Medicina de Familia
Andalucía

Volumen 2, número 2, junio 2001

Editorial

113 Aténción primaria, también para los que no vienen.

El espacio del usuario

116 ¿Qué poder ejercen los laboratorios sobre las recetas?

Originales

119 Variabilidad en la práctica clínica en la atención al paciente con EPOC: impacto de los consensos actuales de tratamiento.

127 Factores predictivos del abandono de comunidades terapéuticas en paciente drogodependientes.

132 Validez de cuatro glucómetros portátiles para su uso en atención primaria.

139 Evaluación de conocimientos geriátricos de los médicos de Atención Primaria del Distrito Sanitario Málaga.

145 Confidencialidad e intimidad en nuestra práctica profesional.

149 El Web de la espalda.

Artículo de Revisión

152 Revisión de las recomendaciones establecidas en las Guías de Práctica Clínica para el tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria.

A Debate

161 ¿Qué puede aportar la gestión clínica al futuro de los servicios sanitarios?

Área Docente

165 El aprendizaje en los adultos.

Sin Bibliografía

172 Camino: del Sacromonte al genograma de tu paciente.

Artículo especial

174 ¿Qué es un NNT?

Cartas al director

179 Once años de Congresos de la SAMFyC.

180 **Publicaciones de Interés**

185 **¿Cuál es su diagnóstico?**

Publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE
FAMILIA. ANDALUCÍA

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

Sumario

Editorial

113 Aténción primaria, también para los que no vienen.

El espacio del usuario

116 ¿Qué poder ejercen los laboratorios sobre las recetas?

Originales

119 Variabilidad en la práctica clínica en la atención al paciente con EPOC: impacto de los consensos actuales de tratamiento.

127 Factores predictivos del abandono de comunidades terapéuticas en paciente drogodependientes.

132 Validez de cuatro glucómetros portátiles para su uso en atención primaria.

139 Evaluación de conocimientos geriátricos de los médicos de Atención Primaria del Distrito Sanitario Málaga.

145 Confidencialidad e intimidad en nuestra práctica profesional.

149 El Web de la espalda.

Artículo de Revisión

152 Revisión de las recomendaciones establecidas en las Guías de Práctica Clínica para el tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria.

A Debate

161 ¿Qué puede aportar la gestión clínica al futuro de los servicios sanitarios?

Área Docente

165 El aprendizaje en los adultos.

Sin Bibliografía

172 Camino: del Sacromonte al genograma de tu paciente.

Artículo especial

174 ¿Qué es un NNT?

Cartas al director

179 Once años de Congresos de la SAMFyC.

180 **Publicaciones de Interés**

185 **¿Cuál es su diagnóstico?**

189 **Actividades Científicas**

190 **Información para los autores**

Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

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

Contents

Editorial

113 Primary Health Care even for those who do not use it.

The consumer's corner

116 Users ask: How much pressure put pharmaceutical industry upon prescriptions?

Research Papers

119 Clinical care practices variations in care for patients with chronic obstructive pulmonary disease.

127 Factors predicting abandonment of therapeutic communities by drug-dependet patients.

132 Validity of four portable sugar testers for use in Primary Health Care.

139 Evaluating general practitioners' knowledge on geriatrics in a Malaga Health District.

145 Confidentiality and Privacy in Clinical Practice.

149 The Back's WEB site.

Review

152 A Review of Established Recommendations on Clinical Practice Guidelines for the Pharmaceutical Treatment of Depressed Elderly Patients in Primary Care.

Debate

161 What can clinical management contribute to the future of the health services?

The Teaching Area

165 Learning in adulthood.

Without References

172 From Sacromonte pathway to your patient´s genogram.

Special Article

174 What is an NNT?

Letter to the editor

179 Eleven years of SAMFyC meetings.

180 Interesting publications

185 Which is your Diagnosis?

189 Scientific Activities

190 Information for Authors

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente
Juan Manuel Espinosa Almendro

Vicepresidente Primero
Reyes Sanz Amores

Vicepresidente Segundo
Antonio Javier Zarallo Pérez

Vicepresidente Tercero
Santiago Gascón Veguin

Secretaria
Amparo Ortega del Moral

Tesorero/Form. Continuada
Pablo García López

Vocal Investigación
Francisca Leiva 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
Manuel Lubián López

Vocal Provincial Sevilla
Mª Angeles Mon Carol
e-mail: moncarol@samfyc.es

Vocal Provincial Almería
José Galindo Pelayo
e-mail: jpelayo@larural.es

Patronato Fundación

Juan Manuel Espinosa Almendro
Pablo García López
Manuel Lubián López
Antonio Zarallo Pérez
Santiago Gascón Veguin
Juan Ortiz Espinosa
Juan de Dios Alcántara Bellón
Reyes Sanz Amores
Amparo Ortega del Moral

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 Villafaña. *Granada*
Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*
Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*
Eduardo Molina Fernández. *Huelva.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Maximiliano Ocete Espínola. *Granada.*
Gertrudis Odriozola Aranzábal. *Almería.*
Mª Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*
Fermina Puertas Rodíguez. *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. *Sevilla.*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*
Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Isabel Toral López. *Granada.*
Jesús Torio Durántez. *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.*
Rubén Roa. *Argentina.*
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

Atención primaria, también para los que no vienen

Prieto MA [1] y March JC [1]

[1] *Escuela Andaluza de Salud Pública*

Hace 10 años, hablando de captar a la población no demandante, decíamos que "*Una mirada a nuestros centros de salud nos muestra unas consultas de atención a demanda masificadas, junto a unos programas de salud, que presentan una cobertura desigual, unos cuidados que no alcanzan a determinadas poblaciones o de que hay barreras que hacen que posiblemente las personas más necesitadas no acudan nunca o sólo en muy contadas ocasiones a los servicios de salud*" [1]. Parece escrito ahora.

Además, leíamos: "*Las encuestas de salud realizadas en España nos enseñan que las familias con más renta per cápita y un nivel educativo alto acuden con más frecuencia a los servicios preventivos siendo por tanto mayor la probabilidad de que se pongan todas las vacunas, visiten al dentista, reciban servicios de planificación familiar o vayan a consultas de ginecología o obstetricia*" [2].

También analizábamos los resultados de otros estudios: "*Las personas de clase social más bajas reciben menos tiempo de consulta o son enviadas menos al especialista que la gente de mayor estatus …Por otra parte, podemos encontrar una mayor frecuentación de las mujeres de áreas residenciales a programas de control de embarazo o de educación maternal (mayor n.º de controles, más pronto acuden a visitar al profesional en caso de embarazo o mayor n.º de sesiones de educación maternal) con respecto a mujeres de zonas proletarias, barrios tradicionales e incluso áreas de pobreza y marginación*" [1]. Ello nos obligaba a comentar que *" hay que romper el efecto ´etiqueta´ de clase por el que pacientes con la misma enfermedad son diferentemente catalogados según la población a la que pertenecen*" [1].

También, surgía el concepto de "usuario normal", "*Es bastante probable que sobre algunos de los que no van nunca, de los hipoutilizadores o de los que no acuden a ninguno de nuestros programas, se concentren altas probabilidades de pertenecer a grupos de riesgo*" [1]. Además, las actividades de nuestros centros se suelen enmarcar en los usuarios considerados "normales" por su aceptación y conocimiento de las normas habituales del centro" [3].

Junto a ello, reflexionábamos sobre que "*la obligación profesional de diagnosticar y tratar a quienes solicitan nuestros servicios, distancia de nuestros centros, a los usuarios que acuden a deshora, sin cita, etc o que no acuden*". A ello, habría que añadir otros grupos como aquellos profesionales o trabajadores que por el hecho de trabajar tienen problemas de accesibilidad a los centros de salud: "*Ciertos trabajadores no acuden a los servicios sanitarios por problemas de disponibilidad de tiempo o por problemas derivados de la contratación eventual y las dificultades objetivas que se plantean al solicitar repetidamente permisos para asistencia al médico, factores a los que se añaden la dificultad en el acceso que plantean los horarios o la razón distancia-tiempo. A eso habría que añadir la congruencia o incongruencia de culturas entre profesionales y grupos de usuarios, ya que preguntando en algunos estudios nos hemos encontrado que sólo entre el 10 y el 25% de una población tenía conocimiento de la existencia de un programa de atención a la embarazada y rondando al 20% de la existencia de servicios de planificación familiar*" [1].

Cogiendo frases de ciudadanos andaluces de hace 10 años, encontrábamos frases como "*si tengo que trabajar toda la semana no puedo llevar el niño a vacunar*", "*voy muy agobiada de tiempo y como primero debes pasarlo por el médico*", "*no sé de que va la vacuna ni para que sirve*", "*no sé para que es, ni yo pregunto ni ellos me lo dicen", "a mi medico nunca se le ha ocurrido preguntarme si la niña está vacunada o no*", "*no nos explican nada en el centro*" [5].

Y AHORA., pasando de siglo, tras más de 15 años de desarrollo de la atención primaria, ¿qué encontramos?

En un estudio, realizado en el año 2000, sobre las desigualdades sociales en salud tomando como unidad la zona básica de salud, observamos que aquellas áreas con peores índices de privación son la que presentan peor situación en índices de salud [6]. Asimismo, en el indicador de mortalidad estandarizada, se observan ratios que superan el valor 1,5 entre los mejores y peores barrios.

En otro estudio realizado alrededor de la vacunación de la meningitis, encontramos en el modelo multivariante construido para la variable independiente vacunar o no, se encontró que la probabilidad de vacunarse frente a no hacerlo, era mayor en los niños que asistían a colegio OR=4,648(2,0-10,77), así como en niños de madres con estudios superiores OR=2,5 IC90% (0,8-8,02) [7].

Asimismo, preguntando a grupos que no vienen a nuestros centros (de cada 10, seis han usado los servicios de urgencias hospitalarios, cuatro alguna ONG, tres ha pasado una noche en un albergue social, pocos dicen pasar por los centros de salud,…….), encontramos perfiles del tipo de hombres en su mayoría, que han consumido drogas ilegales (cocaína y heroína), desde los 17 años, incluso algunos a los 11. Muchos comentan haber estado en prisión. El 10% que han tenido relaciones sexuales a cambio de recibir dinero o drogas. El 80% intenta o ha intentado salir de ese pozo, poniéndose en tratamiento. 4 de cada 10 ha tenido hepatitis, algunos sífilis, otros gonorrea y tuberculosis, siendo 3 de cada 10 positivo a la prueba del VIH. El 23% vive en una casa abandonada, el 17% sin domicilio fijo, el 6% vive en un asilo, el 9,6% en habitación de alquiler. El 5% no tiene estudios. La media de edad a la que deja de estudiar es a los 14 años. El 48% ha trabajado alguna vez. El 95% tuvo que dejar el trabajo como consecuencia del consumo de drogas. El 53,7% no tienen ingresos legales [8].

Si preguntamos a los cuidadores de pacientes terminales, nos dicen que *"Venían una vez a la semana ... a no ser que los llamara por algo. Y entonces venían ese mismo día o un par de días después. Depende de la gente que tenían y si podían venir. Lo bueno sería que si los llamas pudiesen venir ese mismo día, pero claro, también tienen otra gente…",* o *"Si vinieran aquí…porque yo tengo que llevarlo a Urgencias y hay veces que no está en condiciones.", "Si pudieran venir a la casa verla y no tener que llevarla al hospital…Que le hicieran aquí las cosas y que ella no se tuviera que mover, que salir a la calle…que al principio podía, pero ahora ya es que no puede…".*También comentan que *"Si hubieran venido con más frecuencia a lo mejor estaría más tranquila. Pero claro… Y entonces la preocupación de si estarás haciendo bien, de si la inyección no le quita el dolor porque no la has puesto bien… Si…yo que sé, que a lo mejor la estás matando…Y te quedas con pellizco…"* o *"Y si ves que no le hace efecto pues tiene uno que tomar la decisión de ponerle uno y medio, porque no puedo consentir que le duela y el hecho de no contar con una persona que te diga si tienes que ponérselo, es muy duro"* [9].

Por último, buscando las expectativas de los pacientes, encontramos que el centro de salud "top" desde la perspectiva del usuario tiene las siguientes características:

- — Atención en el día (rápida si es urgente)
- — Horario mañana y tarde (se puede elegir hora de la cita)
- — Médicos bien preparados, (están formados en comunicación, preparados para informar, escuchar, motivar, explicar, negociar, apoyar, consolar…, trabajan con protocolos y en función de los momentos ponen en marcha programas y servicios nuevos) y que escuchan y explican al paciente
- — Enfermeras amables y con ganas de acudir al domicilio
- — Servicio de Atención al Usuario (SAU) con profesionales preparados (atienden las necesidades de los pacientes, sin el teléfono comunicando cuando se llama), amables y con autonomía para conseguir que la entrada sea fácil para la gente
- — Normas flexibles en función de las circunstancias del paciente, teniendo en cuenta que hay que facilitar la atención en el domicilio
- — Agilidad de trámites con los especialistas
- — Entorno agradable y cuidado, centrado en el paciente y en su familia

Y es que, preguntando, nos dicen que hay muchos puntos débiles a superar:

- — La Cita Previa
- — El horario solo de mañana
- — El Servicio de Atención al Usuario (el teléfono, el trato y la profesionalidad)
- — Los trámites y demoras para el especialista
- — La falta de diligencia para acudir a la casa.
- — La imagen poco definida de las enfermeras, en las que predomina el componente relacional y muy poco el técnico
- — En los casos en los que el profesional se percibe poco fiable, esto es considerado menos grave si se vive cerca de un hospital (acuden a urgencias o a consultas externas
- — La atención en la entrada de los centros es un déficit al generar opiniones muy críticas sobre la calidad del centro.
- — Punto débil: SAU

Pero ante estas cuestiones y planteamientos, encontramos distintos tipos de usuarios:

A. LOS MÁS SATISFECHOS son:

— Los que tienen más tiempo (jubilados, parados, en baja laboral…)

— Los que sigue directamente su médico de cabecera (crónicos mayores sin complicaciones)

— Los que no plantean demandas no habituales (los "normales")

— Los usuarios con pocas expectativas o con expectativas negativas

— Los que notan el cambio del ambulatorio al centro de salud (aunque no les dura para siempre)

B. Mientras que LOS MENOS SATISFECHOS, los que no vienen, los que nos abandonan, tienen el siguiente perfil:

— Los que para ellos su tiempo vale mucho (trabajan, cuidan a un familiar, tienen niños pequeños, estudiantes, ...)

— Los que tienen que vivir repetidamente la experiencia de la no continuidad de su proceso asistencial (crónicos con complicaciones)

— Los que plantean demandas no habituales (los "especiales", los que no se adaptan a la dinámica del centro)

— Los que tiene a un médico de cabecera que no les resuelve sus problemas (control de su enfermedad, deriva excesivamente, no deriva nunca, no les receta...)

C. Y también están A LOS QUE NO PREGUNTAMOS, que tampoco vienen:

— Los que no vienen ya (la emergente clase media)

— Los que no vienen aún ("la generación.com")

— Los que no pueden venir (los ancianos dependientes, los inmovilizados, los terminales)

— Los grupos sociales más frágiles (pobres, jóvenes, mujeres, ancianos)

— De los que sabemos muy poco (los excluidos, los inmigrantes)

Muchos son los que no vienen, los que no han venido o los que se van.

Y mientras tanto, hace 10 años y ahora, necesitamos hacer algo, reflexionar, discutir entre todos, valorar experiencias, ... en definitiva hacer posible la atención primaria que queremos para este nuevo siglo.

Bibliografía

1. March JC. Captando a población no demandante, a través de la combinación de la estrategia de riesgo y el marketing social. Jornadas de la Sociedad Andaluza de Medicina familiar y Comunitaria. Aguadulce (Almería), 1990.
2. Rodríguez J.A. El reparto del bienestar. Salud y desigualdad social en España. Sistema, Revista de Ciencias Sociales 1988; 83.
3. March JC. Desigualdades sociales en salud en la ciudad: dos aproximaciones a su descripción. UAB; Bellaterra, 1997.
4. Irigoyen J. Ponencia presentda en las Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada, EASP, 2000.
5. Pérez MA. Caracterización de una población marginal en relación con las vacunas. Estrategias de intervención. Trabajo de campo del III Curso de Salud Pública y Administración Sanitaria de la EASP. Granada: EASP, 1988.
6. Yañez P. Desigualdades sociales en salud en Málaga. Trabajo de campo del Master de Salud Pública y Administración Sanitaria de la EASP. Granada: EASP, 2000.
7. Ballesteros P. Enfermedad meningocócica tipo C: Factores que influyen en la estrategias de vacunación. Trabajo de campo del Master de Salud Pública y Administración Sanitaria de la EASP. Granada: EASP, 1999.
8. Cuadra P, March JC, García R, Romero M. Excludes: exclusión social y drogodependencias en ciudades europeas. Memoria final proyecto Dirección General V. Luxemburgo, 1999.
9. Prieto MA. Atención a pacientes terminales: satisfacción de usuarios y cuidadores. Memoria científica FIS, 1999-2000.

EL ESPACIO DEL USUARIO

Los usuarios preguntan: ¿Qué poder ejercen los laboratorios sobre las recetas?

Sánchez R [1]

[1] *Responsable de Comunicación de la Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía (FACUA)*

Los usuarios de la sanidad ven, en no pocos casos con indignación, cómo en los pasillos de los centros sanitarios se agolpan los representantes de los laboratorios a la espera de mostrar a los facultativos sus últimas novedades farmacológicas. La interrupción de los horarios de consulta ante la llegada de los visitadores farmacéuticos supone un claro perjuicio para el correcto funcionamiento del Sistema Sanitario Público, dadas las numerosas horas de trabajo que los facultativos pierden atendiendo estas visitas. Pero más allá de este problema, los usuarios también si preguntan, a la luz de las informaciones que en ocasiones salen a la luz en los medios de comunicación, si los visitadores y, por ende, los laboratorios, influyen de una forma que nada tiene que ver con las evidencias científicas con la actitud de los médicos a la hora de recetar uno u otro fármaco.

Y es que, aun siendo incluso una práctica ilegal e incluso tipificada en el Código Penal, es de sobra conocido que determinados laboratorios se gasten miles de millones cada año en estimular a facultativos para que receten sus productos. Irregularidades que influyen al alza de forma notable en el gasto farmacéutico y provoca que la imagen de los médicos honestos se vea manchada por las prácticas de sus colegas.

El propio secretario de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), califica de "corruptos" a los facultativos que «venden el alma» a los laboratorios farmacéuticos «poniéndose a su servicio» al recetar medicamentos «guiándose más por lo que obtendrán a cambio que por el beneficio, también económico, del paciente».

Desde vacaciones pagadas en países exóticos con estancias en hoteles de cinco estrellas y comidas en restaurantes de lujo con el pretexto de la celebración de un congreso, hasta cheques, pasando por bonos de viaje, televisores, vídeos, ordenadores..., son algunos de los regalos que reciben los médicos que se prestan, como incentivo para que receten determinados productos o como recompensa por hacerlo.

El 20 de octubre de 1999, el entonces ministro de Sanidad, José Manuel Romay Beccaría, negaba en el Congreso de los Diputados la veracidad de las denuncias a médicos y laboratorios. «Con independencia de situaciones puntuales, los profesionales sanitarios y la industria farmacéutica actúan en España con respeto a la normativa existente y a los códigos éticos», afirmó el titular de Sanidad en respuesta a una moción planteada por IU.

FACUA se pregunta si la opinión esgrimida desde el Ministerio de Sanidad es cierta o si, por el contrario, las irregularidades se producen de forma continua. De hecho, el secretario de Deontología de la OMC advierte incluso que en la profesión, «aunque no todos, ni mucho menos, algunos entran en el juego, y se ha llegado a un nivel en que, en ciertos ambientes, el médico honrado que se niega a aceptar esos incentivos es tenido por tonto».

FACUA considera positivo el Real Recreto 1416/94, aprobado hace siete años por el Ministerio de Sanidad, que prohíbe en su artículo 17 «otorgar, ofrecer o prometer (...) primas, ventajas pecuniarias o ventajas en especie» a profesionales de la salud; y su artículo 18 prohíbe a éstos «solicitar o aceptar» dichos incentivos. Medidas, en definitiva, muy similares a las ya fijadas por la Ley del Medicamento de 1990. Una norma positiva, pero cuya aplicación es ciertamente compleja y requiere suficientes medios en las Administraciones Sanitarias, así como la voluntad decidida de los profesionales de la Sanidad y sus organizaciones representativas para hacerla cumplir.

Sorprende la falta de sanciones frente a la existencia de prebendas, pese a que el propio Real Decreto 1416/94 deja muy claro en su artículo 18, referente al patrocinio de reuniones científicas, que la hospitalidad que ofrezcan los laboratorios «deberá ser siempre moderada en su nivel y subordinada al objetivo principal de la reunión y no podrá ser extensible a personas que no sean profesionales de la salud». Además, advierte que «los premios, becas, contribuciones y subvenciones a reuniones, congresos, viajes de estudio y actos similares (...)

se aplicarán exclusivamente a actividades de índole científica».

FACUA también muestra su preocupación por el hecho de que los farmacéuticos también estén, según las denuncias, en el punto de mira de los laboratorios. Estos profesionales influyen en las decisiones de los consumidores sobre la compra de medicamentos sin receta y tienen poder para sustituir el fármaco prescrito por un médico por otro con el mismo principio activo si es genérico o bioequivalente al genérico.

Además, hay quien señala que hay farmacias que suministran ilegalmente a ciertas empresas distribuidoras información sobre los medicamentos que receta cada facultativo, datos que se utilizan para decidir a quiénes, y de qué forma, hay que recompensar.

Un informe publicado el pasado diciembre en la revista Consumerismo, editada por FACUA, recoge algunos de los pocos casos que han salido a la luz en los últimos años, poniendo de manifiesto la gravedad de la situación. En noviembre de 1996, una investigación del Insalud sobre un fraude a través de recetas falsas de medicamentos de un pequeño laboratorio barcelonés prescritas por dos médicos de Madrid, llevó al descubrimiento de otro caso no menos escandaloso.

Mediante un registro en el laboratorio, el Ministerio del Interior localizó un listado de 99 facultativos a los que la firma «incentivaba indebidamente con sobornos mediante cheques de viajes, talones bancarios, regalos y dinero en efectivo» para que recetasen dos de sus fármacos.

En lo que se refiere a los sobornos, los responsables de la empresa argumentaron que se trataba de «la colaboración habitual de un laboratorio con los médicos». «Nuestros vendedores intentan que se vendan nuestros productos, lo que es legítimo», declaraba al diario El País uno de los asesores jurídicos del laboratorio, «y cuando los médicos piden ayuda para asistir a un congreso se la damos. Eso hacen todos los laboratorios. También pagamos a algunos médicos los ensayos clínicos. Eso también es lo normal».

Entre otras prebendas, la empresa abonaba a diferentes facultativos sumas que oscilaban entre 42.000 y 67.000 pesetas para estudios ficticios de farmacovigilancia.

Como advierte un informe de la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad, los estudios realizados en base únicamente a las hojas de recogidas de datos «pueden con toda probabilidad considerarse actividades encubiertas de inducción a la prescripción o incentivos prohibidos a los prescriptores».

Esta es «una manera más elegante» de compensar a los médicos, según la sentencia del caso, dictada el año pasado por la Sección Sexta de la Audiencia Provincial de Madrid, que condenó a varios años de prisión a un médico de la Seguridad Social, al administrador único de la firma y a su representante en Madrid. Pero la mayoría de los expedientes administrativos abiertos por el Insalud contra los facultativos implicados han sido archivados «por falta de pruebas».

En 1998, un ex empleado de otro laboratorio, apoyado en cerca de 100 documentos, acusó a su antigua empresa de destinar cantidades superiores a los cuatrocientos millones de pesetas anuales a sobornar con dinero, viajes y regalos a facultativos para que prescribieran sus productos. Según el denunciante, la firma formalizaba acuerdos con los médicos, en su mayoría de la medicina pública, por los que éstos se comprometían a recetar sus medicamentos a un número determinado de pacientes, cada uno de los cuales suponía una retribución de entre 7.500 y 15.000 pesetas por parte de los laboratorios o de empresas interpuestas.

La incompatibilidad de los facultativos para recetar fármacos en cuya elaboración posean intereses económicos también queda de manifiesto en la Ley del Medicamento.

Otro dato, puesto de manifiesto por IU, también es asumido con preocupación por FACUA. Según IU, la cuantía de los incentivos es inversamente proporcional a la utilidad terapéutica de los medicamentos. La coalición advirtió en 1999 que había recibido denuncias de médicos que manifestaban cómo unos laboratorios pagaban más de 20.000 pesetas por cada paciente al que se recetase un fármaco «sustancialmente más caro que otros de su grupo y notablemente con más efectos secundarios".

Pero los pocos casos que salen a la luz pública no son más que la punta del iceberg de lo que algunos no sólo consideran una práctica generalizada entre los laboratorios, sino una auténtica subasta de voluntades prescriptoras en la que muchos facultativos acaban recetando el fármaco del mejor postor.

FACUA lamenta la falta de denuncias por parte de los propios profesionales de la salud. El secretario de la Comisión de Etica de la OMC reconoce que «no hay denuncias por parte de los médicos», pero por culpa del «corporativismo». Herranz lamenta que «es una pena que los directivos de los colegios médicos no tomen medidas», y pide a los facultativos que no permanezcan callados ante las irregularidades y «denuncien a sus colegas». «No hacerlo viene a ser una forma de complicidad», asevera.

La Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía también se sorprende por la falta de actuaciones de las autoridades sanitarias ante la existencia de prácticas más que conocidas por las mismas, como los numerosos simposios o reuniones que patrocina la industria farmacéutica, muchos de los cuales se celebran en países exóticos. El propio Gonzalo Herranz denuncia

que «hay simposios donde se llega al extremo de que dedican el 5% de sus programas a la actividad científica y el resto a pasarlo bien».

FACUA, ante lo perjudicial que resulta el que los médicos dejen de atender pacientes en sus horarios de trabajo para recibir a los comerciales de los laboratorios, considera que la ministra de Sanidad y Consumo, Celia Villalobos, y los máximos responsables de la política sanitaria de las comunidades autónomas con competencias transferidas, deben tomar medidas para impedir que los visitadores continúen accediendo a los centros sanitarios. Un dato interesante a este respecto lo aporta Marisa Sanitier, vicepresidenta de la Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria, que reconoce que «el tiempo del médico que los visitadores consumen ronda el 5% de su jornada anual». En definitiva, las horas de trabajo que pierden los facultativos atendiendo las visitas de los representantes de los laboratorios suponen al Sistema Público de Salud varios miles de millones de pesetas anuales en salarios.

Desde FACUA se plantea la necesidad de un acuerdo entre la industria farmacéutica y el Ministerio de Sanidad por el que los laboratorios se comprometiesen a reducir los enormes gastos de promoción de los medicamentos. Y es que las cantidades que invierten los laboratorios aumentan en un elevado porcentaje el precio de los fármacos, por lo que la asunción de un acuerdo de estas características podría derivar en una más que notable reducción del gasto farmacéutico, que en el caso del Insalud se acerca ya a los 400.000 millones de pesetas.

FACUA también pone sobre la mesa una cuestión importante al respecto de la labor de los representantes de los laboratorios farmacéuticos: ¿es completamente veraz la información que transmiten los visitadores a los facultativos? Un apunte interesante al respecto: entre 1991 y 1997, una red anónima de médicos generales y farmacéuticos de hospitales franceses evaluó la información suministrada por los comerciales de los laboratorios en sus visitas, y resultó que éstos no les mencionaban espontáneamente los efectos adversos, contraindicaciones e interacciones medicamentosas de sus productos en alrededor del 76% de los casos. Asimismo, estudios elaborados en Irlanda del Norte y Gran Bretaña ponen de manifiesto que cuanto más se apoya el médico en el visitador como fuente de información, menos racional es su prescripción.

En un artículo publicado en 1999 en el British Medical Journal, el doctor David Evan Morris, del centro St. Mark's Dee View Surgery, de Gales, explica que un año después de tomar la decisión de prescindir de los visitadores para dedicar más tiempo a los pacientes, su gasto farmacéutico «aumentó sólo un 2%, cifra que contrasta claramente con el 14% de media en nuestro sistema de salud».

Según la industria y los colegios médicos, la labor formativa de los laboratorios es fundamental para el reciclaje de los facultativos. El problema está en que dicha formación pueda ser mediatizada por los intereses de los laboratorios. Pero FACUA, al igual que PSOE e IU, considera que son el Gobierno y las comunidades autónomas competentes, y no los laboratorios, quienes deben garantizarles la adecuada formación farmacológica.

ORIGINAL

Variabilidad en la práctica clínica en la atención al paciente con EPOC: impacto de los consensos actuales de tratamiento

Bujalance Zafra MJ [1], Fernández Vargas AM [1], Leiva Fernández F [2], Martos Crespo F [3], García Ruiz A [3], Sánchez de la Cuesta y alarcón F [3]

[1] Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, [2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Málaga, [3] Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

Objetivos: Describir los perfiles terapéuticos en pacientes EPOC en nuestro medio, valorar salud objetiva (espirometría forzada actual) en relación a los perfiles terapéuticos y evaluar si el tratamiento se ajusta al consenso de las diferentes sociedades científicas.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: 2 Centros de Salud urbanos.

Población y muestra: Los sujetos fueron 278 pacientes mayores de 35 años, diagnosticados previamente de EPOC, seleccionados por muestreo consecutivo.

Intervenciones: Se recogen variables sociodemográficas, antecedentes personales, tratamiento farmacológico de la EPOC. Se realizó una espirometría a cada paciente en el momento del estudio. Se analizó adecuación del perfil de utilización de fármacos respecto a las recomendaciones de la ATS (American Thoracic Society), SEPAR (Sociedad Española de Patología Respiratoria) y ERS (European Respiratory Society).

Resultados: V. Sociodemográficas: varones (88%), casados (87%), analfabetos funcionales (62.4%), jubilados (77%), fumadores (76%), media : 53 paquetes/año

El 31.4% de pacientes sin tratamiento. Fármacos más utilizados: B2 adrenérgicos 56.7%, mucolíticos 41.9%, corticoides inhalados 37.7%, xantinas 24. 5%, anticolinérgicos 24.2%, oxigenoterapia 10.5% y corticoides orales 7.6%. Patrones espirométricos actuales: Normal 26%, obstructivo 11.3%, restrictivo 38% y mixto 24.7%. De los **pacientes sin tratamiento** (85 pacientes), 35 (41%) presentaban patrones espirométricos de moderada a severa gravedad. Del 26% **(72 pacientes) con espirometría normal**, 53% tenían prescrito algún tratamiento, destacando un 3% de estos pacientes que recibían corticoides orales. Análisis ajuste a consensos: Anticolinérgicos (primera elección): prescritos en 5.ª lugar; Corticoides inhalados (último escalón): prescritos con mayor frecuencia que anticolinérgicos y xantinas; Mucolíticos (sólo considerados por ATS como 3.º escalón) : 2.ª fármacos más prescritos en nuestro estudio.

Conclusiones: El tratamiento utilizado para la EPOC no se ajustó a las recomendaciones actuales según el consenso de la ATS, SEPAR y ERS. Pacientes con espirometría normal (26,2%) recibían tratamientos de último escalón y pacientes con espirometrías muy alteradas (12,5%) no recibían ningún tratamiento.

Palabras clave: EPOC. Espirometría. Tratamiento.

Correspondencia: M.ª José Bujalance Zafra. C/ La Era, 25; Bloque 4, 1.º D. 29016 Málaga. Correo electrónico: fleiva@hch.sas.cica.es

Recibido el 29-01-2001; aceptado para su publicación el 25-05-2001.
Medicina de Familia (And) 2001; 2: 119-126

CLINICAL CARE PRACTICES VARIATIONS IN CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Goals: To describe the therapeutic profiles of patients with COPD in our setting, to evaluate their objective health (current forced spirometry) in relation to their therapeutic profiles, and to evaluate whether or not treatment follows the consensus established by different scientific societies.

Design: Descriptive, transversal.

Setting: 2 Urban Health Centers.

Population and Sample: The subjects were 278 patients over age 35, previously diagnosed with COPD and selected by consecutive sampling.

Interventions: Socio-demographic variables, personal history, and COPD drug treatments were gathered. A spirometry was done on each patient in the study. The drug use profile was studied to see whether it adapted to recommendations made by the ATS (American Thoracic Society), SSRP (Spanish Society for Respiratory Pathology), and the ERS (European Respiratory Society).

Results: Sociodemographic variables: male (88%), married (87%), functionally illiterate (62.4%), retired (77%), smokers (76%), average number of packages smoked per year: 53. 31.4% of the patients were not under drug treatment. Most frequently used drugs: B2 adrenergics (56.7%), mucolytics (41.9%), inhaled corticoids (37.7%), xanthines (24.5%), anti-cholinergics (24.2%), oxygen therapy (10.5%) and oral corticoids (7.6%). Current spirometric patterns: normal (26%), obstructive (11.3%), restricted (38%), and mixed (24.7%). Among the **untreated patients** (85 patients), 35 of them (41%) showed spirometric patterns ranging from moderate to severe. Among the other 26% **(72 patients with a normal spirometry)**, 53% had been prescribed some treatment, with 3% of these patients standing out because they were receiving oral corticoids. Analysis in accordance with accepted established criteria: anticholinergics (first choice) were prescribed in fifth place; inhaled corticoids (last step) were prescribed more frequently than anticholinergics and xanthines; mucolytics (only considered by the ATS as the third step) were the second most frequently prescribed drugs in our study.

Conclusions: The treatment used for COPD does not adapt to current recommendations made in consensus with the ATS, SSRP, and ERS. Patients with a normal spirometry (26.2%) received treatments corresponding to the third step and patients with significantly altered spirometries (12.5%) received no treatment.

Key Words: COPD, spirometry, treatment.

Introducción

La EPOC se considera una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes y, desde luego, la más grave.

La prevalencia de la enfermedad se sitúa alrededor del 9%[1] en población de 40-69 años, según el estudio IBERPOC[2,3,4] realizado recientemente en España, aunque estas cifras varían en función de la edad y el sexo. Así, en varones es del 15,8% y en mujeres del 5,5%, pero en los hombres de 60-69 años, esta cifra asciende al 23%[5].

Provoca una alta morbilidad y mortalidad. Según las estadísticas vitales más recientes en España, la EPOC supone la 5.ª causa de muerte con una tasa de 55/100.000 habitantes y la 7.º en las mujeres (tasa de 12,4 /100.000 habitantes en 1995)[6,7].

A pesar de la importancia de esta enfermedad, pocos trabajos han estudiado la calidad de la asistencia proporcionada a estos pacientes y /o el seguimiento de las distintas normativas de tratamiento por parte de los diferentes colectivos implicados en el cuidado de estos enfermos.

Sin embargo, la implantación y el seguimiento de las normativas para el manejo y el tratamiento de la EPOC en diversos ámbitos sanitarios debería ser un motivo prioritario de investigación por la repercusión que puede tener sobre la calidad asistencial, el coste de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.

Con este trabajo nos planteamos: describir los perfiles terapéuticos en pacientes EPOC en nuestro medio, valorar la salud objetiva, mediante la realización de una espirometría forzada en el momento del estudio, en relación a los perfiles terapéuticos y evaluar si el tratamiento se ajusta al consenso de las diferentes sociedades científicas, ATS[8] (American Thoracic Society), SEPAR[9] (Sociedad Española de Patología Respiratoria) y ERS[10] (European Respiratory Society).

Sujetos y Métodos

El diseño utilizado es un estudio descriptivo transversal, realizado en 2 Centros de Salud urbanos, El Palo y La Palma Palmilla (Málaga), que cuentan con programa de crónicos y dentro de él, un subprograma de EPOC.

Los sujetos del estudio fueron 278 pacientes seleccionados por muestreo consecutivo, (precisión =0.058)

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

— Pacientes mayores de 35 años.

— Diagnosticados previamente de EPOC por los distintos profesionales que les atendían.

— Con historia clínica en los Centros de Salud seleccionados.

Se excluyeron pacientes con obstrucción crónica al flujo aéreo debida a diagnósticos específicos como asma bronquial, bronquiectasias, fibrosis quística.., y aquellos pacientes que cumpliendo criterios de inclusión se encontraban fuera de la zona básica en el momento del estudio.

Las variables analizadas en el estudio fueron las siguientes:

— Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral.

— Hábito tabáquico, cuantificado en paquetes / año.

— Tratamiento farmacológico para la EPOC. Se registraron los diferentes grupos farmacológicos prescritos para el tratamiento de esta enfermedad.

— Espirometría forzada, realizada en el momento del estudio por el entrevistador previamente entrenado. Se utilizó el espirómetro portátil PONY GRAPHIC, que permite una evaluación estática y dinámica de la funcionalidad pulmonar, ya que los centros de salud seleccionados no disponían de espirómetro propio. Se han cumplido las condiciones de utilización y de mantenimiento. Los valores normativos que utiliza son el Zapletal para adultos. En cuanto a la maniobra espirométrica, se realizaron 3 pruebas por paciente (como mínimo) para conseguir una variabilidad menor del 5%.

Se realizó un análisis descriptivo, para ello, se han calculado medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación típica) para las variables cuantitativas y las frecuencias relativas para las variables cualitativas; asimismo se presenta los IC al 95%.

Se analizó la adecuación del perfil de utilización de los fármacos empleados para el tratamiento de la EPOC, respecto a las recomendaciones de la ATS8, SEPAR9 y ERS10. (Tabla 1).

