

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 203 En el veinte aniversario de la creación del Centro de Salud de Cartuja, mirando hacia el futuro.

El espacio del usuario

- 205 ¿Prevenir mejor que curar?

Originales

- 208 Índice cintura/cadera, obesidad y estimación del riesgo cardiovascular en un centro de salud de Málaga.
- 216 Conocimiento y opinión sobre medidas de gestión en profesionales de atención primaria
- 223 Sexualidad y sida. grado de conocimiento y actitud de los escolares
- 231 Trastornos de la alimentación en tres centros de salud de un área urbana.
- 239 Perfil de las embarazadas que no acuden a un programa de educación maternal.
- 244 Evolución de las tasas de brucelosis en la provincia de Almería durante el período 1972-1998.

Artículo de Revisión

- 248 El Ejercicio Físico, ¿un instrumento terapéutico en el olvido?
- 253 Automedida de presión arterial (AMPA)

A Debate

- 259 Patologías de origen profesional

Área Docente

- 264 Especificidades del ejercicio de la Medicina en Atención Primaria de Salud. Su importancia en el pregrado y doctorado.

- 268 ¿Cuál es su diagnóstico?

Artículo especial

- 271 La prevención y el tratamiento del tabaquismo en los centros de salud de Andalucía: situación actual y perspectivas.

Cartas al Director

- 279 El visitador médico contesta.



Hubo anuncio



Sumario

Editorial

- 203 En el veinte aniversario de la creación del Centro de Salud de Cartuja, mirando hacia el futuro.

El espacio del usuario

- 205 ¿Prevenir mejor que curar?

Originales

- 208 Índice cintura/cadera, obesidad y estimación del riesgo cardiovascular en un centro de salud de Málaga.
- 216 Conocimiento y opinión sobre medidas de gestión en profesionales de atención primaria (I)
- 223 Sexualidad y sida: grado de conocimiento y actitud de los escolares
- 231 Trastornos de la alimentación en tres centros de salud de un área urbana.
- 239 Perfil de las embarazadas que no acuden a un programa de educación maternal.
- 244 Evolución de las tasas de brucelosis en la provincia de Almería durante el período 1972-1998.

Artículo de Revisión

- 248 El Ejercicio Físico, ¿un instrumento terapéutico en el olvido?
- 253 Automedida de presión arterial (AMPA)

A Debate

- 259 Patologías de origen profesional

Área Docente

- 264 Especificidades del ejercicio de la Medicina en Atención Primaria de Salud. Su importancia en el pregrado y doctorado.
- 268 **¿Cuál es su diagnóstico?**
-

Artículo especial

271 La prevención y el tratamiento del tabaquismo en los centros de salud de Andalucía: situación actual y perspectivas.

279 **Cartas al director**

281 **Publicaciones de Interés**

289 **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 3, octubre 2001

Contents

Editorial

- 203 Looking towards the future during the 20th anniversary of the Cartuja Health Center

The consumer's corner

- 205 Is prevention better than healing?

New Research Papers

- 208 The Waist/Hip Index: Obesity and Estimating Cardiovascular Risks in a Malaga Health Center
216 Knowledge and Opinions of Primary Care Professionals Regarding Managerial Measures
223 Sex and AIDS: Attitudes and Degree of Knowledge Among Students
231 Eating Disorders in Three Urban Area Health Centers
239 Profile of Pregnant Women Who Do Not Attend a Maternal Education Program
244 The Evolution of Brucellosis Levels in the Province of Almeria From 1972-1998

Review

- 248 Physical Exercise: A Forgotten Therapeutic Tool?
253 Self-Measuring Blood Pressure

Debate

- 259 Pathologies of Professional Origin

The Teaching Area

- 264 Some specificities of Primary Health Care medical work. Its importance at degree and post-degree level.

- 268 **Which is your Diagnosis?**

Special Article

- 271 Prevention and Treatment of Smoking Habits in Andalusian Health Centers: current situation and perspectives
-

-
- 279 **Letter to the editor**
- 281 **Publications of Interest**
- 289 **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

M^a 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 Castilló. *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 Aranzabal. *Almería.*
M^a Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*

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

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

En el veinte aniversario de la creación del centro de salud de Cartuja, mirando hacia el futuro

De la Revilla L ¹

¹ *Presidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia.*

Celebramos estos días, el veinte aniversario de la creación del Centro de Salud de Cartuja. Este hecho tiene, de una parte, la importancia que supuso la apertura del primer centro de salud en España, y de otra, la puesta en marcha de un nuevo modelo organizativo que acercaba la atención y los cuidados de salud a la población.

Si bien estos hechos tienen la suficiente relevancia como para que dediquemos un espacio para recordar esa efemérides, me parece que no es solo esto lo que merece destacarse, puesto que, lo que realmente importa, lo que hace de este aniversario un recuerdo singular, es el hecho de que el centro de salud de cartuja se conformó como el taller, el gran taller donde se fraguó la Atención Primaria de Salud de nuestro país y donde se estableció el primer perfil profesional del nuevo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Y también donde se construyeron los modelos organizativos capaces de responder a las demandas individuales de salud con alto rigor científico, propiciando además la puesta en marcha de nuevas actividades de prevención y promoción de la salud, así como novedosas intervenciones sobre la familia y la comunidad.

Desde la distancia que nos da el paso de los años, resulta interesante recordar cómo muchas de las actividades que ahora nos parecen prácticas rutinarias se pusieron en marcha, en el Centro de Cartuja, por primera vez en España, constituyéndose en prácticas habituales de la Atención Primaria.

Es bueno recordar que en el Centro de Salud de Cartuja se organiza el primer sistema de registro de atención primaria. Se utiliza por vez primera la historia clínica, junto con los correspondientes registros para las restantes actividades de los programas de salud. Gracias a ello pudimos conocer por vez primera la morbimortalidad en pequeñas comunidades. Se pone en marcha el primer programa de inmunizaciones y se crea en el centro de salud un área específica para cumplimentar y evaluar el programa de vacunaciones.

En el campo de la pediatría, por vez primera, junto a la atención biomédica, se realizan actividades de atención,

prevención y promoción, con el programa de salud infantil. Somos también pioneros en el abordaje de la prevención de los problemas de salud y en la atención al crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes, mediante el programa de salud escolar. Y se generan, como otras primicias, las actividades del programa de prevención de accidentes de la infancia o los cursos de educación sexual para alumnos de bachillerato, entre otros.

Con el propósito general de contribuir a la salud de la población mediante la promoción y protección de la salud de la mujer por medio de la coordinación de los recursos sanitarios disponibles y la participación de la comunidad en la gestión, se instauró el primer programa maternal. Estaba constituido por los subprogramas de Control de Embarazo, Planificación Familiar y Diagnóstico Precoz del Cáncer Genital.

Todo lo concerniente a la atención comunitaria le da un carácter muy particular al trabajo del Centro de Salud de Cartuja, así se establece el primer Diagnóstico de Salud de la Comunidad. Gran parte de las acciones, descritas más arriba, lo son de los programas de salud comunitarios, que surgen como consecuencia del diagnóstico. En esta misma línea, se pone en marcha el primer consejo de salud, como un modelo de participación comunitaria.

Se definen las actividades y funciones de los centros de salud y se establece un modelo de organización. De este trabajo surge la idea de cambiar al equipo de salud del Centro por los equipos de salud, en plural, las UAFs, conformado por un triángulo, cuyos ángulos ocupan el paciente/ la familia, el médico y el diplomado de enfermería.

Con nuestra experiencia contribuimos al diseño arquitectónico de los centros de salud, aportando programas para que los arquitectos se enfrenten con éxito al reto de diseñar unas edificaciones capaces de dar respuesta a las nuevas necesidades de la atención primaria de salud. El Centro de Salud de Cartuja-Almanjáyar es un buen ejemplo de lo que decimos.

