tanto nacionales como internacionales. La discusión y las conclusiones deben basarse estrictamente en los propios resultados.

Agradecimientos: Podrán reconocerse: a) contribuciones que justifican agradecimiento pero no autoría, b) ayuda técnica, c) apoyo material o financiero, especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan provocar conflicto de interés.

Bibliografía: Se presentará según el orden de aparición en el texto con su numeración correlativa. En el texto la numeración de la cita aparecerá entre paréntesis. El nombre de las revistas aparecerá utilizando las abreviaturas que aparecen en el *Index Medicus* (<http://nlm.nih.gov>).

Tablas y/o gráficos: Deben ser autoexplicativas, es decir, deben poder comprenderse sin recurrir al texto. Se aclararán todas las iniciales empleadas.

Anexos: Se incluirán aquellos considerados por los autores.

Ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

A. Artículos de revista

A.1. Artículo de revista ordinario.

Seis o menos autores: Enumere todos los autores. Vega KJ, Pina L, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Más de seis autores: Enumere los primeros seis autores y añada la expresión «et al.». Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006.

Organización como autor: The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

No se indica el nombre del autor: Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med* 1994;84:15.

Suplemento de un volumen: Shcn HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Suplemento de un número: Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2): 89-97.

Sin número ni volumen: Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993; 325-33.

Indicación del tipo de artículo, según corresponda. Enzensberger W, Fischer PA. Metronie in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996;347: 1337.

Clement L, De Bock R. Hernatological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. *Kidney Int* 1992;42:1285.

En prensa: Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med* (En prensa).

B. Libros y otras monografías

Individuos como autores: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Directores («editores»), compiladores como autores: Norman IJ, Redfem SI, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Organización como autor y editorial: Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

Capítulo de libro: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Lara BIH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Libros de ponencias y comunicaciones a congresos: Kimura L, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 15th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

C. Artículo de revista en formato electrónico: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect.* URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>. Última actualización: junio 1999.

CONSEJO DE REDACCIÓN. El Consejo de redacción acusará recibo de los trabajos enviados con asignación de un número para su identi-

ficación. Se reserva el derecho de rechazar los originales recibidos o proponer modificaciones cuando lo considere necesario. El consejo de redacción no se hace responsable del material rechazado, una vez que esta decisión sea comunicada a los autores.

Se usarán siempre folios tamaño DIN A4 escritos por una sola cara, a uno o dos espacios.

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

Si se utilizan notas, se recogerán al final del texto (no a pie de página).

No usar texto subrayado. Sí puede usarse la negrita y cursiva.

No usar tabuladores ni espacios en blanco al inicio de cada párrafo.

No dejar espacios de separación entre párrafos mayores de un *enter*

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos. El conjunto del trabajo debe incluirse, a ser posible en un solo archivo.

El título del trabajo figurará también en la página del Resumen.

El trabajo se acompañará de una carta dirigida al Consejo de Redacción, a la siguiente dirección:

**Revista Medicina de Familia. Andalucía
SAMFyc
C/ Arriola 4, Bajo
18001 Granada**

Dicha carta deberá cumplir los siguientes requisitos (en la página Web (núm. 0 de la revista) puede encontrarse una carta modelo):

- Deberá ir necesariamente firmada por todos los autores con indicación de su DNI o pasaporte. El hecho de remitir el trabajo a nuestra revista implica la aceptación de todas las normas de la misma y del quinto informe de 1997 de los *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas* o sus sucesivas actualizaciones.
- En ella se hará constar que se trata de un artículo original y que no ha sido remitido para su publicación a ninguna otra editorial. En los *originales* se harán constar los posibles conflictos de interés y la aceptación por parte del comité de ética del organismo del que depende la investigación.
- Los trabajos se remitirán: original y tres copias de alta calidad, más soporte informático (Word). Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. Pegado al *diskette* figurará el título del artículo y el nombre del primer autor. En la carta se hará mención a que el *diskette* se remite libre de virus indicando el nombre y fecha de la última actualización del antivirus utilizado.
- En la carta los autores indicarán la idoneidad de la publicación en un apartado concreto de la revista. En la misma carta defenderán las, a su juicio, principales aportaciones de su trabajo al quehacer profesional de los médicos de familia.
- En folio aparte (página del título) se adjuntará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia.
- Se guardará copia de todo el material remitido para publicación.

En caso de serle devuelto el trabajo a los autores con sugerencia de correcciones, éstos dispondrán de 15 días naturales para hacer llegar las oportunas correcciones, en caso contrario, su publicación no quedará asegurada.

Actividades Científicas

❑ **XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFYC)**

CÁDIZ 7 – 8 – 9 junio 2001
Secretaría Técnica: Viajes Rico
C/Ancha Nº 9 (Cádiz)
Tf.: 956-223109
Fax: 958-223301
e-mail: samfyc@samfyc.es

❑ **XXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SEMIFYC)**

DONOSTIA – SAN SEBASTIAN 14 – 15 – 16 – 17 noviembre 2001
Secretaría Técnica: semFYC Congresos
Carrer del Pi Nº 11, 2ª planta, local 13
08002 Barcelona
Tf.: 93-3177129
<http://www.semfyc.es/donostia2001>

❑ **XVI CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA DE FAMILIA**

WONCA 2001
Durban. Sudáfrica, 13-17 mayo 2001
URL: <http://www.wonca2001.org.za>

❑ **CONFERENCIA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE MEDICINA GENERAL Y MEDICINA DE FAMILIA.**

WONCA Región Europea 2001
Tampere (Finlandia)
3-7 Junio 2001
Tlf: 358 3 215 72 28

❑ **XV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EDUCACIÓN MÉDICA (SEDEM)**

GRANADA 24 – 26 octubre 2001
Secretaría Técnica: + 34 958 295786
e-mail: clínica@moebius.es