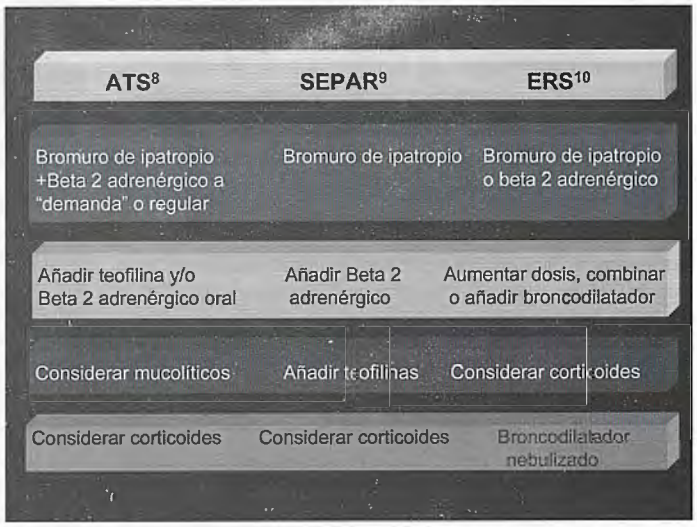


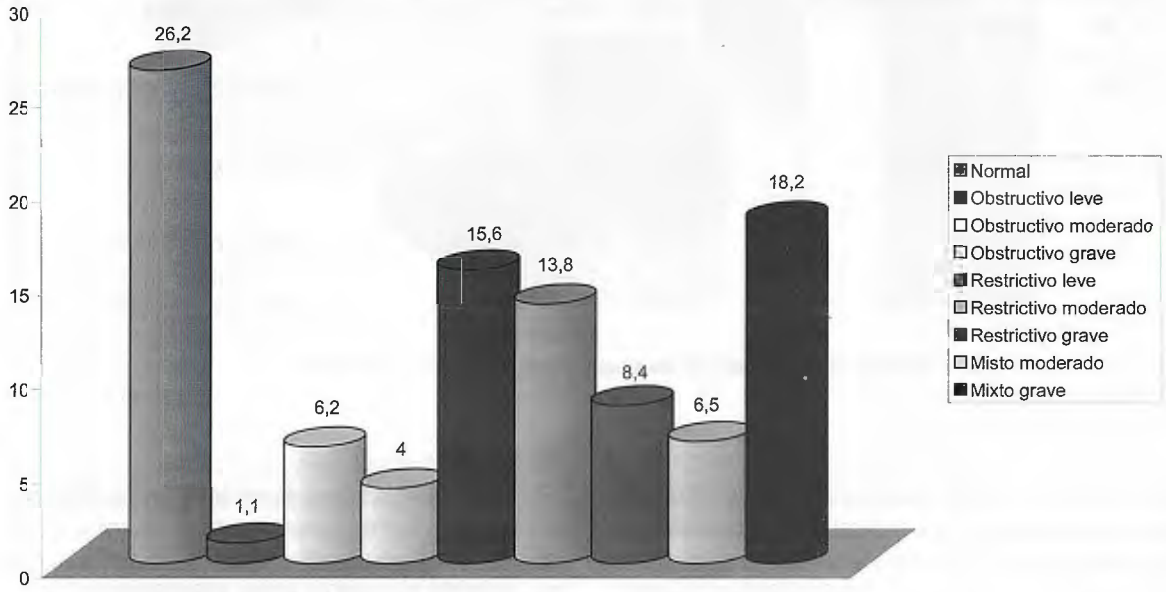
Tabla1. **Tratamiento farmacológico escalonado en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica estable, según las recomendaciones de la ATS (American Thoracic Society), SEPAR (Sociedad Española de Patología Respiratoria) y ERS (European Respiratory Society).**

Resultados

De los 278 pacientes estudiados, 243 (88%) eran varones con una edad media de 66,9 ± 8.9 años. La mayoría de los pacientes estaban casados (87%). El nivel de estudios encontrado fue muy bajo, el 46,7% no sabían leer ni escribir y el 15,7% aunque sabían leer, no tenían lectura comprensiva. Respecto a la situación laboral, el 77,3% estaban jubilados, siendo muy pocos los que mantenían algún tipo de actividad laboral (6,1%).

El 76% de los pacientes habían sido fumadores con una media de 53 paquetes / año. Algo más de la mitad (56%), continuaban con el hábito tabáquico con una media de 61 paquetes / año.

De la espirometría realizada al paciente en el momento del estudio, destacamos que una cuarta parte de los pacientes (26,2%) presentaron unas pruebas funcionales normales, el patrón obstructivo sólo lo presentaron 30 pacientes (11,3%), y existía un claro predominio de sujetos con patrón restrictivo (37,4%) y mixto (24,7%). En la gráfica 1 se expresan los patrones espirométricos desglosados según la gravedad en leve, moderado y grave siguiendo la clasificación de la SEPAR. El valor medio del FEV1 expresado en porcentaje del teórico fue de 62,32 ± 21,98 (tabla 2).



Gráfica 1: **Patrones espirométricos (expresados en porcentaje de pacientes) desglosados según gravedad y siguiendo la clasificación de la SEPAR (Sociedad Española de Patología Respiratoria).**

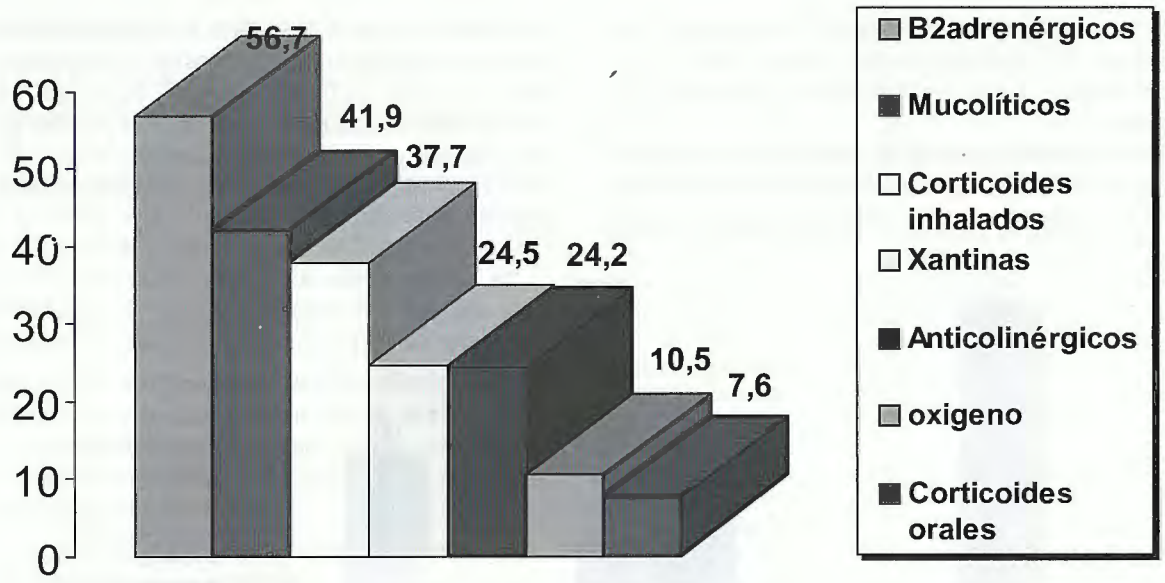
TABLA 2

VALORES OBTENIDOS EN LA ESPIROMETRÍA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL ESTUDIO, EXPRESADOS EN PORCENTAJE DEL TEÓRICO

VARIABLE	MEDIA	MEDIANA	DESV. TÍPICA	IC 95%
CVF%	73.53	73	19.14	71.25-75.7
FEV1%	62.32	62	21.98	59.74-64.88
Pef l/s	49.22	46	21.83	46.64-51.76
FEV1/ FVC%	84.05	87	15.89	82.19-85.9
Fef 25-75 L/s	38.73	35	23.87	36.93-41.50
Vmax-25 L/s	41.60	38	22.32	38.98-44.22
Vmax-50 L/s	39.56	35	24.58	36.62-42.44
Vmax-75 L/s	41.88	37	25.89	38.85-44.9

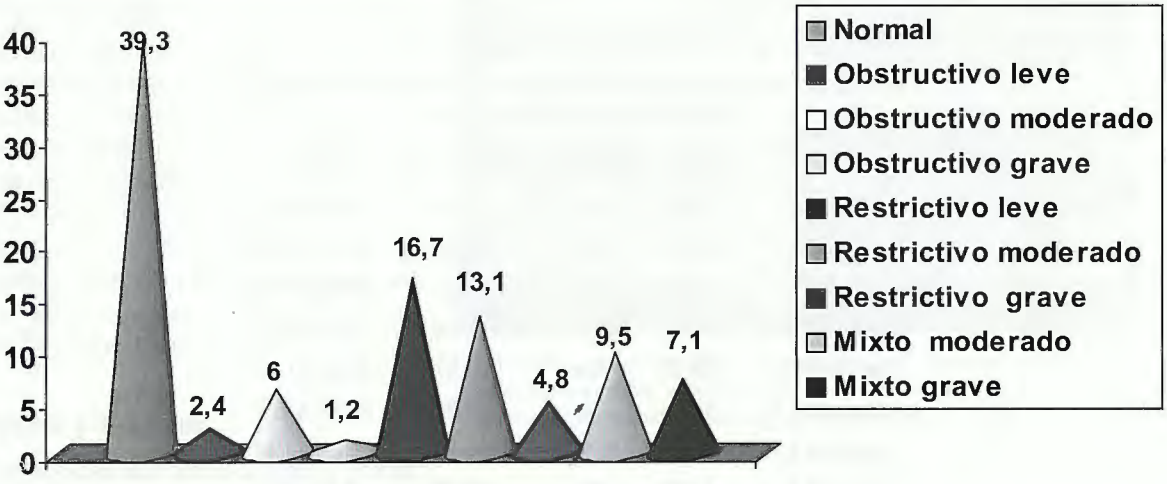
(FVC%= Capacidad Vital Forzada en % del teórico; FEV_1 %= Volumen exhalado después de 1 seg. de la FVC; Pef L/s = Caudal pico espiratorio; FEV_1 /FVC%= FEV_1/FVC x 100; FEF 25-75% L/s = Promedio del caudal espiratorio entre 25-75% de FVC; V.max. 25% L/s = Caudal espiratorio a 25% de FVC; V.max. 50% l/s = Caudal espiratorio a 50% de FVC; V.max. 75% L /s = Caudal espiratorio a 75%de FVC.)

En cuanto al tratamiento de la EPOC, un total de 192 pacientes (69%) recibían algún tratamiento de base para su enfermedad. De ellos, el 13% eran tratados con 1 fármaco, el 17% con 2 fármacos, otro 17% con 3 fármacos y el 53% con 4 o más fármacos. Los grupos farmacológicos más prescritos fueron los beta 2 adrenérgicos, seguidos de los mucolíticos y de los corticoides inhalados y en menor proporción xantinas, anticolinérgicos, oxigenoterapia y corticoides orales. (Gráfica 2).



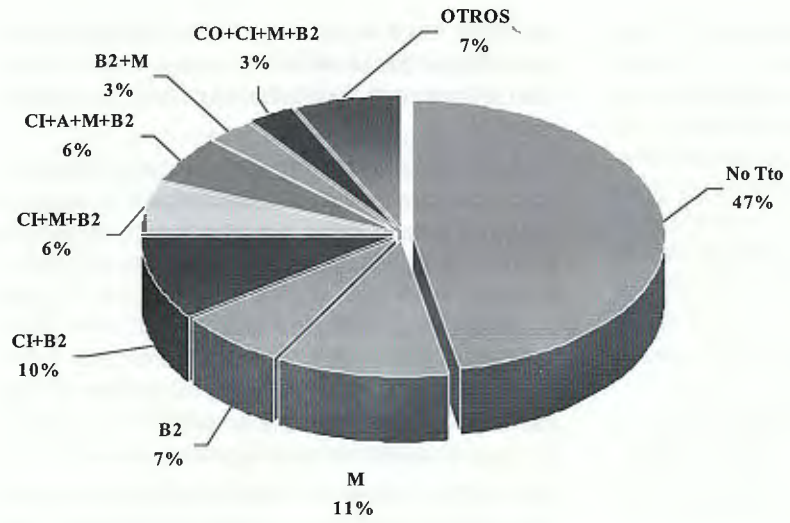
Gráfica 2. **Distribución de la frecuencia de prescripción de los grupos farmacológicos (% de pacientes).**

Por otro lado, el 31% (85 pacientes) no tenían prescrito ningún tratamiento para su enfermedad. Analizamos la función pulmonar de estos pacientes y encontramos que el 60% (51 pacientes) tenían alteraciones en su espirometría, presentando patrones espirométricos de moderada a severa gravedad en 35 de estos pacientes (38%).(Gráfica 3).



Gráfica 3. **Patrones espirométricos en pacientes que no realizan ningún tratamiento para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, desglosados según gravedad (clasificación de la Sociedad Española de Patología Respiratoria) y expresados en porcentaje de pacientes.**

De los 278 pacientes estudiados, en 72 (26,2%) la espirometría realizada en el momento del estudio fue normal. Algo más de la mitad (53%) de estos pacientes tenían prescrito algún tratamiento farmacológico para su enfermedad. Los grupos farmacológicos más prescritos en estos pacientes en monoterapia fueron los mucolíticos (11%) y los beta 2 adrenérgicos (7%). La mayoría tenían prescrito asociaciones de 2 o más fármacos. Destacamos que hasta un 3% de estos pacientes recibían tratamiento con corticoides orales, a pesar de tener una espirometría normal. (Gráfica 4).



Gráfica 4. Prescripción terapéutica en pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con espirometría normal. (M= Mucolíticos; B2= Beta 2 adrenérgicos; CI= Corticoides inhalados; CO= Corticoides orales; A= Anticolinérgicos; OTROS= Otras asociaciones; No Tto= No tenían prescrito ningún tratamiento.)

Finalmente, al analizar si la prescripción de los diferentes grupos farmacológicos se ajustaba a las recomendaciones actuales de tratamiento según los consensos de la ATS, SEPAR y ERS, encontramos que los anticolinérgicos, recomendados como de primera elección, son prescritos en 5.º lugar en nuestro estudio; los corticoides, que son considerados de último escalón, se prescriben con mayor frecuencia que los anticolinérgicos y que las xantinas, que todos los consensos recomiendan añadir o combinar antes de utilizar los corticoides y por último, los mucolíticos que sólo son considerados como tercer escalón por la sociedad americana, son los 2.º en frecuencia de prescripción en nuestro estudio.

Discusión

Las características sociodemográficas de la población de estudio, en cuanto a la media de edad (66,9 años) y el predominio de varones (88%), concuerda con la mayoría de los estudios analizados en la bibliografía[1,4,11,12,13,14,15,16,17,18,19]; destacando quizás, el bajo nivel de instrucción encontrado.

En el presente trabajo, lo que más llama la atención, es el alto porcentaje de pacientes que tenían espirometrías normales (26%), a pesar de estar previamente diagnosticados de EPOC por los distintos facultativos que les atendían de forma habitual y la escasa proporción de pacientes que presentaban un patrón obstructivo (11,3%) siendo éste el más característico de esta enfermedad. Nos podemos preguntar a la vista de los resultados ¿por qué no se ha seleccionado la muestra tras hacerle la espirometría?, así hubiéramos obtenido una muestra "real" de EPOC, con criterios objetivos de obstrucción pulmonar. Sin embargo, creemos que es más interesante e importante conocer lo que se está realizando en la práctica clínica en atención primaria, ya que estos pacientes eran considerados y tratados como EPOC por los distintos profesionales que les atendían. En definitiva, nos encontramos con un porcentaje importante de pacientes incorrectamente diagnosticados. Pensamos que son varias las causas que han podido influir en estos hallazgos:

- La definición de EPOC es ya de por sí un término controvertido, donde se tiende a englobar enfermos con diferentes patologías.
- Inclusión de pacientes asmáticos en el estudio, por la dificultad existente a la hora de diferenciar entre EPOC y asma como se demuestra en el estudio de Baranda et al[17] sobre concordancia diagnóstica para las patologías de asma y EPOC en el que tras realizar pruebas diagnósticas específicas hasta un 18% de los pacientes se quedaron sin un diagnóstico concluyente.
- Pacientes en fase inicial de la enfermedad o simplemente pacientes con criterios clínicos de bronquitis crónica, donde se pueden encontrar patrones espirométricos normales, pero en estos casos no se podría hablar de EPOC al no existir una obstrucción crónica al flujo aéreo.
- Diagnósticos basados en la realización de una sola espirometría, realizada en una agudización o para valorar una incapacidad, con lo que no se puede diferenciar un asma de una EPOC.
- Pacientes "etiquetados" de EPOC en muchas ocasiones ante todo varón fumador que acude a urgencias por una bronquitis aguda.
- Y por último, la falta de seguimiento de los pacientes con espirometrías repetidas. A sólo el 12,9% de los pacientes del estudio se les realizó una espirometría en el último año, lo que pensamos pueda estar en relación con la falta de disponibilidad de los espirómetros en atención primaria.

Por otro lado, el 69.3% de los pacientes recibían algún tratamiento para su enfermedad, porcentaje inferior al encontrado en dos trabajos realizados en España que valoran el tratamiento de los pacientes con EPOC en atención primaria, donde esta cifra asciende al 88% [20] y al 95%[21] respectivamente.

A la hora de valorar los tratamientos prescritos en relación a la salud objetiva nos encontramos que pacientes con espirometrías muy alteradas, con patrones de moderada a severa gravedad (12,5%), no tenían prescrito ningún tratamiento y sin embargo, pacientes con espirometrías normales (26,2%) recibían tratamientos de último escalón. Encontramos por tanto una discordancia entre los tratamientos que recibían estos pacientes en relación a las pruebas funcionales que presentaban. Podemos atribuir en parte esta discordancia diagnóstico-terapéutica, a la baja utilización de la espirometría de forma rutinaria.

En cuanto a la frecuencia de la utilización de los diferentes grupos farmacológicos, destaca la escasa prescripción de anticolinérgicos inhalados, situados en 5.º lugar, que contrasta con las recomendaciones de la mayoría de normativas que los sitúan en primera línea en el tratamiento de la EPOC[8,9,10]. Muchos estudios han demostrado la eficacia de los anticolinérgicos para mejorar los síntomas produciendo una broncodilatación superior a los beta adrenérgicos en el paciente con EPOC, así como un aumento en el FEV1 en los estudios comparativos de larga evolución[22,23,24,25] además de presentar escasos efectos secundarios y una buena tolerancia como se demuestra en el Lung Health Study con el seguimiento de los pacientes tratados con el bromuro de ipatropio durante 5 años[26]. Sin embargo, en este mismo estudio se demuestra que el uso continuado de este medicamento no reduce la caída del FEV1, ya que cuando el uso de este broncodilatador cesó, la mejoría de la función pulmonar asociada con el efecto del mismo, desapareció.

Encontramos una alta utilización de mucolíticos a pesar de que las normativas actuales cuestionan su eficacia[9,10].

Es importante resaltar la alta prescripción de corticoides inhalados en el estudio, por encima de las teofilinas y los anticolinérgicos, cuando ninguno de los consensos actuales[8,9,10] aconseja utilizar los corticoides inhalados como medicación fundamental en el tratamiento del paciente con EPOC estable. Esto se debe a la falta de evidencia del papel de los corticoides inhalados en el tratamiento de base de la EPOC a largo plazo. Mientras que algunos estudios[27,28,29,30,31] han demostrado mejorías en las variables espirométricas fundamentalmente en la caída del FEV1, e incluso un estudio reciente[32], mostraba que este hecho se acompañaba de un menor número de agudizaciones importantes y de una mejoría en la calidad de vida, estudios recientes a largo plazo[33,34] (3 años de seguimiento) no han mostrado modificación en el declive anual del FEV1, ni efecto sobre los síntomas de la EPOC ni sobre la prevención de las exacerbaciones. Los resultados del estudio ISOLDE[35] publicado recientemente, realizado con Fluticasona durante un periodo de tres años de seguimiento, que parecía ofrecer unas perspectivas más optimistas, no ha demostrado que los corticoides inhalados mejore el declive del FEV1, aunque si se ha observado una reducción significativa del número de exacerbaciones.

Las teofilinas se prescribían en cuarto lugar, siendo por tanto más utilizadas que los anticolinérgicos inhalados. A pesar que el papel de las teofilinas en el tratamiento de la EPOC es uno de los temas que más controversia ha suscitado en los últimos años, aún conservan un papel importante en aquellos pacientes con EPOC grave en los que los anticolinérgicos y los beta 2 adrenérgicos no consiguen controlar la sintomatología y en aquellos que son incapaces de utilizar de forma correcta la medicación inhalada como se demuestra en algunos estudios.[36,37,38,39]

Los resultados obtenidos respecto a la frecuencia en la prescripción de los diferentes grupos farmacológicos son muy similares a los encontrados por Miratvilles et al[21] en un estudio realizado en España en 1998 para valorar el tratamiento de la EPOC a través de la información obtenida de 268 médicos de atención primaria, distribuidos en 17 comunidades autónomas, sobre un total de 2.414 pacientes. Los autores encuentran que el grupo farmacológico más utilizado son los beta 2 adrenérgicos tanto de corta como de larga duración, seguido de los corticoides inhalados, mientras que los anticolinérgicos eran utilizados en 5.º lugar con un porcentaje similar al de nuestro estudio. Estos resultados no difieren de otro estudio de similares características al mencionado realizado por los mismos autores en España en 1994-1995 previo a la publicación de las normativas sobre tratamiento de la EPOC [20]. Los autores finalmente concluyen que del análisis comparativo de los datos de ambos estudios no parece derivarse ningún efecto de la publicación de las diversas normativas de manejo de la EPOC.

¿A qué se debe esta falta de seguimiento de normativas?

Al ser nuestro estudio descriptivo observacional, no nos permite sacar conclusiones a este respecto, además de que no se ha valorado la variabilidad en los facultativos que son los que prescriben, pero a pesar de todo ello queremos hacer unas consideraciones que pensamos que puedan influir en la falta de seguimiento de normativas:

A. Factores relacionados con el médico:

— Desesperanza ante la intervención antitabaco. Sólo el abandono del tabaco ha demostrado su eficacia en frenar la evolución de la enfermedad, sin embargo son escasos los resultados obtenidos en la mayoría de los estudios a pesar de realizar una intervención especializada. Si sólo se utiliza el consejo médico el porcentaje de abandono de tabaco a los 5 años es del 5%[28] lo que lleva al médico a tener una actitud simplista a la hora de dar un consejo de abandono de tabaco, sin mucha

convicción y con la percepción por parte del médico de la menor efectividad del tratamiento farmacológico en pacientes EPOC con persistencia del hábito tabáquico.

— Resultados contradictorios en los estudios que valoran la eficacia de los diferentes grupos farmacológicos a la hora de detener la progresión de la enfermedad.

— Variabilidad en los consensos actuales, sin que exista una pauta estandarizada de tratamiento.

B. Factores relacionados con el paciente:

— Percepción por parte del paciente de que no hay ningún tratamiento que pueda "curar" su enfermedad si no deja de fumar, lo que puede generar desconfianza ante la eficacia del tratamiento farmacológico.

— Alta tasa de mal cumplidores en el tratamiento de la EPOC destacando fundamentalmente la dificultad que hay para seguir tratamientos tan complejos como los que se prescriben en la EPOC (53% de pacientes con 4 o más fármacos), teniendo en cuenta el nivel de instrucción de la población que padece esta enfermedad.

Sobradillo en un artículo reciente acerca del tratamiento de la EPOC[40] concluye que "es una enfermedad mal diagnosticada y tratada en la que se precisa individualizar el tratamiento, disponer de mejores fármacos broncodilatadores y antiinflamatorios y más estudios que aclaren las dudas sobre algunos tratamientos actuales".

Sin embargo, los resultados de este estudio alertan sobre la necesidad de introducir cambios en el abordaje asistencial de la EPOC en atención primaria, analizar y optimizar la eficacia diagnóstico- terapéutica de esta enfermedad con los medios actuales que disponemos en nuestro ámbito. Para ello proponemos las siguientes medidas:

— formación continuada, para un mejor conocimiento de los consensos actuales de tratamiento.

— elaborar protocolos definidos de actuación.

— valorar calidad asistencial en EPOC para detectar problemas y priorizar intervenciones.

— utilizar la espirometría de forma rutinaria, tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de la enfermedad.

Bibliografía

1. Villasante C, en representación del Comité Científico del Estudio IBERPOC. IBERCOP: Valoración de resultados. Arch Bronconeumol 1999; 35 Suppl 3: 40-43.
2. Comité Científico del Estudio IBERPOC. Proyecto IBERPOC: un estudio epidemiológico de la EPOC en España. Arch Bronconeumol 1997; 33:293-299.
3. Gabriel R, Villasante C, Pino JM, García F, Miratvilles M, Jiménez CA, Sobradillo V por el Comité Científico del Estudio IBERPOC. Estimación de la variabilidad inicial interobservador de la espirometría forzada en el estudio epidemiológico multicéntrico IBERPOC. Arch Bronconeumol 1997; 33: 300-305.
4. Miratvilles M, Sobradillo V, Villasante C, Gabriel R, Masa JF, Jiménez CA, Fernández-Fau, Viejo JL. Estudio epidemiológico de la EPOC en España (IBERPOC): reclutamiento y trabajo de campo. Arch Bronconeumol 1999; 35:152-158.
5. Sobradillo V, Miratvilles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, Fernández-Fau. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159-166.
6. Martínez de Aragón MN, Llácer A. Mortalidad en España 1995.Mortalidad general y principales causas de muerte y de años potenciales de vida perdidos.(I) Boletín Epidemiológico Semanal. Ministerio de Sanidad y Consumo: Instituto de Salud Carlos III. 1998; 6:105-116.
7. Martínez de Aragón MN, Llácer A. Mortalidad en España 1995. Mortalidad general y principales causas de muerte por grupos de dad (II). Boletín Epidemiológico Semanal. Ministerio de Sanidad y Consumo: Instituto de Salud Carlos III. 1998; 6:105-116.
8. Celli BR, Snider GL, Heffner J, Tiep B, Ziment I, Make B, Braman S, Olsen G, Phillips Y. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: S 77- S 120.
9. Montemayor T, Alfajeme I, Escudero C, Morero J y Sánchez L. Grupo de trabajo de la SEPAR. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de la EPOC. En: SEPAR. Recomendaciones SEPAR. Barcelona: Doyma; 1998. p.115-147.
10. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howward P et al. ERS consensus statement. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A consensus statement of the European Respiratory Society (ERS). Eur Respir J 1995; 8:1398-1420.
11. Brotons B, Perez JA, Sánchez-Toril F, Soriano S, Hernández J, Belenguer JL. Prevalencia de la enfermedad obtructiva crónica y del asma. Estudio transversal. Arch Bronconeumol 1994; 30: 146.
12. Jaén A, Ferrer A, Ormaza I, Rué M, Domingo CH, Marín A. Prevalencia de bronquitis crónica, asma y obstrucción al flujo aéreo en una zona urbano-industrial de Cataluña. Arch Bronconeumol 1999; 35: 122-128.
13. Marco L, Martín JC, Corres M, Luque R, Zubillaga G. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la población general. Estudio epidemiológico realizado en Guipúzcoa. Arch Bronconeumol 1998; 34:23-27
14. Marco L, Zubillaga G. Tapiz V, Sáenz MP, Laparra J, Altolaguirre C. Encuesta respiratoria en una población rural. Arch Bronconeumol 1992; 28:165-171.
15. Sánchez Agudo L, Calatrava JM, Carreras J, Ferrándiz C, Zuñiga P, Maldonado B. Estudio prospectivo de síntomas relacionados con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre la población general. Resultados preliminares. Arch Bronconeumol 1992; 28 Suppl 1: 15.
16. Sánchez Agudo L, Morera Prat J, Carreras Castellet JM. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Algunos aspectos útiles para su control. Barcelona: Boehringer Ingelheim; 1995. p.16-48.
17. Baranda F, Sobradillo V, Talayero N, Pérez de las Casas M, Badiola C, Ciruelos E. Estudio de la concordancia diagnóstica para las patologías asma y EPOC en pacientes ambulatorios. Arch Bronconeumol 1998; 34: 9-13.
18. Burrow B, Blloom JW, Traver G, Cline MG. The course and prognosis of different forms of chronic airways obstruction in a sample from the general population. N Engl J Med 1987; 317: 1309-1314.
19. Ferrer M, Alonso J, Morera J, Marrades R, Khalaf A, Aguar MC et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Stage and Health-related quality of life. Ann Intern Med 1997; 127:1072-1079.
20. Miravitlles M, Mayordomo C, Artés M, Sánchez-Agudo L, Pita S, Segú JL. EOLO (estudio observacional de limitación obstructiva al flujo aéreo). Cómo es y cómo se trata el paciente con EPOC en atención primaria en España. Barcelona: Edipharma; 1995.
21. Miratvilles M, Murio C, Guerrero T, Segú JL. Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en atención Primaria. Arch Bronconeumol 1999; 35:173-178

22. Colice GL. Nebulized bronchodilators for outpatient management of stable chronic obstructive pulmonary disease.Am J Med 1996; 100 Suppl 1: 11-18.
23. Friedman M. A multicenter study of nebulized bronchodilator solutions in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Med 1996: 100 Suppl 1: 30-39.
24. Rennard S, Serby CW, Ghafouri MO, Johnson PA, Friedman M. Extendend therapy with ipratropium is associated with improved lung function in patients with COPD. Chest 1996; 110: 62-70.
25. Tashkin DP, Ashutosh K, Bleeker ER, Britt EJ, Cugell DW, Cummiskey JM et al. Comparasion of the anticholinergic bronchodilator ipratropium bromide with metaproterenol in chronic obstructive pulmonary disease.Am J Med 1986; 81 Suppl 5: 81-90.
26. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, et al. Effects of smoking intervention and the Use of an Inhaled Anticholinergic Bronchodilator on the Rate of Declive of FEV1: The Lung Health Study. JAMA 1994; 272:1.497-1.505.
27. Chanez P, Vignola AM, O,Shaugnessy T, Enander I, Li D, Jeffery PK, et al. Corticosteroid reversibility in COPD is related to features of asthma. Am J Respir Crit Care Med 1997; 155:1529-1524.
28. Dompeling E, van Schayck CP, van Grunsven PM, van Herwaarden CL, Akkermans R, Molema, et al. Slowing the deterioration of asthma and chronic obstructive pulmonary disease observed during bronchodilator therapy by adding inhaled corticosteroids. Ann Intern Med 1993; 118:770-778.
29. Kerstjens HA, Brand PLP, Hughes MD, Robinson NJ, Postma DS, Sluiter HJ, et al. A comparison of bronchodilator therapy with or without inhaled corticosteroid therapy for obstructive airways disease. N Engl J Med 1992; 327:1413-1419.
30. Ketelaars CA; Schlosser MA; Mostert R Huyer Abu-Saad H; Halfens RJ; Wouters EF. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1996; 5: 39-43
31. Weiner P, Weiner M, Azgad Y, Zamir D. Inhaled budesonide therapy for patients with stable COPD. Chest 1995; 108: 1568-1571.
32. Paggiaro PL, Dahle R, Bakran I, Frith L, Hollingworth K, Efthimiou J, et al. Multicentre randomised placebo-controlled trial of inhaled fluticasone propionate in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 1998; 351: 773-780.
33. Pauwels RA, Lofdahl CG, Laitinen LA,Schouten JP, Postma DS, Pride NB, Ohlsson SV for the European Respiratory Society Study on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Lon-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild Chronic Obstructive Pulmonary Disese who continue smocking. N Engl J Med 1999; 340: 1948-1953.
34. Vestbo J. Sorensen T, Lange P, Brix A, Torre P, Viskum K. Long term effect of inhaled budesonide in mild and moderate chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. Lancet 1999:353:1819-23.
35. Burge PS, Calverley PM; Jones PW; Spencer S; Anderson JA; Maslen TK. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. BMJ 2000 13; 320: 1297-303.
36. Kirsten DK; Wegner REF; Jorres RA; Magnussen H.The Effects of retirement of the theophylline in severe chronic obstructive lung illness. Chest 1993; 104: 1101-7.
37. McKay YOU; Howie CA; Thomson AH; España B'S Target; Addis GJ. The Value of treatment of the theophylline in patients been in the way for chronic obstructive lung illness. Thorax 1993; 48:227-32.
38. Murciano D, Auclair MH, Pariente R, Aubier M. A randomized controlled trial of theophylline in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 1989; 320: 1521-1525.
39. Ramsdell J. Use of theophylline in the treatment of COPD. Chest 1995;107: 206s-209s
40. Sobradillo V.¿Qué hay de nuevo en el tratamiento de la EPOC? Arch Bronconeumol 1999; 35: 57-59.

ORIGINAL

Factores predictivos del abandono de comunidades terapéuticas en pacientes drogodependientes

Piñeiro Guerrero R [1], Leiva Fernández F [2], Ríus Díaz F [3]

[1] Centro de Saude de Cangas de Morrazo, [2] Unidad Docente de MFyC de Málaga, [3] Facultad de Medicina de Málaga.

Objetivo: Determinar los factores que pueden incidir en el fracaso de la rehabilitación de los toxicómanos y les hacen abandonar prematuramente su tratamiento en Comunidades Terapéuticas.

Diseño: Diseño observacional descriptivo.

Emplazamiento: dos Comunidades Terapéuticas andaluzas

Población y muestra: Se incluyeron 119 personas ingresadas en comunidades terapéuticas y que fueron vistas en el centro de salud y en el hospital por patologías.

Intervenciones: Se pasó al paciente un cuestionario recogiendo diversos aspectos del paciente: personal, socioeconómicos, drogadicción y patología. Se contrastaron los datos con la historia clínica. Posteriormente se comprobó el abandono.

Resultados: Estancia media en Comunidad fue de 13.66 ± 8.26 meses. Edad de 24.6 ± 4.4 años. 81% hombres. 61.4% estudios primarios y oficio manual. 62.78% en paro. Enfermedades más prevalentes fueron el VIH (54%), la hepatitis B

(34.6%)y de sífilis (33.9%).Consumo temprano de droga. Principalmente consumieron Alcohol, heroína, cocaína, flunitacepán (Rohipnol)®.

El "domicilio fijo" fue la única variable que predijo el no abandono de la Comunidad.

Conclusiones: 1.- Los toxicómanos son: hombres jóvenes, con pocos estudios y oficios manuales. La mayoría en el paro.

2.—El consumo de droga no influyó en el abandono.

3.—Más abandono en los que se sentían solos.

4.—Los pacientes con domicilio fijo abandonaban menos la Comunidad.

5.—Los pacientes VIH de diagnóstico reciente abandonaban más la Comunidad.

6.—El padecer enfermedades de transmisión sexual o tuberculosis influían en el abandono.

7.—Sólo el domicilio fijo fue factor protector y predictor del abandono.

Palabras Clave: Drogadicción, Abandono, Comunidad Terapéutica.

Correspondencia: Francisca Leiva Fernández. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Málaga. Hospital Regional de Málaga. 29009 Málaga.

Recibido el 30-01-2001; aceptado para su publicación el 25-05-2001.
Medicina de Familia (And) 2001; 2: 127-131

FACTORS PREDICTING ABANDONMENT OF THERAPEUTIC COMMUNITIES BY DRUG-DEPENDENT PATIENTS

Goals: Determine the factors that could have a bearing on failure to rehabilitate addicted substance abusers and early abandonment of treatment in therapeutic communities.

Design: Observational descriptive.

Setting: Two Andalusian therapeutic communities.

Population and Sample: The study included 119 persons who had been admitted into therapeutic communities and who were treated for pathologies in the health center and the hospital.

Interventions: The patient was given a questionnaire that gathered a variety of information: personal, socio-economic, drug addiction, and pathology. Data was contrasted with the clinical history. Subsequent abandonment was verified.

Results: Average stay in the community was 13.66 ± 8.26 months. Age was 24.6 ± 4.4 years. 81% were male. 61.4% had an elementary education and worked in a manual trade. 62.78% were unemployed. The most prevalent illnesses were HIV (54%), Hepatitis B (34.6%), and syphilis (33.9%). Early drug use. Main drugs consumed were alcohol, heroine, cocaine, and flunitrazepam (Rohipnol)®. "Permanent residence" was the only variable that predicted non-abandonment of the community.

Conclusions:

1.—The substance abusers are young men with little education who work in the manual trades. The majority are unemployed.

2.—Drug consumption does not influence abandonment.

3.—Abandonment was higher among those who felt lonely.

4.—Patients with a fixed residence were less likely to abandon the community.

5.—Patients recently diagnosed as having HIV were more likely to abandon the community.

6.—Having a sexually-transmitted disease or tuberculosis influenced abandonment.

7.—Only permanent residence was a protective factor and a predictor for abandonment.

Key Words: Drug addiction, substance abuse, abandonment, therapeutic community.

Introducción

«La Toxicomanía o drogodependencia, es un estado psíquico y algunas veces físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por la presencia de modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre una pulsión a tomar el medicamento de una forma continua o periódica, a fin de abolir los efectos psíquicos y en algunas ocasiones, evitar la enfermedad por deprivación. Este estado se puede acompañar, o no, de tolerancia. Un mismo individuo puede depender de varias sustancias a la vez[1].

Según el Plan Nacional Sobre Drogas[2] (Ministerio de Justicia e Interior, 1993), en Andalucía existía una prevalencia de 69 Casos/100000 Habitantes. Entre las principales consecuencias sociosanitarias derivadas del consumo de estas sustancias destacamos aspectos relativos a mortalidad (el alcohol se considera la 4.ª causa de muerte en varones y 5.ª en mujeres); en muchas ocasiones actúan como desencadenantes de accidentes laborales (17 %), y están muy estrechamente relacionados con un incremento en la prevalencia de SIDA y enfermedades derivadas, así como hepatitis víricas. Junto a todos estos aspectos, la existencia de un miembro con problemas de drogodependencia genera una importante desestructuración familiar.

Ante esta situación, adquiere una importancia vital todo tipo de actividades preventivas. Si bien las más deseables serían las dirigidas a una prevención primaria, no cabe duda que también resultan altamente necesarias las enmarcadas en una prevención secundaria y terciaria, dirigidas a un adecuado tratamiento y reinserción del drogodependiente. En este sentido, en Andalucía se han realizado Campañas como: «*tú pintas mucho contra la droga*»; se han desarrollado programas específicos para profesionales de formación de postgrado, se han generado becas de investigación en este campo y, en lo que respecta a la red asistencial podemos destacar la puesta en funcionamiento de centros de día, centros de prescripción y dispensación de metadona; red de reinserción, y Comunidades Terapéuticas. En estas últimas se lleva a cabo no solo el proceso de desintoxicación, sino también la deshabituación y reinserción social, considerándose en la actualidad como una de las principales alternativas terapéuticas. No obstante, a pesar del programa estructurado y supervisado que desarrollan se sigue produciendo una alta tasa de abandonos por parte de los pacientes.

Dado que en nuestra Comunidad Autónoma existía una de las prevalencias de drogadicción más elevadas, y a la vez contaba con dos Comunidades Terapéuticas que cumplían los criterios de comunidades de tercera generación (aíslan al paciente totalmente de la droga y su entorno; apoyo psicológico al toxicómano durante la deshabituación y tras la misma; incluye en el plan terapéutico a la familia, estimulan el grado de responsabilidad del toxicómano ante la vida y el trabajo), nos planteamos como objetivo principal de nuestro estudio analizar los factores asociados al abandono del proceso de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica del paciente toxicómano.

Sujetos y Métodos

Hemos realizado un estudio observacional descriptivo de 127 pacientes que en 1991 se encontraban en las dos Comunidades Terapéuticas de Tercera Generación existentes en Andalucía. Tras contactar con ellos y pedirles el consentimiento informado para participar en el estudio seleccionamos una muestra de 123 individuos (nivel de confianza del 95%; precisión de 0.08). Las edades de los participantes oscilaban entre los 12 y los 40 años; y todos cumplían los requisitos de definición de toxicomanía de la OMS[1].

Una vez incluidos en el estudio se entrevistó a cada sujeto de forma individual y en sitio reservado, con el fin de garantizar la máxima confidencialidad, mediante cuestionario. En dicho cuestionario se recogen los aspectos mas relevantes según la bibliografía consultada en relación al comportamiento del toxicómano en proceso de rehabilitación y que clasificamos en los siguientes apartados: perfil del toxicómano[3,4,5]; datos sobre nivel socioeconómico[5,6,7,8]; antecedentes de drogadicción[3,4,6,7,9]; patología prevalente[5,8,10,11,12,13,14,15]; y datos sobre comportamiento en la Comunidad Terapéutica[7,8,9,10].