Por todos estos logros, creo que lo que conmemoramos en estas fechas es precisamente el nacimiento de una

nueva forma de trabajar en atención primaria y un nuevo estilo de responder a las necesidades de salud de la población. A ese movimiento, que se inicia en Granada y se extiende a lo largo y ancho de España, lo denominamos el *Espíritu de Cartuja*, esto es, una manera de entender y hacer la Medicina de Familia, una forma nueva y distinta de organizar las actividades de atención primaria.

Podemos decir, sin rubor, que este *Espíritu de Cartuja* impregnó de tal manera el proceso de la reforma sanitaria, que en buena medida, las actividades y programas que se establecen para la Atención Primaria en Andalucía y, posteriormente en otras comunidades, se deben al trabajo realizado hace ahora veinte años.

El *Espíritu de Cartuja*, generador de las nuevas ideas no puede atribuirse a una o dos persona, sino que fueron muchas las que dieron vida a estos sueños, las que se esforzaron, aportando dedicación, trabajo y, sobre todo, imaginación y hasta fantasía. Conviene recordar aquí, a los médicos generales, enfermeros, celadores, secretaría de la unidad docente, técnica de salud, trabajadores sociales, asociaciones vecinales y sobre todo, a los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, muy especialmente a la primera promoción, sin cuyo entusiasmo y dedicación el Centro de Salud no hubiera nacido ni hubiera subsistido.

Con el paso de los años se han producido cambios importantes; se ha consolidado el trabajo en los centros de salud y casi se ha completado la reforma sanitaria. Esto es verdad pero ¿a qué precio? A lo largo de estos años hemos ido perdiendo algunas de las más queridas señas de identidad, nos hemos atrincherado en la soledad de las consultas, hemos cambiado la organización, alejándonos del modelo UAF, hemos pasado de programas de salud a protocolos de atención, percibimos la visita domiciliaria como un castigo, y las actividades de prevención y promoción y la atención a la comunidad no forman parte de nuestro curriculum profesional.

Revisando lo que ha ocurrido durante este largo periodo de tiempo, parece que ha llegado el momento de preguntarnos a donde vamos, de denunciar la tremenda distancia que separa el perfil profesional teórico del real, y sobre todo es un buen momento para reflexionar.

Han pasado muchos años, veinte, los suficientes para que analicemos qué cambios se han producido en la sociedad, de evaluar qué esperan de nosotros los pacientes, de conocer el perfil profesional que demanda la administración, de averiguar por qué dijimos adiós, sin que al parecer nos doliera la renuncia, a todo lo que de innovador tuvo la atención dirigida a la comunidad.

Esta reflexión sobre nuestra historia reciente, sobre lo que hemos perdido y hemos ganado, nos debe llevar a encontrar caminos nuevos, para hacer si es necesario la reforma de la reforma, la contrarreforma.

Os invito a que pensemos juntos cual debe de ser el perfil profesional, a analizar lo que supone servir a una especialidad horizontal, y algo más, a transformarnos en el médico de las personas, para recomponer lo que otras especialidades fragmentan. A asumir el reto de identificar, diagnosticar y tratar los problemas psicosociales, construyendo un puente para enlazar, a través de la atención familiar, lo biomédico con lo social. A aceptar como parte del quehacer profesional la prevención y promoción de la salud. A entender, en fin, que somos la puerta de entrada del sistema, pero a prepararnos para ser una puerta inteligente, que aprenda a transferir y a recibir a los pacientes, asegurando la continuidad de la asistencia, pero también a asumir, en muchas ocasiones, la responsabilidad única de toda la atención.

Os invito a reflexionar sobre qué lugar deberá ocupar la Medicina Comunitaria, a decidir si son o no son válidas todavía las viejas propuestas del Diagnóstico de Salud y los programas de salud, o si, por el contrario, es necesario un cambio que ponga el acento en otros aspectos, por ejemplo, cómo deberíamos responder ante las desigualdades de salud, o cuales deben de ser las propuestas para atender problemas de salud relacionados con el maltrato a niños, ancianos y mujeres, ante las demandas de la población emigrante, o en la discapacidad de los mayores.

En fin, os invito a realizar una reflexión valiente y hasta arriesgada si es necesario, para establecer de qué manera debemos organizar nuestro trabajo en la consulta y en el centro de salud, de qué forma abordaremos la atención domiciliaria, de cómo generar distintos espacios de relación entre el Centro y el Distrito.

Y estas son las tareas que os propongo, para que este aniversario, además de sernos útil para recordar y traer de la memoria colectiva, las distintas y variadas aventuras personales, nos sirva sobre todo, para proponer ideas y para construir nuevas formas de ser médico de familia y de organizar la Atención Primaria.

Podemos desde el pasado, cargando con el peso de todos estos años, caminar hacia el futuro, desde el *Espíritu de Cartuja*, podemos elaborar una *Declaración de Cartuja*, que recoja nuestros proyectos de futuro. Invito a las sociedades científicas, semFYC y SAMFyC, y a la administración, a liderar este proyecto, facilitando foros de debate, o lugares de encuentro donde pueda ensamblarse y fundirse lo teórico y real, lo académico y la praxis.

EL ESPACIO DEL USUARIO

¿Prevenir mejor que curar?

Cutiño Riaño JC ¹

¹ Responsable de Relaciones con Sectores Empresariales de la Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía (FACUA).

Con total seguridad, la pregunta que encabeza este artículo obtendrá una respuesta rápida y contundente por parte de los lectores del mismo, como no puede ser de otro modo, dado el amplio convencimiento que, en el desarrollo de nuestra actividad, hemos constatado entre los profesionales de la medicina sobre cuales son las prioridades de su trabajo.

En la actualidad resulta indiscutible que el derecho a la salud consagrado en la Constitución Española y desarrollado a través de la Ley General de Sanidad, la Ley de Salud de Andalucía, y otras normas de menor rango no puede limitarse a una función puramente remedial o terapéutica de los males, enfermedades o patologías que afecten al ciudadano.

El cumplimiento de dicho mandato no puede entenderse restringido al establecimiento de los mecanismos necesarios para que el ciudadano enfermo encuentra asistencia a sus males, sino que debe abarcar, al menos por principio, la integridad de las circunstancias que pueden incidir sobre dicha salud a lo largo de su vida, circunstancias que el avance de las ciencias biomédicas hacen cada vez más identificables y previsibles.

Partiendo de ese convencimiento, compartido por la comunidad médica, la administración competente y los agentes sociales representativos de los intereses de los usuarios, el plantearse una disyuntiva que el propio refranero español, tan sabio cuando no encuentra su contradictorio, nos deja meridianamente clara (*«más vale prevenir que curar»*), resulta innecesario en cuanto al concepto.

Sin embargo, no podemos, por el contrario, decir lo mismo en cuanto a la vigencia de dicho principio en nuestro sistema sanitario, el cual presenta innegables carencias para dar eficaz cumplimiento al mismo sin que por ello debamos renunciar a ese objetivo esencial en un Estado Social. La prevención es social y económicamente más rentable que la reparación de los daños sufridos por la salud de los individuos

Al abordar la cuestión de la prevención, tenemos que plantear un doble enfoque, ya que es tan importante la prevención individualizada y específica, concretada en cada paciente particular, como la prevención con carácter general a través de medidas que incida en los factores generadores de riesgo para la salud de los ciudadanos.

Vamos a abordar primero éstos últimos, dada su trascendencia y alcance general.

La Prevención General

Aún a riesgo de simplificar en exceso, podríamos decir que los riesgos para la salud de los ciudadanos pueden provenir con carácter general, básicamente y descartando posibles accidentes, de su entorno ambiental, su alimentación y sus hábitos de conducta y la actividad física y psíquica que desarrolle. Por lo tanto, las políticas de prevención no pueden tener un carácter vertical, localizado en las administraciones competentes en materia sanitaria, sino que deben tener un carácter horizontal que abarque e impregne las diferentes políticas sectoriales en materia de medio ambiente, consumo, trabajo, industria y, evidentemente, en materia de salud.