Si el paciente no estaba de acuerdo con alguno de los aspectos incluidos en el cuestionario, se excluía del estudio. De la misma manera que si se negaba a responder alguna pregunta una vez iniciada la entrevista. Sólo 4 participantes no completaron el estudio, por lo que finalmente se obtuvieron datos de 119 sujetos.

Los datos sobre la fecha de ingreso en la Comunidad Terapéutica, necesarios para calcular el tiempo de estancia se obtuvieron de los ficheros de la misma. Posteriormente, pasados dos años, y de acuerdo con el tiempo límite empleado por otros autores[16,17], se comprobó la tasa de abandonos antes de cumplir el periodo completo de rehabilitación, mediante una nueva revisión de los ficheros de las Comunidades.

Se consideraron abandonos aquellos que dejaron las Comunidades o los que fueron excluidos del proceso por volver a consumir alguna droga.

Los datos relativos a la patología de la que estaban afectos los toxicómanos se preguntaban primero al paciente, y, posteriormente, se comprobaban en las historias clínicas de la Unidad de SIDA y Toxicomanía o del Centro de Salud donde eran atendidos. También se comprobaron las fichas médicas de seguimiento que constaban en las Comunidades Terapéuticas.

Los datos recogidos se analizaron de forma exhaustiva mediante los test Chi^2, t de Student o test de Mann-Withney, según se cumplieran las condiciones de aplicación en cada caso. Para poder determinar un modelo predictivo sobre el riesgo de abandono de la Comunidad de un paciente en rehabilitación, se realizó un análisis de regresión logística, considerando como variable dependiente "abandono" (si/no), y como variables independientes el conjunto de ítems significativos en el estudio bivariante previo.

Resultados

El tiempo medio de estancia en la Comunidad fue de 13.66 ± 8.26 meses, con un porcentaje de abandonos del 23.8 %.

La edad media de los pacientes fue de 24.6 ± 4.4 años, correspondiendo el 81 % a hombres. En nuestro grupo predominaron los sujetos con estudios primarios (61.4 %). De los 119 pacientes de la muestra, 64 (54 %) vivían solos, y 105 tenían domicilio fijo. El 61.4 % tenían un oficio manual aunque 74 de los 119 se encontraban en paro. La mayor parte de los ingresos en las Comunidades Terapéuticas se llevaron a cabo por propia iniciativa del toxicómano.

Al analizar los resultados sobre las patologías más prevalentes encontramos una prevalencia de seropositividad para el VIH del 54 %, de los que el 51 % presentaban progresión a SIDA. Le seguían en frecuencia la hepatitis B (34.6%); sífilis (33.9%); hepatitis C (20.5%); gonococia (7.9%); condilomas (7.9%); otras enfermedades de transmisión sexual (11.0%); tuberculosis pulmonar (4.7%) y ganglionar (5.5%).

Las principales características de sus hábitos de drogadicción previos al ingreso en la Comunidad Terapéutica se recogen en la Tabla 1.

TABLA 1

ANTECEDENTES DE DROGADICCIÓN

VARIABLE	CATEGORÍAS: Consumo	N.º SUJETOS
COCAÍNA	NO	12
	MODERADO	102
	ELEVADO	5
ALCOHOL	NO	33
	MODERADO	3
	ELEVADO	83
HEROÍNA	NO	10
	MODERADO	53
	ELEVADO	56
BUPRENORFINA	NO	83
	MODERADO	20
	ELEVADO	16
FLUNITRACEPAN	NO	53
	MODERADO	58
	ELEVADO	8

En el análisis bivariante respecto a la variable abandono sólo se apreciaron diferencias significativas respecto a las variables que aparecen en la Tabla 2.

TABLA 2

RESULTADOS MÁS DESTACADOS DEL ANÁLISIS BIVARIANTE RESPECTO A LA VARIABLE ABANDONO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

VARIABLES INDEPENDIENTES	χ^2	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA P
Mayor cantidad de consumo de Flunitracepan	8.98	0.01
Zonas con grupos de drogadictos cercanas al domicilio	3.44	0.06
Comparte problemas con alguien	3.73	0.05
Existencia de domicilio fijo	12.34	0.002
Buenas condiciones higiénicas de la vivienda	8.60	0.01
No permanencia en prisión	8.60	0.01
Seropositividad para VIH	4.92	0.02
Menos de 5 años de evolución de seropositividad para VIH	8.42	0.003
No consumo de drogas en la comunidad	3.46	0.06

Finalmente, partiendo de la variable dependiente “Abandono”, y tras cruzar con aquellas variables que habían resultado significativas en el estudio mediante un análisis de regresión logística, la variable domicilio fijo fue la única que nos podía informar de una manera predictiva acerca de la probabilidad del no abandono (Tabla 3).

TABLA 3

MODELO PREDICTIVO (REGRESIÓN LOGÍSTICA) DE LA VARIABLE ABANDONO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

ECUACIÓN DE REGRESIÓN					
Variable	Coeficiente	Significación estadística	Estadístico de WALD	P (significación del estadístico)	EXP(B) ODS RATIO
Domicilio Fijo	- 2.0866	0.669	9.7023	0.008	0.124
Constante	0.1823	0.6055	0.0907	0.76	
Z= 0.1823 -	2.0866	x	Domicilio	Fijo	(1=Si; 2=No)
Probabilidad Abandono = $\frac{e^z}{1 + e^z}$					
Bondad del Modelo					
Abandono	no	Predicho si		Bien	Clasif.
	no	94	5	94.95%	
Observado	si	14	6	30.00%	
Buena Clasificación Global 84 %					

Discusión

Las características sociodemográficas de nuestros pacientes coinciden con lo descrito en estudios previos. Se trata de sujetos jóvenes, tal y como se recoge en diversos trabajos sobre toxicómanos[5,6,7]. Existe un predominio de hombres sobre mujeres, y, aunque la explicación a este fenómeno es múltiple[5,6] (madurez de personalidad más tardía, vida social más temprana), algunos autores piensan que no está bien definida ni contrastada suficientemente[18,19].

La edad, sin embargo, no significó un factor predisponente para el abandono, aunque algunos autores como Moos[20] han observado que la juventud sería un factor de riesgo para la interrupción prematura de la estancia en la Comunidad. Tampoco encontramos diferencias respecto a la variable género. En este sentido Lundy[21] en trabajos realizados con mujeres encontró una mayor capacidad de aceptación de las condiciones de tratamiento impuestas en las Comunidades.

La situación laboral en nuestro medio tampoco significó una influencia para que se produjera el abandono. En cambio, en series como las de Babst[22], Krakowski[23] o Raynes[24], en las que se proporcionaba metadona como método para combatir la drogadicción, sí se apreció que quienes trabajaban y tenían mayor estabilidad laboral eran los que más continuaban en el programa. Otras series realizadas en Comunidades[3,6,8], en relación al empleo, coinciden con estos autores: aquellos que están empleados parecen tener una mejor rehabilitación.

El consumo de droga, las cantidades consumidas, y el tipo de consumo no influyeron en el abandono de la Comunidad. Sin embargo, autores como Mitchel [9] y De Leon[10] sí refieren la existencia de una relación entre el abandono y el consumo de droga, sobre todo cuando éste se produce dentro de la propia Comunidad de manera continuada. Posiblemente, si el consumo es esporádico, como ocurre en la mayor parte de los casos, no debería tener una repercusión directa en las tasas de abandono. Esto es lo que pensamos ocurrió en los pacientes de nuestra muestra.

El abandono prematuro se produjo más en aquellos casos que decían sentirse solos, sin nadie con quien compartir problemas, probablemente debido a que durante el periodo de rehabilitación el toxicómano atraviesa etapas muy duras en la que necesita apoyo emocional, bien de la familia, bien de compañeros en la Comunidad.

La existencia de una vivienda habitual, fija y que cumpla los requisitos higienico-sanitarios necesarios fueron dos de los ítems que se relacionaron significativamente con el no abandono. Aunque podríamos pensar que un paciente emocionalmente estable y con un hogar, al perderlo todo tras su ingreso en la Comunidad sería más tendente a renunciar a este proceso, como argumentan los autores que valoran la metadona como método válido y alternativo de rehabilitación[25,26,27], son precisamente estos pacientes los que menos abandonaron en nuestro estudio.

Los jóvenes que se sabían portadores o que tenían declarada la enfermedad debida a infección por VIH presentaron mayores tasas de abandono, sobre todo si el diagnóstico se había producido de manera reciente (menos de 5 años hasta el ingreso en la Comunidad). Estos datos son coincidentes con los de otras series consultadas como Roig Traver[14] y Brettle[28]. Es razonable que la aparición de una enfermedad como el SIDA, que ofrece un porvenir incierto para el paciente en cuanto a sus expectativas de vida, siegue las ilusiones de una rehabilitación de su toxicomanía. Además, la ansiedad que este hecho imprime al toxicómano hace a veces necesario volver a utilizar su drogadicción para evadirse de su destino. En Estado Unidos se han desarrollado Comunidades Terapéuticas especializadas en enfermos VIH[29,30,31], pero no

parecen aportar excesivas ventajas y, a nuestro parecer, podrían funcionar como un sistema de segregación social.

Haber padecido gonococia, tuberculosis o cualquier otra enfermedad relacionada con el SIDA fueron otros condicionantes que mostraron su relación con el abandono. La enfermedad siempre es temida, y más en circunstancias en las que hay una labilidad psíquica importante. Los cuidados de tipo médico y los de apoyo psicológico durante la estancia en la Comunidad son fundamentales para lograr el éxito. A este respecto, Savage[32] dice que es esencial la implicación de personal especializado en la organización de la Comunidad, que pertenezca al equipo de profesionales de ésta y que sepa resolver los problemas sanitarios surgidos dentro de la Comunidad.

Finalmente, y tras el resultado de nuestro modelo predictivo, consideramos que se debe prestar una especial atención a todo toxicómano que ingrese en una Comunidad y que no disponga de domicilio fijo previo. Sin embargo, no creemos que se trate sólo del hecho físico de poseer o no una vivienda, sino que pensamos está directamente relacionado con la existencia de un apoyo familiar importante, que ayudará al joven en el duro camino de la rehabilitación de su drogodependencia. En este sentido, se deberá ofertar tanto al paciente como a su familia unas condiciones en la Comunidad que le hagan sentirse lo más cómodo, estable y seguro posible, para poder obtener el mayor rendimiento de esta potente alternativa terapéutica.

Bibliografía

1. WHO report on drug abuse intervention and estrategies. Ginebra: OMS, 1979.
2. Memoria del Plan Nacional sobre Drogas 1993. Ministerio de Justicia e Interior 1994: 15.
3. Richard C, Page D. The effects of two Therapeutic Communities on illicit drug users between 6 months and 1 year after treatment. The International Journal of the Addictions 1988; 23: 591-601.
4. Rosch D, Collet H. Approche psychosociologique des familles de toxicomanes consultant aupres de centres pour parents. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1988; 23:189.
5. Ward S, Conselli Ph, George H. Issues to considerer when predicting retention in therapeutic communities. Journal of Psichoactive Drugs 1993; 25:240.
6. Díez M, Caballero L. Estudio descriptivo de los drogodependientes que iniciaron tratamiento en los centros del plan del plan regional sobre drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid. Comunidad y Drogas 1986; 9: 9-26.
7. Sheehan M, Oppenheimer E, Taylor C. Who comes for treatment: drug misusers at three London agencies. British Journal of Addiction 1988; 83:319.
8. ThomasA, Mclellan Ph D, Grant R. Private substance abuse treatments: Are some programs more effective than others? Journal of Substance Abuse Treatment 1993; 10: 245.
9. Mitchell S, Page R. The Therapeutic Community Involvement Scale: An instrument for assesing the staff perceptions of the therapeutic involvement of illicit drug abusers. The International Journal of Addictions 1987; 22: 1042.
10. De Leon G., Melnick G, Schoket D, Jainchill N. Is the therapeutic community culturally relevant? findings on race/ethnic differences in treatment. Journal of Psichoactive Drugs 1993; 25:77-87.
11. De Andrés JM, Balsells J, Ballester J. Drogodependencias diez años después del Sida. Jano 1995; 1140: 85-86.
12. Bennet AM, O' Hare PA. Mersey Harm Reduction Model. Presentation at the European forum on the Prevention of Drug Addiction. Barcelona 1991.
13. Bunning EC. Harm-reduction in mainstrean thinking Presentation al " The second International Conference on the reduction of drug reduction of Drug Related Harm". Barcelona 1991.
14. Roig Traver A. Posibles repercusiones de la infección por el virus del HIV en el tratamiento de drogodependientes. ¿Cómo puede afectar a las CCTT? Rev Esp Drogodep.1987; 13: 33.
15. Geoffrey L, Greif DSW. A Community-based support group for positive IV drug abusers: The Hero program. Journal of Subst Abuse Treat 1988; 264-5.
16. Heit L, Daniel S. Therapeutic communities for drug abusers: The contemporary scene in the USA. Therapeutic Communities 1993:14: 3.
17. Mclellan AT, Grisson GR, Brill P, Durell J, Metzger DS. Private substance abuse treatments are some programs more effective than others? J Subst Abuse Treat 1993; 10: 243-54.
18. Cogo E, Geninatti S, Savio A. Aspetti psicodinamizi nelle tossicodependenze. Minerva Medice 1986; 77: 1017-21.
19. Bertrand J. A propós de la personalité du pharmacodependent. J. Pharm. Bel. 1989; 44: 366-69.
20. Moos RH, Brennan PL, Mertens JR. Diagnostic subgroups and predictors of one year re-admission among late-middle age and older substance abuse patients. J- Stud- Alcohol 1994; 55: 173-83.
21. Lundy A. Gender differences and similarities in African-American Crack,Cocaine abusers. J Nerv Mental Dis 1995; 187:260-6.
22. Babst DV, Ellis R, Schmeidler J. Testing predictive efficiency of patients classifications for methadone maintenance clients. British J of Addiction 1976; 71: 359-67.
23. Krakowsky M, Smart RG. Social and Psichological Characteristics of heroin addicts dropping out of Mathadone treatment. Journal of Psychoactive Drugs 1990; 23: 34.
24. Raynes AE, Patch VD. Attrition at referral among heroin addicts. Int J of Addictions 1973; 8: 839-46.
25. Caplehorn R M, Bed J. Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. Med Journal of Australia 1991; 154: 195-99.
26. Ward J, Mattick RP, Hall W. Key issues in methadone maintenance treatment. University of New South Walles Press. Sidney 1992; 8: 123-4.
27. Lehmann F, Lanzon P, Aamseli R. Methadone maintenance: Predictors of outcome in a Canadian Milieu. J Subst Abuse Treatment 1993; 10: 85-89.
28. Bretlle RP, Willocks L, Hamilton BA. Outpatient medical in Edimbourg for IDU Related HIV. AIDS Care 1994; 6: 4958.
29. Leukefeld J. Abuse treatment in prison and jails.Journal Subs Abuse Treat 1993; 10: 77-84.
30. Goldstein M, Yuen L, Frank KM. An approach to trainning and education in a Therapeutic community: the Samaritan Village program. Journal of Subst Abuse Treatment 1988; 5: 45-50.
31. Hanke PJ, Faupel CE. Women opiate users perceptions of treatment services in New York city. J Subst Abuse Treat 1993; 10: 513-522.
32. Savage L, Abramovitz A. Thecnology, organization and client progress in opiate addiction treatment. Dissertation Abstrats International 1986; 46: 2094.

ORIGINAL

Validez de cuatro glucómetros portátiles para su uso en atención primaria

Gómez Quevedo L [1], Pérula de Torres LA [2], Jiménez García D [3], Marín Carmona FE [4], Villalba Marín P [5]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, [2] Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, [3] Coordinadora de Epidemiología y programas. Distrito Sanitario de Lucena-Cabra-Montilla, [4] Enfermero del CS de Fernán-Núñez (Córdoba), [5] Adjunto de enfermería del CS de Fernán-Núñez (Córdoba).

Objetivo: Evaluar la validez de cuatro dosímetros portátiles medidores de glucemia.

Diseño: Estudio observacional descriptivo, de validación de un instrumento de medida.

Emplazamiento: Un Centro de Salud rural.

Población y muestra: 100 pacientes reclutados en consulta de enfermería.

Intervenciones: Se les practicó una extracción de sangre venosa para su análisis en el laboratorio de referencia, y una punción en el pulpejo del dedo, realizándose dos mediciones con cada uno de los glucómetros portátiles (GP) sometidos a estudio (Glucocard ®, Gluco Touch®, Accutrend® y Precission®). La validez de criterio se analizó mediante el método de la media de las diferencias, T de Student y el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI), y mediante el cálculo de la sensibilidad (S), especifidad (E) y valores predictivos negativos y positivos (VPN y VPP).

Resultados: Se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) entre los valores medios de cada GP y los del laboratorio, destacando el Gluco Touch por ser el que proporciona la menor media de las diferencias (-4,09 mg/dl). Todos los CCI estuvieron por encima de 0,95. La S fue del 81,3% ($IC_{95\%}$:73,6-88,9) con el Gluco Touch y Accutrend y del 75,0% ($IC_{95\%}$: 66,5-83,5) con el Glucocard y Preccision. La E y los VPP de los cuatro aparatos fue del 100%. Los VPN del Gluco Touch y Accutrend fue del 96,5% cada uno, y del 95,5% con el Glucocard y el Preccision.

Conclusiones: Los GP analizados presentan un elevado grado de inexactitud y variabilidad, ya que infravaloran la glucemia, por lo que su uso para la monitorización de pacientes diabéticos resulta limitado.

Palabras clave: Validez de pruebas diagnósticas, Glucómetros portátiles, Diabetes Mellitus.

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

Correo electrónico: lperulad@meditex.es

Recibido el 28-05-2001; aceptado para su publicación el 31-05-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 132-138

VALIDITY OF FOUR PORTABLE SUGAR TESTERS FOR USE IN PRIMARY HEALTH CARE.

Aim: To evaluate the effectiveness of four portable sugar testing devices.

Design: Descriptive observational study of the validity of a measuring instrument.

Setting: A rural Health Centre

Population and Sample: 100 patients were recruited from the infirmary department of the Health Centre.

Interventions: All patients had venous blood tests taken which were later analized in the Health Centre's laboratory. The blood used for trying out the sugar testers was taken from a prick on the patient's fingertip and tested twice on each one of the devices undergoing study; (Glucocard®, Gluco Touch®, Accutrend® and Precission®). The criteria validity was worked out using the average difference technique. T Student and the Intraclass coefficient of correlation (CCI) and by means of calculating the sensibility (S), specificity (E) and predictive negative and positive values (VPN and VPP).

Results: Significant statistical differences were detected ($p<0,05$) between the average results obtained from the laboratory and the values given by each sugar tester, being the Gluco Touch device the one with the minor average difference:

(-4,09 mg/dl). All the CCI were over 0,95. The S was of 81,3% ($IC_{95\%}$: 73,6-88,9) with the Gluco Touch and Accutrend and of 75,0% ($IC_{95\%}$: 66,5-83,5) with the Glucocard and Precission. The E value and the VPP of the four instruments was of 100%. The VPN of the Gluco Touch and Accutrend was of 96,5% each and of 95,5% with the Glucocard and the Precission.

Conclusions: All four instruments presented a high level of inacuracy and variability. They all undervalued the glucemia levels, reason for which the use of these devices for the control of diabetic patients is to be limited.

Key Words: Validity of diagnostic tests, Portable sugar testers, Diabetes Mellitus

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta al 2-6% de la población. En Andalucía, se ha estimado que existen al menos 439.000 personas con diabetes. En los últimos años, los equipos de atención primaria han ido asumiendo paulatinamente las funciones de detección, tratamiento y educación sanitaria de estos pacientes[1].

La glucemia capilar es el método recomendado para autoanálisis, pues es el que va a permitir conocer las oscilaciones glucémicas y realizar las modificaciones del tratamiento. Siguiendo las distintas recomendaciones de grupos de expertos, el uso en nuestro país de estos dosímetros medidores de glucemia capilar (Glucómetros portátiles —GP—), es cada vez mayor, para el autocontrol de los pacientes diabéticos[2,3]. E incluso al ser métodos cómodos y rápidos, también se utilizan en los Centros de Salud para mediciones rutinarias y de control de estos pacientes[4,5]. En la actualidad existen comercializados en nuestro país más de diez GP distintos, que se diferencian tanto por el sistema empleado, como por el método de recogida de muestra, el tiempo y rango de lectura.

La validez o exactitud de los dosímetros portátiles de glucemia es de un alto interés en la práctica clínica. Entendiendo por validez el grado en que una instrumento de medida mide realmente aquello para lo que esta concebido[6-8].

La valoración de la validez de los GP para el control de la diabetes constituye un aspecto poco estudiado hasta el momento en condiciones de práctica clínica habitual en atención primaria, a pesar de la importancia capital que tiene conocer la eficacia y el rendimiento de estos aparatos[1].

El objetivo de este estudio ha sido analizar la validez de criterio de cuatro GP para la determinación de la glucemia en atención primaria.

Sujetos y Métodos

Se diseñó un estudio descriptivo de validación de un instrumento de medida. El estudio se llevó a cabo en el mes de abril de 1999.

Mediante muestreo consecutivo se reclutaron 100 pacientes con diversas patologías crónicas que acudieron a la consulta de enfermería del Centro de Salud de Fernán-Núñez (Córdoba), para practicarles en ayunas, y previo consentimiento, una extracción de sangre venosa para el análisis de su glucemia basal en el laboratorio central (ubicado en el Hospital Regional Reina Sofía —Córdoba—). Simultáneamente, se les realizaba una punción en el pulpejo del dedo, para la determinación de la glucemia capilar con cada uno de los reflectómetros sometidos a estudio: Glucocard ® (de Laboratorios Menarini), Gluco Touch® (Lifescan), Accutrend® (de Boehringer-Manheim), y Precission® (Medisense). Las determinaciones se realizaron siempre por una misma persona, especialmente adiestrada, siguiendo las instrucciones dadas por los fabricantes. Se efectuaron dos mediciones con cada GP, tomando como valor el promedio de ambas

La validez se estudió verificando el grado de acuerdo entre las determinaciones obtenidas con los reflectómetros y las del laboratorio de referencia. Se aplicó la prueba t de Student de comparación de medias para datos apareados ($p<0,05$), y el método de la media de las diferencias (MMD) de Bland y Altman[9], calculando los límites y la amplitud de los intervalos de concordancia de las diferencias entre los valores obtenidos con cada GP y los del laboratorio. Seguidamente, se calcularon los Coeficientes de Correlación Intraclase (CCI), que permiten medir la correlación entre los valores obtenidos con dos procedimientos diferentes en un mismo individuo, ya que combina información de la variación de los sujetos, de la variación sistemática entre métodos y de la variación aleatoria entre mediciones. Un CCI = 0,91 indica una concordancia muy buena; de 0,71 a 0,90, buena; de 0,51 a 0,70, moderada; de 0,31 a 0,50, mediocre, y si está por debajo de 0,31, la concordancia se considera mala[10].

Se tuvieron en cuenta los criterios de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), que recomienda que estos procedimientos tengan una variabilidad inferior al 10% en un rango de concentración de glucosa de 30-400 mg/dl el porcentaje de valores dentro del intervalo del 10% del valor de referencia[11].

Finalmente se evaluó la validez de los GP para detectar hiperglucemia. Para ello se calcularon los índices de Sensibilidad (S), Especificidad (E), y Valores predictivos negativos y positivos (VPN y VPP). Siguiendo las recomendaciones para estudios epidemiológicos, se consideró como punto de corte para hiperglucemia un valor de glucemia basal = 126 mg/dl[1]. El procesamiento y el análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS versión 8.0.

Resultados

En la tabla 1 aparecen los resultados descriptivos de cada uno de los GP portátiles y del laboratorio. Las medias de glucemia oscilaron entre 99,29 mg/dl del Glucocard y 110,27 mg/dl del laboratorio de referencia. El porcentaje de pacientes con hiperglucemia con los GP osciló entre el 12% ($IC_{95\%}$:5,64-18,36) y el 13% ($IC_{95\%}$:6,4-19,6), mientras que con la determinación de laboratorio, este fue de un 16 % ($IC_{95\%}$:8,82-23,18).

TABLA 1

VALORES DE GLUCEMIA OBTENIDOS CON LOS REFLECTÓMETROS Y CON EL LABORATORIO DE REFERENCIA

Método	Media	$IC_{95\%}$ de la media	DT	Límites	CV (%)
Glucocard	99,29	91,83-106,74	37,56	66-275	37,82
Gluco Touch	106,18	99,29-113,06	34,7	63-265	32,68
Accutrend	100,52	93,51-107,52	35,31	64-274	35,12
Preccision	99,93	93,35-106,50	33,14	54-253	33,16
Laboratorio	110,27	102,89-117,64	37,18	76-292	33,7

Datos expresados en mg/dl
DT: desviación típica
$IC_{95\%}$: Intervalo de confianza para el 95%
CV: Coeficiente de variación

La tabla 2 muestra la media de las diferencias entre los valores obtenidos con los GP y los del laboratorio de referencia, y sus intervalos de concordancia. Todos los reflectómetros presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los valores medios de cada GP y los del laboratorio, destacando el Gluco Touch por ser el que proporciona la menor media de las diferencias (-4,09 mg/dl). Sin embargo, el GP que presenta el menor intervalo de concordancia es el Glucocard (32,7), seguido del Gluco Touch (38,3), por mostrar las desviaciones típicas más pequeñas.

Los índices de validez criterial aparecen en la tabla 3. Como se puede apreciar, los dosímetros que alcanzaron los índices de S más elevados fueron el Gluco Touch y el Glucocard (81,3%), aunque las diferencias con el Accutrend y el Preccision (75%) no fueron estadísticamente significativas.

Los gráficos 1 a 4 muestran los resultados que se obtienen para cada GP, al aplicar el MMD. Los valores del Coeficiente de correlación intraclase (CCI) se expresan en la tabla 4. Todos los aparatos obtienen unos coeficientes por encima de 0,95, no apreciandose diferencias significativas entre éstos.

TABLA 2

DIFERENCIAS ENTRE LOS VALORES DE LOS GP Y EL LABORATORIO

GP	Media de las diferencias	DT	$IC_{95\%}$	t	p	Intervalo de concordancia
Glucocard	-10,98	8,33	-9,32 a –12,63	-13,169	<0,001	32,7
Gluco Touch	-4,09	9,77	-2,15 a –6,02	-4,184	<0,001	38,3
Accutrend	-9,75	10,27	-7,71 a –11,78	-9,488	<0,001	40,2
Preccision	-10,34	10,35	-8,28 a –12,39	-13.169	<0,001	40,5

DT: desviación típica de la media de las diferencias

TABLA 3

ÍNDICES DE VALIDEZ CRITERIAL OBTENIDOS CON LOS GP ANALIZADOS

Glucómetro	S	E	VPP	VPN
Glucocard	75,0	100,0	100,0	95,5
Gluco Touch	81,3	100,0	100,0	96,6
Accutrend	81,3	100,0	100,0	96,6
Preccision	75,5	100,0	100,0	95,5

Datos expresados en %, S: sensibilidad; E: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo

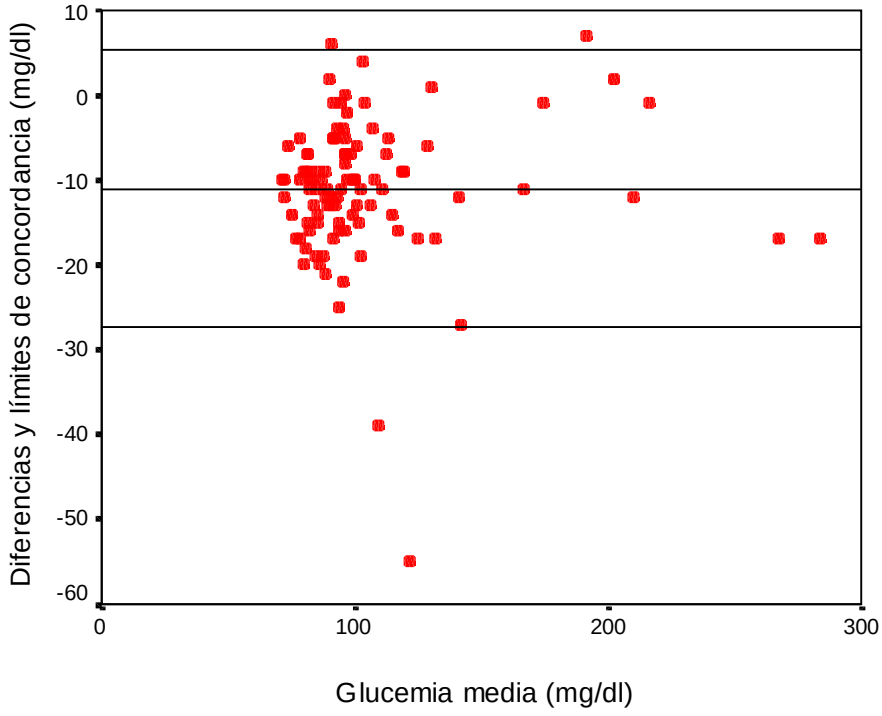


Figura 1. **Representación gráfica de las diferencias obtenidas con el glucómetro Glucocard y el laboratorio**

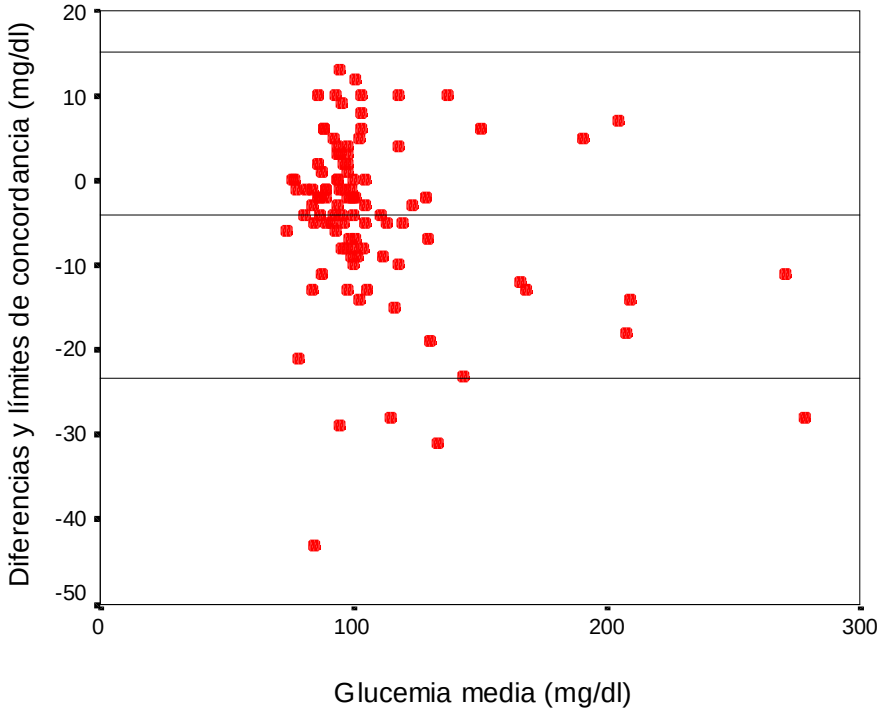


Figura 2. **Representación gráfica de las diferencias obtenidas con el glucómetro Gluco Touch y el laboratorio**

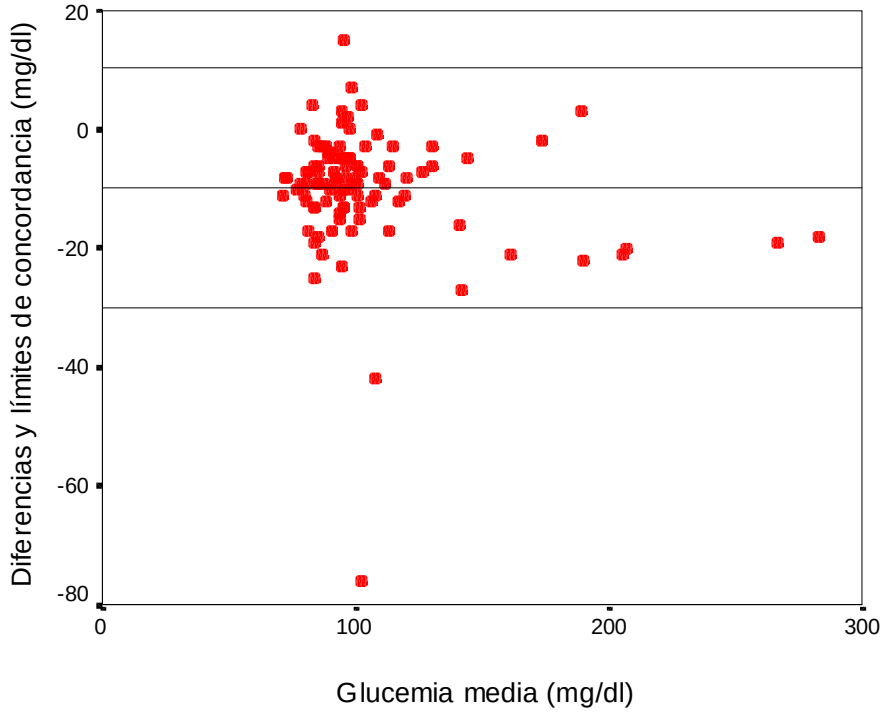


Figura 3. **Representación gráfica de las diferencias obtenidas con el glucómetro Accutrend y el laboratorio**

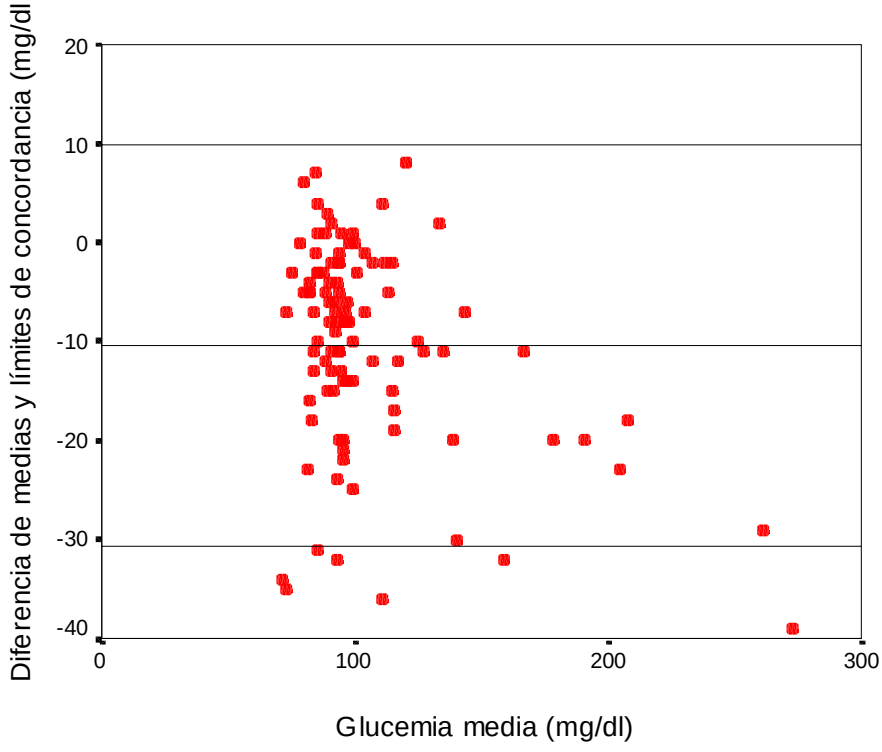


Figura 4. **Representación gráfica de las diferencias obtenidas con el glucómetro Preccision y el laboratorio**

TABLA 4

CONCORDANCIA ENTRE LOS VALORES DE LOS CLUCÓMETROS Y LOS DEL LABORATORIO

Glucómetros	CCI	$IC_{95\%}$
Glucocard	0,9568	0,9364-0,9707
Gluco Touch	0,9589	0,9395-0,9721
Accutrend	0,9631	0,9456-0,9750
Preccision	0,9598	0,9409-0,9728

CCI: Coeficiente de correlación intraclase
$IC_{95\%}$: Intervalo de confianza el 95%

Discusión

El uso de los GP en el control de la glucemia facilita un seguimiento más continuado de los pacientes, pero debemos conocer sus limitaciones, ya que éstas pueden conducirnos a errores por mala técnica en la obtención de la muestra (gota pequeña, mala limpieza de restos de sangre y error en los tiempos de espera) como por un mal estado de las tiras reactivas o mala calibración del aparato lector. Por eso, según el consenso para la automonitorización de la glucemia, se deben hacer controles de calidad de los instrumentos utilizados[12].Todos estos factores son externos al propio instrumento de medida y fueron controlados en el estudio.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda que para que un GP sea válido debe existir un buen acuerdo entre los resultados de estos aparatos y los del laboratorio de referencia[11]. Los datos de nuestro estudio indican un significativo sesgo de infraestimación de los valores de glucemia cuando se comparan las cifras medidas con los GP con el laboratorio de referencia, llegándose a observar unas diferencias promedio de hasta 10 mg/dl. Este sesgo sistemático se ha observado en otro estudio donde se evaluaban los autoanalizadores Reflolux, Glucocard y One Touch[13].

Para que un reflectómetro tenga utilidad práctica en la detección y control de la hiperglucemia en pacientes diabéticos debe poseer, ante todo, la cualidad de descartar la existencia o no de ésta, dada la repercusión que ello puede tener para la evolución de la enfermedad, al no adoptarse las medidas terapéuticas adecuadas en su caso. En este sentido, debemos tener presente que el porcentaje de falsos negativos observados con los dosímetros analizados puede llegar a ser del 25%, cifra del todo inaceptable para los requerimientos exigidos a este tipo de aparatos.

Si nos atenemos a los datos logrados mediante el CCI, todos los GP demuestran una excelente concordancia de estos con el método de laboratorio, sin que destaque ninguno de ellos. No obstante, hemos de recordar que, como señalan algunos autores[3,8], el CCI se puede mostrar como un método bastante benevolente cuando la variabilidad intrasujetos es inferior a la variabilidad entre sujetos, sobrevalorando el grado de acuerdo real. De ahí que se le atribuya una mayor utilidad al MMD, tanto desde el punto de vista metodológico como clínico, pues permite a la vez cuantificar y ver gráficamente el comportamiento, magnitud y sentido de las diferencias entre los procedimientos de medida. En las figuras 1 a 4 se observa como todos los GP analizados tienden a infraestimar la glucemia a cualquier nivel, hallazgo que concuerda con el de otros estudios, donde dependiendo del modelo analizado, infravaloran o sobrevaloran los niveles de glucemia[8]. Por otro lado, si tenemos en cuenta los criterios que, según la ADA[11], han de cumplir estos aparatos para ser considerados fiables, vemos que todos los GP presentan un grado de variabilidad superior al 10%, lo cual sería inaceptable desde el punto de vista clínico, y, por tanto, habría que dudar de su utilidad para ajustar el tratamiento de los pacientes diabéticos. Otros trabajos donde se tuvieron en cuenta los criterios de la ADA, demuestran que no más del 15-25% de las lecturas de glucosa se ajustan a dichos criterios en los GP evaluados[14]. Otros autores también han cuestionado la exactitud de los GP, tanto para niveles bajos de glucosa (3,8), como en sujetos normoglucémicos[15].

En el estudio se incluyeron pacientes tanto diabéticos como no diabéticos, pues de ese modo podemos minimizar una posible sobrevaloración de los procedimientos de medida, dado que la capacidad predictiva aumenta conforme lo hace la prevalencia del fenómeno a estudiar. Hubiera sido importante que en el estudio se hubieran incluido pacientes en situación de hipoglucemia (=50 mg/dl), dada la importancia que tiene valorar la exactitud de los GP en este rango en especial.

En conclusión, los GP analizados han demostrado un grado de inexactitud que puede considerarse como clínicamente inaceptable, por lo que deberían ser empleados

con cautela y siendo concientes de sus limitaciones en el control y seguimiento de los pacientes diabéticos. Sería conveniente realizar nuevos estudios que confirmen estos hallazgos en otras poblaciones, especialmente, en pacientes con hipoglucemia.

Bibliografía

1. Fernández I, Lubián M, Martín JL, Sagrista M, Torres A, Vázquez P. Diabetes Mellitus en Medicina de Familia: Guía clínica. Granada: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 1997.
2. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993; 329: 977-986.
3. Del Cañizo FJ, De la Cruz FJ, Moreira-Andrés MN, Gómez de la Cámara A, Mayol J, Serrano JM. Grado de acuerdo en la medición de glucemia entre el laboratorio y cuatro glucómetros portátiles. MEDIFAM 1997; 7: 362-367.
4. Clúa JL, Queralt MLI. Uso de los medios de diagnóstico y control del diabético en una zona rural. Aten Primaria 1989; 6: 46-51.
5. García A, Fernández ML, Fernández MR. ¿Son válidos los controles de glucemia que se realizan con los dosímetros portátiles? Comparación de la fiabilidad y validez de tres modelos de uso habitual. Aten Primaria 1993; 12: 598-603.
6. Lee J, Koh D. Ong CN. Statical evaluation of agreement between two methods for measuring a quantitative variable. Comput Biol Med 1989; 1: 61-70.
7. Porta M. Alvarez-Dardet C, Bolumar F. Plasencia A. Velilla E. La calidad de la información clínica (1): validez. Med Clin (Barc) 1987; 89: 741-747.
8. Gómez de la Cámara A, Cruz E, De la Cruz J, Landa J, Guillomía S, Aurrecoechea R. Análisis de la fiabilidad de tres dosímetros portátiles de glucemia. Comparación de diferentes métodos para el estudio de la fiabilidad de las observaciones clínicas. Med Clin (Barc) 1997; 108: 410-413.
9. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurements. The Lancet 1986;1:307-310.
10. Jiménez J. Comparación de métodos cuantitativos de medida. FMC 1994;1:404-410.
11. American Diabetes Association. Self-monitoring of blood glucose. Diabetes Care 1994; 17: 81-86.
12. Consensus statement on self- monitoring of blood glucose. Diab Care 1987; 10: 95-99.
13. García A, Fernández ML, Fernández MR. Son válidos los dosímetros portátiles para el control de la glucemia? Una comparación de la fiabilidad y validez de 3 modelos usados habitualmente. Aten Primaria 1993; 12:598-600.
14. Rheney CC, Kirk JK. Performance of three blood glucose meters. Ann Pharmacother 2000; 34: 317-21.
15. Glasmacher AG, Brennemann W, Hahn C, Marcko C, Whnert S, Lohr U, et al. Evaluation of five devices for self-monitoring of blood glucose in the normoglycemic range. Exp Clin Endocrinol Diabetes 1998; 106: 360-364.

ORIGINAL

Evaluación de conocimientos geriátricos de los médicos de atención primaria del distrito sanitario Málaga

Corpas Alcaraz M [1], Mateos Sancho C [1], Martín Aurioles E [1], Fernández García C [1], Salinas Abad G [1], Arévalo García-Huguet J [1]

[1] *Centro de Salud de Torremolinos.*

Objetivos: Evaluar los conocimientos geriátricos de los médicos de Atención Primaria (AP) del Distrito Sanitario Málaga a través de cinco áreas específicas (urgencias, efectos adversos medicamentosos, pautas terapeúticas, cuidados geriátricos y antibioterapia), así como identificar en qué grado somos los médicos conscientes de las limitaciones de nuestros conocimientos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Distrito Sanitario Málaga.

Población y muestra: 120 médicos de AP representativos de un censo de 286. Se escogen por muestreo estratificado aleatorio según la variable Médico Interno Residente (MIR) o no, obteniéndose 60 médicos de familia vía MIR y 60 vía no MIR.

Intervenciones: Mediante cuestionario validado se evalúan cinco áreas de conocimientos y el grado de percepción consciente de desconocimientos.

Se emplea paquete estadístico SPSS 8.0 para windows. Utilizamos análisis descriptivo y de frecuencias, test de c2, de homogeneidad de la varianza y test no paramétricos según los casos.

Resultados: Responden 90 facultativos (75%) con una proporción de médicos de familia vía MIR del 66,6%. La experiencia profesional del 68% de la muestra es superior a diez años.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) de los médicos vía MIR respecto vía no MIR en el grado de conocimientos globales [(88,9+/-1,2 versus (vs) 78+/-2,7)], en el grado de desconocimiento consciente (26,9+/-1,2 vs 37,5+/-2,9), así como en las áreas relativas a reacciones adversas (91,6+/-2,2 vs 71,3+/-4,7), pautas terapeúticas (80,4+/-1,2 vs 74,1+/-2,3) y manejo gerontológico (84,7+/-1,8 vs 75+/-3,5).

Conclusiones: Encontramos un alto índice de conocimientos en todas las áreas, siendo superior en los médicos vía MIR. Solamente se reconoce por los médicos el 32,2% de lo que ignoran.

Palabras clave: Conocimientos médicos, anciano, Atención Primaria.

Correspondencia: Carmen Mateos Sancho. C/ Kant, 15, 29018 Málaga. Tfno.: 95 2290525

Recibido el 27-03-2001; aceptado para su publicación el 25-05-2001.
Medicina de Familia (And) 2001; 2: 139-144

EVALUATING GENERAL PRACTITIONERS' KNOWLEDGE ON GERIATRICS IN A MALAGA HEALTH DISTRICT

Goal: To evaluate knowledge on geriatrics among general practitioners in a Malaga Health District in five specific areas (emergencies, drugs' side effects, therapeutic guidelines, geriatric care and antibiotic treatment) and to determine the degree to which doctors are aware of the limitations of their own knowledge.

Design: Cross sectional descriptive.

Setting: Malaga Health District

Population and Sample: 120 GPs in a census of 286, selected by random stratified sampling according to whether they were residents in general practice or not.

Interventions: A validated questionnaire was used to evaluate their knowledge in five areas, as well as the degree of their awareness regarding gaps in their own knowledge. The SPSS statistical program (version 8.0 for Windows) was employed, using descriptive and frequency analysis, and a test for variance homogeneity. ANOVA and non-parametric tests were carried out, depending on the results.

Results: Ninety questionnaires were answered (75%), 66.6% of those were MIR-trained GPs. In this sample, 68% had more than 10 years of professional experience. Statistically significant differences ($p<0.05$) were found in the degree of overall knowledge between former residents and those who were not trained under this program [(88.9+/-1.2 versus (vs) 78+/-2.7)], degree of awareness regarding their own lack of knowledge (26.9+/-1.2 vs 37.5+/-2.9), knowledge about adverse reactions to drugs (91.6+/-2,2 vs 71.3+/-4.7), therapeutic guidelines (80.4+/-1.2 vs 74.1+/-2.3) and handling of geriatric patients (84.7+/-1.8 vs 75+/-3.5).

Conclusions: We found a high degree of knowledge in all areas, which was higher among those GPs who were residents. The GPS only recognized 32.2% of what they did not know.

Key Words: Medical knowledge, elderly, primary care.

Introducción

La población española mayor de 65 años habrá aumentado en el año 2001 hasta un 17% y seguirá creciendo hasta llegar al 20% en el 2020[1].

Una población envejecida conlleva una mayor incidencia de patologías[2], ocasionando un aumento de consultas médicas y de prescripciones farmacológicas[3], calculándose que consume el 50% de la jornada laboral del médico de AP y el 62% del gasto farmacéutico[4].

La continua actualización de los conocimientos sobre geriatría, farmacoepidemiología, antibioterapia, etc, de los profesionales de AP constituye un pilar básico en la actividad diaria, con la consiguiente repercusión sobre la salud de los pacientes atendidos.

En cada acto médico interviene un conjunto de factores que determinan diagnósticos y tratamientos (formación individual previa y continuada, expectativas del paciente, restricción de medicamentos por parte de la administración[5], promoción de fármacos por la industria farmaceútica, etc), de tal manera que lograr unificar criterios en nuestro medio, donde conviven tal mezcla de profesionales con diferente formación[6], resulta una meta difícil de alcanzar.

Durante la formación de pregrado no existe una asignatura destinada a la geriatría, incluso esta materia se considera especialidad vía MIR desde hace pocos años, siendo aún escaso el número de geriatras.

El objetivo de este estudio es evaluar los conocimientos geriátricos de los médicos de AP del Distrito Sanitario Málaga, así como analizar cinco áreas específicas de conocimientos (urgencias, efectos adversos de fármacos, pautas terapeúticas, cuidados geriátricos y antibioterapia).

Por último pretendemos identificar en qué grado somos conscientes de las limitaciones de nuestros conocimientos.

Sujetos y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de mayo y junio de 1999.

El ámbito de estudio es el Distrito Sanitario Málaga que abarca centros de Atención Primaria urbanos y rurales, integrado por 15 centros de salud y 10 centros no reconvertidos en el momento del estudio (en los que el 97,5% son médicos de familia no MIR).

Del total de los 286 médicos que integran el Distrito Sanitario Málaga se escogen mediante muestreo aleatorio estratificado 120 médicos, según la titulación vía MIR o no en porcentajes similares (se considera que una muestra de 100 individuos es representativa, pero optamos por seleccionar 120 ante posibles negativas a participar en el estudio). Se obtienen 60 médicos de familia vía MIR y 60 médicos de familia sin titulación vía MIR a los que se les realiza una encuesta de conocimientos.

El cuestionario es anónimo y se entrega en el propio centro de trabajo y, en aquellos casos en que el profesional no se encuentra en disponibilidad de cumplimentarlo, se procede a una nueva entrega previa cita concertada para evitar consultas posteriores. En los casos en los que no se obtiene respuesta se considera que no desean participar.

El cuestionario (ver Anexo) se elabora basándonos en estudios previos[7]. Antes de la administración se realiza una prueba piloto para valorar su comprensibilidad, anotar sugerencias y corregir posibles errores a cuatro especialistas hospitalarios (internistas, farmacólogo y geriatra), así como a un médico de familia vía no MIR y un médico de familia vía MIR, no incluidos en el estudio. Recoge los siguientes datos generales: iniciales del médico, lugar de trabajo, sexo, años de experiencia profesional y formación especializada vía MIR o no. Consta de 17 preguntas de respuesta múltiple con una sóla opción válida, siendo en todas el último ítem “no sé”. Intenta evaluar los conocimientos generales del médico de AP en el ámbito de la atención geriátrica, centrándonos en cinco áreas de conocimientos:

— Urgencias
— Reacciones adversas medicamentosas
— Pautas terapéuticas
— Cuidados geriátricos
— Uso de antibióticos

Hay que hacer notar que cada pregunta evalúa más de un área de conocimiento.

Así mismo se estudia en qué medida somos conscientes los médicos de nuestro desconocimiento.

Para valorar los resultados se aplica la siguiente fórmula[8]:

Índice General de Conocimientos (IGC)=(a/n)100, donde n=n.º total de ítems evaluados y a=n.º de ítems contestados correctamente, tanto de manera global como por áreas específicas de conocimiento. Se calcula así el IGC global y el índice específico por cada área.

Para un tamaño poblacional de 286 médicos, sería necesaria una muestra de unos 100 individuos para estimar el IGC con una precisión absoluta del 6%, suponiendo que el valor verdadero del parámetro fuese 80 y que no hay un efecto de diseño importante.

Se considera que no todas las respuestas incorrectas son de igual naturaleza: contestar “no sé” refleja una consciencia de que el asunto se desconoce; contestar mal a pesar de existir la opción “no sé”, revela ignorancia acompañada de una concepción errónea. Por ello se crea un indicador que mide de qué parte del desconocimiento es consciente el individuo, definiéndose el Indice de Desconocimiento Consciente (IDC)=[(IGC*-IGC)/(100-IGC)]100

donde IGC*=[(a+b)/n]100 y b=n.º de preguntas en las que se contesta “no sé”[8].

El numerador del IDC refleja la parte del desconocimiento atribuible a una ignorancia consciente del encuestado; por su parte, el denominador refleja el total del desconocimiento, tanto consciente como inconsciente.

Se realiza análisis descriptivo y de frecuencias. Las variables cualitativas se analizan mediante el test de c2. Para las variables cuantitativas se practica análisis de la varianza de un factor en los casos en que las muestras sigan una distribución normal, y test no paramétricos en los que no sigan una distribución normal. Se usa el test de Mann-Whitney para dos muestras independientes y el de Kruskall-Wallis en los de k muestras independientes, que en este trabajo se utiliza para la variable “años de experiencia profesional”.

El grado de significación estadística se fija en un valor de $p < 0,05$.

El análisis de los datos se lleva a cabo mediante paquete estadístico SPSS versión 8.0 para windows (licenciado para el Servicio Central de Informática de la Universidad de Málaga).

Resultados

El cuestionario es cumplimentado por 90 de los 120 médicos que componen la muestra (75%).

En la tabla 1 se exponen las características de los encuestados participantes en el estudio en cuanto al sexo, lugar de trabajo, años de experiencia profesional y formación vía MIR o no.

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS MÉDICOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

	NÚMERO	PORCENTAJE
SEXO		
Varón	40	44.44
Mujer	50	55.56
LUGAR DE TRABAJO		
Centro de Salud	78	86.67
Centro no reconvertido	12	13.33
EXPERIENCIA PROFESIONAL		
0-4 años	6	6.67
5-9 años	16	17.78
10-14 años	38	42.22
15-19 años	24	26.67
≥ 20 años	6	6.67
FORMACIÓN POSTGRADUADA		
MIR	60	66.67
No MIR	30	33.33

MIR: Médico Interno Residente

Destaca una discreta mayoría de mujeres (55,5%) y el 66,6% son médicos de familia vía MIR. La experiencia profesional del 68% de la muestra es superior a 10 años, correspondiendo el mayor porcentaje al grupo comprendido entre 10-14 años de trabajo.

En la tabla 2 se expresan los resultados relativos al Índice General de Conocimientos e Índice de Desconocimiento Consciente en relación con las variables estudiadas.

TABLA 2

RESULTADOS DE IGC E IDC

		IGC(media+/- EEM)	IDC(media+/- EEM)
Sexo	**Varón**	83.82 (2.08)	31.65 (2.10)
	Mujer	86.47 (1.72)	29.60 (1.88)
Experiencia profesional	**0-4**	77.45 (8.91)	38.86 (10.03)
	5-9	90.07 (1.92)	26.18 (2.35)
	10-14	87.15 (1.79)	28.34 (1.69)
	15-19	83.33 (2.57)	32.94 (2.83)
	≥20	76.47 (6.79)	37.73 (6.93)
Formación	**MIR**	88.92 (1.24)	26.97 (1.28)
	No MIR	78.04 (2.70)	37.58 (2.93)

IGC: Índice General de Conocimientos, IDC: Índice de Desconocimiento Consciente, EEM: Error Estándar de la Media, MIR: Médico Interno Residente

Observamos la existencia de diferencias estadísticamente significativas (p<0,05) cuando comparamos los grupos según la vía de formación postgrado, encontrando que los médicos de familia vía MIR presentan unos conocimientos generales con valor medio de 88,9% frente al 78% en los médicos no MIR; mientras que para el desconocimiento consciente el valor es de 26,9% en los médicos vía MIR frente a un 37,9% en los médicos no MIR. Resulta llamativo que sólo se reconoce por los médicos el 32,2% de lo que ignoran.

El gráfico 1 muestra el IGC por áreas específicas de conocimientos y vía de formación. Hallamos p<0,05 para la formación vía MIR respecto a no MIR en las áreas relativas a reacciones adversas (91,6+/-2,2 vs 71,3+/-4,7), pautas terapéuticas (80,4+/-1,2 vs 74,1+/-2,3) y manejo gerontológico (84,7+/-1,8 vs 75+/-3,5).

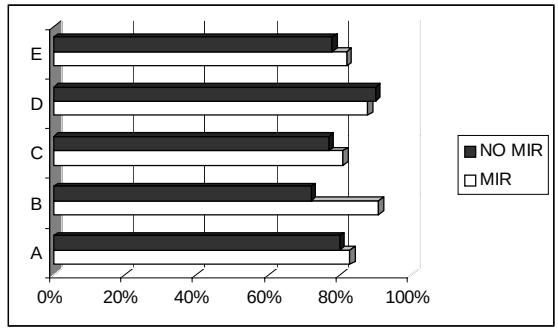


Gráfico 1. **Índice General de Conocimientos por Áreas y formación**

MIR: Médico Interno Residente

A: Urgencias, B: Efectos Adversos, C: Pautas Terapéuticas, D: Antibioterapia, E: Manejo Geriátrico

El área con menores conocimientos para los médicos vía MIR es la de pautas terapéuticas (80,4%) y la de reacciones adversas para los médicos vía no MIR (71,3%).

Discusión

En la elaboración de la encuesta se procura elegir preguntas que exploren conocimientos básicos de actividades diarias de la consulta de Atención Primaria. El hecho de que en cada pregunta esté implicada más de un área de conocimientos permite realizar un cuestionario de sólo 17 preguntas y que el tiempo necesario para cumplimentarlo no sea excesivamente largo (unos 15 minutos aproximadamente en nuestro estudio piloto). Llama la atención el alto índice de conocimientos encontrados en todas las áreas, siendo superior en los médicos MIR.

Comparando nuestros datos con un estudio que analiza los conocimientos y actitudes de los médicos sobre la eficacia y eficiencia en la prescripción de medicamentos, realizado en 1998 entre los médicos de todos los centros de salud de Valencia[9], se detecta que los profesionales que mejor conocen la eficacia de los medicamentos en la

población general son los médicos vía MIR; mientras que los médicos con más de 20 años de experiencia profesional son quienes peor la valoran. En nuestro trabajo éste último punto solamente se cumple respecto al IGC, urgencias y reacciones adversas para nuestra población con más de 20 años de trabajo. Nuestros resultados son también comparables a los obtenidos en un trabajo de similares características donde se encuentran mayores conocimientos en los médicos con formación especializada[7].

Destaca que pese a que en todas las respuestas existe el ítem "no sé" solamente se reconoce ésta posibilidad en el 32,2% de las preguntas no acertadas, dato menos declarado por el médico vía MIR. Este IDC nos indica que sobre todo en los médicos de familia vía MIR existe un exceso de seguridad sobre sus propios conocimientos, lo cual podría llevar a dos actitudes erróneas, por una parte a aplicar los conocimientos sin una adecuada reflexión previa, y por otra, a no reconocer la necesidad de actualizar su formación científica.

Entre las limitaciones de éste estudio hay que tener cierta precaución a la hora de generalizar los resultados a otros centros de Atención Primaria, pues existen Distritos exclusivamente rurales (donde la jornada laboral aumenta con las guardias de presencia física, sin libranza y el consiguiente cansancio acumulado) y porque ignoramos las características de los médicos que no responden. Cabría preguntarnos los motivos por los que 30 de los médicos seleccionados (25%) no contestan. El 60% de los mismos son médicos de familia sin formación vía MIR, y de éstos el 80% trabajan en centros de la red no reconvertida (ambulatorios). Este hecho podría tener dos interpretaciones: en la primera, la organización de la jornada diaria de los centros no reconvertidos (2-3 horas de presencia física en el centro de trabajo y ausencia de sesiones clínicas) podría haber sido un impedimento para la colaboración de estos profesionales; mientras que, por otra parte, los médicos de familia con formación vía MIR se encuentran más motivados por la dinámica adquirida durante su período de residencia en la participación en este tipo de trabajos.

En resumen, aunque los resultados de este estudio son optimistas, hemos de tener en cuenta que la encuesta se centra sobre problemas básicos y cotidianos de nuestro quehacer diario; y nos animan a seguir fomentando el estudio continuo y a trabajar ciertas áreas como reacciones adversas y manejo geriátrico (ambas con el índice de conocimiento más bajo), cuyo desconocimiento puede implicar serias repercusiones clínicas.

Agradecimientos

A todos los médicos del Distrito Sanitario Málaga que han colaborado en este estudio.

Bibliografía

1. INE. Proyecciones de población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1995.
2. Vázquez Díaz JR. La atención primaria en la primera mitad del siglo XXI. Aten Primaria 1999; 24: 55-56.
3. Walley T, Scott AK. Prescribing in the elderly. Postgrad Med J 1995; 71: 466-471.
4. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y Sociedad Española de Geriatría. Libro Blanco. El médico y la Tercera Edad. Madrid; 1986.
5. Lunde PKM, Baksaas I. Utilización de medicamentos, fármacos esenciales y políticas de salud en países desarrollados. En: Laporte JR, Tognoni G. Principios de Epidemiología del Medicamento. 2.ª Edicción. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. p.25-47.
6. Fiol M, Guillaumet J, Llobera J, López R, Pareja A, Pérez JA. La prescripción farmaceútica: comparación entre el viejo y nuevo modelo de atención primaria. Aten Primaria 1990; 7: 22-28.
7. Corpas Alcaraz M. Evaluación de conocimientos farmacoterapeúticos del médico de familia en el tratamiento del anciano. Tesina para optar al Máster de Salud Pública. Ciudad Habana: Facultad de Salud Pública; 1991.
8. Nogueira J. Evaluación de conocimientos del médico de familia sobre manejo de medicamentos y conceptos afines. Tesina para optar al Máster de Salud Pública. Ciudad Habana: Facultad de Salud Pública; 1990.
9. Alastrué Loscos JI, Meneu de Guillerna R, Peiró Moreno S. Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y la eficiencia en la prescripción de medicamentos. Aten Primaria 1998; 21: 165-171.

Anexo
ENCUESTA

Iniciales:
Año de nacimiento:
Sexo:
Centro de Salud o Centro no reconvertido:
Años de experiencia profesional: 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, ≥20
Médico de Familia vía MIR o vía no MIR:

1.—A su consulta acude un anciano hipertenso que presenta un cuadro de asma bronquial, ¿cuál de los siguientes fármacos no prescribiría para el tratamiento de su hipertensión?:
a) Diuréticos
b) Betabloqueantes
c) Antagonistas del calcio
d) Vasodilatadores
e) No sé

2.—Ante un cuadro de edema pulmonar en un anciano y sin ECG previo, ¿cuál de los siguientes fármacos no utilizaría?:
a) Analgésico potente
b) Diurético de asa
c) Oxígeno a flujo alto
d) Digital
e) No sé

3.—Ante un paciente que acude a la consulta con un cuadro de dolor en fosa renal derecha, escalofríos y orinas turbias, ¿cuál de las siguientes conductas adoptaría?:
a) Antibióticos y antitérmicos
b) Antibióticos más antitérmicos y lo remitiría al hospital para cultivo y antibiograma
c) Tomaría muestra de orina para urocultivo y antibiograma y posteriormente instauraría tratamiento con antibióticos
d) Lo trataría de inmediato con norfloxacino
e) No sé

4.—En un anciano que debuta con un coma cetoacidótico, una vez superado el coma, ¿con qué trataría su diabetes?:
a) Dieta
b) Dieta más sulfonilureas
c) Dieta más biguanidas
d) Dieta más insulina
e) No sé

5.—En un anciano con insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal crónica, ¿en cuál de los siguientes fármacos modificaría su dosificación?:
a) Furosemida
b) Digoxina
c) Vasodilatadores periféricos
d) Ninguno de ellos
e) No sé

6.—¿Qué medicamentos contraindicaría en un anciano con insuficiencia renal crónica en oliguria?:
a) Eritromicina
b) Digoxina
c) Suplementos de potasio
d) Ninguno de los anteriores
e) No sé

7.—Ante un anciano con deposiciones diarréicas sin otra sintomartología y sin antecedentes de ingestión de alimentos sospechosos, ¿qué conducta adoptaría?:
a) Hidratación vía oral
b) Hidratación vía parenteral
c) Antibióticos vía parenteral
d) Hidratación vía oral más antibióticos
e) No sé

8.—A su consulta acude un paciente de 70 años de edad con rinorrea acuosa, estornudos, cefalea y fiebre, ¿qué pauta de tratamiento seguiría inicialmente?:
a) Antibióticos
b) Antibióticos más analgésicos-antitérmicos
c) Reposo
d) Reposo y analgésicos-antitérmicos
e) No sé

9.—A un anciano con cervicoartrosis se le prescribió tratamiento médico y posteriormente debutó con una granulocitopenia, ¿cuál de los siguientes fármacos pudo ser el responsable?:
a) Ácido acetilsalicílico
b) Pirazolona
c) Piroxicam
d) Diazepan
e) No sé

10.—En el caso de un anciano con bronquitis aguda, disnea y expectoración mucopurulenta, ¿cuál de las siguientes pautas de tratamiento antibiótico recomendaría inicialmente?:
a) Amoxicilina vía oral 1,5 gr/día durante 7 a 10 días
b) Amoxicilina vía oral 8 gr/día durante 7 a 10 días
c) Amoxicilina vía parenteral 25-100 mg/kg/día durante 7 a 10 días
d) Amoxicilina vía oral 7-14 mg/kg/día durante 7 a 10 días
e) No sé

11.—En el anciano:
a) Disminuyen las resistencias periféricas
b) Aumenta el agua corporal total
c) Aumenta la distensibilidad arterial
d) Aumenta el grosor de la pared posterior del ventrículo izquierdo
e) No sé

12.—En la presentación atípica del abdomen agudo en el anciano:
a) Los signos de irritación peritoneal son escasos
b) La localización es precisa
c) La fiebre suele ser frecuente
d) Se acompaña siempre de síndrome confusional agudo
e) No sé

13.—Ante un anciano con estreñimiento crónico, ¿cuál es la principal medida que tomaría?:
a) Medidas higiénico-dietéticas
b) Bisacodilo (*dulcolaxo*)
c) Lactulosa (*duphalac*)
d) Enema evacuante y lactulosa
e) No sé

14.—Si a su consulta acude un paciente de 72 años de edad con una quemadura con flictenas que afecta toda la mano derecha, ¿qué actitud adoptaría?:
a) Tratamiento local y cura periódica
b) Tratamiento local más antibioterapia vía oral
c) Remitirlo al servicio de quemados del hospital
d) Tratamiento local y obsevación domiciliaria
e) No sé

15.—Ante un anciano con demencia, ¿con cuál de los siguientes medicamentos esperaría que revertiese su cuadro?:
a) Cinarizina (s*tugeron*)
b) Dihidroergotoxina mesilato (*hydergina*)
c) Citicolina (*somazina*)
d) Ninguno de los anteriores
e) No sé

16.—Un anciano acude a la consulta porque refiere tener impotencia, ¿con qué lo trataría usted?:
a) Acetato de ciproterona
b) Aspartato de arginina (*potenciator*)
c) Hormonas masculinas
d) Ninguna de ellas
e) No sé

17.—En un paciente anciano que vive sólo, hipertenso y que presenta dolores osteoarticulares de forma crónica, ¿qué tratamiento pautaría inicialmente?:
a) Paracetamol 650 mg/8 h
b) Ibuprofeno 600 mg/8h
c) Paracetamol-codeína 500-30 mg/6h
d) Tramadol 50 mg/6h
e) No sé

ORIGINAL

Confidencialidad e intimidad en nuestra práctica profesional

Ramírez Ceballos A [1], Paniagua Galisteo A [1], Fons Cañizares S [2], Marcos Herrero M [3], Fournier López R [3], Beigveder Montero P [4]

[1] Médicos de Familia. C.S. Las Lagunas. Mijas Costa, [2] Médico de Familia.C.S. Ronda Norte, [3] Médicos de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Costa del Sol. Marbella, [4] Médico de Familia. C.S. Arroyo de la Miel-Benalmádena.

Objetivo:

1.—Detectar situaciones en las que se compromete la Confidencialidad-Intimidad (C-I) en nuestra práctica clínica.

2.—Concienciar al equipo y valorar posibles soluciones desde el consenso.

Diseño: Estudio cualitativo de consenso mediante la técnica de grupo nominal.

Emplazamiento: Centro de Salud de Arroyo de la Miel-Benalmádena.

Población y muestra: Situaciones en las que los 43 profesionales del centro de Salud ven comprometida la C-I en su práctica diaria.

Intervenciones: Realizamos técnica cualitativa de grupo nominal planteando la cuestión: Situaciones que comprometen la C-I en el Centro de Salud.

1.—Se recogieron ideas por escrito

2.—Se puntuaron y priorizaron según gravedad y vulnerabilidad de las situaciones problema.

3.—Se llevo a una hoja de análisis de situación, buscando causas, posibles soluciones y puntos a favor y en contra.

4.—Se remitieron resultados a los profesionales implicados.

Resultados: Se detectan 33 situaciones que afectan a la C-I. Se agrupan en cuatro apartados principales que recogen la falta de custodia de la información y la pérdida de intimidad ante terceros.

Conclusiones: Consideramos de gran importancia el preservar la C-I en la práctica clínica diaria. Se reconoce esencial compartir el secreto médico por todas las instancias del centro. Detectamos un aumento de la sensibilidad de los profesionales hacia este tema tras el estudio

Palabras clave: Confidencialidad, Intimidad, Grupo nominal, Equipo de atención primaria.

CONFIDENTIALITY AND PRIVACY IN CLINICAL PRACTICE

Aim:

1.—To detect posible situations in which Confidentiality-Intimacy/privacy (C-I) may be at risk in clinical practice.

2.—To make the team fully aware of the problem and to evaluate possible solutions.

Design: Qualitative consensus study by use of the nominal group technique.

Setting: "Arroyo de la Miel" Health Center in Benalmadena (Spain)

Population and sample: Situations in which the 43 professionals working in the health center feel that C-I are at risk in their everyday practice.

Interventions: We carried out the qualitative nominal group technique raising the following question: Situations which endanger C-I in the Health Center.

1.—Written suggestions were picked up.

2.—These were clasified, marked and priorized according to the seriousness of the situation.

3.—The results were then taken down and analized looking for causes, possible solutions and opinions standing "for or against".

4.—Results were given back to the professionals involved.

Results: 33 situations where C-I were at risk are detected. They are grouped into 4 main items which reflect lack of care for information and loss of privacy due to third parties.

Conclusions: It is considered of utmost importance to maintain the highest level of C-I possible in our daily clinical practice. It is essentially felt that medical discretion must be present at all times and throughout the whole health centre. A growing awareness on this subject is cleary visible among all professionals.

Key Words: Confidentiality, Intimacy/ privacy, Nominal group, Health care team.

Correspondencia: Antonio Ramírez Ceballos. C/ Atabalero, 1-13.ºC, 29010 Málaga. Tfno.: 95 2611319

Correo electrónico: tatita@inicia.es

Recibido el 02-02-2001; aceptado para su publicación el 25-05-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 145-148

Introducción

El creciente interés por los aspectos morales que rodean la práctica médica y, la extensión progresiva de la idea de que los aspectos humanos de dicha práctica deben ganar terreno frente a los aspectos técnicos y científicos, preponderantes en los últimos años, hacen que la reflexión y el estudio de las cuestiones éticas que intervienen en la relación médico-enfermo salgan a la luz cada vez con mayor asiduidad y se estén incorporando a las charlas y discusiones médicas de modo habitual. En este sentido, una cuestión está en el centro de todos los debates sobre este tema de forma prioritaria: La confidencialidad e intimidad. (C-I)Puesto de manifiesto, de modo unánime, que nuestra principal lealtad y obligación debe dirigirse hacia nuestros pacientes, que trabajar pensando en que el sincero respeto hacia nuestros pacientes es lo que da sentido a nuestra profesión[1], nos planteamos la realización de un estudio a fin de averiguar las situaciones en que la C-I se hayan comprometidas, y, concienciados todos de ello, tratar de encontrar de modo consensuado posibles soluciones. Pensamos además que, la escasez de estudios que aborden este tema en la Bibliografía nacional e internacional, justifica y hace más necesaria nuestra particular reflexión sobre este tema. Por otro lado, consideramos que el hacer explícito e intentar resolver lo que sin duda son conflictos éticos significa aumentar la calidad de nuestra asistencia sanitaria[2].

Al plantearse este estudio, se vio que los hallazgos obtenidos gracias a estudios cuantitativos son a menudo difíciles de aplicar en la práctica médica cotidiana, por ello se decidió utilizar un enfoque cualitativo pensando que éste debería ser un componente esencial de las investigaciones en servicios sanitarios, no sólo porque permite acceder a áreas difíciles de la investigación cuantitativa, sino por que la descripción cualitativa es un requisito previo (a la investigación cuantitativa), especialmente en áreas en las que se ha investigado poco[3].

Este trabajo pues, iba a dejar introducir algunos de los principales métodos cualitativos de investigación utilizados en la actualidad en Atención Primaria: la entrevista de grupos. Ésta permite sacar partido de la comunicación entre los participantes en la investigación como método para generar datos[4]. Este método es especialmente útil para explorar el conocimiento y experiencias de las personas y puede utilizarse no sólo para examinar lo que piensan, sino también como piensan y porqué lo hacen así, constituyendo una técnica efectiva para investigar las actitudes y necesidades del personal sanitario[5].

Sujetos y Métodos

Diseñamos un estudio cualitativo de consenso mediante la técnica de grupo nominal. Planteamos a los 43 profesionales (11 médicos de familia, 4 pediatras, 15 enfermeros, 1 trabajador social y 12 administrativos-celadores del servicio de admisión) que componen la plantilla del centro de salud de Benalmádena la siguiente cuestión:
Situaciones en las que aprecies una falta de C-I en el centro de salud. Dividimos el grupo en tres estamentos: médicos, enfermería y personal de admisión que se reunieron por separado con los responsables del estudio. De este modo se facilitaba la dinámica de trabajo del grupo y se recogían los diferentes puntos de vista de los distintos estamentos[6]. Se recogieron las ideas por escrito que posteriormente se puntuaron. Dichas situaciones se priorizaron en función de la gravedad de las mismas y la vulnerabilidad a la intervención; posteriormente se comparó en parejas las situaciones que resultaron con puntuaciones similares. Por último, se llevaron a una hoja de análisis de la situación buscando la causa. Se propusieron posibles soluciones y se enumeraron puntos a favor y en contra. Una vez realizado, se remitieron los resultados a los profesionales participantes, exponiendo públicamente los mismos en otra reunión conjunta del equipo.

Resultados

Detectamos 33 situaciones en las que se compromete la C-I. Agrupamos la mayoría de ellas en cuatro apartados (Figura 1) que las engloban:

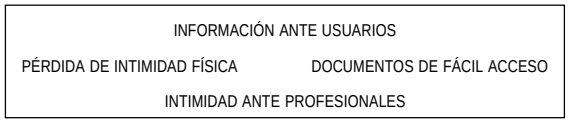


Figura 1. **Pérdida de C-I.**

1.—Verbalización de información ante los usuarios.

2.—Pérdida de intimidad física.

3.—Documentos de fácil acceso a terceros.

4.—Pérdida de intimidad ante otros profesionales.

En el primer grupo destacan los comentarios realizados en la consulta delante de los usuarios o en lugares ajenos a la consulta, tales como pasillos, cafeterías, pasillos... (Tabla-1).

TABLA 1

VERBALIZACIÓN DE INFORMACIÓN ANTE USUARIOS

1.—Comentarios telefónicos delante de usuarios.
2.—Conversaciones en la cafetería.
3.—Charlas en los pasillos.
4.—Anamnesis en la sala de extracciones.
5.—Comentarios a través de la puerta de las consultas.
6.—Anamnesis en sala de observación de urgencias.
7.—Preguntas al realizar cualquier gestión en el área de recepción.

En el segundo apartado se hace referencia entre otros, a la falta de elementos materiales y déficits estructurales que limitan la intimidad física. (Tabla-2).

TABLA 2

PÉRDIDA DE INTIMIDAD FÍSICA

1.—Falta de biombos en el centro.
2.—Entrar en la consulta sin llamar.
3.—Falta de mantas en la consulta y en urgencias.
4.—Puertas abiertas durante exploraciones.
5.—Falta de adecuación de la sala de observación.
6.—Traslados en el centro a la vista de todos.
7.—Tareas compartidas en la misma sala.

El tercer grupo agrupa las situaciones en que se pierde la salvaguarda de los documentos, exponiéndose a la vista de terceros. (Tabla-3).

TABLA 3

DOCUMENTOS DE FÁCIL ACCESO

1.—Documentos de derivación a la vista.
2.—Documentos de ILT a la vista.
3.—Pantalla de ordenador visible.
4.—Informes de alta visibles.
5.—Ordenador permanentemente abierto.
6.—Exposición de listados de pacientes citados.

Por último el cuarto apartado recoge las intromisiones por parte de otros profesionales del centro en la relación del paciente con su médico o enfermero. (Tabla- 4).

TABLA 4

INTIMIDAD ANTE OTROS PROFESIONALES

1.—Pasar a consulta sin llamar.
2.—Estar presente durante exploración o anamnesis por parte de otro profesional.
3.—Reponer en consulta ante el enfermo.

Discusión

De entrada, tras una primera lectura, consideramos que destacan por su gravedad aquellas situaciones en las que se verbaliza información clínica delante de usuarios. Consideramos que estos inevitablemente pensarán que, del mismo modo, en algún momento, datos referentes a su persona estarán en nuestra boca al alcance del oído de cualquiera[7].

La pérdida de confianza derivada de esta situación es muy difícil de recuperar y sin duda desencadenará un deterioro de nuestra relación con dichos pacientes. Relación cuyo mantenimiento es, en la mayoría de los casos, más importante que las decisiones concretas que tomemos dada las características de nuestra especialidad[8]. Asimismo consideramos grave las situaciones en las que los medios físicos limitan la intimidad física de las personas. En general, todas las soluciones posibles que se nos ocurren son fáciles de llevar a cabo y además son baratas, excepto las que afectan a la arquitectura del centro y aquellas que afectan a otros estamentos y niveles asistenciales. Asimismo creemos que en un 90 % de los casos, dichas soluciones dependen de los profesionales afectados. Si reserváramos nuestros comentarios para las reuniones y sesiones clínicas... si no interrumpiéramos la consulta de ningún modo, y además, si todos tomáramos conciencia de que el secreto profesional es algo que no solo afecta a médicos, sino a todos los profesionales del centro, solo con estas tres medidas, reduciríamos en mas de un 90 % las situaciones en que se comprometen la C- I.