El entorno ambiental adquiere mayor importancia cuanto mayor es su deterioro y mayor el peso de los factores que inciden sobre él. Desde las emisiones contaminantes de los polos industriales o de la propia circulación vial, hasta la disminución de la capa de ozono o los campos electromagnéticos (por citar los aún pendientes de evaluar) encontramos múltiples factores susceptibles de generar riesgos para la salud de las personas, a veces minimizados por los poderes públicos ante la presión de los agentes económicos o su propia incapacidad para poner remedio.

Aunque muchas veces cuestionados y ocultados desde los propios poderes públicos que, con frecuencia, dejan que el mercado imponga sus intereses actuando en favor

de los sectores económicos y perjudicando a los ciudadanos, los estudios científicos sobre estas circunstancias suelen ofrecer cada vez mayores evidencias de que existen múltiples factores ambientales que provocan un entorno hostil para nuestro organismo que, por no estar plenamente probados (al menos públicamente) en cuanto a sus consecuencias negativas, se toleran sin adoptar las medidas preventivas necesarias ante los casos de duda razonable. El principio de precaución no se aplica de forma efectiva en materia ambiental, de tal forma que todo aquello que inicialmente no se prueba peligroso para nuestra salud, por no haberse avanzado suficientemente en los estudios al respecto, se presume inocuo y se autoriza sin mayores restricciones.

Frente a ello, nosotros apostamos por una política activa de prevención en materia de salud que implemente como criterio básico un elemental principio de precaución ante aquellas cuestiones que puedan tener un impacto ambiental. No tiene sentido que a estas alturas nos dediquemos a elucubrar sobre las consecuencias que puedan generar los campos electromagnéticos de los teléfonos móviles y sus antenas cuando cada andaluz tiene uno en su bolsillo y una potente antena repetidora en un radio relativamente corto. Resulta preocupante que observemos impasibles los significativos índices de cáncer en provincias próximas a los grandes polos industriales sin haber previsto las posibles consecuencias de las emanaciones de las fábricas. No tiene sentido que se generalicen los cultivos transgénicos cuando, aún sin evidencias científicas, intuimos que no podemos considerarlos inocuos para nuestro entorno y nuestro organismo.

La valoración de la incidencia de estas nuevas prácticas no pueden hacerse a posteriori, sobre las cifras de víctimas, sino con anterioridad a plantearse siquiera su puesta en práctica o su comercialización. Ninguna política preventiva en materia de salud puede considerarse completa si no parte de ese principio de precaución que, en la medida de lo posible, nos evite las desagradables sorpresas que cada cierto tiempo nos asaltan.

Si hablamos de la nutrición como factor de prevención de males para la salud, está claro que experiencias recientes como el «mal de las vacas locas», el problema de las dioxinas en los pollos belgas, la intoxicación por la Coca Cola o, remontándonos en el tiempo, el trágico síndrome tóxico provocado por el aceite de colza, ponen de relieve las carencias de controles suficientes para garantizar la seguridad alimentaria y las gravísimas consecuencias que de ello pueden derivarse para la salud pública.

Otras consecuencias de las prácticas generalizadas para incrementar la producción no podemos verlas de forma tan gráfica y explícita, pero no podemos ignorar que el uso masivo de pesticidas y plaguicidas en los cultivos, el

desconocimiento de la composición de los piensos animales, las hormonas utilizadas para su engorde, el uso generalizado de colorantes, conservantes y antioxidantes artificiales, pueden suponer graves consecuencias para la salud pública en general si no articulamos los mecanismos adecuados para un eficaz control de seguridad sobre nuestros alimentos, control que, hoy por hoy, se revela claramente insuficiente para que los ciudadanos podamos estar plenamente confiados.

A ello hay que sumar la deficiente educación del ciudadano sobre la necesidad de mantener una dieta equilibrada, cuestión que, a pesar de las campañas institucionales, choca con las poderosas campañas publicitarias de las multinacionales de la bollería industrial y la comida basura que promocionan pautas de alimentación que inciden negativamente sobre el desarrollo físico de los más jóvenes. No obstante, hay que valorar positivamente el esfuerzo desarrollado desde la Junta de Andalucía por promocionar la Dieta Mediterránea como ejemplo de alimentación equilibrada y saludable.

Tampoco ha sido la nuestra una sociedad en la que se haya promocionado una adecuada educación física del ciudadano como factor para la prevención de patologías sobre la salud. La Educación Física ha sido, en muchos casos, la «maría» entre las asignaturas escolares, no tanto por el nivel de exigencia de los monitores sino por la escasez de horas de dedicación y la falta de equipamientos para el deporte de base, tradicional en nuestras latitudes. Esto ha coadyuvado a generalizar conductas sedentarias más proclives al padecimiento de determinadas enfermedades. Afortunadamente, parece que, progresivamente, esta asignatura pendiente se va superando y es de esperar que a ello contribuya la realización del inventario de instalaciones deportivas de la Comunidad Autónoma Andaluza y el consecuente Plan para su racionalización y complementación.

Un capítulo específico, que no podemos abordar, precisaría la protección de la salud en el trabajo, en el que las enfermedades profesionales deben combatirse con la exigencia de las adecuadas medidas preventivas en las empresas con su correspondiente y exhaustivo control, así como una adecuada información al trabajador sobre las consecuencias que para su salud puedan derivarse de no adoptar las debidas precauciones en el desarrollo de su labor.

Todos estos factores, que inciden sobre la salud en general de los individuos y que son con frecuencia desconocidos para los profesionales de la sanidad que no cuentan con elementos para su control aún siendo elementos básicos para el mejor conocimiento del paciente, determinan la eficacia de una política integral de salud que contemple la prevención como prioridad en sus líneas de actuación.

Hasta aquí hemos expuesto en grandes trazos lo que implicaría una adecuada política de prevención de riesgos para la salud de ámbito general que, por su propia naturaleza difumina sus resultados pero que impregna a la ciudadanía y a las autoridades de un sentido social de preocupación por la salud pública que conlleva evidentes resultados.

La prevención individual

Descendiendo de las consideraciones generales a la prevención especial sobre la salud de cada individuo acogido al sistema público de salud, hemos de ser especialmente críticos, aún desde la defensa rigurosa del sistema sanitario público, ya que la percepción en este sentido no resulta alentadora.

La medicina preventiva precisa de resortes que no están adecuadamente resueltos en nuestro sistema sanitario. El nuevo esquema, basado en el modelo de centros de salud prevé una mayor atención a la prevención mediante un seguimiento más personalizado del paciente.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que dicho modelo no ha sido aún implantado en su totalidad, siendo peyoratoria su culminación para conseguir la armonización y homogeneización del sistema sanitario andaluz a través de unas estructuras que permitan el seguimiento clínico integral del paciente.

Asimismo, no podemos obviar el colapso en el que se suele mover nuestra atención primaria, lo cual provoca que en ocasiones los facultativos tengan que tratar a un número excesivo de pacientes en breve espacio de tiempo, convirtiéndose en un mero recetador, a lo cual contribuye la escasa formación que recibe del sistema lo que le deja en manos de los visitantes médicos, representantes de los laboratorios, cuya finalidad no es otra que favorecer la prescripción de sus especialidades, lo que fomenta un tratamiento remedial antes que preventivo.

Evidentemente, el tiempo promedio que puede dedicar un médico de atención primaria a su paciente resulta absolutamente inadecuado para poder indagar acerca de los factores de riesgo que inciden sobre cada paciente, sobre su alimentación, sus vicios, sus hábitos de vida o sus antecedentes familiares. Ante ello, el médico de familia suele resignarse a prescribir el medicamento que hubiera evitado una evaluación a tiempo de los factores de riesgo o unos hábitos de vida más saludables.