Una segunda lectura, mas profunda y reflexiva, nos obliga a considerar la gran importancia que tiene en nuestro trabajo la preservación de la C-I, enunciada desde el principio en las reuniones previas a la realización del trabajo y corroborada posteriormente durante la realización del mismo. C-I son valores propios de nuestra cultura, admitidos de forma mayoritaria en nuestra sociedad. Preservarlos es responsabilidad nuestra, tanto desde el punto de vista ético y moral como desde el punto de vista legal[9,10,11,12]. En ese contexto, destaca esencialmente el protagonismo del secreto profesional como «guía» sobre la que debe girar toda nuestra actividad, secreto que no es exclusivo del médico sino que debe alcanzar a todos los profesionales del centro y por lo tanto ser compartido por todos. Ya hemos señalado que su existencia se constituye en salvaguarda de la C-I. El secreto médico es obligado porque es preciso respetar la intimidad, parte constitutiva esencial de la persona, dado que ésta, por ser tal, exige un respeto absoluto[13]. Por otra parte desde el Juramento Hipocrático hasta nuestros días, todos los códigos deontológicos han recogido el Secreto Médico como un deber de primer orden en el ejercicio de la medicina[14].

Reconocemos también la importancia de detectar situaciones en las que se comprometen la C-I y la necesidad de actuar en todas ellas en la medida de nuestras posibilidades. Posibilidades que son muchas, pues la mayoría de las soluciones se solventan con facilidad y bajo coste por parte de los propios profesionales. «Tan solo» se precisa adquirir sensibilidad para detectar situaciones anómalas y voluntad para corregirlas. Sensibilidad y voluntad que no son facultades o virtudes con las que nacemos los seres humanos, o al menos no sólo eso, también se pueden enseñar y aprender[7,15], con el fin de convertirlas en hábitos, de modo que nos sirvamos de ellas «automáticamente» sin necesidad de pararnos a pensarlo.

Se discute la necesidad de crear grupos de vigilancia y seguimiento de estos problemas a nivel del centro de salud o incluso seguir la recomendación del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Familia y Comunitaria de crear de un grupo asesor sobre cuestiones éticas a nivel del Distrito Sanitario[16], y la necesidad de incluir en la formación continuada sesiones de carácter fijo y periódico que aborden aspectos éticos relacionados con nuestra actividad.

Determinamos en la última reunión la necesidad de analizar la evolución seguida mediante la realización de posteriores estudios.

También se plantea la necesidad de informar a la Dirección del Distrito de los resultados del estudio realizado, solicitando su implicación activa en este tema. Solicitamos que asuman la realización de las mejoras estructurales que eliminen las situaciones conflictivas.

También solicitamos la inclusión con carácter preferente de la Bioética en el programa de formación del Distrito Sanitario con vistas a futuros cursos, actividades de formación interna y externa, reuniones….

Por último debemos destacar el importante aumento de la sensibilidad de los profesionales del centro en este problema. El interés inicial se fue acrecentando conforme avanzaba el estudio y se manifestó en forma de interrogantes, sugerencias, colaboraciones…

Agradecimientos

A todos los trabajadores del Centro de Salud de Arroyo de la Miel.

Bibliografía

1. Altisent Trota R, Martín Espíldora MN, Serrat Moré D. Etica y Medicina de familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez, J.F, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.) Barcelona: Hacourt; 1999. p.183-203.
2. Quintana O. Etica y Calidad. Documento de apoyo bibliográfico. Seminario de Ética y Gestión Sanitaria. [Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997].
3. Pope C, Mays N. Cómo llegar a donde otros métodos no llegan: Una introducción a los métodos cualitativos en la investigación de la sanidad y de los servicios sanitarios. BMJ 1995; 311: 42-45.
4. Kitzinger J. Introducción a la entrevista de grupo focal. BMJ 1995; 311: 299-302.
5. Barbour RS. Using focus groups in general practice research. Family Practice 1995; 12: 328-334.
6. Wilkinson JR, Murray SA. Health needs asessment. BMJ 1998; 316: 1524-1528.
7. Ogando Díaz B. Etica en la práctica de medicina general: una asignatura pendiente. Aten Primaria 1994; 14:80-83.
8. Tomé-Paule C, Casas-Requejo J, Moya Bernal A. Bioética y atención primaria. En : Ruiz de Adana-Pérez R. Medicina Familiar y Comunitaria: Libro del año 1996. Madrid: Ed. Saned; 1996. p.11-27.
9. Organización Médica Colegial. Código de Etica y Deontología Médica. Capítulo III: Relaciones del médico con sus pacientes. Artículos 8, 11, 12, 13. Capítulo IV: Secreto profesional del médico. Artículos 14, 15, 16 y 17. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Málaga. 1999.
10. Código Deontológico de la enfermería española. Capítulo III: Secreto profesional. Artículos 19, 20 y 21. Organización Colegial de enfermería. 1989.
11. Código Penal español. Título X, Capítulo 1: Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio. Artículos 199 y 417. 1996.
12. Constitución Española de 1978. Art. 18, 20 y 36. Ley orgánica de Protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen de 5 de mayo de 1982. Ley orgánica de Regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal de 29 de octubre de 1992.
13. Castilla García A. El secreto médico. Cuadernos de Bioética. 1996; 2:202-208.
14. Delgado Marroquín MT. Confidencialidad y secreto médico. Sobre Bioética y Medicina de Familia IV. Documentos Semfyc. Aten Primaria 2000; 6: 144-157.
15. Martín Espíldora MN. Formación en ética clínica para médicos de atención primaria. Sobre Bioética y Medicina de Familia (y V) Documentos Semfyc. Aten Primaria 2000; 7: 127-139.
16. Delgado Marroquín MT, Altisent Trota R. Bioética en atención primaria: cuestiones de confidencialidad. Aten Primaria 1998; 21:423-24.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Revisión de las recomendaciones establecidas en las Guías de Práctica Clínica para el tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria

Moratalla Rodríguez G [1]

[1] *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Trabajo de Salud Mental en Atención Primaria de la S.A.M.F. Y C. Centro de Salud Cádiz-Puntales.*

1. INTRODUCCIÓN

Las consultas por síntomas depresivos son frecuentes en medicina de familia, y hemos asistido a una tendencia creciente por parte de los médicos de atención primaria a hacerse cargo del tratamiento de estos pacientes.

La llamada Medicina Basada en la Evidencia ha aportado una metodología que permite al profesional buscar y evaluar una serie de pruebas científicas que luego habrá de aplicar en su práctica profesional en la consulta.

La tecnología ha aumentado espectacularmente la accesibilidad del profesional a las pruebas científicas disponibles, especialmente mediante internet. Internet tiene el peligro de la facilidad de difusión de información, no toda ella de calidad científica, lo que obliga al profesional a disponer de una sólida metodología de selección de dicha información. Cada vez más nos encontramos en situaciones de saturación de información, incluso con una selección previa correctamente realizada.

En el caso del tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria, existen suficientes pruebas científicas para orientar la práctica clínica. Con la hipótesis de que el exceso de información es casi tan inefectivo como su ausencia, planteamos en el presente artículo revisar las Guías de Práctica Clínica que aportan pruebas sobre el tema, con la intención de comprobar si existe variabilidad entre ellas, y resaltar los aspectos en que existe concordancia y una máximo grado de evidencia, tratando de ayudar al médico de familia a responder a las siguientes cuestiones:

1. ¿Cuándo está indicado el tratamiento con fármacos de un paciente con depresión?
2. ¿Qué fármaco seleccionar como primera opción?
3. ¿Cómo y cuándo evaluar la eficacia de dicho tratamiento?
4. ¿Durante cuánto tiempo debe tratarse un episodio?
5. ¿En qué situaciones está indicado el mantenimiento del tratamiento farmacológico?
6. ¿Cuáles son las reglas de prescripción farmacológica en situaciones especiales?

2. METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en fuentes documentales de Guías de Práctica Clínica hasta el 1 de octubre de 2000, empleando la palabra clave “depression”, con objeto de obtener la información más amplia posible sobre el tema.

Las bases de datos consultadas fueron las siguientes:

- CPG infobase. http://www.cma.ca/cpgs/index.htm.
- HSTA. http://text.nlm.nih.gov/ftrs/
- Prise Project. http://libsun1.jr2.ox.ac.uk/prise/
- New Zeeland Guideline Group. http://www.nzgg.org.nz
- Scotish Intercollegiate Guidelines Network. http://www.sign.ac.uk/
- National Guideline Clearinghouse. http://www.guidelines.gov/index.asp
- National Library of Medicine’s Medline plus. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/
- Medem (Seven USA Academies of Medicine). http://www.medem.com/
- CCOHTA. http://www.ccohta.ca/main-e.html
- CCHENET Canadian Centres for Health Evidence. http://www.cche.net/ebm/userguid/
- ICSI Health Care Guidelines and Technology Assessments. http://www.icsi.org/pubs.htm

Recibido el 23-01-2001; aceptado para su publicación el 25-05-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 152-160

- Primary Care Clinical Practice Gudelines (UCSF-USA). http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html
- UK Clearing House on Health Outcomes. http://www.leeds.ac.uk/nuffield/infoservices/UKCH/home.html

Una vez recopiladas las guías de práctica clínica que respondían a la palabra clave de búsqueda se seleccionaron las que cumplían los siguientes criterios:

1.—Explícitamente basadas en la evidencia.

2.—Conteniendo recomendaciones específicas de tratamiento de la depresión.

3.—Conteniendo referencia a la aplicabilidad en atención primaria.

4.—Conteniendo recomendaciones de tratamiento farmacológico accesibles on-line en la guía original o en resumen estructurado del organismo responsable de la base de datos.

Se seleccionaron doce Guías de Práctica Clínica que cumplieron los criterios precedentes. Una de ellas hacía referencia a la depresión en niños y adolescentes, y otra en ancianos, por lo que se emplearon como complemento de las otras en el manejo de circunstancias especiales.

Para la elaboración de los resultados de esta revisión se emplearon aquellas recomendaciones que aparecía catalogadas con fuerza A ó B (o equivalentes). En el anexo se presenta una guía de referencia rápida en la que se especifica el peso de las pruebas científicas para las distintas recomendaciones, catalogadas según lo dispuesto en la tabla 1.

Tabla 1. Niveles de evidencia y grado de recomendaciones

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Tipo de fuentes de las pruebas para decisiones de tratamiento
A	I	-Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorios y controlados. -Ensayos clínicos aleatorios controlados con intervalos de confianza estrechos.
B	II	-Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes. -Estudios de cohortes o ensayos clínicos aleatorios de menor calidad.
	III	-Revisiones sistemáticas de estudios de casos y controles. -Estudios de casos y controles
C	IV	-Series de casos y estudios de casos y controles de baja calidad.
D	V	-Opinión de expertos sin valoración crítica explícita. -Basados en la fisiología o en fundamentos básicos.

Modificada de "Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of Evidence and Grades of Recomendations. (en línea): http://cebm.jr2.ox.ac.uk/

Junto a cada recomendación establecida en esta revisión se citan las guías en que se referencia expresamente el planteamiento propuesto. Si no se indica expresamente, debe entenderse que ninguna guía contie-

ne recomendaciones contradictorias con las propuestas en esta revisión.

Las definiciones de depresión y sus formas de presentación se adaptan a las referidas en el DSM-IV [13] (tabla 2).

Tabla 2. Criterios diagnósticos de depresión, según DSM-IV.

Criterios para el episodio depresivo mayor.

.Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: no incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

•.Estado de **ánimo** depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej., llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
•.Disminución acusada del interés o de la capacidad para el **placer** en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
•.Pérdida importante de **peso** sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej., cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
•.**Insomnio** o **hipersomnia** casi cada día.
•.Agitación o enlentecimiento **psicomotores** casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
•.**Fatiga** o pérdida de energía casi cada día.
•.Sentimientos de inutilidad o de **culpa** excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
•.Disminución de la capacidad para pensar o **concentrarse**, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
•.Pensamientos recurrentes de **muerte** (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

.Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
.Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
.Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).
.Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Especificación de la severidad:

•LEVE: son pocos, o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral.
•MODERADO: existen síntomas o deterioro funcional situados entre <<leve>> y <<grave>>.
•GRAVE: se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.

3. RESULTADOS: RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

3.1. ¿Cuándo está indicado el tratamiento con fármacos de un paciente con depresión?

El médico de familia debe distinguir entre la depresión mayor, la cual es lo bastante severa para requerir intervención, y la tristeza o disconfor que son normales en la experiencia humana. Hay que diagnosticar si existe un episodio depresivo mayor para lo cual se recomienda emplear los criterios diagnósticos del DSM-IV [1, 2, 8, 12].

Una vez hecho el diagnóstico de episodio depresivo mayor**,** se emplearán fármacos antidepresivos en función de la existencia de una serie de indicadores: a)depresión moderada o grave [1, 3, 4, 5, 7, 12] (la depresión leve puede tratarse indistintamente con fármacos o psicoterapia, aunque alguna guía recomienda el tratamiento farmacológico si existe historia previa de episodio depresivo grave o un trastorno distímico [5]); b)existencia de rasgos sintomáticos psicóticos, melancólicos o atípicos (bulimia, hipersomnia, ganancia de peso) [1, 3] ; c)el paciente demanda medicación [1, 3] ; d)no hay facil acceso a un psicoterapeuta [1, 3] ; e)el paciente mostró una respuesta previa positiva a la medicación [1, 3] ; f)se puede planificar el seguimiento del tratamiento de continuación [1, 3]. La ausencia de estos indicadores no predice el fracaso de la medicación, pero su presencia se asocia con una mayor probabilidad de eficacia terapéutica [1, 3].

Alguna guía introduce matices interesantes en la indicación de tratamiento con fármacos antidepresivos [8]: a)toma de medicación que contribuya a los síntomas depresivos (carbidopa-levodopa; beta-bloqueantes; clonidina; benzodiacepinas; barbitúricos; antiepilépticos; anti-H2), en cuyo caso se aconseja suspender la medicación sospechosa antes que iniciar tratamiento antidepresivo; b)existencia de patología médica subyacente que explique la clínica depresiva, cuya importancia y probabilidad de concurso en el síndrome depresivo debe ser ampliamente investigada por el médico, así como asegurarse de que el proceso está correctamente tratado antes de iniciar tratamiento antidepresivo.

3.2. ¿Cuál es el fármaco aconsejable como primera elección terapéutica de la depresión mayor en atención primaria?

Ningún fármaco antidepresivo ha demostrado una eficacia superior a los demás. Todos los antidepresivos se consideran igualmente eficaces y se estima que su tasa de remisión de la sintomatología se sitúa entre el 50-70% en comparación del 30-40% del placebo. Por tanto, **la recomendación de que cualquier antidepresivo es igualmente eficaz como tratamiento de primera elección es generalizada en las guías revisadas, y se deben tener en cuenta una serie de criterios para elegir el medicamento en cada paciente**. Alguna guía matiza específicamente que los IMAO quedan excluidos de esta consideración para el empleo en atención primaria [10], cosa que en nuestra práctica clínica tenemos por "evidente".

El grupo de Nueva Zelanda [5], define las **contraindicaciones** de las dos familias principales de antidepresivos:

- Para los ISRS: 1).Por la información limitada sobre su teratogenicidad debe tenerse precaución en embarazo. Tampoco se aconseja en lactancia; 2).Conocimiento de intolerancia o efectos indeseables previos.
- Para los antidepresivos tricíclicos: 1).Cuando existe un sustancial riesgo de suicidio por sobredosis de ATC: 2).Enfermedad coronaria o arritmias cardiacas. Idealmente una persona con más de 40-45 años se debería realizar un electrocardiograma antes de prescribirle un antidepresivo tricíclico; 3).Glaucoma o prostatismo; 4).Ancianos con riesgo especial de hipotensión postural; 5).Cuando la persona necesita conducir o manejar maquinaria y el antidepresivo tricíclico puede alterar su actividad; 6).Imposibilidad para abandonar el consumo de alcohol u otras drogas; 7).Cuando la persona no pueda tolerar los efectos indeseables.

Los **criterios para seleccionar la medicación antidepresiva**, que se sustentan en un máximo nivel de evidencia científica son los siguientes:

a) PERFIL DE EFECTOS INDESEABLES [1, 2, 3, 5, 7, 8, 10] : todos los fármacos tienen efectos indeseables, y no se ha demostrado que la tasa de abandonos por causa de dichos efectos sea superior, con relevancia clínica, en un grupo que en otro. La tolerancia a dichos efectos indeseables aumenta cuando la prescripción se realiza acompañada de una información correcta [5]. Parece aconsejable que los médicos de familia se especialicen en el manejo de un par de fármacos antidepresivos de cada grupo, eligiendo los de menos efectos indeseables de cada grupo [12].

b) RESPUESTA PREVIA A LA MEDICACIÓN [1, 2, 7]: el conocimiento de eficacia o fracaso terapéutico con alguna medicación concreta es un criterio para decidir su prescripción o no prescripción en episodios depresivos sucesivos.

c) ENFERMEDADES MÉDICAS CONCURRENTES QUE DETERMINEN LA SELECCIÓN DEL ANTIDEPRESIVO DE MENOR RIESGO [1, 2, 8, 10, 12]: la selección del anti-

depresivo puede hacerse basándose en el conocimiento de sus contraindicaciones, entre las que se encuentran determinadas enfermedades médicas. Tienen menos contraindicaciones médicas los ISRS y trazodona que los tricíclicos en general.

d) TRATAMIENTOS CONCOMITANTES QUE DETERMINEN INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS [1, 2, 5, 8].

Otros criterios para seleccionar la medicación antidepresiva, pero que se sustentan en un nivel menor de evidencia son:

a) Historia de familiares de primer grado que han respondido a una medicación.

b) Tipo de depresión: en algunas guías se recomienda como primera elección en la depresión mayor grave o con síntomas melancólicos los antidepresivos tricíclicos, dejando los ISRS en un segundo escalón [1, 5, 6].

c) Coste de la medicación y experiencia del clínico en el manejo del agente: no hemos encontrado estudios de coste-efectividad que se puedan extrapolar a nuestro sistema sanitario. Conocer el coste-efectividad y otros análisis farmacoeconómicos de los antidepresivos en nuestro sistema sanitario es una importante oportunidad de investigación. Alguna guía recomienda como opción más coste-efectiva trazodona o lofepramina [2].

d) Preferencia del paciente.

e) Si el paciente tiene un trastorno psiquiátrico concurrente, algunas guías proponen tratar en primer lugar con fármacos que sean eficaces en ambos trastornos [1].

f) Riesgo de suicidio: los fármacos más seguros ante un intento suicida con medicación son los ISRS. No obstante no hay pruebas concluyentes que indiquen el impacto de la medicación prescrita en la ejecución del suicidio, ya que el paciente podría intentarlo con fármacos o por otros medios [5].

3.3. Evaluación de la eficacia de la medicación

Existen pruebas de que la primera evaluación de la eficacia terapéutica debe hacerse entre las 4-6 semanas de inicio del tratamiento, recomendándose 4 semanas especialmente en casos graves [1, 4, 5, 8, 10, 11, 12]. Antes de la primera evaluación de los resultados terapéuticos deben ofrecerse visitas frecuentes (personales o telefónicas), siendo mayoritaria la recomendación semanal. La mejoría a las seis semanas se evaluará considerando: a)número de síntomas que remiten [6]; b)rendimiento laboral [6]; c)calidad de las relaciones interpersonales [6].

Si no hay mejoría se recomienda seguir la siguiente pauta:

1. REEVALUAR EL DIÁGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO [1, 6]. La dosificación insuficiente es una de las causas principales de fracaso del tratamiento [6]. También debe evaluarse la posibilidad de que exista comorbilidad, especialmente abuso de sustancias y trastorno de la personalidad [6].

2. OPCIONES CUANDO EL DIAGNÓSTICO, DOSIFICACIÓN Y ADHERENCIA SON CORRECTOS Y NO HAY MEJORÍA EN SEIS SEMANAS:

   2.1. Si la mejoría es poco clara continuar con la medicación haciendo los ajustes oportunos [11].

   2.2. En caso de ausencia de mejoría podríamos optar por una de las siguientes decisiones:

   2.2.1. Reajustar la dosis [1].

   2.2.2. Interrumpir el tratamiento y asociar un segundo fármaco [1, 2, 5, 10.] Esta opción se considera preferible en atención primaria a la asociación terapéutica [1]. El fármaco de segunda elección debería ser de una clase distinta de antidepresivo [2, 10].

   2.2.3. Asociar un segundo fármaco [1, 10, 11]. La asociación de dos fármacos no debe aconsejarse sin consultar con el psiquiatra [1].

   2.2.4. Asociar psicoterapia a la medicación inicial [1, 5, 12].

   2.2.5. Interconsulta con psiquiatría [1, 4, 11, 12]. Algunas guías consideran resistencia al tratamiento cuando fracasa un primer ensayo de seis semanas, mientras otras esperan al fracaso de dos ensayos de seis semanas con dos antidepresivos de distinta familia. La interconsulta con psiquiatría sería una buena práctica en las dos situaciones.

A las doce semanas de inicio del tratamiento (seis semanas después del cambio en los casos de no mejoría inicial) debe hacerse una segunda evaluación. En esta segunda evaluación debe observarse una respuesta casi completa (síntomas mínimos o ausentes), con lo cual finalizaría la fase aguda y iniciaríamos la fase de continuación. Si no hay remisión completa de los síntomas se seguirá monitorizando cada dos semanas y se consultará con el psiquiatra si no hay evidente mejoría [11]. El tratamiento alternativo ante la resistencia debe ser especializado [10]. Alguna guía recomienda consultar con el especialista desde la semana 12 si no se constata la remisión, o en caso de que haya recaída sintomática después de una remisión completa [12].

3.4. ¿Cuánto tiempo debe tratarse un episodio? Tratamiento de continuación

Se llama tratamiento de continuación al que tiene por objetivo disminuir la probabilidad de recaída (reaparición de la sintomatología del actual episodio de depresión). Tras la remisión (fase aguda) se recomienda continuar el tratamiento a las mismas dosis durante un tiempo comprendido entre los 4 a 9 meses [1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12].

El tiempo mínimo de tratamiento de continuación es de 4 meses desde la remisión y se recomienda para casos de episodio depresivo único y con fecha de inicio claramente reconocida por el médico [1].

Los pacientes que han respondido completamente al tratamiento en la fase aguda deben tener visitas de seguimiento cada 1-3 meses durante la fase de continuación para evaluar síntomas, eficacia, efectos secundarios y garantizar la adherencia [1, 5].

Al finalizar la fase de continuación se procederá a la supresión del tratamiento. Los fármacos antidepresivos son seguros en tratamientos prolongados pero deben retirarse cuando ya no son necesarios. Para ello debe informarse al paciente, incluyendo de la necesidad de reinstaurarlo a dosis plenas si reaparece la clínica depresiva [1, 5].

Es recomendable la reducción progresiva de los antidepresivos tricíclicos cuando se han empleado durante 3 meses o más. La reducción se hará en un intervalo de 2-4 semanas [1, 5]. Hay pruebas de que no es necesario un periodo de reduccion de dosis para fluoxetina [5].

3.5. ¿En qué situaciones está indicado el mantenimiento del tratamiento farmacológico?

Se llama tratamiento de mantenimiento al que tiene por objetivo prevenir la recurrencia (aparición de un nuevo episodio de depresión).

El tratamiento de mantenimiento se hará con el mismo medicamento que se empleó en las fases agudas y de continuación [1].

Las indicaciones del tratamiento de mantenimiento son definidas por dos guías de práctica clínica [5, 12] (incluimos entre paréntesis la fuerza de la recomendación):

1. Existencia de tres o más episodios de depresión mayor (A).
2. Dos episodios previos previos de depresión mayor y además:
   - 2.1. Historia familiar de trastorno bipolar (B).
   - 2.2. Historia de recurrencia en el año posterior a la supresión del tratamiento de continuación (B).
   - 2.3. Historia familiar de episodio depresivo mayor recurrente (B).
   - 2.4. Primer episodio depresivo antes de los 20 años (B).
   - 2.5. Los dos episodios de depresión fueron súbitos o amenazantes para la vida en los tres años previos (B).
3. Trastorno distímico previo o actual (C).

El tratamiento de mantenimiento debe durar al menos tres años, y el tiempo exacto debe fijarlo el clínico en función de otros factores, especialmente el nivel de estresores y el soporte social del paciente [5].

3.6. Tratamiento antidepresivo en situaciones especiales

3.6.1. *Paciente suicida*

El factor de riesgo primario de suicidio es tener un diagnóstico psiquiátrico. Una enfermedad médica, crónica y activa es también un factor de riesgo significativo [1]. No hay pruebas de que el antidepresivo prescrito influya en la tasa de suicidio [5].

3.6.2. *Ancianos*

Los principios generales del tratamiento de la depresión mayor del adulto son aplicables al anciano [1, 5].

La eficacia de los distintos tratamientos es idéntica en el anciano que en la población general [5], aunque los ancianos tienen una tasa más elevada de comorbilidad y son más sensibles a los efectos indeseables. También la pérdida de apoyo social o el descuido personal pueden disminuir la adherencia a los tratamientos [5].

Para el episodio depresivo mayor de moderada intensidad sin síntomas melancólicos, los ISRS están indicados como primera línea de tratamiento [5].

Para la depresión mayor severa o con síntomas melancólicos deben usarse los antidepresivos tricíclicos como primera línea de tratamiento [5]. Las aminas secundarias como nortriptilina y desipramina tienen menos efectos secundarios y serían la primera línea de tratamiento en este caso [5]. Las aminas terciarias como amitriptilina y doxepina no están indicadas en ancianos debido a que sus efectos anticolinérgicos pueden causar delirio, estreñimiento y prostatismo, son sedativos y causan hipotensión postural [5]. Cualquier tricíclico es capaz de alterar la conducción cardiaca, por lo que debe realizarse un electrocardiograma antes de iniciar el tratamiento con antidepresivos tricíclicos en ancianos [5].

La fase de continuación se prolongará hasta los seis meses en caso de episodio único en la edad geriátrica, y hasta doce meses en episodios recurrentes [8].

3.6.3. *Depresión y enfermedades médicas concurrentes*

Si el paciente tiene un trastorno depresivo que pudiera estar ocasionado por una enfermedad médica concurrente o un tratamiento farmacológico se recomienda [1, 12]:

1.º Tratar óptimamente el problema médico asociado o modificar el régimen terapéutico responsable si ello es posible.

2.º Reevaluar al paciente.

3.º Tratar la depresión si todavía está presente en 4-6 semanas después de las modificaciones realizadas.

Debe considerarse que a veces es imprescindible tratar la depresión para poder hacer cambios en el régimen de tratamiento de una enfermedad médica [12].

3.6.4. *Depresión y enfermedad psiquiátrica concurrente*

Cuando la depresión se asocia a otra trastorno psiquiátrico existen tres posibilidades [1]:

1. Tratar la depresión como problema principal y reevaluar si se precisa tratamiento para el trastorno asociado (ej: trastorno de la personalidad, trastorno de ansiedad).

2. Tratar la condición asociada como problema principal (ej. Anorexia nerviosa, bulimia, trastorno obsesivo-compulsivo o abuso de drogas).

3. Valorar cuál es el trastorno que requiere tratamiento prioritariamente (ej: depresión y trastorno de pánico).

La opción elegida dependerá de la naturaleza del trastorno asociado. En general se considera que deben tratarse antes que la depresión los siguientes trastornos: abuso de alcohol y sustancias, trastorno alimentario y trastorno obsesivo-compulsivo porque en estos casos los síntomas depresivos pueden resolverse sin tratamiento específico [12].

3.6.5. *Depresión en niños y adolescentes*

Los antidepresivos tricíclicos no han demostrado eficacia superior al placebo en la depresión de niños y adolescentes [3, 5].

Los ISRS son los fármacos de primera elección [9], aunque deben ser indicados por psiquiatras [5].

Debe considerarse el tratamiento de mantenimiento en pacientes con episodios múltiples o severos de depresión y aquellos con alto riesgo de recurrencia. Los factores asociados a alto riesgo de recurrencia son: historia familiar de trastorno bipolar o depresión recurrente, comorbilidad psiquiátrica, situaciones estresantes y con falta de apoyo, y existencia de sintomatología residual o subsindrómica [9].

Los jóvenes con dos o más episodios depresivos deben recibir tratamiento de mantenimiento durante uno a tres años [9].

Los pacientes con episodios recurrentes acompañados de psicosis, deterioro severo, severa ideación suicida, y resistencia al tratamiento deben valorarse para tratamiento prolongado, incluso de por vida [9].

3.6.6. *Distimia*

Los pacientes sin criterios de depresión mayor y criterios de distimia pueden beneficiarse del tratamiento con antidepresivos [3]. Los antidepresivos se deben emplear al menos durante tres años, asociados a psicoterapia [5].

3.6.7. *Consideraciones específicas en la mujer*

Si la mujer toma anticonceptivos hormonales y se emplean tricíclicos para tratar la depresión debe aumentarse la dosis por inducción del metabolismo hepático de éstos [6].

En embarazo o probabilidad de embarazo, deben preferirse en principio los tricíclicos pues hay más experiencia de su bajo riesgo de teratogenicidad [6]. También hay revisiones amplias con pruebas de bajo riesgo para fluoxetina [6]. En episodios moderados deben evitarse los antidepresivos al menos en el primer trimestre y en la lactancia [5].

En la depresión posparto se emplearán antidepresivos en caso de depresión severa y prolongada [6].

4. CONCLUSIONES

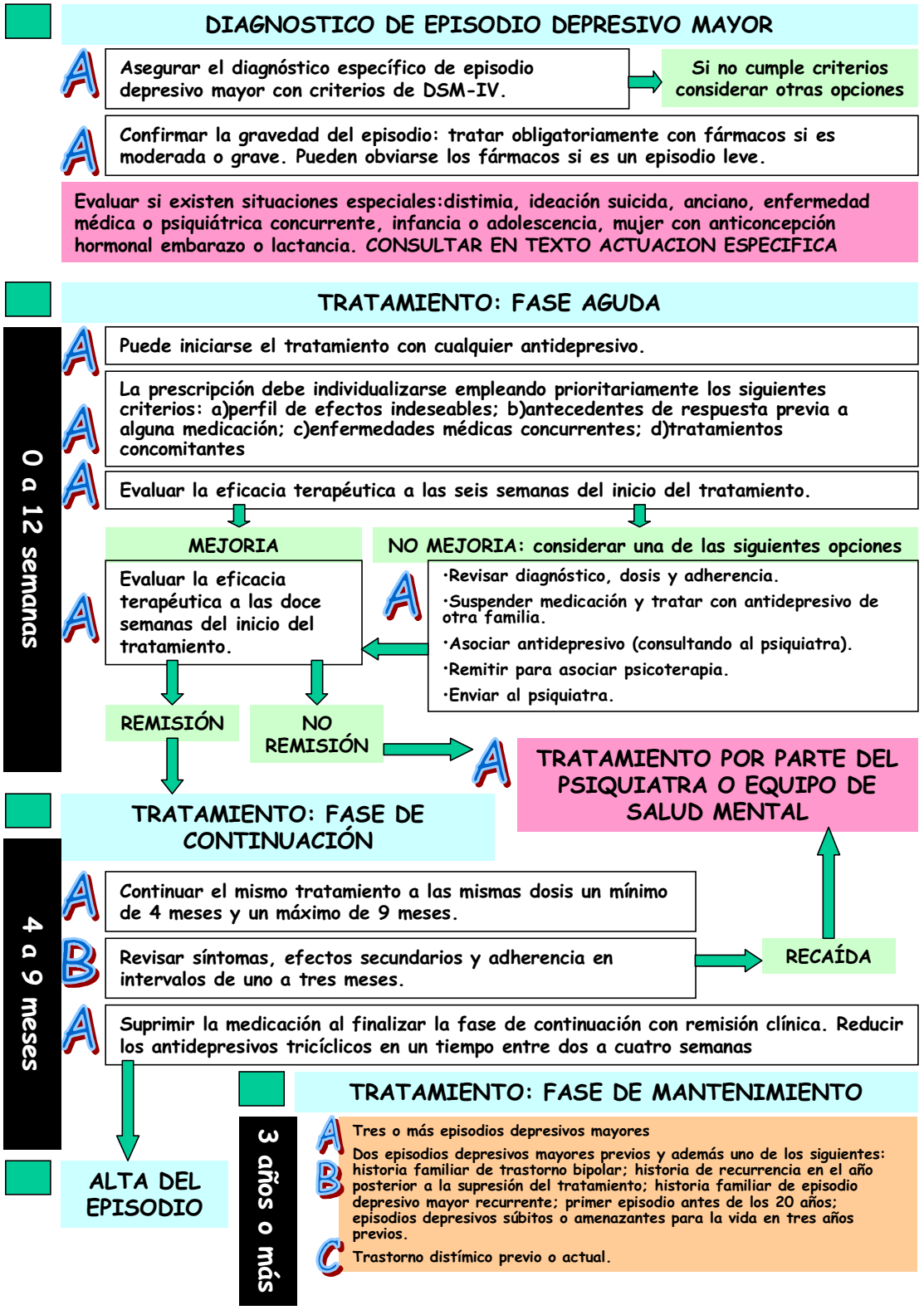
Las guías revisadas plantean recomendaciones con un alto grado de concordancia, hasta el punto de no haber hallado casos de recomendaciones contradictorias. Por tanto cualquiera de ellas puede usarse para tomar decisiones clínicas en el tratamiento de la depresión en atención primaria.

En el anexo 1 incluimos una guía de referencia rápida en la que se resumen las recomendaciones de esta revisión. Dicha guía puede emplearse como punto de partida en la elaboración de protocolos de tratamiento de la depresión en atención primaria.

ANEXO 1

Recomendaciones de tratamiento en la depresión mayor en atención primaria

Guía de Referencia Rápida



BIBLIOGRAFÍA

1. AHCPR. [en línea]: Depression in Primary Care. Volume 2. Treatment of Major Depression. 1993. <http:///www.text.nlm.nih.gov/ftrs> [Consulta: 1 octubre 2000]. 93-0551.
2. Centre for Evidence-Based Mental Health [en línea]: A Systematic Guide for the Management of Depression in Primary Care. 1998. <http://www.psychiatry.ox.ac.uk> [Consulta: 26 septiembre 2000].
3. Montana State University - Evidence-Based Medicine for Student Health Services –[en línea]: Depression. 2000. <http://www.montana.edu/wwwebm/Depression.htm> [Consulta 1 octubre 2000].
4. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines and Technology Assessment [en línea]: Major Depression, Panic Disorders and Generalized Anxiety Disorder in Adults in Primary Care. 1999. <http://www.icsi.org/guide/Anx.pdf> [Consulta: 1 octubre 2000].
5. New Zeeland Guidelines Group. [en línea]: Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals. 1996. <http://www.nzgg.org.nz> [Consulta: 29 septiembre 2000]. 0-478-10454-5.
6. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines and Technology Assessment [en línea]: Major Depression in Specialty Care in Adults. 2000. <http://www.icsi.org/guide/DeprSp.pdf> [Consulta: 1 octubre 2000].
7. National Guideline Clearinghouse [en línea]: Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System. Depression. 1998. <http://www.guidelines.gov/index.asp> [Consulta 1 octubre 2000].
8. National Guideline Clearinghouse [en línea]: Columbia (MD): American Medical Directors Association. Pharmacotherapy companion to the depression clinical practice guideline. 1998. <http://www.guidelines.gov/index.asp> [Consulta 1 octubre 2000].
9. National Guideline Clearinghouse [en línea]: American Academy of Children and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. 1998. <http://www.guidelines.gov/index.asp> [Consulta 1 octubre 2000].
10. National Guideline Clearinghouse [en línea]: American Psychiatric Association. Practice guideline for major depressive disorder in adults. 1993. <http://www.guidelines.gov/index.asp> [Consulta 1 octubre 2000].
11. Veterans Health Administration [en línea]: CLINICAL GUIDELINE FOR MAJOR DEPRESSIVE DISORDER (MDD), MDD WITH POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD), AND MDD WITH SUBSTANCE ABUSE (SA). <http://www.va.gov/HEALTH/MDD.hlp> [Consulta 29 septiembre 2000].
12. University of Washington Pyshicians [en línea]: Major depressive disorder guidelines. 2000. <http://healthlinks.washington.edu/guideline/depr/processes.html> [Consulta 1 octubre 2000]
13. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed.Española. Barcelona: MASSON S.A.; 1995.

A DEBATE

¿Qué puede aportar la gestión clínica al futuro de los servicios sanitarios?

Martínez Olmos J [1], Minué Lorenzo S [2], Baena Parejo MI [3]

[1] Profesor del Área de Gestión y Políticas de salud de la EASP y Coordinador del Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria de la EASP, [2] Profesor del Área de Gestión y Políticas de salud de la EASP, [3] Delegación Provincial de Salud de Granada.

BREVE REPASO A LA HISTORIA RECIENTE DE REFORMAS SANITARIAS

Desde hace ya varias décadas, los responsables de lo servicios sanitarios en los países desarrollados vienen mostrando una fundada preocupación en relación con el futuro de la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios, como consecuencia del continuo incremento de los costes económicos que el funcionamiento de los servicios ha evidenciado año tras año.

Es especialmente a finales de la década de los ochenta y a lo largo de toda la década de los noventa cuando han sido más frecuentes las propuestas de reforma de los sistemas de salud en Europa las cuales buscaban fundamentalmente conseguir ahorros en la gestión de los presupuestos sanitarios, una mayor eficiencia en la gestión y una mayor satisfacción de profesionales y usuarios de los servicios de salud[1, 2]. La evolución de estas reformas en los últimos años y su relativo fracaso en relación con esos objetivos, ha dado como consecuencia el que éstos hayan sido años en los que se ha apuntado que la gestión clínica puede ser la clave que permita definitivamente la consecución de los objetivos de eficiencia y ahorro en el interior de los servicios de salud.

Así, en estos años una característica muy evidente para los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y otros), ha sido la excesiva preocupación de las autoridades sanitarias por la contención de los costes económicos del sistema que ha condicionado en demasía las reformas sanitarias de nuestro país en los años noventa; esto es así hasta el punto de haber generado importantes resistencias y falta de adhesión a los cambios entre los profesionales[3, 4], ya fueran relacionadas con las atrevidas propuestas de cambio del Informe de la Comisión de Evaluación y Análisis del Sistema Nacional de Salud que en 1990 presidiera Fernando Abril Martorell[5], ya sean a las más recientes medidas tales como las sugeridas por el Parlamento español en 1997[6] o las que posibilitaron legalmente la creación de las Fundaciones Públicas Sanitarias como figura jurídica en la que se transformarían los hospitales públicos dependientes del INSALUD y que recientemente han sido abandonadas «de facto» como camino a seguir por el Ministerio de Sanidad y Consumo[7].

Actualmente se propugna el desarrollo de la gestión clínica como estrategia adecuada para mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos y como mecanismo de ahorro en los costes sanitarios; propuestas que aparecen impregnadas de nuevo en la actualidad de una excesiva preocupación por los costes, al menos aparentemente. Y esta excesiva preocupación por los costes si no se logra reorientar hacia una preocupación real por la calidad y por la aplicación en la práctica de la medicina basada en la evidencia para mejorar la efectividad de la práctica clínica, puede suponer el germen para un nuevo fracaso en la adherencia de los clínicos a los cambios impulsados desde las instancias oficiales.

En este sentido hay que decir además, que ni siquiera la aplicación correcta de las estrategias de gestión clínica en los servicios de salud garantiza de por sí la generación de ahorros en la gestión de los presupuestos sanitarios. Ni garantiza los ahorros, ni debe ser esa su principal finalidad por muy importante que sea el objetivo de conseguir una mejor gestión y un ahorro en los recursos que en un momento determinado sean innecesaria e ineficientemente utilizados en los servicios de salud.

Por el contrario, la gestión clínica tiene (y sólo debe tener) como objetivo, conseguir hacer real en la práctica clínica el concepto de medicina basada en la evidencia y por tanto, conseguir que la efectividad en la práctica clínica se acerque o consiga la mayor eficacia esperada tras

Recibido el 12-02-2001; aceptado para su publicación el 25-05-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 161-164

la aplicación de los conocimientos médicos en la lucha contra la enfermedad.

Este enfoque no descubre nada nuevo en la práctica de la medicina pues tradicionalmente, el objetivo ideal de la actividad clínica en la lucha contra la enfermedad es el de conseguir que la aplicación de los conocimientos científicos y de las tecnologías médicas disponibles en cada momento permita hacer realidad la curación de una enfermedad, la eliminación o el alivio de sus síntomas, la prevención de dicha enfermedad o la rehabilitación de sus consecuencias. Y todo ello, con la máxima eficacia posible.

Conviene aclarar que la *eficacia* es un concepto que determina la probabilidad de que un individuo en una población definida, se beneficie de la aplicación de una tecnología médica para la resolución de un problema de salud determinado bajo condiciones ideales de actuación; se trata por tanto de un concepto de validez universal y de carácter experimental. Está claro que esta es, desde siempre, la máxima aspiración de cualquier profesional de la salud en su relación con los pacientes pues la eficacia de la aplicación de una tecnología o un conocimiento médico es el objetivo de los médicos en la atención sanitaria.

Los condicionantes de la atención sanitaria eficaz

Se podría decir que cuando se comprueba que el ejercicio de la práctica clínica no es eficaz, sean cuales sean los condicionantes de esa ineficacia, nos enfrentamos a la necesidad de plantear estrategias y actuaciones para mejorar la actuación profesional en la labor de los sanitarios en su lucha contra la enfermedad, sus causas y sus consecuencias.

Esos condicionantes son los que tras la aplicación real de los conocimientos y las tecnologías médicas contribuyen a conseguir unos resultados determinados en la práctica clínica concreta y contribuyen a hacer realidad lo que se denomina *efectividad* en la práctica clínica. El concepto de efectividad es, por tanto, la probabilidad de que un individuo en una población definida, se beneficie de la aplicación de una tecnología médica para la resolución de un problema de salud determinado bajo condiciones reales de aplicación en el medio; se trata por tanto, de un concepto que carece de validez universal. Por el contrario, por decirlo de una forma más simple, es la medición del impacto que la práctica clínica concreta de un profesional o un conjunto de profesionales consigue en un momento determinado sobre una población determinada.

Cuanto más se aleje la efectividad de la práctica clínica de la eficacia esperable y teórica, mayor fracaso en la actuación de un profesional o de un servicio de salud y por tanto, mayor ineficiencia en el uso de los recursos habrá en la práctica de ese profesional o de ese servicio de salud.

Los condicionantes de la práctica clínica, es decir, aquellos elementos que determinan la efectividad de la misma, en el enfoque de gestión clínica han de ser definidos y medidos convenientemente para actuar con estrategias válidas que hagan posibles las medidas que permitan que la efectividad de la practica clínica sea lo más cercana posible a la eficacia esperable tras la aplicación de los conocimientos y de las técnicas médicas necesarias frente a la enfermedad; y la corrección de esos condicionantes (conocimientos o destrezas de los profesionales inadecuadamente aplicados, coberturas de programas de salud insuficientes, errores diagnósticos o terapéuticos, seguimiento inadecuado de los tratamientos por parte de los pacientes, etc.) va a requerir en ocasiones de nuevos recursos económicos que los hagan viables en la práctica como trataremos de argumentar más adelante.

Eficacia, eficiencia y ahorro

Por esta razón, no es evidente que conseguir ser eficientes condicione necesariamente ahorros económicos en la gestión de los presupuestos; no obstante dado que siempre hemos de trabajar con unos recursos determinados y limitados, la definición de objetivos de mejora de la efectividad de la práctica clínica en los contratos de gestión permitirá siempre mejorar en lo concreto la práctica de los profesionales y la calidad de la atención sanitaria.

La *eficiencia* en la gestión de los recursos sanitarios es un objetivo deseable en la medida que supone estar obteniendo el máximo rendimiento a los recursos disponibles sean éstos personal, instalaciones, medios diagnósticos, terapéuticos, preventivos o recursos de cualquier tipo. La eficiencia es un concepto económico que relaciona los resultados obtenidos en una actividad determinada respecto a los recursos destinados a esa actividad; en la medida que con idénticos recursos se puedan obtener mejores y mayores resultados, la eficiencia en la gestión de esos recursos será mejorable.

Pero hay que señalar que en medicina, el concepto de eficiencia va ineludiblemente unido al de eficacia pues, no es posible que exista realmente eficiencia si el resultado de usar unos determinados recursos en medicina no es el que el conocimiento científico puede hacer esperar en función de la eficacia demostrada en laboratorio. No ser eficaz en medicina, es conceptualmente sinónimo de ineficiencia. Por lo tanto, en el paradigma actual de la medicina basada en la evidencia, la eficacia de las actuaciones es el objetivo a conseguir. No ser eficaces es ser ineficientes.

Lo que la gestión clínica ha de permitir es que se consiga evaluar la efectividad de la actuación clínica y deter-

minar los factores condicionantes; a partir del conocimiento de un nivel determinado de efectividad en la práctica clínica en un servicio o unidad determinada de cualquier servicio sanitario y a partir de la determinación de sus factores condicionantes, habrá que elaborar estrategias de gestión clínica, que basándose en los criterios de la medicina basada en la evidencia, pretendan mejoras concretas de la efectividad y su acercamiento paulatino a la eficacia; ello requerirá a veces más recursos para conseguir los objetivos de mejor efectividad. Y eso cuando suceda, será lo contrario de ahorrar.

Veamos un ejemplo; supongamos que un fármaco antihipertensivo tiene una eficacia demostrada de laboratorio de un 76%, lo que querría decir que en condiciones ideales, la correcta aplicación de este fármaco sería capaz de conseguir situar las cifras de la presión arterial en parámetros de normalidad en el 76% de los casos.

Siguiendo con el ejemplo, vamos a asumir como supuesto teórico que está demostrado que la efectividad en la práctica clínica contra la hipertensión está condicionada por los siguientes factores: *la precisión en el diagnóstico, la prescripción correcta del fármaco, el seguimiento del tratamiento por el paciente y la cobertura del programa en la población hipertensa*.

Bien, pues si en una situación hipotética, al analizar la práctica clínica de un médico (o de un equipo de atención primaria o de un servicio clínico hospitalario) se comprueba un acierto en la precisión diagnóstica de un 95%, una prescripción correcta del fármaco de un 95%, un seguimiento correcto del tratamiento farmacológico de un 80% y una cobertura poblacional del programa de un 90%, podría obtenerse como resultado que la efectividad de la práctica clínica es del 64,9% (0,95x 0,95x 0,8x 0,9). Es decir, la efectividad no llega al 65% y puede afirmarse que los factores condicionantes mencionados han «mermado un 11% de probabilidades de curación» respecto a la eficacia de laboratorio.

Si como consecuencia de este análisis un equipo de atención primaria se propusiera llevar a término un plan de gestión clínica que pretendiese mejorar la efectividad de la práctica clínica en este caso, es probable que hubiese que desarrollar las siguientes intervenciones: formación de los profesionales para mejorar su capacidad diagnóstica y su capacidad de prescripción (aún cuando en el ejemplo están en un alto nivel); acciones de educación poblacional tales como campañas informativas, folletos, anuncios, etc. así como acciones de mejora de la adherencia al tratamiento entre los pacientes para mejorar el seguimiento del tratamiento; finalmente, articular acciones que mejoren la cobertura del programa acercándola al 100% como por ejemplo, más educación sanitaria, información personalizada u otras.

Es evidente que ello favorecería hacer atención sanitaria de calidad y que todas estas acciones para mejorar la efectividad requieren más recursos sean estos determinados en términos de más tiempo de trabajo de profesionales, incremento con nuevos profesionales o nuevos recursos financieros que permitan otras actividades como las citadas.

Con este ejemplo se puede señalar claramente que, al contrario de lo que se cree con mucha frecuencia, hacer las cosas mejor en sanidad y hacerlas más eficientemente no es sinónimo de ahorro económico; hay ocasiones en que para conseguir mejoras en la efectividad de nuestras actuaciones hay que realizar esfuerzos de mayor dotación de recursos. Eficiencia y ahorro no son por tanto conceptos indisolublemente unidos como puede comprobarse.

No debe olvidarse además la existencia de condicionantes en nuestro sistema sanitario que imposibilitan *de facto* alcanzar la máxima eficiencia deseable. Dos ejemplos tal vez ilustren esta afirmación: los tratamientos más efectivos para el manejo del asma bronquial son indudablemente más caros que los empleados hace varios años; este necesario aumento del gasto debería compensarse, según algunos gestores y políticos sanitarios, con la eliminación de las bolsas de ineficiencia existentes: éstas evidentemente existen…pero, ¿están dispuestos los responsables sanitarios a tomar las medidas precisas para contribuir a minorar tales ineficiencias?: (limitación a la nueva financiación de medicamentos, no financiación de fármacos inefectivos, impulso de una política de genéricos real…).

Un último ejemplo: en ciertos centros y equipos de atención primaria, numerosos médicos de familia atienden más de 60 pacientes al día, algo incompatible con una asistencia sanitaria de calidad; la necesidad de aumentar la plantilla de facultativos de esos centros es refutada en ocasiones por el hecho de que en los mismo centros existen médicos que solo atienden a 5 pacientes al día; pero no es posible actuar sobre estos últimos aumentando su número de pacientes o amortizando su plaza para crear otra nueva con el actual marco estatutario: ¿ puede aumentarse la efectividad en la práctica clínica del médico que atiende 60 pacientes sin incrementar la inversión en recursos humanos, en nuevos facultativos?

La calidad de la atención sanitaria sería hacer clínica con la máxima eficacia posible; y la eficacia va indisoluble ligada con la eficiencia, pues como hemos argumentado no es eficiente aquello que no es eficaz. Y en los servicios de atención primaria de salud implica también en muchas ocasiones, realizar acciones enmarcadas en el paradigma de la clásica promoción de la salud tales como la educación para la salud, la acción comunitaria y otras que la gestión clínica y los contratos de gestión han de contemplar si se quiere mejorar la calidad de muchas de

las acciones y programas de salud de los centros de atención primaria.

El trabajo con el enfoque de la medicina basada en la evidencia, es decir el trabajo que propicia la gestión clínica, hace énfasis en la calidad al pretender "hacer no solo correctamente las cosas, sino además las cosas correctas"[8]. Pero ello implica que en ocasiones puede suponer más gasto.

La necesidad de impulsar seriamente la gestión clínica, junto a la necesidad de cubrir adecuadamente los servicios sanitarios con las nuevas tecnologías que continuamente los avances científicos van ofreciendo y junto al requerimiento de un potente sistema de motivación y de incentivos profesionales que no han de basarse necesariamente de manera exclusiva en incentivos económicos, (pero que van a requerir más recursos económicos para ser viables), abren un panorama de futuro en el cual cabe argumentar sobre la cada vez más evidente necesidad de dedicar más recursos a la sanidad para hacer viables estos cambios. Y estos recursos adicionales que necesitaría el sistema no van a provenir sola y exclusivamente de una mejor gestión sino que van a requerir un esfuerzo presupuestario que de no producirse, puede condicionar el éxito de esta llamada por algunos *tercera reforma sanitaria* y, por tanto, el futuro de nuestra sanidad[9, 10].

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Martín, JJ. Reformas sanitarias en Europa. En: Díaz SJ, Kloss-Quiroga B, Kroeguer A, Ochoa A, editores. Reforma del sector salud en Latinoamérica y experiencia europea. Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional 1998: 73-90.
2. Martínez Olmos, J. Reformas sanitarias en Europa: elementos comunes y diferencias. Cuadernos de Gestión1998; 4: 173-180.
3. Elola Somoza FJ. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España 1983-1989. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1991.
4. Irigoyen Sanchez-Robles, J. La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica. Universidad de Granada. Biblioteca de Ciencias Políticas y Sociología. Serie estudios número 12, 1996.
5. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. "Informe y recomendaciones". Madrid 1991.
6. Acuerdo de la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria. Enero-Marzo 1998; II (5):149
7. Gómez de Hita, J.L. «Formas jurídicas de la organización sanitaria» EASP Serie Monografías. N° 25. Granada, mayo de 2000.
8. Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
9. Irigoyen Sanchez-Robles, J. Presente y futuro del sistema sanitario en Andalucia. En: Moyano Estrada, E; Pérez Yruela, M, editores. Informe social de Andalucía (1978-98). Dos décadas de cambio social. Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía. Federación de Cajas de Ahorros de Andalucía, 1999. p. 313-318.
10. López-Casasnovas, G. Una guía de navegación para ordenar y clarificar el debate sanitario. Gaceta Sanitaria 1999. 13: 226-232.

ÁREA DOCENTE

El aprendizaje de los adultos

Villanueva Roa JD [1]

[1] *Doctor en Filología Hispánica.*

FUNDAMENTOS PSICO-PEDAGÓGICOS

1. Marco en el que se encuentra el adulto

Nos encontramos ante una sociedad que se caracteriza por el cambio. Sin duda, los últimos veinte años han sido la confirmación más exacta de que nuestra época es radicalmente diferente de las que nos han precedido. La rapidez del cambio es, a todas luces, el rasgo más característico de estos años finales del siglo veinte y comienzos del veintiuno.

La tecnología y las ciencias sobrepasan lo imaginable, las comunicaciones aumentan y se desarrollan, los seres humanos aceleran por doquier la movilidad social y sus aspiraciones de participación en las más variadas manifestaciones culturales y políticas. Ejemplo de ello son los inesperados cambios sufridos en el mapa político de Europa y el resto del mundo.

Nos hallamos, pues, ante un conjunto de situaciones de una complejidad inusitada y todas estas transformaciones afectan sobre todo al sujeto que directamente está comprometido en las mismas: EL ADULTO.

Los adultos deben ajustarse a este permanente cambio y tomar decisiones para poder sobrevivir manteniendo una calidad de vida adecuada. Sin embargo, la mayor parte de los sistemas educativos no dan respuesta, de forma suficiente, a las necesidades de educación que estos tienen para poder dar adecuada réplica a la sociedad cambiante en la que viven. La educación, a diferencia de otras épocas, no ha de procurar enseñanzas para un mundo conocido, sino para un mundo caracterizado por un cambio permanente, que puede dar lugar a situaciones imprevisibles.

Se trata, pues, de prever un sistema de educación que pueda dar respuesta a las necesidades de los adultos en una sociedad en cambio permanente, se trataría, en definitiva, de una educación que preparara para la anticipación y la innovación, y dejara de ocuparse de una educación para la adaptación. Nos encontramos en el tránsito de una sociedad industrial a la postindustrial, siendo este tipo de sociedad al que nos dirigimos, el que va a constituir el marco de la educación de adultos.

El ya célebre documento «Prospectiva 2000», realizado por una comisión de expertos pertenecientes principalmente a la Academia de Artes y Ciencias norteamericana y al Instituto de Hudson presidido por el Dr. Ball, analiza la sociedad postindustrial, indicando que en ella el conocimiento teórico es el factor determinante de la innovación y las instituciones intelectuales son el centro de la estructura social.

Si consideramos la sociedad postindustrial, podemos señalar los siguientes factores como los más característicos de este tipo de sociedad:

1.—Productividad en aumento, como consecuencia de la automatización, informatización y reducción de empresas marginales.

2.—Reducción del tiempo de trabajo y aumento del ocio.

3.—Las actividades económicas más frecuentes son las terciarias (servicios) y las cuaternarias (investigación, formación, cultura).

4.—Sociedad de masas con la aparición de las megalópolis, con abundancia de hiperorganización y burocratización, al mismo tiempo que falta de equipamiento. Desarrollo del anonimato social, de la inadaptación, el conformismo social y aparición de una contrasociedad unas veces integrada y otras ofensiva.

5.—Desarrollo de los conceptos del disfrute, de lo laico, de lo humanista y del confort personal como conceptos esenciales.

Es pues, esta, una visión prospectiva de la sociedad postindustrial presentada como una visión idealista de la historia, donde se conseguirá el bienestar gracias a una gestión inteligente de los recursos y grandes dosis de tecnocracia al servicio del crecimiento. A. Tourain (1969) nos presenta una sociedad postindustrial, separada de la in-

E-mail:aulae@urg.es

Recibido el 26-04-2001; aceptado para su publicación el 25-05-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 165-171

dustrial y distinta en la que el modo de producción y la economía se hallan programados. En esta sociedad la investigación, la transmisión y la formación del saber son los momentos más privilegiados del conocimiento. Es un tipo de sociedad centrada en la creatividad; en consecuencia, lo esencial es la capacidad de programar el cambio, y por tanto, la capacidad de manipulación de la clase dirigente.

Aparece una nueva alienación, la de reconocer los intereses de la clase dominante como intereses propios. El hombre alienado es aquel que reconoce como suyas las orientaciones sociales de la clase dominante.

El centro de gravedad se desplaza y ya no se centrará tan sólo en el conflicto «capital-trabajo». En la sociedad postindustrial y programada, el conflicto se centra en la apropiación del factor determinante del desarrollo de las sociedades; el conocimiento. El combate de las sociedades postindustriales es el combate por la apropiación del saber y del conocimiento. Como afirma Escotet (1990): «El auténtico protagonismo de la Universidad y de la escuela, tiene que dirigirse a ayudar a pensar a la persona: enseñar a aprender; a inculcar amor profundo por la idea de conocer, más que a dar información a saber dónde buscarla y cómo seleccionarla e interpretarla; a generar nuevos conocimientos». En consecuencia en esta sociedad postindustrial «la producción del conocimiento», su creación, su difusión y su apropiación ocupan el lugar primordial; y junto al conocimiento aparece la innovación. La cultura general se convierte en algo difícil de alcanzar. La madurez se busca cual si fuera un mito, y el ser humano se convierte en un hombre y una mujer permanentemente inacabados tanto a nivel social como cultural. Así, en la espiral permanente por producir innovaciones en todos los campos, encontramos el fundamento del cambio. Aparece también el fenómeno de la «obsolescencia cultural» (los saberes y sus aplicaciones mueren antes de su aparición). Fenómeno, que obliga a todos los componentes de la sociedad postindustrial a una lucha contra un envejecimiento prematuro del saber y de la cultura.

Esta obsolescencia es un fenómeno tanto sociológico como psicológico, es decir, antes de declinar las capacidades del adulto, los conocimientos adquiridos y la experiencia acumulada se encuentran desfasados. Y este desfase se halla relacionado con la innovación permanente del conocimiento. Se hace necesario un reaprendizaje permanente para evitar la obsolescencia. Esta necesidad nos conduce a la Educación Permanente. A través de esta educación puede solventarse el problema que la innovación y la obsolescencia acarrean en los miembros de la sociedad postindustrial.

La sociedad postindustrial, cuyos inicios, ya aparecen en nuestra vida actual, comporta la necesidad de no confiar tan sólo en el refuerzo y el desarrollo de las capacidades, información y comportamientos precisos para mantener la sociedad y desde este punto básico de estabilidad continuar el progreso. Este tipo de educación para el mantenimiento y la adaptación no es suficiente para la autorrenovación, la transformación y el enfrentamiento a situaciones inéditas y el cambio que implica la sociedad postindustrial. Estos cambios técnico-culturales manifiestan la necesidad de otro tipo de educación: La educación para la anticipación y la innovación es aquella que fomenta la iniciativa humana, es aquella que desarrolla en los adultos la capacidad de influir en los hechos y acontecimientos, en el entorno y sobre las experiencias. Este tipo de educación sólo es compatible con la Educación Permanente, una educación que si desea ser innovadora y apta para la sociedad postindustrial, no sólo se ocupará de la manipulación de símbolos lingüísticos y numéricos sino también de los valores, de su análisis y su formulación. Y todo ello, desde la necesaria óptica del enfoque interdisciplinario. El aprendizaje innovador se propone devolver el aprendizaje activo a todos los que se encuentran habitualmente confinados en la sociedad a un papel pasivo de asimilación. La clave de este objetivo se halla en la participación, que permite al estudiante examinar los lugares recónditos del conocimiento, poner en tela de juicio su importancia y significado y replantear, combinar y organizar sus ideas, siempre que ello sea necesario.

M.A., Escotet (1990) afirma: «La educación es sencillamente un proceso sin fin y el aprendizaje un viaje continuo sin retorno. La Universidad y de forma más general la Escuela, tiene que revolucionar su naturaleza actual para estar cambiando sin pausa, para crear impronta en su comunidad de que el aprendizaje es la capacidad del hombre para anticiparse al futuro, para resolver las situaciones nuevas, para arriesgarse a pensar para seguir aprendiendo».

En conclusión, hemos analizado cómo el carácter cambiante de la sociedad en que vivimos, incide de tal modo en la educación, que de ser para la adaptación ha pasado a ser para la anticipación y la innovación, constituyendo así a los educandos en seres activos, capaces de participar en las reformas de la sociedad sin permanecer al margen por su incapacidad.

2. La adultez: Características. Concepto. Delimitación del término. Aproximaciones

Antes de seguir avanzando debemos delimitar y determinar qué es y qué significa ser adulto en nuestra sociedad. Esta delimitación como cualquier otra, no es tarea fácil, de ahí que tomemos como punto de partida su definición etimológica. El término adulto procede del verbo latino

adolescere, que significa crecer; así adulto se deriva de la forma del participio pasado *adultum*: el que ha terminado de crecer, el que ha crecido. Del mismo modo adolescente se deriva del participio de presente *adolescens*: el que está creciendo. Así, en nuestra cultura, se entiende por adulto la persona que ha dejado de crecer y está situada entre la adolescencia y la vejez, por tanto es el período más largo de la vida humana. Cronológicamente la adultez abarca los 4 decenios comprendidos entre los 20 y los 60 años, aunque estos límites varíen según las culturas, los contextos sociales y los individuos y a su vez se puedan señalar distintas etapas. Según la UNESCO, se considera adulto al: individuo que posee todas las funciones somato-psíquicas correspondientes a su especie. Jurídicamente el término adulto equivale a «mayoría de edad» por lo que el sujeto vive y actúa en la sociedad según su propia responsabilidad y no bajo la tutela de otros. El momento en que se adquiera la mayoría de edad está determinado por la edad cronológica que marca la ley, que se rige por criterios políticos, sociales y psicológicos. Esta edad varía según la época, los lugares y el medio social. En España y gran parte de los países del mundo occidental, se alcanza a los 18 años y lleva consigo un *estatus* legal que da derecho al voto. Este hecho, junto con el desempeño de un trabajo retribuido y posteriormente la elección de pareja y la paternidad, serían los tópicos que vendrían a definir la adultez. Sociológicamente se considera adulta a una persona que está integrada en el medio social, ocupando un puesto y en plena posesión de sus derechos, libertades y responsabilidades. Esta situación conlleva haber superado un proceso que se desarrolló a lo largo de la infancia, la adolescencia y la juventud, en el seno de la familia, la escuela y el grupo de coetáneos.

El hombre adulto, necesita vivir en sociedad, y uno de los rasgos madurativos en este ámbito es la integración dentro de la comunidad al servicio de los intereses comunes. Lowe (1978) señala que la madurez es un período de responsabilidad e influencia, en el que los adultos están a cargo de las cosas, las dirigen y representan el modo de ser de éstas en la sociedad. Psicológicamente la cuestión es más compleja. El término adulto se emplea como sinónimo de madurez de personalidad y hace referencia al adulto cabal, persona responsable que posee plenitud de juicio, seriedad y dominio de sí mismo. Folliet (1960) da un concepto global de adulto, definiéndolo como: «Aquel hombre que ha dejado de crecer y ha logrado la talla normal en todos los rasgos de su ser.» En psicología no abundan los estudios referidos a la adultez como etapa específica del ciclo vital humano y los que se han hecho adoptan con frecuencia una perspectiva sociológica en la que cobra especial relevancia el cambio de roles debido a acontecimientos vitales. Autores como Allport, Erikson, Lowe, Maslow y Browmley que consideran la adultez como estado, meta o aspiración, les resulta difícil de definir, pues equivale a «personalidad madura» y como tal, responde a criterios y características que no siempre son abarcables en su totalidad desde una perspectiva psicológica, por las implicaciones éticas y sociales que comportan. Los análisis estáticos que se han realizado deberían sustituirse por otros con una perspectiva más dinámica que considere la adultez como una etapa evolutiva dentro del ciclo vital, teniendo en cuenta que posee características que no siempre son definibles, porque su aparición o ausencia dependen, en gran parte del medio social.

Kholer (1960) manifestaba la imposibilidad de describir un estado adulto en sí, pero a la vez, la necesidad de definirlo. Desde esta postura ambivalente escribió: «Heredero de su infancia, salido de su adolescencia y preparando su vejez, el adulto es un DESARROLLO HISTÓRICO en que se prosigue o debería proseguirse la individualización del ser y su personalidad». Esta misma idea aparece en Browmley (1974) cuando señala: "La edad madura y la vejez son partes de un proceso histórico. Lo que lleguemos a ser depende, en gran parte, de lo que somos ahora, que a su vez es consecuencia de lo que fuimos en el pasado".

Todos estos conceptos de adultez son globales y resulta difícil de encontrar otros en términos más precisos, debido quizás, a que los estudios psicológicos sobre la vida humana se han centrado fundamentalmente en torno a la niñez, la adolescencia y la vejez. A ello se le suma otra dificultad, el hombre adulto se desenvuelve en una etapa cronológica en la que interactuan sus bases biológicas y el aprendizaje, que a su vez están intensamente mediatizados por el ambiente social y cultural.

La «pedagogía de adultos», cuya necesidad se está manifestando actualmente, no ha sido suficientemente desarrollada porque la "psicología de la adultez" tampoco lo está y ésta le es totalmente necesaria para fundamentarse y elaborarse científicamente. Se necesita una Psicología Evolutiva de la adultez, lo mismo que en su día la pedagogía científica del niño necesitó de una Psicología Evolutiva de la Infancia. Como ya hemos anticipado, este período, el más largo y fecundo de la vida, está todavía prácticamente por explorar y descubrir psicológicamente. La Psicología evolutiva que era la llamada a estudiarlo, se detuvo hasta hace muy poco en la exploración y estudio de las fases más tempranas de la vida: infancia y adolescencia.

Debido al interés creciente que la adultez está despertando en la vida política, social, económica, cultural, los psicólogos están multiplicando las investigaciones y estudios sobre este período, incomprensiblemente olvidado. La gran novedad y sorpresa producidas por los hallazgos de estos estudios, han sido que la «Adultez» no podemos

seguir considerándola por más tiempo como una época de vida estable y tranquila, monótona y aburrida psicológicamente, porque en ella nos encontramos con altos y bajos, avances y retrocesos, procesos de evolución y cambios tan decisivos y profundos como los de las épocas anteriores. La realidad de esos cambios es innegable. Ahora la principal preocupación entre los estudiosos de la "Adultez" está en saber si estos procesos de cambio - que son obvios - obedecen a un orden, pauta o secuencia previsibles, y si están o no perfectamente delimitados en el tiempo. Para unos estos cambios sí son previsibles, pero no se pueden delimitar cronológicamente más que de manera muy imprecisa; para otros, en cambio, estos ciclos o niveles de edad por los que atraviesa el adulto camino de la vejez son previsibles y se pueden delimitar cronológicamente. Tratar ahora de fijar el número, la extensión y el contenido de cada uno de estos estadios, ciclos o etapas de la edad adulta constituye para estos psicólogos uno de los mayores retos a los que tiene que enfrentarse.

3. **Análisis psicoeducativo del proceso de enseñanza/aprendizaje**

Si bien son múltiples los aspectos que pueden incidir en el desarrollo del proceso de aprendizaje, tales aspectos se pueden concretar en tres grandes apartados:

- Aspectos provenientes de las teorías sobre Psicología de la Instrucción y Psicología del Aprendizaje.
- Aspectos provenientes de la influencia de determinados factores intrapersonales: son importantes los estilos cognitivos del sujeto, otros factores —no estrictamente cognitivos— de personalidad (ansiedad, expectativas de control y concepto de sí mismo), la motivación del alumno, y, sobre todo, sus propias estrategias de aprendizaje y trabajo intelectual autónomo.
- Aspectos provenientes de la influencia de determinados factores socio-ambientales e interpersonales: son importantes el estudio de los escenarios educativos, el comportamiento del profesor y sus estilos de enseñanza, las expectativas del profesor, y la interacción profesor-alumno y alumno-alumnos.

3.1. ***El enfoque cognitivo-constructivista***

Las principales teorías de este enfoque son:

a) *La concepción genético-cognitiva del aprendizaje (Piaget, 1956)*

Piaget opina que el nivel de competencia intelectual de una persona en un momento determinado de su desarrollo depende de la naturaleza de sus esquemas, del número de los mismos y de la manera en que se combinan y se coordinan entre sí, dando lugar a la existencia de cuatro periodos diferenciados de madurez cognitiva a lo largo de la vida: periodo sensoriomotor, preoperacional, de las operaciones concretas y de las operaciones formales.

Según esta teoría, el profesor debe tener presente que es el alumno el protagonista del proceso, que construye su propio conocimiento a través de las acciones mentales que realiza sobre el contenido del aprendizaje. Es el propio alumno el que consigue alcanzar un estado de equilibrio cognitivo, a través de un proceso de asimilación y acomodación, cuando en la interacción con los objetos existe un desajuste óptimo entre los nuevos conocimientos y el nivel de desarrollo del sujeto.

Se ha de tener presente que el protagonismo del alumno tiene un límite establecido por la madurez cognitiva del propio sujeto; según el periodo de desarrollo en el que se encuentre la mente del alumno tiene unas posibilidades de trabajo sobre la realidad y que, en el caso de la lengua, se manifiesta de manera clara en el vocabulario, y en la posibilidad o no de comprender el pensamiento concreto y/o el abstracto. Según el estadio de desarrollo cognitivo en el que está el alumno éste puede utilizar un tipo de vocabulario determinado y posee un tipo de pensamiento u otro.

Según Piaget, en la práctica educativa el aprendizaje escolar no debe ser sólo una recepción pasiva del conocimiento, sino que debe ser, en todo momento, un proceso activo de elaboración. Antes de comenzar con las sesiones de aprendizaje, los profesores deberán definir y conocer el nivel cognitivo de cada alumno, favoreciendo en la enseñanza las múltiples interacciones entre el alumno y los contenidos que debe aprender. A la hora de realizar la evaluación se tendrá en cuenta y se relacionarán las competencias cognitivas que ofrece el periodo o estadio en el que se encuentra cada alumno con las adquisiciones que el sujeto ha realizado.

b) *El papel de las relaciones interpersonales en la educación (Vigotsky, 1978)*

Vigotsky cree que las funciones psicológicas superiores son consecuencia del desarrollo cultural de la especie y no del desarrollo personal: el proceso de formación de estas funciones psicológicas se da a través de la actividad práctica e instrumental, pero no de forma individual, sino en interacción social.

Según esta teoría hay dos aspectos que matizan y concretan el currículo escolar: 1. La importancia que cobran las relaciones interpersonales; y, 2. La manera de entender las relaciones entre aprendizaje y desarrollo.

En el proceso de enseñanza/aprendizaje se dan dos momentos inseparables: uno, de mediación instrumental interpersonal, entre dos o más personas que colaboran en una actividad conjunta; y otro, de asimilación intrapersonal del nuevo contenido del aprendizaje.

En el proceso de mediación instrumental interpersonal es fundamental y tiene una importancia capital el lenguaje, ya que es el vehículo a través del cual se hace posible la comunicación entre las personas. El conocimiento del lenguaje le facilita al alumno el acceso y la captación del pensamiento de los adultos. La enseñanza de la lengua y la literatura es un instrumento decisivo para que los alumnos maduren no sólo en el ámbito cognitivo sino también en el nivel social. Previo a ello es preciso asentar las bases de la lectura y de la escritura en los alumnos adultos, puesto que sin estas herramientas difícilmente podrían alcanzar otros objetivos.

Según Vigotsky, en toda práctica educativa se ha de tener en cuenta no sólo los contenidos (qué se enseña) y los mediadores instrumentales (con qué se enseña), sino también los agentes sociales de la educación (quién enseña); entendiendo por agentes sociales no sólo los profesionales de la educación, sino toda persona adulta que está inmersa en el grupo social al que pertenece, vive y se desenvuelve el alumno.

La importancia que cobra la "zona de desarrollo próximo" en el aprendizaje es fundamental, tanto en el nivel psicológico —supone la evaluación de las capacidades cognitivas del alumno, como a nivel pedagógico/didáctico— implica una evaluación continua de las prácticas educativas.

c) *El aprendizaje verbal significativo (Ausubel, 1968)*

Para Ausubel, el cuerpo básico de conocimientos de cualquier área o disciplina académica se adquiere mediante el aprendizaje significativo por recepción, siendo este tipo de aprendizaje la principal fuente de conocimientos.

Para que el aprendizaje sea significativo se requieren dos condiciones básicas:

1.—Que los nuevos materiales que van a ser aprendidos sean potencialmente significativos, que sean sustantivos dentro del corpus de conocimientos del área correspondiente, significatividad lógica.

2.—Que en la estructura cognoscitiva previa del sujeto existan las necesarias ideas relevantes para que puedan ser relacionadas con los nuevos conocimientos; debe haber un ajuste entre las ideas previas y las nuevas que se van a adquirir, significatividad psicológica.

Sólo cumpliéndose estas dos condiciones previas se favorecerá en el alumno una actitud motivadora y de atención hacia el aprendizaje.

Hacer una evaluación de las ideas previas existentes en el alumno es importante no sólo para conocer las ideas que posee sino, también, de qué clase son. El hecho de que el profesor conozca las ideas concretas que posee el alumno le proporciona una información sobre la selección que tiene que realizar en las ideas nuevas como punto de partida para el nuevo aprendizaje. También es importante conocer el nivel de generalidad y abstracción de estas ideas previas, pues aporta al profesor una información complementaria y necesaria sobre si el aprendizaje debe ser subordinado, supraordenado o combinatorio. Éste sería el aspecto central de la teoría de la asimilación de Ausubel.

Según Ausubel, el profesor tiene que fomentar en el alumno formas activas de aprendizaje por recepción; proporcionará al alumno los elementos de enlace, que él llama inclusores, que serán el puente entre lo que el alumno ya conoce y lo que necesita aprender para que los nuevos conocimientos sean asimilados significativamente. Ausubel propone la siguiente metodología, para que el aprendizaje sea verdaderamente significativo:

- Presentar las ideas básicas unificadoras de una disciplina antes que las periféricas.
- Utilizar definiciones claras y precisas.
- Explicar las semejanzas y diferencias entre los conceptos que están relacionados entre sí.
- Exigir a los alumnos reformular los nuevos conocimientos con sus palabras.

El carácter cognitivo de la teoría de Ausubel se pone de manifiesto en la importancia que se le da a la integración de los nuevos conocimientos con los que ya poseía el alumno.

d) *El aprendizaje acumulativo (Gagné y Briggs, 1974)*

El trabajo de R. Gagné y L. Briggs puede ser considerado como un intento de formular un modelo o teoría general de la instrucción, que integre y articule las teorías existentes sobre el aprendizaje, tratando de constatar el carácter no contradictorio de la mayoría de ellas. Uno de los rasgos que distinguen esta teoría del aprendizaje acumulativo es su origen fundamentalmente práctico; parte de tres necesidades básicas que se han de tener presentes en todo proceso de instrucción:

1.—Necesidad de partir de unos objetivos formulados con claridad.

2.—Necesidad de establecer un orden, una secuencia ordenada en la enseñanza, que sirva para conseguir con éxito los objetivos marcados.

3.—Necesidad de proporcionar unas condiciones para el aprendizaje que se ajusten a la naturaleza de los objetivos perseguidos. Estas condiciones consisten en que haya una interactuación entre las actividades de instrucción externas al que aprende —condiciones externas— y entre los contenidos y estrategias previamente adquiridas por éste —condiciones internas—.

El modelo de aprendizaje acumulativo ofrece múltiples sugerencias para la planificación de la enseñanza en relación a:

1.—La identificación de los objetivos: su definición debe hacerse con suficiente rigor y detalle como para que sea posible en cualquier momento constatar si se han alcanzado o no.

2.—La selección de sucesos, medios y materiales instruccionales: son las condiciones externas del aprendizaje que pueden ser manipuladas.

3.—La individualización de la enseñanza: se deben tener en cuenta los prerrequisitos de cada tarea y el ritmo de progreso que se puede exigir a cada alumno en particular.

4.—La evaluación: que debe consistir en una valoración de la ejecución del individuo relacionándola directamente con los objetivos que se han establecido para una determinada unidad de aprendizaje.

e) *Aprendizaje, memoria y procesamiento de la información (Rumelhart, 1980)*

En los últimos años se ha producido una consolidación del enfoque cognitivo del aprendizaje basado en las posiciones del procesamiento de la información. Desde este punto de vista es necesario tener presente el concepto "multialmacén" de la memoria (almacén sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo) y la teoría de los esquemas.

Es de especial importancia tener en cuenta en el terreno educativo el funcionamiento de esquemas en el ámbito general de la memoria, ya que un aprendizaje eficaz va a depender en gran medida de la activación y reestructuración de los esquemas existentes.

Los conocimientos que posee el alumno los tiene almacenados y organizados en su memoria a largo plazo en forma de esquemas que deben ser activados para iniciar el proceso de aprendizaje. La representación y adquisición de nuevos contenidos en la memoria no son copias pasivas de la realidad, sino el resultado de los procesos constructivos del sujeto guiado por los esquemas.

3.2. ***Factores intrapersonales del proceso enseñanza/aprendizaje***

Para que el proceso de enseñanza/aprendizaje se desarrolle con eficacia y se alcancen unos resultados finales positivos, se han de tener en cuenta algunos factores que dependen sólo del alumno, y que contribuyen a adquirir un aprendizaje eficaz y autónomo.

Un factor estaría constituido por los propios patrones de aprendizaje o estilos cognitivos que cada sujeto posee: son ciertos patrones, diferenciales e individuales, de reaccionar ante la estimulación recibida. Cada sujeto se enfrenta con la realidad y asimila la información proporcionada por ésta de forma propia y original. Se relacionan con la estructura de pensamiento del sujeto y se refieren a cualidades o modos del conocimiento individual (dependencia/independencia de campo, reflexividad/ impulsividad, simplicidad/ complejidad cognitiva, etc.). El profesor, además de conocer qué patrones tiene cada alumno, debe promover ciertos estilos cognitivos que aporten una mayor eficacia en el proceso de aprendizaje.