La medicina preventiva requiere, para ser una realidad que incida en la salud del ciudadano, de mayores medios materiales y humanos, junto con una disponibilidad del médico de familia para asumir esta función y generar la necesaria confianza entre sus pacientes a fin de que es-

tos requieran de estos servicios. Este tipo de medicina requiere de una atención periódica y sistematizada que, salvo para colectivos de riesgo muy específicos, no se encuentra prevista en nuestro sistema, ni existe dotación para ello.

En esta circunstancia, el médico de familia sólo puede hacer un seguimiento del paciente en función de sus patologías y en el escaso tiempo que le permite la atención primaria, lo que reduce consecuentemente la eficacia de cualquier medida preventiva. En este medio ¿puede el médico detenerse para conocer en qué entorno trabaja su paciente, qué nivel de estrés soporta, qué alimentación sigue habitualmente o qué antecedentes familiares tiene? Es cierto que el sistema de centros de salud permite un seguimiento circunstancial en función del historial médico, pero, ¿es esto suficiente?

Los profesionales de la medicina deben opinar

Entiendo que los usuarios debemos dejar esta pregunta abierta para que sean los propios facultativos quienes, conocedores de sus posibilidades y limitaciones, den la adecuada respuesta, más cualificada, y hagan propuestas en función de sus propias experiencias y de los problemas que se encuentran día a día para desarrollar su actividad al nivel que ellos desearían.

No obstante, ante este somero análisis, podríamos decir que la prevención de los riesgos para la salud constituye, hoy en día, un *desideratum*, más que una auténtica realidad. Y así es normal que sea porque, al mismo tiempo que los avances de la ciencia palián algunas de las tradicionales amenazas a la salud pública en los países desarrollados del «*primer mundo*» surgen nuevas amenazas y nuevas demandas sociales propiciadas por esos mismos avances.

Podemos decir que los modelos en que se mueve el sistema sanitario público en la actualidad aportan nuevos instrumentos para hacer realidad la aspiración de una sociedad más saludable, si bien su desarrollo hasta cotas satisfactorias dependerá de la apuesta efectiva que las autoridades competentes hagan por potenciar una Sanidad Pública y dotarla de los medios materiales y humanos que requiere una tarea de esta envergadura.

Para finalizar, decir que los representantes ciudadanos de los usuarios queremos tener la oportunidad de participar, junto con los profesionales sanitarios y la administración pública competente, en el diseño y desarrollo de ese sistema, a fin de trasladar nuestras percepciones e inquietudes y poder plantear nuestras aspiraciones en un terreno tan trascendental como es el de la Salud Pública.

ORIGINAL

Índice cintura/cadera, obesidad y estimación del riesgo cardiovascular en un centro de salud de Málaga

Montalbán Sanchez J.

Doctor en medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivo: El propósito de este estudio será evaluar las influencias antropométricas del peso y el índice cintura/cadera sobre una ecuación que estima el riesgo cardiovascular.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Población y muestra: 85 sujetos que asistieron a la consulta de demanda del centro de salud de Puerta Blanca (Málaga) por el método del case finding.

Intervenciones: Se recogieron datos de los factores de riesgo cardiovascular (edad, sexo, tabaco, colesterol total, glucemia y tensión arterial) según un valor ponderado (RCVap) y su posible relación con variables antropométricas como el índice de masa corporal (IMC), índice cintura/cadera (ICC) y el perímetro de la cintura (CCI).

Resultados: El ICC fue diferente según el sexo ($0,97 \pm 0,057$ en hombres frente a $0,90 \pm 0,091$ en las mujeres), ($p < 0,0003$) y hubo una correlación positiva de los índices antropométricos ICC, CCI e IMC con la variable RCVap ($r = 0,55$; $r = 0,40$ y $r = 0,26$) ($p < 0,05$), respectivamente. Dicha correlación aumentó de forma paralela en los grupos de mayor edad ($r = 0,41$ en < 50 años y $r = 0,54$ en > 50 años) ($p < 0,05$). Además el ICC fue el factor que mejor explicó la variabilidad del RCVap ($r^2 = 0,30$) y fue el único que dio significativo al realizar el análisis de regresión lineal múltiple ($b = 70,4$).

Conclusiones: Hubo una buena correlación de ciertos factores antropométricos como el ICC y CCI respecto al RCVap, mientras que el IMC influyó menos. Dicha correlación aumentó en los grupos de mayor edad.

Palabras clave: Índice cintura/cadera. Perímetro de cintura. Índice de masa corporal. Factores de riesgo vascular.

THE WAIST/HIP INDEX: OBESITY AND ESTIMATING CARDIOVASCULAR RISK IN A MALAGA HEALTH CENTER

Goal: The aim of this study is to evaluate the anthropometric influences of weight and the waist/hip index based on an equation that estimates cardiovascular risk.

Design: Cross sectional study.

Setting: An urban Health Centre.

Population and Sample: 85 persons who visited the Puerta Blanca (Málaga) Health Center using the case finding method.

Interventions: Data on cardiovascular risk factors was gathered (age, gender, smoking habit, cholesterol, glycemia, and blood pressure) according to a weighted value (RCVap) and its possible relationship with anthropometric variables such as the body mass index (BMI), the waist/hip index (WHI) and waist perimeter (WP).

Results: The WHI differed according to gender (0.97 ± 0.057 in men compared with 0.90 ± 0.091 in women), ($p < 0.0003$) and there was a positive correlation among the anthropometric indexes WHI, WP e BMI with the RCVap variable ($r = 0.55$; $r = 0.40$ and $r = 0.26$) ($p < 0.05$), respectively. Among the older age groups, this correlation had a parallel increase. ($r = 0.41$ in < 50 years and $r = 0.54$ in > 50 years) ($p < 0.05$). In addition, the factor best explaining the variability of the RCVap was the WHI. ($r^2 = 0.30$) and it was the only one that proved significant when a multiple linear regression analysis was done ($b = 70.4$).

Conclusions: There was a good correlation of certain anthropometric factors such as WHI and WP with regard to the RCVap, while the BMI had less of an influence. This correlation increased in the older age groups.

Key Words: Waist/hip index, waist perimeter, body mass index, vascular risk factors.

Correspondencia: Juan Mollabán Sánchez. C/ Almogía, 14 - 5.º-4.º C 29007 Málaga. Teléfono: 952 346 016

Recibido el 27-08-2001; aceptado para su publicación el 26-09-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 208-215

Introducción

Existen dos tipos de obesidad según el patrón de distribución de grasa corporal: androide y ginoide¹; al primer tipo se le llama obesidad intrabdominal o visceral y al segundo extrabdominal o subcutáneo y para cuantificarla se ha visto que una medida antropométrica como el índice cintura/cadera^{2,3} se correlaciona bien con la cantidad de grasa visceral lo que convierte a este cociente en una medición factible desde el punto de vista práctico y sobre todo a nivel de las consultas de Atención Primaria. En diversos trabajos se alude a la importancia de la obesidad^{4,5} y se enfatiza en el papel de la obesidad visceral⁶⁻¹¹ como factor de riesgo cardiovascular ya que conduce a un estado dislipémico con cifras de CT y LDLc altas, HDLc bajas, mayor prevalencia de HTA e insulinoresistencia en tales sujetos obesos lo cual contribuye a aumentar el riesgo cardiovascular¹¹⁻¹³. Por otro lado, para evaluar dicho riesgo cardiovascular en Atención Primaria, Córdoba et al.^{14,15} han validado un test diagnóstico basado en la ecuación de Framingham^{16,17} utilizando un grupo de variables interrelacionadas tales como la edad, el sexo, el tabaquismo, el colesterol total, la glucemia y la tensión arterial, de tal modo que un valor ³ 24 puntos en dicho test equivale a un riesgo alto de la ecuación de Framingham lo que significa una probabilidad de un 20% de padecer un evento vascular en los próximos 10 años. El propósito de este estudio será evaluar las influencias antropométricas del peso, el perímetro de la cintura y el índice cintura/cadera sobre un test que estima el riesgo cardiovascular.