Otros factores de personalidad, no estrictamente cognitivos, se deben tener en cuenta, ya que constituyen patrones diferenciales de reacción ante la realidad, forma de sentirse afectado por ella, y en particular, modos de interactuar con las demás personas. Entre estos factores se pueden diferenciar:

1.—La ansiedad del alumno, en cuanto se manifiesta en un patrón de activación fisiológica, de pautas motrices mal ordenadas y en un estado de ánimo desagradable para el sujeto, con incidencia negativa en el mismo.

2.—Nivel de aspiraciones y expectativas de autoeficacia: hacen referencia a la capacidad, eficacia o habilidad de la propia conducta para producir los efectos queridos y buscados.

3.—Autoconcepto y autoestima: implican juicios descriptivos sobre uno mismo, y también juicios evaluativos sobre las propias posibilidades.

La motivación del alumno es un factor básico del aprendizaje y del rendimiento académico. Puede ser de dos clases: motivación externa, favorecida desde fuera del sujeto; y motivación interna, debe interiorizarse en el alumno y traducirse en una búsqueda de metas educativas en las que se valore el deseo de aumentar la propia competencia cognitiva. El alumno motivado buscará las metas de aprendizaje por encima de la propia estima social o metas de ejecución.

Hay que destacar la influencia que tiene en los factores intrapersonales del proceso de enseñanza/aprendizaje el entorno social en el que se desenvuelve el sujeto, y, más en concreto, sociofamiliar, siendo determinante sobre todo para los niveles de ansiedad, aspiraciones, autoconcepto y autoestima, motivación y protagonismo del sujeto.

3.3. ***Factores socioambientales e interpersonales del proceso de enseñanza/ aprendizaje***

Si bien los factores personales inciden en el aprendizaje y en el rendimiento académico, no son los únicos que lo

determinan, ya que los factores socioambientales y las relaciones interpersonales que establece el alumno son determinantes, tanto por sí mismos como en la influencia que ejercen, potenciando o minimizando los factores personales.

La existencia de marcos y contextos educativos ha estado postergada hasta hace poco tiempo por la psicología occidental, y sólo recientemente han surgido corrientes que han propuesto acercamientos más contextuales al estudio del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1979). Aunque, dentro de la Psicología Evolutiva el parámetro edad es básico para conocer las posibilidades de aprendizaje, cada vez va teniendo más importancia el parámetro contexto sociocultural para estimar y valorar la maduración y adquisición de aprendizaje de los sujetos.

La incidencia que el entorno familiar tiene en el proceso de enseñanza/aprendizaje de la lecto-escritura es incuestionable, ya que el nivel socio-cultural familiar, concretado en el uso y utilización que se hace de la lengua en familia, y la disposición y motivación hacia la lectura, así como la necesidad que de su uso tiene el alumno para desenvolverse en su vida cotidiana, suele reforzar el trabajo que el profesor desarrolla en clase.

Una concepción constructivista del aprendizaje requiere una intervención del profesor también constructivista, si bien el alumno es el responsable último de su propio proceso de aprendizaje, el profesor no puede limitarse únicamente a crear las condiciones óptimas para que los alumnos desplieguen una actividad mental constructiva, rica y diversa; el profesor ha de guiar y orientar esta actividad, con el fin de que la construcción del alumno se acerque de forma progresiva a lo que significan y representan los contenidos como saberes culturales de una comunidad humana.

Hoy hay razones suficientes como para creer que la construcción del conocimiento no debe entenderse como una empresa estrictamente individual. Es cierto que el alumno construye su propio conocimiento, pero este proceso no lo hace en soledad sino en un ambiente de eficaces relaciones interpersonales, tanto entre el alumno-profesor como entre alumnos-alumnos.

La relación alumno-profesor es fundamental porque lo que hace el alumno es reconstruir en su mente los contenidos culturales acumulados a lo largo de la historia, y es el profesor quien actúa de intermediario cualificado entre los contenidos de aprendizaje y la actividad constructiva que despliega el alumno para asimilarlos.

4. Bibliografía

Ausubel D. Psicología educativa, un punto de vista cognoscitivo. México: Trillas; 1978.

Browmley DB, Kóhler C. ¿Qué es un Adulto? Madrid: Razón y Fe; 1974.

Davies K. Dirección de aprendizaje. México: Diana; 1979.

Dohmen G. Peculiaridades y consecuencias del aprendizaje de los adultos. Revista de Educación 1984; 29.

Dohmen G. ¿Cómo aprenden los adultos? Revista de Educación 1984; 29: 70-87.

Eldson Konrad T. La enseñanza y aprendizaje en la educación de Adultos. Revista Documentación e Información pedagógica 1984; 233: 56-69.

Eldson Konrad T. La Educación de Adultos: progresos y problemas. Revista Perspectivas 1985; V: 89-99.

Eldson Konrad T. Métodos de Enseñanza en la Educación de Adultos. Revista Profesiones y Empresas 1987; 2.

Ericson EH. Chilhood and society. New York. W: Norton and Company; 1968.

Ericson EH. Adulthood. New York: W. Norton and Company; 1978.

Ericson EH. Trabajo y amor en la Edad Adulta. Barcelona: Grjialbo; 1983.

Ericson EH. El ciclo vital completo. Méjico: Paidos; 1985.

Escotet MA. Diseño multivariado en Psicología y Educación. Barcelona: CEAC; 1980.

Escotet MA, Albornoz O. Educación y Desarrollo desde la perspectiva Sociológica. Salamanca. Ediciones U. 1. P.; 1989.

Escotet MA. Visión de la Universidad del S.XXI, Dialéctica de la misión universitaria en una era de cambio. Revista Española de Pedagogía 1990; 186.

Escudero Muñoz JM. Componentes motivacionales de la enseñanza para un aprendizaje adulto. Aula Abierta 1978; 22.

Etxevarría J. Programas y análisis estadísticos básicos con SPSS-pc (+). Madrid: Paraninfo; 1990.

Faure E. Aprende a ser. Madrid: Alianza Universidad, UNESCO; 1978.

Folliet J. ¿Qué es un adulto?. Groupe Lyonnais, Adultez. Madrid: Razón y Fe; 1960

Kohler C. Prólogo ¿Qué es un adulto?. Groupe Lyonnais. Madrid: Razón y Fe; 1960.

Lowe J. La educación de adultos. Perspectivas Mundiales. Salamanca; 1978.

Rappoport L. La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad: el adulto y el viejo. Buenos Aires: Paidos; 1978.

Santos MA. Patología general de la evolución educativa. Málaga. Universidad de Málaga; 1988.

Tourain A. La societé post-industrialle. París: Denoil; 1969.

Tourain A. Societé industrielle et education permanente. París: Peuple et Culture; 1968.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Camino: del Sacromonte al genograma de tu paciente

Najun M [1]

[1] *Residente de Medicina de Familia. Hospital Francés. Buenos Aires. Argentina.*

Hace unos días y medio llevado por el viento comencé a disfrutar a pie estas cuestas y callejuelas granadinas que mas gustan cuanto más te pierdes o te desorientan.

Mapa en mano y asombro a flor de piel llegué al mirador de San Nicolás, indescriptible postal natural que seguramente el Creador tendrá en su mesa de luz.

Pues sólo llevaba aquí una semana. Una semana en la que ya comenzaba a ubicarme o a "desubicarme", comenzaba a entender algunas formas, a sentarme a comer sin el "fantasma " de las tapas o el "qué pedir"?, empezaba a captar entretenido las veloces y concienzudas conversaciones entre los residentes de cartuja, a cambiar momentáneamente a River y Boca por el Real y el Barça, a manejarme en autobús y con las pesetas, a prepararme mis tostadas de aceite y tomate, a comprarme el Ideal… en fin, entraba despacito en el día a día, en el andar cotidiano de esta ciudad.

Así es que llevaba aquí sólo una semana en la que también comenzaba a sintonizar con esto de haber cruzado el océano, de ser extranjero, de ser yo y solo yo, anónimo visitante e inquieto buscador, que pronuncia distinto, que anda con su pasaporte para todos lados, que contrasta estilos de vida, que aprende a escuchar el silencio de cada momento y a disfrutar las miradas y los detalles de cada encuentro.

Comenzaba a sintonizar con una experiencia única que ya desde el primer día me recibía con los brazos abiertos y un *"ven, siéntate hombre, ¿cómo fue tu viaje?",* es que no solo el médico, que había pedido esta rotación, cruzaba el océano.

Es que a Granada llegaba a pedir limosna, pero con los ojos bien sanos y abiertos, el medico, el turista, el hijo de familia, el amigo… y con el todos sus deseos, todas sus dudas, todos sus sueños, todas sus experiencias, su historia. Llegaba la persona enterita.

"tío y por qué tanto enrollo con esto", me dirían por aquí.

Sucede que aquella tarde venía del Sacromonte deslumbrado y pensando en estas cosas, cuando en el mirador me encontré luego de un rato con dos maravillas.

La primera, evidente y plena: imponente puesta de sol sobre la Sabika y la Alhambra; sobre la catedral y más allá el Genil; sobre esos innumerables cármenes que dan vida al Albayzín.

La segunda, más escondida y más silenciosa: descubrir en aquel paisaje miles y miles de ventanitas, de miles y miles de personas y familias que esa tarde no sólo posaban para las fotos de asombrados turistas como yo, sino que eran protagonistas de un encuentro mágico e invisible:… ese día se unían en el aire sobre el Darro, esas murallas, emblema de esta ciudad y cada una de aquellas ventanas, a través de la cálida figura del meédico de familia que las conoce porque atiende a quienes viven allí.

"Pensar que hay un médico para el que esas ventanas tienen un nombre"

Pensar que ese médico, es el mismo que conoce los aromas de las teterías como conoce las caras de cada uno de ellos, que conoce los escritos de García Lorca como las historias de esas personas, que transita los vericuetos del antiguo barrio árabe como las alternancias de cada ciclo vital… es el mismo médico que desde cada genograma y bajando del Sacromonte, entra en la casa de su paciente y la familia cada vez que le tocan la puerta del la consulta.

Cómo explicar esos segundos inolvidables que entrelazaron aquella belleza natural con mi vocación; que unieron ese legado artístico para la humanidad con el arte cotidiano del médico que hace de su tarea eso, un arte.

Cómo explicar esos segundos, que como la pirueta de un hábil futbolista son suficientes para irse satisfecho del estadio aunque tu equipo haya perdido por goleada.

Cómo explicar esos segundos en los que al recordarme en Buenos Aires haciendo familigramas, entrevistas familiares, buscando evidencia o visitando a alguno de mis pacientes, como médico, fui la persona más feliz, porque comprendí que en otra hermosa y "porteña postal" también yo podía y quería seguir visitando y cuidando de

Recibido el 30-03-2001; aceptado para su publicación el 25-05-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 172-173

cada una de esas ventanitas que posan a diario en mi consulta de medicina familiar.

Así llegue a Granada, con la mochila llena de asombro, trascendencia, atención, subjetividad y ganas de aprender.

Así también trato de entrar en la consulta, cada vez que cruzo el "maravilloso océano" de abrir la puerta, saludar a quien se asome y abrir una nueva historia clínica.

¿Cuántas veces en la consulta habremos "negociado" con monedas de distintos países o habremos hablado en otro idioma con el paciente…?

¿Cuántas veces habré visto la importancia de caminar y compartir "las callejuelas, misterios y riquezas interiores" de cada persona que consulta ?

¿Cuántas veces comprendo que algunos de ellos son también extranjeros en sus propias familias?

¿Cuántas veces uso las herramientas que cuento, que como mi arrugado mapa son ayudas permanentes para mejorar mi práctica?

¿Cuántas veces implico al paciente con el autocuidado de su salud como este tiempo promovió mi compromiso con mi propio aprendizaje?

¿Cuántas veces investigo y no me conformo como ese viajero que quiere conocerlo y disfrutarlo todo aunque se pierda?

Ojalá estos paralelismos muestren como también Granada ha sido un viaje virtual a mi practica diaria, con replanteos, con aprendizaje, con cosas para copiar, con autoevaluacion, con críticas constructivas, con cosas para agradecer, con cosas para mejorar a partir de un tiempo especial en que la residencia te forma viajando.

Sería medio cómodo y superficial decir que las dificultades no existen cuando te bajas del tren sin saber dónde estas parado: quién pudiera tener el alojamiento ideal de antemano a cada llegada o encontrarse con tal organización que cada día ya esté agendado. Eso sería poco real, poco que ver tendría con la vida misma que a cada esquina trae alguna novedad.

Pues así también, la vida misma transita por los centros de médicos con dificultades y problemas propios.

Por ejemplo, es menos el papeleo para llegar a este país (si no sos inmigrante) que el que tienen que llenar en cada consulta entre recetas, bajas, analíticas quienes por momentos parecen más funcionarios públicos que agentes de la salud.

¿Realmente todo eso le corresponde al médico? Por otro lado, me pregunto si hay sobre demanda de recetas o sobreindicacion desde los médicos?

Otra dificultad bien actual, y siendo un poco irónico, es el no poder disfrutar de un buen asado de ternera (*por la vaca loca)* a los pies de la torre de la vela, como creo que algunas veces el médico de familia no puede disfrutar totalmente de semejante calidad, accesibilidad y desarrollo de la APS en España por que su mayor enemigo es el tiempo.

¡Hombre, si en esos 5 minutos he visto hacer maravillas!

En este sentido creo humildemente que de ser pocas las consultas programadas corre principal riesgo la formación del residente.

Ojalá desaparezcan pronto los casos de *"encefalopatía espongiforme":* "¡Qué gran asado comerán todos"!!! (especialmente los pacientes).

Ciertamente que ambas dificultades contrastan un poco con las dos mejores experiencias académicas de las que participé en este tiempo; la primera: la pasión de un pionero de la medicina de familia para desarrollar, aplicar y enseñar las herramientas necesarias para la atención de las familias que así lo requieran; la segunda: el gran dominio y las diversidad de destrezas en la entrevista clínica que, trabajando con sus residentes, me han transmitido algunos médicos estos días.

¡Llegaran las grabaciones al Río de la Plata!

No quisiera dejar de mencionar las realidades que más me desafiaron y golpearon por mostrarse sin caretas.

Por un lado: los consumidores de la metadona.

Por el otro, la marginalidad y pobreza que desde las cuevas de San Miguel hasta *el polígono* viven algunos payos y gitanos y que con admirable trabajo abordan muchos profesionales.

¡Cuánto trabajo multidisciplinario se necesita y qué bien lo hacen por aquí!

Cuántas decisiones políticas, solidaridad y afecto en realidad se piden a gritos desde tantos lugares que con distintos nombres: villas, chabolas o misiones (según el lugar del mundo) reflejan lo mismo: gente que no vive dignamente.

Me quedan unas horas para despedirme de Granada.

¡Cuántas cosas viví en tan poco tiempo!

Tiempo en que esta mágica ciudad y un equipo de salud, médicos, enfermeros, asistentes sociales y sobretodo sus pacientes, me ayudaron a seguir creciendo como médico y como persona conociendo su gente, cultura y modos de trabajo.

Tiempo justo para que cada uno de estos personajes y vivencias sean finalmente protagonistas de una película andaluza que aun con final abierto podría titularse:

"Dale limosna mujer que no hay en la vida pena como siendo médico de familia no rotar por Granada".

ARTÍCULO ESPECIAL

¿Qué es un NNT?

Gálvez Alcaráz L [1]

[1] *Centro de Salud El Palo (Málaga).*

En ocasiones, el producto de la investigación es difícil de interpretar por el médico porque los resultados de los ensayos clínicos (EC) se expresan en términos de odds ratio (OR), diferencia de riesgos (riesgo atribuible), riesgo relativo (RR), reducción absoluta de riesgo (RAR) y valor de p (significación estadística).

Todos ellos pueden ser adecuados, pero, a veces, difíciles de interpretar por los no familiarizados con el tema. Por eso se está usando cada vez más el NNT, sigla correspondiente a Number Needed to Treat, descrito por primera vez por Laupacis y colaboradores en 1988[1] que, como su nombre indica, es un estimador del número de pacientes al que habría que dar un tratamiento para conseguir un objetivo deseado, que no se ha conseguido en los pacientes del grupo control. Se pueden usar tanto para resumir los resultados de un ensayo como para la toma de decisiones ante un paciente.

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE), aconseja presentar los resultados de un ensayo clínico aleatorio (ECA) y otros tipos de estudios, mediante la reducción relativa de riesgo (RRR), la reducción absoluta de riesgo (RAR) y el NNT[2, 3]. Para la MBE, el NNT ha sido considerado como la medida clínica más útil de efectividad de las intervenciones, conseguida mediante investigación[4].

Los médicos, necesitamos medidas que nos permitan comparar los beneficios y los riesgos de diferentes posibilidades terapéuticas[5].

Estamos, pues, ante una forma de medir la efectividad de las intervenciones, y una buena forma para mostrarlo. Los NNT constituyen un instrumento útil, al que tendríamos que acostumbrarnos, no sólo por lo mucho que aportan, sino también porque es un término cada día más utilizado en los escritos médicos.

¿Qué es un NNT?

El NNT es un estimador del número de pacientes que un clínico necesita tratar para prevenir un efecto adverso o conseguir uno beneficioso. Se presenta como un número, generalmente acompañado de un intervalo de confianza, normalmente al 95%[6, 7, 8].

El valor numérico que representa el NNT está en función de 4 elementos: la enfermedad o situación clínica; la intervención; la situación a prevenir o el beneficio a lograr, y la duración del seguimiento.

Pueden usarse:

— Para medir la magnitud del efecto de tratamientos que evitan malos resultados.

— Para verificar la magnitud del efecto de tratamientos con resultados positivos o beneficiosos.

Tienen la ventaja de ser aplicables directamente a la práctica clínica, ya que muestran el esfuerzo que se requiere para conseguir un determinado objetivo terapéutico, con la ventaja adicional de que pueden ser imputados en cualquier resultado beneficioso (NNT) o adverso. En este último caso, da lugar al Number Needed to Harm (NNH), o, en español, número necesario a dañar (NND), estimador del número de pacientes que si recibieran el tratamiento experimental se originaría daño a un paciente más, comparado con los enfermos que reciben el otro tratamiento. Es algo fácil de entender por médicos y pacientes: hace falta tratar a 20 de ellos, durante 5 años, para evitar un caso de muerte[2].

¿Qué valores de NNT son adecuados?

¿Cómo sabemos si un NNT de tal valor es suficientemente expresivo como para estar seguros del efecto beneficioso de un tratamiento a nuestro paciente?.

No existe un valor de los NNT establecidos que indique efectividad o eficacia clínica, aunque, en general, se con-

Correspondencia: Luis Gálvez Alcaraz. Paseo de Sancha, 60 B-3.º A, 29016 Málaga. Tfno.: 95 2218662.

E-mail:lgaemi@bigfoot.com

Recibido el 16-04-2001; aceptado para su publicación el 25-05-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 174-178

sidera que cuanto más bajo sea, mejor. El perfecto NNT sería 1, cuando cada enfermo se beneficia del tratamiento y ninguno del grupo control. Generalmente, NNT entre 2 y 5, indican efectividad del tratamiento; pero NNT de 20, 50 ó 100, pueden ser útiles para tratamientos profilácticos. Todo depende de las intervenciones y de las consecuencias[9].

Los NNT para medir la efectividad de tratamientos deberán ser pequeños. Esperamos grandes efectos en un reducido número de personas, pues pocos tratamientos son cien por 100 efectivos, y dado que los controles suelen carecer de efecto, los NNT para la efectividad de un tratamiento se sitúan entre 2 y 4. Los antibióticos constituyen la excepción (por ejemplo, el NNT para la erradicación del H. Pylori, con doble o triple terapia, es de 1.2).

Por el contrario, los NNT para medir la efectividad de medidas profilácticas, serán mayores, pocos pacientes afectados en poblaciones grandes. Por tanto, la diferencia entre tratamiento y control, resultará pequeña, dando lugar a NNT grandes (por ejemplo, el uso de AAS para prevenir una muerte a las 5 semanas, tras un infarto agudo de miocardio, tiene un NNT de 40)[9].

En la práctica, nos conformamos con valores de NNT muchos más altos de los anteriormente expuestos, como podemos observar en las tablas I y II[9, 12].

El método NNT, se usa también para ver los efectos adversos de los tratamientos o intervenciones, dando lugar al NNH. Para un NNH, valores numéricos altos son, obviamente, mejores que los pequeños, pues eso indica que los efectos adversos ocurren con menor frecuencia[9].

¿Cómo conseguir los NNT?

Existen 4 fuentes principales para la obtención de los NNT[5]:

1) Calculándolos a partir de los datos de un artículo o revisión sistemática.
2) Consultando a los autores que los aportan entre los resultados de sus revisiones.
3) Hay tablas de NNT disponibles en textos (Sacket et al, 1997) y revistas (Bandolier).
4) A través de internet, como los que facilita el centro para la medicina basada en la evidencia de Oxford en su página web **(http://cebm.jr2.ox.ac.uk)**. Tienen la ventaja de estar constantemente actualizados.

¿Cómo se calcula el NNT?

Lo que al médico le interesa no es saber que existen diferencias estadísticamente significativas entre dos tratamientos, sino el significado clínico de tal diferencia. La medida tradicional de tal efecto es la reducción del riesgo relativo (RRR), aunque éste no logre diferenciar entre los grandes efectos absolutos del tratamiento de los más pequeños[3]. Si un fármaco reduce la mortalidad o determinada morbilidad en un 50%, no es lo mismo que dichos porcentajes aparezcan en una población de mil casos que sólo en 10, dado que en la primera situación estaremos evitando 500 casos, y, en la segunda, únicamente 5; en ambas situaciones, la mitad.

En contraste con la RRR, las diferencias absolutas de las eficacias terapéuticas entre los pacientes del grupo control y experimental, o reducción del riesgo absoluto (RRA), si que distinguen claramente entre estos dos extremos.

El NNT para un tratamiento determinado, es simplemente el inverso del beneficio absoluto de la intervención (1/RRA), o sea, la diferencia entre la proporción de sucesos en el grupo control y la del grupo de intervención[13]. Estos valores son más fáciles de entender que otros parámetros, al tiempo que sencillos de calcular, tanto a partir de los datos como de las medidas de riesgo[14].

Para el cálculo del NNT, tendremos en cuenta una serie de recomendaciones[10]. Veamos un ejemplo, tomado de la revista Bandolier[9]:

Para un ensayo sobre analgesia, el NNT puede ser calculado de manera muy simple de la siguiente forma:

NNT= 1/(la proporción de pacientes con al menos el 50% de alivio del dolor mediante analgésicos, menos la proporción de pacientes de al menos el 50% de alivio con el placebo).

Tomando un ejemplo hipotético de un EC:

— 50 pacientes recibieron ibuprofeno, y 27 tuvieron más del 50% de alivio durante 6 horas.

— 50 pacientes recibieron placebo, y sólo 10 sintieron más del 50% de alivio del dolor durante 6 horas.

El NNT es, por tanto, 1/[(27/50) – (10/50)] = 1/(0.54-0.20) = 1/0.34 = 2.9

El NNT debe especificar las características de los pacientes tratados, la intervención, la duración y el resultado medido.

Para profilaxis, donde los sucesos son menos frecuentes en el grupo de tratamiento, el cálculo originará resultados negativos. Se pueden usar ignorando el signo o se pueden cambiar los grupos de tratamiento y control para obtener NNT con signo positivo.

Para efectos adversos, podemos calcular el NNH, de forma exacta a como lo hemos hecho en el caso del NNT. Además de los efectos adversos, los tratamientos producen otros aspectos negativos, tales como el costo económico y las molestias que ocasionan su uso. Tales datos también pueden ser tenidos en cuenta cuando estén dis-

ponibles, aunque se requieren métodos estadísticos más avanzados[5].

El valor del NNT, sin su intervalo de confianza al 95% (IC), puede ser mejor que nada, pero no te indica en qué medida son verdaderos los valores o estimadores. Un valor de p señala que un resultado puede ocurrir por suerte, por azar; mientras que un IC indica dónde puede encontrarse el valor real (más del 90 o 95% de las veces). Pueden tener la certeza de que éste se encuentra 95 de cada 100 veces en el intervalo aportado[14]. Por eso es conveniente que el NNT se acompañe de su IC, para estimar su incertidumbre[7, 8]. Así como el cálculo del primero es fácil, como acabamos de ver, el cálculo del IC correspondiente requiere un software que va más allá del bolígrafo y de la calculadora, instrumentos de baja tecnología y alta eficiencia a los que estamos acostumbrados los médicos de Atención Primaria. En la dirección **http://www.healthcare.ubc.ca/calc/clinsig.html** se pueden encontrar programas para el cálculo automático de los NNT y sus correspondientes $IC_{95\%}$[12].

Si la OR para el resultado del ECA no es significativa, no tiene sentido molestarse con los IC de los NNT[15, 16].

Chatelier y cols[13] presentan un **nomograma** (figura 1) para resumir los resultados de los EC sobre tratamiento. A partir de la tasa de episodios esperada para el paciente (TEEP) y del RRR, los nomogramas permiten conocer el NNT sin necesidad de recurrir a los cálculos.

Necesidad de estandarizar los NNT

Los valores del NNT varían enormemente, dependiendo del riesgo basal del paciente, del resultado considerado y del emplazamiento clínico. Y aún más, variaciones geográficas y tendencias hacen el NNT inestable, entre diferentes sitios y a lo largo del tiempo[17].

Resulta inadecuado comparar NNT procedentes de EC, sobre todo cuando se trate de distintas intervenciones, medidas del efecto o duración del tratamiento (la característica más importante para poder establecer dichas comparaciones sería la definición clara del resultado clínico a conseguir).

A pesar de estas consideraciones, las comparaciones son un hecho en la práctica clínica, si bien, para poder comparar los resultados de diferentes ECA, el NNT, se debe expresar referido a un período de seguimiento estándar, generalmente de un año. El **NNT por año,** es el producto del NNT y la duración media del seguimiento, y representa el número de años de tratamiento y seguimiento requerido para observar la prevención de un suceso[18]. Ejemplo: Se encontró una reducción de mortalidad total en los supervivientes de un infarto de miocardio con antiagregantes plaquetarios, con un NNT de 83. La duración media del estudio fue de 2.3 años, por lo que el **NNT por año** es de 192[13].

Sin embargo, cuando **la reducción del riesgo** no es la misma, no permanece constante, a lo largo del tiempo que dura el estudio —hecho bastante frecuente en la práctica—, el NNT depende del riesgo absoluto de los pacientes incluidos en cada grupo. Por ejemplo, los beneficios de reducir las cifras de colesterol para la prevención de mortalidad, no suelen contrastarse hasta aproximadamente un año después de iniciar el tratamiento. Por tanto, cada año que se prolongue el seguimiento del ECA, mayor beneficio se encontrará en el grupo de tratamiento en relación con el que no lo reciba. Esto hace que el NNT por año calculado, sea mayor si un grupo de pacientes fue tratado durante un tiempo menor que la duración del EC, y menor en caso contrario. Así pues, en los EC, con un seguimiento más largo (con mayor probabilidad de eventos o endpoints), los NNT suelen ser más bajos. Por tanto, los NNT por año calculados a partir de EC sólo serán adecuados para pacientes tratados durante el mismo tiempo que en el EC[13].

La RAR y, por tanto, los NNT dependen del riesgo absoluto en los pacientes de los grupos que reciben tratamiento y placebo. Para una misma RRR, la RAR es mayor (y, por tanto, menor su NNT) cuando el riesgo absoluto en el grupo placebo es mayor[14].

Parece, aunque no está demostrado, que la RAR y los NNT serán comparables si los dos fármacos de un EC son usados en la misma población, con idéntico riesgo basal[18].

(…y es que el NNT es un valor inherente a los resultados de cada investigación, no a un determinado tratamiento o actividad preventiva).

Algunos autores sugieren no usarlos cuando procedan de estudios en los que no se sepa si la RRR asociada con la intervención ha sido constante para todos los niveles de riesgo, o para períodos de tiempo superiores a los estudiados en los EC originales[13].

Influencia de la presentación de los resultados de un EC

Los NNT constituyen un instrumento útil para cualquier sanitario, clínico o gestor de la salud, que debe figurar en la presentación de los resultados de un EC, puesto que cuantifican el beneficio absoluto y los riesgos del tratamiento, a diferencia de la RRR, la OR y otras formas de expresar los resultados de un estudio de tratamiento[19].

Cuando el NNT no se incluye en estudios de eficacia y efectividad (así como los resultados negativos) se puede incurrir en un sesgo subjetivo de magnificación del efecto del tratamiento[20], lo que de hecho influye en la prescripción de fármacos por los clínicos.

Parece ser que cuando a clínicos y políticos se les presentan los resultados del efecto de diversos tratamientos en forma de NNT, se toman decisiones más conservadoras que cuando se hace en forma de reducción absoluta o relativa de riesgo[14]. Puede tener implicaciones en política sanitaria.

Decisiones clínicas basadas en NNT

Llegó el momento en el que el clínico tiene que decidir **si aplica los resultados de un estudio válido a su enfermo.**

Se encuentra con que tiene que tratar 100 pacientes durante 5 años para evitar un suceso clínico. Algunos considerarán que es un beneficio importante mientras que otros pensarán que es moderado o ligero. Esta presunta contradicción de juicios entre médicos es consecuencia de la opinión que sustentan cada uno sobre un determinado riesgo o estado de salud[13]. Las respectivas decisiones se basarán o estarán influidas por la experiencia, las creencias, las expectativas, y el conocimiento del paciente, entre otros factores personales.

Los NNT nos permiten imponer nuestros valores al describir lo que nosotros consideramos un resultado útil[21]; pero no hay que olvidar que el NNT sólo tiene sentido real para el médico, y no para los enfermos, que están interesados en el NNT de 1 y no en el NNT[4]. Ellos quieren que cada tratamiento —su tratamiento— sea eficaz, no el suyo entre un número determinado de tratamientos aplicados.

Conviene recordar que estamos tratando con seres humanos, que no sólo tienen que parecerse a aquellos incluidos en los estudios que nos sirven de referencia, sino que habremos de tener en cuenta sus valores y sus preferencias, al margen de la experiencia que podamos tener con una determinada prueba o tratamiento[14]. Habrá que intentar ir más allá de la máxima judeocristiana de tratar a todo el mundo como quieras que te traten a ti, puesto que no todos tenemos los mismos gustos ni iguales creencias.

Cuando damos un consejo o formulamos una prescripción, lo hacemos en base al conocimiento del balance positivo sobre algo. Pero tenemos que prestar máxima atención en los valores de algunos NNT, pues puede tener sentido aplicar un régimen intensivo de insulina a 4 pacientes, durante 6 años, para evitar la aparición de un caso de retinopatía; pero ese mismo sentido debe hacernos dudar sobre la conveniencia de dar medicación hipolipemiante, de manera sistemática, para la prevención primaria de sucesos cardiovasculares, ya que estamos "medicalizando" una situación que no es más que una baja probabilidad de que en un futuro lejano ocurra algo a alguien… que espero no ser yo. El NNT no aporta una estimación del beneficio de cada paciente tratado, sino que nos da una información promedio de una serie de pacientes. Sin embargo, yo tengo que tomar una decisión sobre un individuo. Si de dos personas, una se come dos pollos y otra ninguno, la información promedio dirá que han tocado a un pollo cada uno, pero la realidad no puede ser más diferente (perdón por la licencia). "La epidemiología actual se ha convertido en una serie de verdades dudosas, que adquieren el aspecto de certezas transformadas por los malabarismos de la estadística"[22].

Si el problema es complejo cuando consideramos los NNT, la situación se complica cuando tenemos en cuenta sus IC95%, ya que dichos intervalos tienden a ser amplios, incluso en grandes EC, y las decisiones clínicas pueden ser muy distintas, según se considere el valor superior o inferior de aquéllos[18].

Si añadimos ahora el gasto sanitario, los posibles efectos secundarios de la medicación, la ansiedad a que son sometidos los pacientes, el esfuerzo que supone modificar sus estilos de vida y la frustración que conlleva el no conseguirlo, etc, nos encontraremos ante una maraña de circunstancias. La reflexión se impone (así como la lectura de la obra de Skrabanek, "La muerte de la medicina con rostro humano") y nos obliga a recordar a un español universal, Miguel de Unamuno, para quien "el sentido común, era el menos común de los sentidos, y que es el que debe guiar nuestra vida y nuestras actuaciones". A él me remito.

Bibliografía

1. Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. N Engl J Med 1988; 318: 1728-33.
2. Cook JR, Sackett DL. The number needed to treat: a clinically useful measure of treatment effect. BMJ 1995; 310: 452-4.
3. Sackett DL, Richardson WS, Rosemberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997.
4. Dowie J. The "number needed to treat" and the "adjusted NNT" in health care decision-making. J Health Serv Res Policy 1998; 3: 44-9.
5. Cordell, WH. Number Needed to Treat (NNT). Ann Intern Med 1999; 33: 433-6.
6. Altman DG: Use of confidence intervals to indicate uncertainty in research findings. Evidence-Based Medicine 1996; 1: 102-4.
7. Altman DG. Confidence intervals for the number needed to treat. BMJ 1998; 317: 1309-12.
8. Daly LE. Confidence limits made easy: interval estimation using a subsitution method. Am J Epidemiol 1998; 147: 783-90.
9. Table of NNTs. Bandolier [en línea] 1998 April [fecha de acceso 15/04/2001]; 50 (8). Disponible en: http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band50/b50-8.html
10. Number needed to tretat (NNT). Bandolier [en línea] 1999 [fecha de acceso 16/02/00]. Disponible en: http://www.ebando.com/band59/NNT1.html
11. Number needed to tretat (NNT) calculator. Bandolier [en línea]

1999 [fecha de acceso 10/09/00]. Disponible en: http:// www.ebando.com/band59/NNTcalc.html
12. Pita Fernández S, López de Ullibarri Galparsoro I. Número necesario de pacientes a tratar para reducir un evento. Cad Aten Primaria [en línea] 1998 [fecha de acceso 05/02/2001]. Disponible en: http:// www.fisterra.com/material/investiga/5nnt.html
13. Chatelir G, Zapletal E, Lemaitre D, Menard J, Degoulet P. The number needed treat: A clinically useful nomogram in its proper context. BMJ 1996; 312: 426-9.
14. McQuay HJ, Moore RA. Using numerical results from systematic reviews in clinical practice. Ann Intern Med 1997; 126: 712-20.
15. Mulrow CD, Cornell JA, Herren CR, Kradi A, Farnett L, Aguilar C. Hypertension in the elderly. Implications and generalizability of randomized controlled trials. JAMA 1994; 272: 1932-8.
16. NNTs and Confidence Intervals. Why bother?. Bandolier [en línea] 1995 [fecha de acceso 10/09/00]; 18 (9). Disponible en: http:// www.ebando.com/band18/b18-9.html
17. Ebrahim S, Davey Smith G. The NNT. Does it help clinical decision making? J Hum Hypertens 1999; 13: 721-4.
18. Miller DB. Secondary Prevention for Ischemic Heart Disease. Relative Numbers Needed to Treat With Different Therapies. Arch Intern Med 1997; 157: 2045-52.
19. Rajkumar SV, Sampathkumar P, Gustafson AB. Number needed to treat is a simple measure of treatment efficacy for clinicians. J Gen Inter Med 1996; 11: 357-9
20. Meneu Recardo R, Peiró S, Márquez Calderón S. Influencia de la presentación de los resultados de los ensayos clínicos en la intención de prescribir: relativizando el riesgo relativo. Aten Primaria 1998; 2: 446-50.
21. Number needed to treat or harm (NNT/NNH). Bandolier [en línea] 1998 [fecha de acceso 10/02/00]; 55 (6). Disponible en: http:// www.ebando.com/band55/b55-6.html
22. Petr Skrabanek. La muerte de la medicina con rostro humano. 1.ª edición. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1999.

CARTAS AL DIRECTOR

Once años de Congresos de la SAMFyC

Sr. director:

Mediante el presente trabajo pretendimos estudiar qué temas de investigación nos han interesado a los médicos andaluces y cuáles han sido hasta ahora las provincias más investigadoras, para lo que consultamos los libros de comunicaciones de cada congreso andaluz obtenidos en la sede de la SAMFYC o prestados por participantes. Recogimos la provincia de realización del trabajo y si se desarrolló en zona urbana o rural, y el tema en el caso de las comunicaciones libres.

Como resultados podemos destacar que encontramos 680 comunicaciones (43,7% a temas libres y 56,4% a mesas). Los temas libres más frecuentes fueron: enfermedades infecciosas 13,8%; mujer 10%; riesgo cardiovascular 8,4%; infancia/adolescencia 6,7%; y, urgencias 5,7%. La distribución encontrada de las comunicaciones libres por provincias fue: Málaga 19,5%, Sevilla 12,8%, Granada 11,8%, y, Almería 7,7%. Desarrollándose el 50,5% de ellas en zonas urbanas.

La distribución por provincias de las comunicaciones a las mesas fue: Málaga 31,85%, Granada 13%, Sevilla 7,8%, y, Almería 7,3%. Siendo el 52,3% en ámbito urbano.

Encontramos en bastantes de los congresos relación entre la provincia sede y el número de trabajos publicados hechos en esa provincia como puede verse en la tabla 1, donde aparecen las sedes de los congresos y el porcentaje por provincias de trabajos publicados como comunicaciones libres o a mesas.

Como conclusiones más importantes destacamos que a los médicos les han interesado en mayor medida los temas relacionados con las enfermedades infecciosas, la mujer y el riesgo cardiovascular. Málaga ha sido la provincia más investigadora, y que la realización de un congreso provoca un estímulo a la investigación en esa provincia.

Ismael Maldonado Díaz C\Bailén 1, 2.º D 18007 Granada.
Email: ismaelmd@terra.es
Médico especialista en MFyC.

TABLA 1

SEDES DE CONGRESOS POR AÑOS Y PORCENTAJES DE TRABAJOS PUBLICADOS POR PROVINCIAS

SEVILLA 1988	GRANADA 1989	CÓRDOBA 1991	JAÉN 1993	CÁDIZ 1994
• LIBRES Otros 27,7% Málaga 19,7% Córdoba 19,7% *Sevilla 18,2%* • MESAS Granada 40% Jaén 20% Córdoba 20%	• LIBRES Málaga 28% No consta 32% *Granada 12%* • MESAS *Granada 70%*	• LIBRES Málaga 58,3% Jaén 16,7% Sevilla 16,7% • MESAS No aparecen	• LIBRES Málaga 27,7% *Jaén 19,1%* Granada 17% • MESAS *Jaén 66%*	• LIBRES *Cádiz 16,7%* Córdoba 16,7% No consta 41,6% • MESAS Málaga 21% Almería 18,7% Huelva 5,2%
HUELVA 1995	**ALMERÍA 1997**	**SEVILLA 1998**	**MÁLAGA 1999**	**GRANADA 2000**
• LIBRES *Huelva 14,7%* Sevilla 11,8% No consta 58,9% • MESAS Almería 24% Málaga 12% *Huelva 8%* No consta 44%	• LIBRES No consta 89,4% • MESAS No consta 87,8%	• LIBRES Málaga 28,2% *Sevilla 21,9%* Almería 21,9% • MESAS Málaga 37% *Sevilla 20,4%* Almería 16,7%	• LIBRES Granada 41,6% *Málaga 16,6%* • MESAS *Málaga 44,2%* Granada 11,7% Córdoba 6,7%	• LIBRES *Granada 18,8%* Málaga 18,8% Huelva 18,8% • MESAS Málaga 40,74% *Granada 14,9%* Córdoba 8,3%

(En cursiva aparecen las de la provincia sede)

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de enero a 31 de marzo de 2001)

Alonso Morales F, Gálvez Ibáñez M, Guerrero García FJ, Jiménez López AM, Maldonado Díaz I, Manteca González A, Martínez Larios B, Mejías López ME, Morata García de la Puerta IJ, Requena Ramos JM, Rodríguez Pappalardo V, Rosado Bello I, Ruiz de la Rúa P, Sánchez García C, Torres Maese M.

Médicos de Familia.

Los artículos, publicados entre el 1 de enero de 2001 a 31 de marzo de 2001, aparecen a continuación clasificados por ÁREAS DE INTERÉS, apareciendo debajo de cada una de ellas las reseñas bibliográficas correspondientes. Algunos artículos han sido clasificados bajo 2, o más, epígrafes (*).

La recopilación se ha extraído de la consulta a 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.

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 FAMIILIA/ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Incluye: APS-bases conceptuales, medicina de familia-profesión, ejercicio profesional, enfermería, trabajo social, trabajo en equipo, relaciones interniveles, psicología, sociología, antropología.

Talbot Y, Fuller-Thomsom E, Yudiver F, Habib Y, McIsaac WJ. Canadians without regular medical doctors. Can Fam Physician 2001; 47: 58 - 64. [T,I]

McIsaac WJ, Fuller-Thomsom E, Talbot Y. Does having regular care by a family physicians improve preventive care? Can Fam Physician 2001; 47: 70 - 76.[T,I]

Hudson Scholle S, Gradner W, Harman J, Madlon-Kay DJ, Pascoe J, Kelleher K. Physician Gender and Psychosocial Care for Children. Attitudes, Practice Characteristics, Identification and Treatment. Med Care 2001; 39: 26-38. [T,I]

Figueiras A, Sastre I, Tato F, RodriguezC, Lado E, Caamaño F, et al. One-to-one Versus Group Sessions to Improve Prescription in Primary Care. A Pragmatic Randomized Controlled Trial. Med Care 2001; 39:158-167. [QE, II]

Hendriks A, Vrielink M, Smets E, Van Es S, De Hes J. Improving the assesment of (In)patients' Satisfaction With Hospital Care. Med Care 20001; 39:270-283. [T, I]

Rosenheck R, Leslie D, Sernyak M. From Clinical Trials to Real-World Practice. Use of Atypical Antipsychotic Medication Nationally in the Department of Veternas Affairs. Med Care 2001; 39: 302-308. [T, I]

Cohen M. Happiness and humour A medical perspective. Australian Family Physician 2001;30:17-9. [R,I] 7. Parsons J. Are doctors inmune to depression? Australian Family Physician 2001;30: 225-31. [R,I]

Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! Aten Primaria 2001; 27: 297-298. [AO,I].

Sanders D. Veinte años de atención primaria: lecciones aprendidas y propuestas para su revitalización. Dimensión Humana 2001; 5: 22-3.[AO,II]

Díaz-Salazar R. Erradicar la miseria mundial: un objetivo para el siglo XXI. Dimensión Humana 2001; 5:17-21.[AO,II]

RIESGO CARDIOVASCULAR. Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición / dietética.

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Fernández Ortega A, Márquez Cabeza JJ. Evolución de la hipertensión de bata blanca a hipertensión mantenida. Seguimiento durante un año mediante

(*) A partir del presente número de la revista se modifica la forma de presentar los artículos, según los acuerdos del consejo editorial, ampliado, que se celebró en Granada el 5 de mayo de 2001.

monitorización ambulatoria de la presión arterial. Med Clín (Barc) 2001; 116: 251-255. [S,II]

Fenske TK. Lipid lowering update 2001. Can Fam Physician 2001; 47: 303 - 309. [M,II]

Jané M, Salleras L Pardell H, Saltó E. Cómo luchar contra la epidemia tabáquica en nuestros días. Med Clín (Barc) 2001; 116: 60-62. [AO,II]

Hippisley-Cox J, Pringle M, Crown N, Meal A, Wynn A. Sex inequalities in ischaemic heart disease in general practice: cross sectional survey. BMJ 2001; 322: 832. [T,I]

Frijling BD, Spies TH, Lobo CM, Hulscher MEJL, van Drenth BB, Braspenning JCC, et al. Blood pressure control in treated hypertensive patients: clinical performance of general practitioners. Br J General Practice 2001; 51: 9-14. [T,I]

Davis S, Donnan G. Newer antiplatelet therapies in stroke prevention. Australian Family Physician 2001;30: 129-34.[R,II]

Crouch MA. Effective use of statins to prevent coronary Heart disease. Am Fam Physician 2001;63:309-20. [AO,II]

Lee IM, Rexrode KM, Cook NR, Manson JE, Buring JE. Physical Activity and Coronary Heart Disease in Women. JAMA 2001; 285: 1447-1454. [S,II]

Stenestrand U, Wallentin L. Early Statin Treatment following Acute Myocardial Infarction and 1-Year Survival. JAMA 2001; 285: 430-436. [S,I]

Iso H, Rexrode KM, Stampfer MI, Manson JE, Colditz GA, Speizer FE, et al. Intake of Fish and Omega-3 Fatty Acids and Risk of Stroke in Women. JAMA 2001; 285: 304-312.

Kaplan Norman M. Diuretics as a Basis of Antihypertensive Therapy. Drugs 2001; 59: 21-25. [R, II]

Pardell H, Tresserras R, Armario P, Hernández del Rey R. Pharmacoeconomic Considerations in the Management of Hypertension. Drugs 2001; 59: 13-20. [R, I]

Eccles M, Rousseau N, Adams P, Thomas L. Evidence-based guideline for the primary care management of stable angina. Fam Pract 2001;18: 217-222. [R, III]

Toumilehto J, Jousilahti P, Rastenyte D, Moltchanov V, Tanskanen A, Pietinen P et al. Urinary sodium excretion and cardiovascular mortality in Finland: a prospective study. Lancet 2001; 357:848-51.[S,II].

Reid IR, Hague W, Emberson J, Baker J, Tonkin A, Hunt D et al. Effect of pravastatin on frequency of fracture in the LIPID study: secondary analysis of a randomised controlled trial. Lancet 2001; 357:509-12.[EC,I]

Wang GJ, Volkow ND, Logan J, Pappas NR, Wong CT, Zhu W et al. Brain dopamine and obesity. Lancet 2001; 357:354-57.[CC,I].

Mathias CJ, Deguchi K, Schatz I. Observations on recurrent syncope and presyncope in 641 patients. Lancet 2001; 357: 348-53. [T,II]

Barrueco M, Torrecilla M, Maderuelo JA, Jiménez Ruiz C, Hernández Mezquita MA, Plaza MD. Valor predictivo de la abstinencia tabáquica a los 2 meses de tratamiento. Med Clín (Barc) 2001; 116: 246-250 [S,II]

DIABETES

Wagner EH, Sandhu N, Newton KM, McCulloch DK, Ramsey SD, Grothaus LC. Effect of Improved Glycemic Control on Health Care Costs and Utilization. JAMA 2001; 285: 182-189. [S,I]

Skyler JS, Cefalu WT, Kourides IA, Landschulz WH, Balagtas CC, Cheng S et al. Efficacy of inhaled human insulin in type 1 diabetes mellitus: a randomised proof-of-concept study. Lancet 2001; 357:331-35. [EC,I].

Young TK, Mustard CA. Undiagnosed diabetes: Does it matter? CMAJ 2001; 164: 24 - 8. [T,I]

Hickner RC, Brunson MA, McCammon M, Mahar MT, Garry JP, Houmard JA. Diabetic groups as defined by ADA and NDDG criteria have a similar aerobic capacity, blood pressure and body composition. American Diabetes Association and National Diabetes Data Group. Diabetologia. 2001;44:26-32.

Stratton IM, Kohner EM, Aldington SJ, Turner RC, Holman RR, Manley SE, Matthews DR. UKPDS 50: risk factors for incidence and progression of retinopathy in Type II diabetes over 6 years from diagnosis. Diabetologia. 2001; 44: 156-63.

Clarke P, Gray A, Adler A, Stevens R, Raikou M, Cull C, Stratton I, et al. Cost-effectiveness analysis of intensive blood-glucose control with metformin in overweight patients with type II diabetes (UKPDS No. 51). Diabetologia. 2001;44 :298-304

Brunner GA, Balent B, Ellmerer M, Schaupp L, Siebenhofer A, Jendle JH et al. Dose-response relation of liquid aerosol inhaled insulin in type I diabetic patients Diabetologia. 2001;44: 305-8.

Grover SA, Coupal L, Zowall H, Alexander CM, Weiss TW, Gomes DR. How cost-effective is the treatment of dyslipidemia in patients with diabetes but without cardiovascular disease? Diabetes Care. 2001; 24: 45-50.

Rolka DB, Fagot-Campagna A, Narayan KM. Aspirin use among adults with diabetes: estimates from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Diabetes Care. 2001; 24:197-201.

Margolis DJ, Kantor J, Santanna J, Strom BL, Berlin JA. Effectiveness of platelet releasate for the treatment of diabetic neuropathic foot ulcers. Diabetes Care 2001; 24: 483-8.

CÁNCER. Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.

Alam M, Ratner D. Cutaneous Squamous-Cell Carcinoma. N Engl J Med 2001; 344:975-983. [R,I]

Marteau TM, Senior V, Sasieni P. Women's understanding of a "normal smear test result": experimental questionnaire based study. BMJ 2001; 322: 526-528. [EC,I]

Women's Concerns Study Group. Raising concerns about family history of breast cancer in primary care consultations: prospective, population based study. BMJ 2001; 322: 27-28. [T,I]

Schapira M, Lawrence W, Katz D, McAuliffe T, Nattinger A. Effect of treatment on Quality of Life Among Men With –clinically Localized Prostate Cancer. Med Care 2001; 39: 243-253. [S, I]

Jackson C. Colorectal cancer screening- what the guidelines don´t tell you. Australian Family Physician 2001; 30-8.[AO,I]

Gates TJ. Screening for cancer: Evaluating the evidence. Am Fam Physician 2001;63:513-22. [AO,I]

Kirkland LR, Aslam F, Rashid H, Sellers TA, Grabick DM, Hartmann LC. Oral Contraceptives and Risk of Breast Cancer in Women with a Family History of Breast Cancer. JAMA 2001; 285.

Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun SS, Adami HO, Beeson L, Van den Brandt PA et al. Intake of Fruits and Vegetables and Risk of Breast Cancer. A Pooled Analysis of Cohort Studies. JAMA 2001; 285: 769-776.

Rodríguez C, Patel AV, Calle EE, Jacob EJ, Thun MJ. Estrogen Replacement Therapy and Ovarian Cancer Mortality in a Large Prospective Study of US Women. JAMA 2001; 285: 1460-1465. [S,II]

Villanueva CM, Kogevinas M, Grimalt JO. Cloración del agua potable en España y cáncer de vejiga. Gaceta Sanitaria. 2001; 15: 48-53.

Etxeberria Y, Pérez-Izquierdo J, Badiola C, Quintana JM, Padierna A, Aróstegui I, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. Gaceta Sanitaria 2001;15: 25-30.

Dixon-Woods M, Findlay M, Young B, Cox H, Heney D. Parents´accounts of obtaining a diagnosis of childhood cancer. Lancet 2001; 357:670-74.[T,I]

INFECCIOSAS. Incluye: VIH/SIDA, ETS, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.

González Pedraza Avilés A, Ortiz Zaragoza C, Topete Barrera L, Mota Vázquez R, Ponce Rosas R. ¿Es útil la tinción de Papanicolaou como auxiliar del diagnóstico de algunas infecciones de transmisión sexual?. Aten Primaria 2001; 27: 222-226. [T, I].

Mouton CP, Bazaldua OV, Pierce B, Espino DV. Common infections in older adults. Am Fam Physician 2001;63:257-68. [AO,II]

Santacruz KS, Swagerty D. Early diagnosis of dementia. Am Fam Physician 2001;63:703-13,717-8. [AO,II]

Mouton CP, Bazaldua OV, Pierce B, Espino DV. Common infections in older adults. Am Fam Physician 2001;63:257-68. [AO,II]

Scheer S, Lee Chu P, Klausner JD, Katz MH, Schwarcz SK. Effect of highly active antiretroviral therapy on diagnoses of sexually transmitted diseases in people with AIDS. Lancet 2001; 357: 432-35.[T,I]

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:

Martín Olmedo P, León Jiménez A, Benítez Rodríguez E, Gómez Gutiérrez JM, Mangas Rojas A. Comparación de dos modelos de educación para pacientes asmáticos. Med Clín (Barc) 2001; 116: 408-412. [T,II]

Thomas R. Acute asthma. Emergency management in the community. Australian Family Physician 2001; 30: 100-05.[R,I]

Hancock K. Management issues in adult asthma. Australian Family Physician 2001;30:114-20.[R,I]

Eccles M, Rousseau N, Adams P, Thomas L. Evidence-based guideline on the primary care management of asthma. Fam Pract. 2001;18: 223-229. [R, III]

Anis AH, Lynd LD, Wang X, King G, Spinelli JJ, Fritzgerald M. Double trouble: impact of inaproppiate use of asthma medication on the use of Health care resources. CMAJ 2001; 164: 625 - 31. [T,I]

SALUD MENTAL. Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).

Gilbody SM, O´House A, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review**.** BMJ 2001; 322: 406-409. [R,I]

Burns A, Dening T, Baldwin R. Care of older people: Mental health problems**.** BMJ 2001; 322: 789-791. [T,I]

Rosenheck R, Leslie D, Sernyak M. From Clinical Trials to Real-World Practice. Use of Atypical Antipsychotic Medication Nationally in the Department of Veternas Affairs. Med Care 2001; 39: 302-308. [T, I]

Parsons J. Are doctors inmune to depression? Australian Family Physician 2001;30:225-31. [R,I]

Vargas Vila S, Coll de Tuero G. ¿Debemos solicitar el nivel de vitamina B12 en el estudio inicial de una demencia?. Aten Primaria 2001; 27: 183-185. [AO, I].

Santacruz KS, Swagerty D. Early diagnosis of dementia. Am Fam Physician 2001;63:703-13. [AO,II]

Rosenheck R, Leslie D, Sernyak M. From Clinical Trials to Real-World Practice. Use of Atypical Antipsychotic Medication Nationally in the Department of Veternas Affairs. Med Care 2001; 39: 302-308. [T, I]

SALUD LABORAL

Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Aten Primaria 2001; 27: 313-317. [T, I].

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:

Deyo RA, Weinstein JN. Low Back Pain. N Engl J Med 2001; 344:363-370. [R,I]

Bisno A L Acute Pharyngitis. N Engl J Med 2001; 344:205-211. [R,I]

Worthington I. Delivery systems for acute migraine medications. Can Fam Physicians 2001; 47: 322 - 329. [M,I]

Álvarez Gutiérrez FJ, Castillo Otero D, García Fernández A, Romero Romero B, Rey Pérez JJ, Soto Campos G, et al. Estudio prospectivo de 221 neumonías adquiridas en la comunidad seguidas de forma ambulatoria. Etiología y evolución clinicorradiológica. Med Clín (Barc) 2001; 116: 161-166. [S,II]

Dent J, Jones R, Kahrilas P, Talley NJ. Management of gastro-oesophageal reflux disease in general practice. BMJ 2001; 322: 344-347. [R,I]

Sherwood P, Lyburn I, Brown S, Ryder S. How are abnormal results for liver function tests dealt with in primary care? Audit of yield and impact. BMJ 2001; 322: 276-278. [T,I]

Fender GRK, Prentice A, Nixon RM, Gorst T, Duffy SW, Day NE, et al. Management of menorrhagia: an audit of practices in the Anglia menorrhagia education study**.** BMJ 2001; 322: 523-524. [T, I]

Sander R. Otitis externa: A practical guide to treatment and prevention. Am Fam Physician 2001; 63:927-36. [AO,II]

Osguthorpe JD. Adult Rhinosinusitis: Diagnosis and Management. Am Fam Physician 2001;63:69-76. [AO,II]

Wolfe MW, Tim L, Mattacola CG, Mccluskey LC. Management of Ankle Sprains. Am Fam Physician 2001;63:93-104. [AO,I]

NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. JAMA 2001; 285: 785-795. [C,I]

Cox CM, Jones M. Is it possible to decrease antibiotic prescribing in primary care? An analysis of outcomes in the management of patients with sore throats. Fam Pract 2001; 18: 9-13. [QE,I]

ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA:

MEDIOS DIAGNÓSTICOS:

Gómez Arnáiz A, Conde Martela A, Aguiar Bautista JA, Santana Montesdeoca JM, Jorrín Moreno A, Betancor León P. Utilidad diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en atención primaria. Med Clín (Barc) 2001; 116: 121-124. [T,II]

Sherwood P, Lyburn I, Brown S, Ryder S. How are abnormal results for liver function tests dealt with in primary care? Audit of yield and impact. BMJ 2001; 322: 276-278. [T,I]

Van Wijk MAM, van der Lei J, Mosseveld M, Bohnen AM, van Bemmel JH. Assessment of Decision Support for Blood Test Ordering in Primary Care. A Randomized Trial. Ann Intern Med 2001;134:274-281.

INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

Hudson Scholle S, Gradner W, Harman J, Madlon-Kay DJ, Pascoe J, Kelleher K. Physician Gender and Psychosocial Care for Children. Attitudes, Practice Characteristics, Identification and Treatment. Med Care 2001; 39: 26-38. [T,I]

Lahoti S, Mcclain N, Girardet R, Mcneese M, Cheung K. Evaluating the child for sexual abuse. Am Fam Physician 2001;63:883-92. [AO,I]

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A Randomized Trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001; 285: 413-420. [EC,I]

MUJER Y SALUD. Incluye: Planificación Familiar, Embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.

Women's Concerns Study Group. Raising concerns about family history of breast cancer in primary care consultations: prospective, population based study. BMJ 2001; 322: 27-28. [T,I]

Fender GRK, Prentice A, Nixon RM, Gorst T, Duffy SW, Day NE, et al. Management of menorrhagia: an audit of practices in the Anglia menorrhagia education study**.** BMJ 2001; 322: 523-524. [T, I]

Marteau TM, Senior V, Sasieni P. Women's understanding of a "normal smear test result": experimental questionnaire based study. BMJ 2001; 322: 526-528. [EC,I]

Hippisley-Cox J, Pringle M, Crown N, Meal A, Wynn A. Sex inequalities in ischaemic heart disease in general practice: cross sectional survey**.** BMJ 2001; 322: 832. [T,I]

Delgado Sánchez A. Salud y género en las consultas de atención primaria. Aten Primaria 2001; 27: 75-78. [AO,I].

Aguiló E. Grupos de mujeres : menopausia, madurez y vida cotidiana (una propuesta de intervención desde un centro de salud). Dimensión Hhumana 2001; 5: 41-45.[AO,II]

Puigdevall V, Laudo C, Herrero B, del Río C, Carnicero R, del Río MJ. Patología tiroidea durante el embarazo. Aten Primaria 2001; 27: 190-196. [AO, I].

Kirkland LR, Aslam F, Rashid H, Sellers TA, Grabick DM, Hartmann LC. Oral Contraceptives and Risk of Breast Cancer in Women with a Family History of Breast Cancer. JAMA 2001; 285. [S,II]

Smith-Bindman R, Hosmer W, Feldstein VA, Deeks JJ, Goldberg JD. Second- Trimester Ultrasound to Detect Fetuses with Down Syndrome. A meta-analysis. JAMA 2001; 285: 1044-1055. [S,II]

Lee IM, Rexrode KM, Cook NR, Manson JE, Buring JE. Physical Activity and Coronary Heart Disease in Women. JAMA 2001; 285: 1447-1454. [S,II]

Rodríguez C, Patel AV, Calle EE, Jacob EJ, Thun MJ. Estrogen Replacement Therapy and Ovarian Cancer Mortality in a Large Prospective Study of US Women. JAMA 2001; 285: 1460-1465. [S,III]

ANCIANOS:

Burns A, Dening T, Baldwin R. Care of older people: Mental health problems**.** BMJ 2001; 322: 789-791. [T,I]

Newbury J, Marley J. 75 + health assesments. Australian Family Physician 2001;30:82-7. [R,I]

Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Aten Primaria 2001; 27: 331-334. [T, II].

Santacruz KS, Swagerty D. Early diagnosis of dementia. Am Fam Physician 2001;63:703-13,717-8. [AO,II]

Mouton CP, Bazaldua OV, Pierce B, Espino DV. Common infections in older adults. Am Fam Physician 2001;63:257-68. [AO,II]

URGENCIAS Y EMERGENCIAS:

Salazar A, Corbella, Escarrabill. J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. Med Clín (Barc) 2001; 116: 35. [S,I]

Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. Med Clín (Barc) 2001; 116: 92-96. [T,II]

Thomas R. Acute asthma. Emergency management in the community. Australian Family Physician 2001; 30: 100-05.[R,I]

Marenco JP, Wang PJ, Link MS, Homoud MK, Esteso AM. Improving Survival from Sudden Cardiac Arrest. The Role of the Automated External Defibrillator. JAMA 2001; 285: 1193-1200. [S,II]

TERAPÉUTICA: Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.

Figueiras A, Sastre I, Tato F, RodriguezC, Lado E, Caamaño F, et al. One-to-one Versus Group Sessions to Improve Prescription in Primary Care. A Pragmatic Randomized Controlled Trial. Med Care 2001; 39:158-167. [QE, II]

Barker Baussell R, Lee W, Berman B. Demographic and Health-Related Correlates of Visits to Complementary and Alternative Medical Providers. Med Care 2001; 39: 190-196

Schapira M, Lawrence W, Katz D, McAuliffe T, Nattinger A. Effect of treatment on Quality of Life Among Men With –clinically Localized Prostate Cancer. Med Care 20001; 39: 243-253. [S, I]

Rosenheck R, Leslie D, Sernyak M. From Clinical Trials to Real-World Practice. Use of Atypical Antipsychotic Medication Nationally in the Department of Veternas Affairs. Med Care 2001; 39: 302-308. [T, I]

García-Sempere A, Peiró S. Gasto farmacéutico en atención primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud. Gaceta Sanitaria 2001; 15: 32-40.

Cox CM, Jones M. Is it possible to decrease antibiotic prescribing in primary care? An analysis of outcomes in the management of patients with sore throats. Fam Pract 2001; 18: 9-13. [QE,I]

Kaplan Norman M. Diuretics as a Basis of Antihypertensive Therapy. Drugs 2001; 59: 21-25. [R, II]

Dunn CJ, Goa KL. Risedronate: A Review of its Pharmacological Properties and Clinical Use in Resorptive Bone Disease. Drugs 2001; 61: 685-712. [R, I]

ENTREVISTA CLINICA:

Marteau TM, Senior V, Sasieni P. Women's understanding of a "normal smear test result": experimental questionnaire based study. BMJ 2001; 322: 526-528. [EC,I]

Hudson Scholle S, Gradner W, Harman J, Madlon-Kay DJ, Pascoe J, Kelleher K. Physician Gender and Psychosocial Care for Children. Attitudes, Practice Characteristics, Identification and Treatment. Med Care 2001; 39: 26-38. [T,I]

Ruiz Moral R, Muñoz Alamo M, Alba Jurado M, Perula de Torres L. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. Fam Pract 2001; 18: 60-63. [EC, I)

Dixon-Woods M, Findlay M, Young B, Cox H, Heney D. Parents´accounts of obtaining a diagnosis of childhood cancer. Lancet 2001; 357:670-74.[T,I]

ATENCION FAMILIAR:

ACTIVIDADES COMUNITARIAS. Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios.

Hendriks A, Vrielink M, Smets E, Van Es S, De Hes J. Improving the assesment of (In)patients' Satisfaction With Hospital Care. Med Care 20001; 39:270-283. [T, I]

DOCENCIA. Incluye: pregrado, postgrado, formación medica continuada, metodología docente.

Ruiz Moral R, Muñoz Alamo M, Alba Jurado M, Perula de Torres L. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. Fam Pract 2001; 18: 60-63. [EC, I)

Cloft HJ, Shengelaia GG, Marx WF, Kallmes DF. Preliminary Reports and the Rates of Publication of Follow-up Reports in Peer-reviewed, Indexed Journals. Acad Med 2001; 76: 638-641. [T,I]

DeWitt DE, Robins LS, Curtis JR, Burke W. Primary Care Residency Graduates' Reported Training Needs. Acad Med 2001; 76: 285.

Robins LS, White, CB, Alexander GL, Cyril MG. Assessing Medical Students' Awareness of and Sensitivity to Diverse Health Beliefs Using a Standardized Patient Station. Acad Med 2001; 76: 76-80

Ref: Ashbury FD, Iverson DC, Kralj B. Physician communication skills: Results of a survey of general/family practitioners in Newfoundland. Med Educ Online 2001; 6:1.

Levey RE. Sources of Stress for Residents and Recommendations for Programs to Assist Them. Acad Med 2001; 76: 142-150.

Stacpoole PW, Fisher WR, Flotte TR, Geiser EA, Theriaque DW, Hutson AD. Teaching Hypothesis-oriented Thinking to Medical Students. Acad Med 2001; 76: 287-292.

Myers KA. Evaluating Clinical Teachers. Does the Learning Environment Matter?. Acad Med 2001; 76: 286.

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Green LA, Dovey SM. Practice based primary care research networks. BMJ 2001; 322: 567-568. [AO,II]

Gilbody SM, O´House A, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review**.** BMJ 2001; 322: 406-409. [R,I]

Thomas P, Griffiths F, Kai J, O'Dwyer A. Networks for research in primary health care**.** BMJ 2001; 322: 588-590. [AO,II]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.

Baker R. Is it time to review the idea of compliance with guidelines? Br J General Practice 2001; 51:5-6. [AO,II]

Jackson C. Colorectal cancer screening- what the guidelines don´t tell you. Australian Family Physician 2001; 30-8.[AO,I]

Gates TJ. Screening for cancer: Evaluating the evidence. Am Fam Physician 2001;63:513-22. [AO,I]

Rosenheck R, Leslie D, Sernyak M. From Clinical Trials to Real-World Practice. Use of Atypical Antipsychotic Medication Nationally in the Department of Veternas Affairs. Med Care 2001; 39: 302-308. [T, I]

Eccles M, Rousseau N, Adams P, Thomas L. Evidence-based guideline on the primary care management of asthma. Fam Pract. 2001;18: 223-229. [R, III]

Eccles M, Rousseau N, Adams P, Thomas L. Evidence-based guideline for the primary care management of stable angina. Fam Pract 2001;18: 217-222. [R, III]

PREVENCIÓN.

NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. JAMA 2001; 285: 785-795. [C,I]

González Pedraza Avilés A, Ortiz Zaragoza C, Topete Barrera L, Mota Vázquez R, Ponce Rosas R. ¿Es útil la tinción de Papanicolaou como auxiliar del diagnóstico de algunas infecciones de transmisión sexual?. Aten Primaria 2001; 27: 222-226. [T, I].

Crouch MA. Effective use of statins to prevent coronary Heart disease. Am Fam Physician 2001;63:309-20,323-4. [AO,II]

Gates TJ. Screening for cancer: Evaluating the evidence. Am Fam Physician 2001;63:513-22. [AO,I]

Sander R. Otitis externa: A practical guide to treatment and prevention. Am Fam Physician 2001; 63:927-36,941-2. [AO,II]

Villanueva CM, Kogevinas M, Grimalt JO. Cloración del agua potable en España y cáncer de vejiga. Gaceta Sanitaria. 2001; 15: 48-53.

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD.

Fender GRK, Prentice A, Nixon RM, Gorst T, Duffy SW, Day NE, et al. Management of menorrhagia: an audit of practices in the Anglia menorrhagia education study**.** BMJ 2001; 322: 523-524. [T, I]

Wagner EH, Sandhu N, Newton KM, McCulloch DK, Ramsey SD, Grothaus LC. Effect of Improved Glycemic Control on Health Care Costs and Utilization. JAMA 2001; 285: 182-189. [S,I]

Hendriks A, Vrielink M, Smets E, Van Es S, De Hes J. Improving the assesment of (In)patients' Satisfaction With Hospital Care. Med Care 20001; 39:270-283. [T, I]

Etxeberria Y, Pérez-Izquierdo J, Badiola C, Quintana JM, Padierna A, Aróstegui I, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. Gaceta Sanitaria 2001;15: 25-30.

BIOÉTICA:

Rosenberg LJ, Aronstam NE. Euthanasia- A medicolegal study. JAMA 2001; 285. [AO,I]

PLANIFICACION / GESTIÓN. Incluye farmacooeconomía:

Pardell H, Tresserras R, Armario P, Hernández del Rey R. Pharmacoeconomic Considerations in the Management of Hypertension. Drugs 2001; 59: 13-20. [R, I]

INFORMÁTICA.

Fe de Erratas:

Filomena Alonso Morales es coautora de la Sección *Publicaciones de interés / Alerta Bibliográfica* de la Revista *Medicina de Familia (And) 2001; 2: 91-97 y Medicina de Familia (And) 2000; 1: 197-202.*

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 4

Rafiografía de tórax alterada

Maldonado Díaz I, Cuevas Torres N.

Residentes de 3.º año de la Unidad Docente de MFyC de Granada.

Mujer de 67 años que acude a urgencias por presentar desde hace unos tres días febrícula, tos abundante no productiva, molestias en ambos costados y disnea de esfuerzo. Como antecedentes médicos de interés destacan hipertensión arterial bien controlada con enalapril, nunca ha estado hospitalizada ni ha sido sometida a intervenciones quirúrgicas, no presenta alergias medicamentosas conocidas ni ha sido fumadora.

Exploración física: paciente obesa con 37,4º C 20 respiraciones por minuto, TA 145/86 80 lpm, no cianosis periférica y se encuentra bien hidratada y perfundida. La auscultación cardiaca carece de interés, y en la auscultación respiratoria encontramos algunos roncus aislados y una disminución del murmullo vesicular en la base pulmonar derecha.

Entre las pruebas complementarias llama la atención la radiografía de tórax (ver fotografía), por lo que pensamos que la paciente tiene clínica compatible con una bronquitis aguda y además:

a) Un cáncer de pulmón

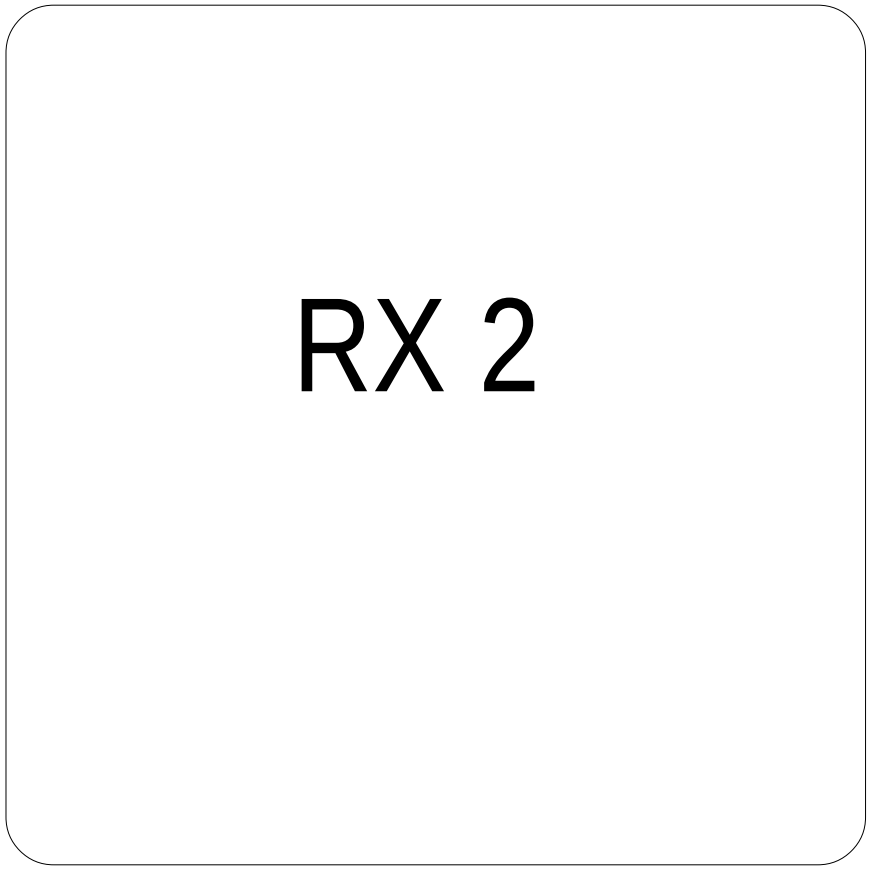
b) Una eventración diafragmática

c) Una zona de atelectasia

d) Un derrame pleural

e) Esta placa es normal en las personas obesas

RX 1



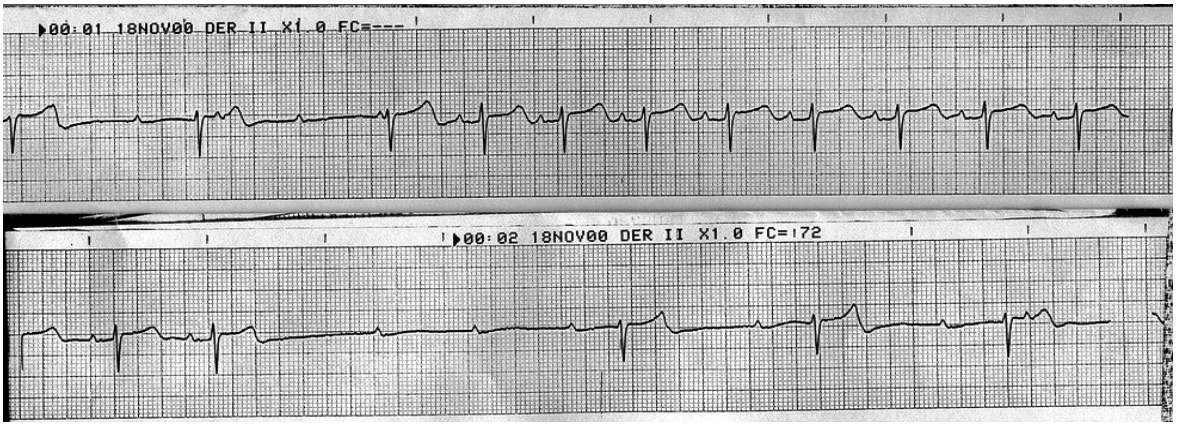
¿Qué actitud tomaría frente a esta paciente en función de la radiografía?

(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 (del vol. 2, núm. 1)

(Medicina de Familia (And) 2001; 2:78-79)



Los mareos son uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica diaria.. En este caso existen pérdidas transitorias de conocimiento. La anamnesis y la exploración física indican que probablemente no sean de origen neurológico. El EKG realizado en la consulta parece en ritmo sinusal, con quizá un bloqueo de primer grado (PR en el límite). El que se había realizado una hora antes sin embargo no está en ritmo sinusal. La dificultad de la interpretación del EKG está en que al buscar las ondas P en las derivaciones habituales (II, III y aVF) no se pueden observar con claridad ya que el EKG se encuentra vibrado y además en aVR las ondas P no son claramente negativas por lo que podría parecer que realmente no hay ondas P y que al no ser rítmico nos hallemos ante una FA.

Sin embargo al observar las derivaciones precordiales (sobre todo V2 y V3) vemos que sí existen ondas P y que éstas poseen prácticamente la misma morfología (bifásica).

La distancia entre las ondas P se mantiene constante. Algunas ondas P se encuentran incluidas dentro de otros complejos QRS y otras se encuentran dentro de la onda T.

Existen intervalos en los que se podría pensar que existe un bloqueo de tercer grado ya que las p son rítmicas y van “por un lado” , mientras que los QRS también son rítmicos (al menos durante tres complejos seguidos) y van “por el suyo”. Otra interpretación más exacta sería la de bloqueo de segundo grado en el que unas P conducen (dos complejos seguidos mantienen un PR constante) y otras no (tres complejos seguidos presentan un PR previo variable), naturalmente se trataría de un Mobitz II ya que no existe fenómeno de Wenckebach (al menos de forma clara). Se trata en cualquier caso de un bloqueo de alto grado.

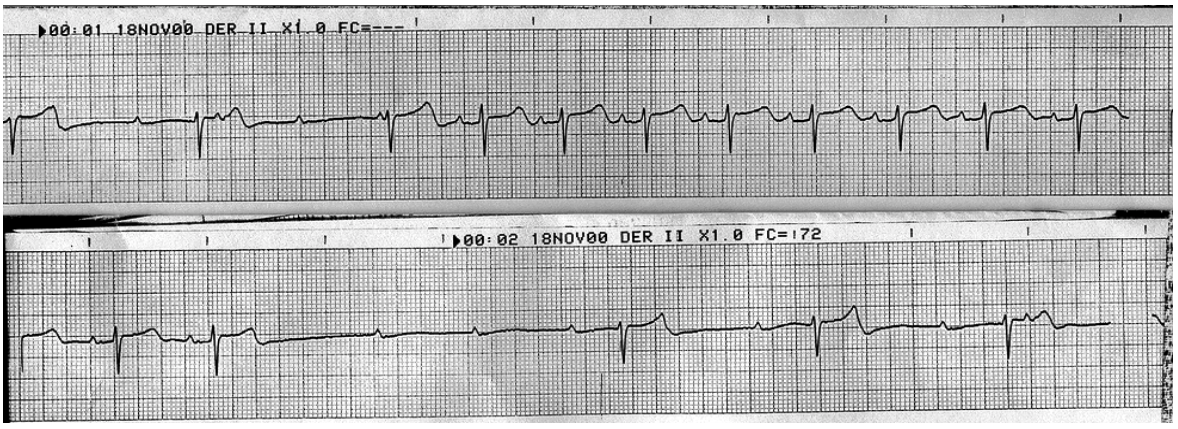
La paciente presenta una arritmia por bloqueo AV con clínica acompañante y es subsidiaria de monitorización electrocardiográfica ya que sabemos que la evolución habitual de un bloqueo Mobitz II es pasar a un tercer grado completo con marcapasos de escape más o menos inestable.

El bloqueo tipo II de Mobitz puede aparecer en casos de infarto anteroseptal o cuando existen alteraciones esclerodegenerativas o calcificantes primarias o secundarias del esqueleto fibroso del corazón.

En este caso el marcapasos se encuentra en el nodo AV o muy próximo a éste ya que la frecuencia es de 50 (no es menor de 40) y el QRS es estrecho. Los ritmos de es-

cape intra o infrahisianos son de QRS ancho, de frecuencia baja (menos de 40) y menos fiables aún.

La paciente pasó a observación hospitalaria presentando a los pocos minutos el siguiente EKG:



Aquí se aprecia que varias ondas P no se siguen de complejo QRS y por tanto el bloqueo AV es ya completo, con un marcapasos de escape en o muy próximo al nodo AV. Coincidiendo con estos momentos la paciente refiere presentar ese mareo que le llevó a acudir a nuestra consulta.

La paciente pasó a la UVI donde se le puso un marcapasos externo en espera del definitivo.