Sujetos y métodos

Se trata de un estudio transversal realizado en el Centro de Salud de Puerta Blanca (Málaga) durante los meses de julio y agosto del año 2001. La muestra de pacientes con edades comprendidas entre los 30 y 70 años fue obtenida mediante la metodología del case finding o detección de casos. De cada paciente se obtuvieron los datos de los principales factores de riesgo cardiovascular tales como la edad, el sexo, el hábito tabáquico, el colesterol sérico (CT), la tensión arterial (TA) y la glucemia por un cuestionario y una analítica en la consulta. A partir de estas variables se hizo un cálculo estimatorio del riesgo cardiovascular basándonos en un método de RCVap, validado por Córdoba et al.¹⁴. En tal ecuación se obtiene una puntuación de riesgo multiplicando el valor ponderado de cada variable entre sí de tal modo que una cifra igual o superior a 24 corresponde al quintil más alto de RCVap en la ecuación de Framingham^{16,17}. Cada una de las variables se obtuvo a través de un cuestionario en la consulta, así la TA se calculó a través del promedio de 2 tomas de TA en cada visita y en 2 visitas sucesivas separadas al menos 2 semanas¹⁸, para el hábito tabáquico se consideró fumador aquel que ha consumido al menos un cigarrillo en el último mes y como no fumador aquel que lleva al menos un año sin fumar¹⁹. Aparte se obtuvieron datos antropométricos como el índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet según [Peso(kg)/Talla (m²)]²⁰ y el índice cintura/cadera (ICC)²¹. Para el IMC se pesó y talló a cada pacien-

te con una báscula de la consulta y con el sujeto descalzo ligero de ropa y se evaluó el grado de obesidad según los criterios de Garrow²². Para el índice cintura/cadera (ICC) medimos el perímetro de la cintura, tomado entre el reborde costal inferior y la cresta iliaca, a nivel de la zona más estrecha, en decúbito supino y horizontalmente y para la cadera se midió la mayor circunferencia de la misma a la altura de los trocánteres, con el paciente de pie²¹.

De acuerdo con esto consideramos como valores de riesgo para obesidad visceral en el ICC ³ 1 en hombres y ³ 0,85 en mujeres²³. También se consideró aparte el valor del perímetro de la cintura (CCI), por estar considerado recientemente como factor de riesgo para obesidad visceral incluso más importante que el propio ICC^{24,25}. De los datos analíticos consideramos cifras de CT como riesgo deseable (CT < 240 mg/dl) o riesgo alto (CT ³ 240 mg/dl)²⁶. En el análisis de los datos se utilizaron los programas estadísticos EPI Info.6.02. y Excel de Microsoft office 97.

Resultados

De los 85 casos estudiados la media de edad fue de 49,52 ± 10,7 años, el 58,8% (50) fueron mujeres y el 41,2% (35) restante hombres y en su mayoría un 82,4% (70) de los sujetos estaban casados. De los resultados analíticos se desprende que la cifra media de colesterol total fue de 229,5 ± 39,2 mg/dl y la de glucemia fue de 95 ± 18 mg/dl. Observamos que el 28,6% (10) de los hombres tenían un peso normal y el 71,4% (25) restante estaban sobrepesados u obesos y de las mujeres un 24% (12) tenían un peso normal y el 76% restante (38) estaban sobrepesadas u obesas. En el grupo de los hombres un 34,3% (12) tenían un ICC de riesgo para la obesidad visceral (ICC ³ 1,00) frente a un 68% (34) de las mujeres con un ICC de riesgo (ICC ³ 0,85). Respecto al valor medio de CCI fue de 100,2 ± 11,5 cm en los hombres frente a 93,3 ± 14.1 cm en las mujeres. En relación al tabaquismo apreciamos que el 45,7% (16) de los hombres fumaban frente al 40% (20) de las mujeres encuestadas, así como destacar que el 15,3% de los sujetos tenían cifras de riesgo cardiovascular altas (RCVap ³ 24). En la *tabla 1* recogemos un resumen de las principales características generales de la muestra. Si estratificamos la muestra en función del IMC y el sexo se aprecian los siguientes valores del ICC y del IMC como se reflejan en la *tabla 2*. Se encontraron algunas asociaciones significativas por un test de comparación de medias para variables divididas por categorías, así cifras del RCVap difirieron según el Estado Civil, el sexo y el hábito tabáquico, valores de CT según el Estado Civil y valores del ICC según el sexo, tal como apreciamos en la *tabla 3*. Al examinar las posibles correlaciones con la variable principal RCVap vimos que el ICC fue el factor antropométrico que contribuyó más a explicar la variabilidad total del RCVap con un 30%, mientras que para el CCI y el IMC fueron del 16% y 7%, respectivamente tal como vemos en las figuras 1, 2 y 3.

El resto de las variables edad, sexo, tabaquismo, colesterol total, glucemia y TA no se correlacionaron con la variable principal RCVap porque se hallan ya incluidas en dicha variable y según un valor ponderado lo cual introduciría factores de confusión al realizar el análisis. Aunque si en las mujeres que entre los hombres ($r=0,59$ y $0,47$), respectivamente. Si nos fijamos en la *tabla 5* podemos apreciar las correlaciones que encontramos entre el ICC, la CCI y el IMC con el RCVap al estratificar algunas variables del estudio y de ello destacamos la mejor correlación del ICC con el RCVap frente al CCI en cualquiera de los grupos es-

tudiados. Añadiremos que la media de edad para los hombres con un ICC de bajo riesgo ($ICC < 1$) y de alto riesgo ($ICC \geq 1$) fue de $46,8 \pm 11,5$ y $52,6 \pm 9,15$ años, respectivamente frente a una media de edad en las mujeres de $40,8 \pm 7,6$ y $54,3 \pm 8,9$ años según tuvieron un ICC de bajo riesgo ($ICC < 0,85$) o alto riesgo ($ICC \geq 0,85$) para la obesidad visceral. Por último, al realizar un estudio de regresión lineal múltiple entre las variables antropométricas con el RCVap tan sólo el ICC mantuvo una correlación positiva y significativa respecto a la variable RCVap ($b=70,40$; $p<0,05$), tal como se objetiva en la *tabla 6*.

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

	Freq (%)
Sexo	
Mujeres	50 (58,8%)
Hombres	35 (41,2%)
E.Civil	
Casado	70 (82,4%)
Soltero	9 (10,6%)
VSD	6 (7,0%)
IMC (hombres)	
< 27	10 (11,8%)
27-29	9 (10,6%)
≥ 30	16 (18,8%)
IMC (mujeres)	
< 25	12 (14,1%)
25-29	20 (23,5%)
≥ 30	18 (21,2%)
ICC (varón)	
< 1	23 (27,1%)
≥ 1	12 (14,1%)
ICC (mujer)	
< 0,85	16 (18,8%)
≥ 0,85	34 (40,0%)
Tabaquismo	
Si	36 (42,4%)
No	49 (57,6%)
TA	
<140/90	46 (54,1%)
≥140/90	39 (45,9%)
RCVap	
< 24	72 (84,7%)
≥ 24	13 (15,3%)

IMC (Índice de Masa Corporal).
ICC (Índice Cintura/Cadera). TA (Tensión arterial).
VSD (Viudo, separado, divorciado).
RCVap (Riesgo cardiovascular atención primaria).

TABLA 2
VALORACIÓN DEL ICC AL ESTRATIFICAR LA MUESTRA SEGÚN EL SEXO Y EL IMC

	Hombres ICC < 1		Hombres ICC ≥ 1		Mujeres ICC < 0,85		Mujeres ICC ≥ 0,85	
	IMC <27.0	IMC ≥27.0	IMC <27.0	IMC ≥27.0	IMC <25.0	IMC ≥25.0	IMC <25.0	IMC ≥25.0
IMC X ± DS	24,3 ± 1,03	30,5 ± 3,8	24,0 ± 0,00	32,3 ± 3,63	21,5 ± 2,5	27,6 ± 2,61	23,5 ± 0,57	30,9 ± 4,22
ICC X ± DS	0,92 ± 0,03	0,96 ± 0,04	1,03 ± 0,03	1,03 ± 0,03	0,78 ± 0,05	0,82 ± 0,02	0,91 ± 0,05	0,96 ± 0,06

ICC (Índice cintura/cadera). IMC (Índice de masa corporal).

TABLA 3
TEST DE COMPARACIÓN DE MEDIAS

	X ± DS	P
RCVap vs E.civil		
Casado	11,4 ± 9,3	
Soltero	4,6 ± 4,5	<0,03
VSD	11,0 ± 10,8	
RCVap vs Sexo		
Hombres	7,52 ± 6,16	<0,00025
Mujeres	15,14 ± 10,89	
RCVap vs fumador		
No	7,59 ± 4,90	<0,0004
Si	14,83 ± 11,72	
ICC vs Sexo		
Hombres	0,97 ± 0,057	<0,0003
Mujeres	0,90 ± 0,091	
CT vs E.civil		
Casado	234,6 ± 38,05	
Soltero	195,5 ± 37,09	<0,02
VSD	220,0 ± 33,08	

RCVap (Riesgo cardiovascular en atención primaria).
VSD (Viudo, separado o divorciado). CT (Colesterol total).
ICC (Índice cintura/cadera).

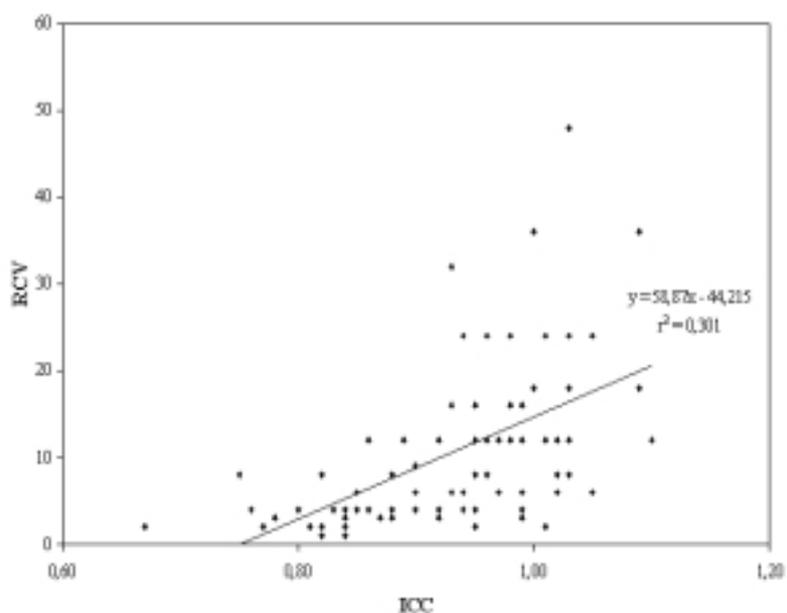


Figura 1: Correlación ICC vs RCV

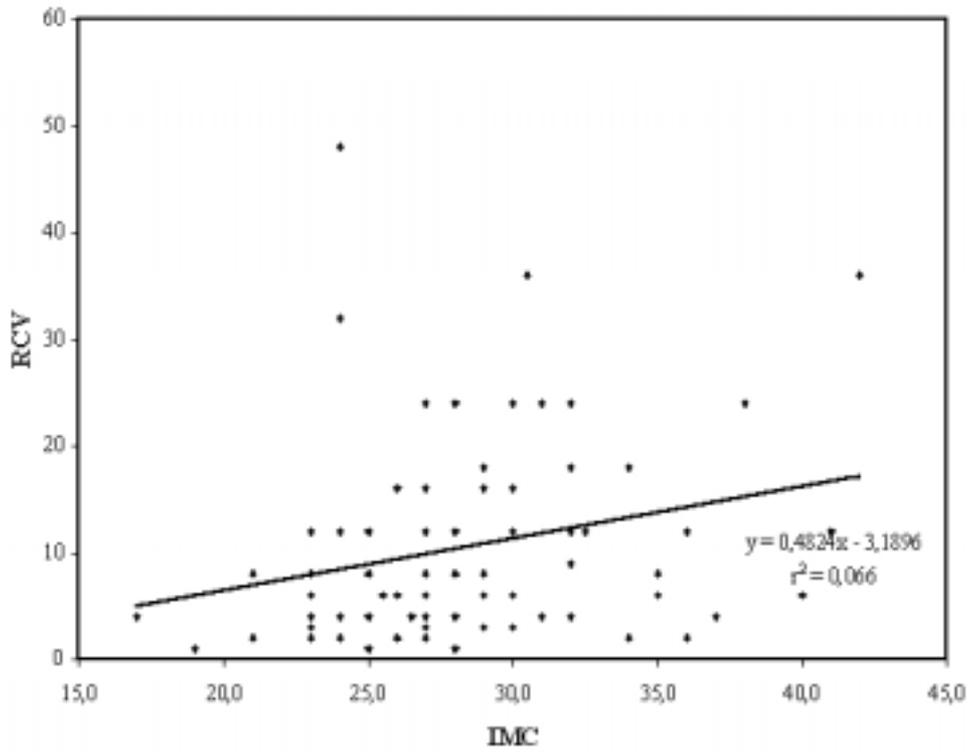


Figura 2: Correlación IMC vs RCV

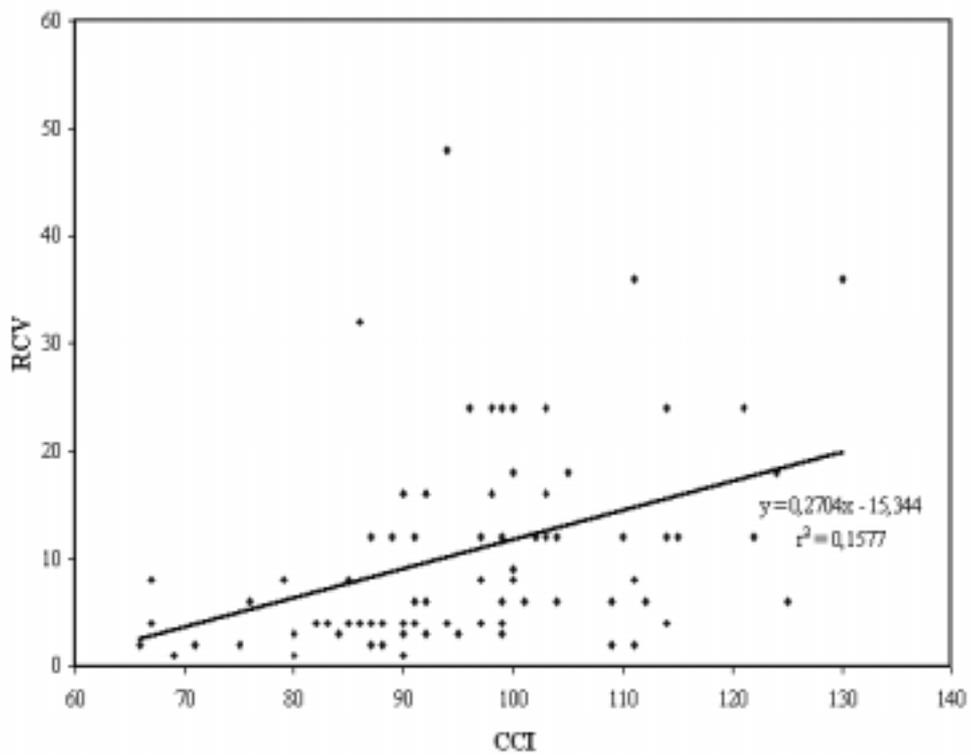


Figura 3. Correlación CCI vs RCV

TABLA 4
CORRELACIONES DEL ICC, CCI E IMC CON EL RESTO
DE VARIABLES DEL ESTUDIO.

	ICC	CCI	IMC
Edad	0,47*	0,47*	0,39*
IMC	0,63*	0,90*	-
ICC	-	0,83*	0,63*
CCI	0,83*	-	0,90*
TAS	0,40*	0,39*	0,39*
TAD	0,40*	0,39*	0,39*
CT	0,42*	0,35*	0,23*
Glucemia	0,30*	0,29*	0,29*
RCVap	0,55*	0,40*	0,26*

ICC (Índice cintura/cadera). CCI (Circunferencia de cintura).
IMC (Índice de masa corporal). TAS (Tensión arterial sistólica).
TAD (Tensión arterial diastólica). CT (Colesterol total).
RCVap (Riesgo cardiovascular en atención primaria). *p<0,05.

TABLA 5
CORRELACIONES DEL ICC, CCI E IMC CON EL RCVAP AL
ESTRATIFICAR ALGUNAS VARIABLES DEL ESTUDIO

	ICC vs RCVap	IMC vs RCVap	CCI vs RCVap
Edad			
< 50	0,41*	NS	NS
³ 50	0,54*	NS	0,33*
Sexo			
Hombres	0,51*	NS	0,34*
Mujeres	0,53*	0,28*	0,38*
IMC (hombres)			
< 27	0,75*	NS	NS
³ 27	0,47*	NS	0,45*
IMC (mujeres)			
< 25	0,57*	NS	0,58*
³ 25	0,49*	NS	NS
Fumador			
Si	0,72*	0,37*	0,52*
No	0,64*	0,37*	0,51*
CT (mg/dl)			
< 240	0,54*	0,28*	0,39*
³ 240	0,46*	NS	NS
TA			
< 140/90	0,64*	0,53*	0,60*
³ 140/90	0,38*	NS	NS

ICC (Índice cintura/cadera). IMC (Índice de masa corporal).
CCI (Perímetro de cintura). CT (Colesterol total). TA (Tensión arterial).
RCVap (Riesgo cardiovascular en atención primaria). *p<0,05

TABLA 6
REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE DE LAS VARIABLES
DEL ESTUDIO RESPECTO AL RCVAP

	RCVap	
	β	F-Test
ICC	70,4000718*	11,8731
IMC	-0,2485921	0,2871
CCI	-0,0193818	0,0068

ICC (Índice cintura/cadera). IMC (Índice de masa corporal). CCI (Perímetro cintura) RCVap (Riesgo cardiovascular en atención primaria). *p<0,05.

Discusión

Es motivo de debate amplio la importancia que la obesidad central o visceral tiene como factor de riesgo cardiovascular^{9,10} y para su cálculo se está empleando últimamente el ICC como parámetro de fácil obtención en las consultas de Atención Primaria. Según nuestros resultados el valor medio de dicho índice fue de $0,97 \pm 0,06$ (hombres) y de $0,90 \pm 0,09$ (mujeres) datos que difieren de la muestra obtenida por Han²⁷ y Pouliot²⁵ et al (ICC de $0,90$ a $0,93 \pm 0,07$ en hombres y $0,79 \pm 0,05$ en mujeres), aunque parecidos a los obtenidos por Sánchez et al²⁸ ($0,97 \pm 0,04$ en hombres y $0,89 \pm 0,03$ en mujeres) lo que nos pone en evidencia que nuestra muestra tenía un porcentaje alto (68% entre las mujeres) con un ICC de riesgo alto ($^3 0,85$) para la obesidad visceral. Al estratificar el ICC según valores o no de riesgo y en función del sexo y del IMC encontramos que en el grupo de hombres con ICC < 1 aumentó dicho índice en los que tenían normopeso respecto a los sobrepesados-obesos ($0,92 \pm 0,03$ vs $0,96 \pm 0,04$) y no hubo diferencias en el grupo (ICC ≥ 1) con valores de ($1,03 \pm 0,03$, en ambos). En las mujeres también aumentó el ICC tanto en el grupo ICC < $0,85$ ($0,78 \pm 0,05$ vs $0,82 \pm 0,02$) como en el grupo con ICC $\geq 0,85$ ($0,91 \pm 0,05$ vs $0,96 \pm 0,06$), según tuvieron un peso normal o estuvieron sobrepesadas-obesas. Aunque dichas diferencias no fueron significativas y datos paralelos encontraron De Portugal et al³ lo que pone de manifiesto la influencia del ICC sobre la obesidad visceral de forma independiente a los valores del IMC. Por otro lado, la correlación del CCI con el IMC en mujeres ($r=0,91$) y en hombres ($r=0,92$), ($p<0,05$) y del ICC con el IMC en hombres ($r=0,62$) y en mujeres ($r=0,67$), ($p<0,05$) fueron similares a los de Pouliot²⁵ y González et al²⁴ y de ellos se deduce la mayor influencia del CCI sobre el IMC, respecto al ICC en ambos sexos.

De nuestros hallazgos observamos que tanto el ICC ($r=0,54$) como el CCI ($r=0,33$) correlacionaron mejor con el RCVap en el grupo de edad mayor de 50 años, correlación que no fue posible con el IMC. Por otro lado, la media de edad de las mujeres y los hombres con un ICC

de bajo riesgo fue de $40,8 \pm 7,6$ y $46,8 \pm 11,5$ años, para ambos frente a las mujeres y los hombres de ICC de alto riesgo con una edad de $54,3 \pm 8,9$ y $52,6 \pm 9,15$ años, en ambos. Además la correlación entre el ICC vs edad fue mayor para las mujeres ($r=0,59$) respecto a los hombres ($r=0,47$). Así se deduce que al aumentar la edad entre los sujetos fue mayor el incremento del ICC y también que dicha correlación fue mayor en las mujeres. A su vez, tanto en los hombres ($r=0,51$) como en las mujeres ($r=0,53$), ($p<0,05$) hubo una buena correlación del ICC con el RCVap y del CCI con el RCVap en hombres ($r=0,34$) y en mujeres ($r=0,38$), ($p<0,05$). Correlación que fue sólo significativa y menor en mujeres del IMC vs RCVap ($r=0,28$; $p<0,05$). Esto sugiere una menor influencia del IMC como factor de riesgo cardiovascular frente al ICC y CCI, sobre todo, en hombres ya que el IMC se relaciona más con la grasa subcutánea menos aterogénica como describen Lara et al²⁹ que hallaron también en un grupo de hombres una correlación del ICC con la razón grasa visceral/subcutánea, hecho que se producía también en las mujeres de mediana edad donde predominó un patrón de obesidad de tipo androide como en nuestro trabajo donde la media de edad de las mujeres osciló entre 41 a 54 años según tuvieron un ICC de bajo o alto riesgo, respectivamente. Para terminar podemos decir que es posible utilizar estos factores antropométricos ICC, CCI para predecir el riesgo cardiovascular (RCVap) por el método validado por Córdoba et al^{14,15} hecho que hemos contrastado con autores como Pouliot²⁵, Han²⁷, Sánchez²⁸, González²⁴ et al que hallaron una buena correlación de los índices antropométricos con factores de riesgo cardiovascular, tales como la TA, la glucemia y los lípidos en sangre.

Conclusiones

- 1) Existió una buena correlación de ciertos parámetros antropométricos tales como el ICC y el CCI con una puntuación de riesgo cardiovascular (RCVap).
- 2) El IMC influyó menos en el riesgo cardiovascular total de los pacientes y sólo se dio esta correlación en las mujeres.
- 3) A medida que aumenta la edad se hace más patente la correlación entre los factores antropométricos estudiados, sobre todo, el ICC y el CCI con el RCVap.

Agradecimientos

Agradecemos la ayuda prestada por el centro de salud de Puerta Blanca (Málaga) y la colaboración desinteresada de los pacientes que formaron parte de la muestra.

Bibliografía

- Vague J. La differentiation sexuelle-facteur determinant des formes de l'obésité. *Presse Med* 1947; 30: 339-340.
- Jover E. Índice cintura/cadera. Obesidad y riesgo cardiovascular. *An Med Intern* 1997; 14: 1-2.
- De Portugal J. Índice cintura/cadera y factores de riesgo vascular en sujetos obesos y no obesos. *An Med Intern* 1997; 14: 3-8.
- Córdoba R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo de Expertos del PAPPs. *Aten Primaria* 1999; 24 Suppl 1: 123-127.
- Bray GA, Gray DS. Complications of Obesity. *Ann Intern Med* 1985; 103: 1052-1062.
- Sánchez JI. La magnitud de la gordura: prevalencia y tipo de obesidad en la población adscrita a un centro de salud. *Aten Primaria* 1998; 21: 159-64.
- División JA. Prevalencia de obesidad y su relación con el riesgo cardiovascular en la población general de Albacete. *Aten Primaria* 1998; 21: 205-12.
- Bjorntorp O. Regional patterns of fat distribution. *Ann Intern Med* 1985; 103: 994-999.
- Larsson B, Svardsudd K, Welin L. Abdominal adipose tissue distribution, obesity and risk of cardiovascular disease and death: 13 years follow-up of participants in the study of men born in 1913. *BMJ* 1984; 288: 1401-1406.
- Lapidus L, Bengtsson L, Larsson B. Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death; a 12 years follow-up of participants in the population study of women in Gothenburg. *BMJ* 1984; 139: 1257-1263.
- De Portugal J. La obesidad visceral, entidad metabólica con riesgo vascular. *An Med Intern* 1991; 8: 265-268.
- Després JP. Obesity and lipid metabolism relevance of body fat distribution. *Curr Op in Lipidol* 1991; 2: 5-15.
- Després JP. Visceral Obesity, insulin resistance, and related dyslipoproteinemias. En: Rifkin H, Colwell JA y Taylor SI, eds: *Diabetes*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers; 1991. p. 95-99.
- Córdoba R. Validación de un método de cálculo de riesgo cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 646-52.
- Hernández A, Córdoba R. Medición del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23: 376-383.
- Kannel WB, LeBauer J, Dawber TR. Relation of body weight to development of coronary heart disease: the Framingham Study. *Circulation* 1967; 35: 734-744.
- Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991; 83: 356-362.
- De la Figuera M y Dalfó A. Hipertensión Arterial. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria*. 4.ª Edición. Barcelona: Edit: Harcourt Brace. p. 658-689.
- Fernández ML, Gual A, Cabezas C. Drogodependencias. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria*. 4.ª Edición. Barcelona: Edit: Harcourt Brace; 1999. p. 699-700.
- Tomas AE, McKay DA, Cutlip MB. A nomogram for assessing body weight. *Am J Clin Nutr* 1976; 29: 301-4.
- World Health Organisation. *Measuring obesity: classification and description of anthropometric data*. Copenhagen: WHO; 1989.
- Garrow JS. Indices of obesity. *Nutr Abst Rev* 1983; 53: 697-708.
- Bray GA. Fat distribution and body weight. *Obesity Research* 1993; 202-205.
- González CA; Pera G, Agudo A. Factores asociados a la acumulación de grasa abdominal estimada mediante índices antropométricos. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 401-406.
- Pouliot MC, Després JP, Lemieux S. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 1994; 73: 460-468.
- Family Heart study Group. Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British Family Heart Study *BMJ* 1994; 308: 313-320.
- Han TS, Van Leer EM, Seidell JC y Lean ME. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. *BMJ*. 1995; 311: 1401-1405.
- Sánchez JJ, Ortiz C, Rojano JC, Mérida FJ; Luque JS, Morell M. El síndrome metabólico crónico: ¿un modelo predictivo de episodios macrovasculares? *Aten Primaria* 1997; 20: 168,172.
- Lara A, Escolar JL, Aguilar. Obesidad y distribución de la grasa corporal. Relaciones entre antropometría y áreas tomográficas a nivel abdominal. *Rev Clin Esp* 1996; 196: 437-445.

ORIGINAL

Conocimiento y opinión sobre medidas de gestión en profesionales de atención primaria

López García AC ¹

¹ *Licenciado en Psicología. Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Coordinador de Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Distrito Sanitario Costa de Granada.*

Objetivos: Evaluar el conocimiento de los profesionales de Atención Primaria sobre medidas de gestión contempladas en el Contrato Programa (CP) de 1998 y Plan Estratégico (PE) del Servicio Andaluz de Salud 1997-2000.

Conocer sus principales fuentes de información sobre las innovaciones en gestión y fiabilidad de las mismas.

Diseño: Transversal descriptivo.

Población: Médicos y enfermeros del Distrito Sanitario Costa de Granada.

Intervenciones: Cuestionario autoadministrado y tres grupos focales.

Resultados: Se obtuvo una tasa de respuesta del 92%.

CP: sólo el 1,2% de los profesionales conocía todas las medidas contempladas y el 29,3% ninguna. El 71% ignoraba qué profesionales componen las Unidades Clínicas (UC) y el 84% cuántas bolsas de productividad.

PE: sólo el 3,78% conocía las medidas propuestas y el 36,6% ninguna de ellas. El 78% desconocía que prevé la creación de centros diagnósticos y el 77% ignoraba que no contempla la privatización de los servicios sanitarios.

Las principales fuentes de información fueron: *los directores de Zona Básica de Salud, los compañeros de trabajo y los sindicatos.*

Las fuentes más fiables fueron *las revistas científicas y las asociaciones científicas.* La menos los *representantes farmacéuticos.*

Conclusiones: El nivel de conocimiento de los médicos y enfermeros de Atención Primaria sobre el CP es muy bajo. De las UC desconocían su composición y que recursos podrían gestionar en ellas.

El PE es desconocido para ellos, sólo tenían algún conocimiento aquéllos que habían realizado actividades de formación relacionadas con este tema (fundamentalmente directores).

Los directores de Zona Básica son su principal fuente de información, mientras que otros directivos del Servicio Andaluz de Salud no son valorados como una fuente de información importante.

La mayor fiabilidad de la información es otorgada a las revistas científicas y a las asociaciones científicas, y la menor a los representantes farmacéuticos.

Palabras clave: Atención Primaria, Gestión, Unidades Clínicas, Contrato Programa.

KNOWLEDGE AND OPINION OF PRIMARY CARE PROFESSIONALS ON MANAGEMENT MEASURES

Goals: To evaluate primary care professionals' knowledge about management measures included in the 1998 Contract Program (CP) and the Andalusian Health Service's (SAS) 1997-2000 Strategic Plan (SP).

To learn about their main sources of information on managerial innovations and the reliability of those sources.

Design: Descriptive cross-sectional.

Population: Doctors and nurses from Granada's Costa Health District

Interventions: Self-administered questionnaire and three focus groups.

Results: A response rate of 92% was obtained.

CP: Only 1.2% of the professionals were familiar with all of the measures contemplated and 29.3% were not familiar with any of them. 71% of them were unaware of which professionals made up the Clinical Units (CU) and 84% were unaware of the incentives.

SP: Only 3.78% knew about the proposed measures and 36.6% knew nothing about any of them. 78% were unaware of plans to create diagnostic centers and 77% didn't know that it didn't contemplate privatization of the health services.

The main sources of information were: *directors in the Basic Health Zone, professional colleagues, and unions.*

The most reliable sources were *scientific journals* and *scientific associations.* The least reliable were *drug company representatives.*

Conclusions: Primary care doctors and nurses' level of knowledge regarding the CP is very low. They did not know who made up the CUs or what resources could be managed by them.

The SP is unknown to them, and only those who had participated in training activities related to that topic (mostly directors) had some knowledge of it.

Directors in the Basic Health Zone are their main source of information, while other SAS managers are not considered to be an important source of information.

The highest degree of reliability was given to scientific journals and associations, the lowest was given to drug company representatives.

Key Words: Primary care, management, clinical units, contract program, strategic plan.

Recibido el 05-05-2001; aceptado para su publicación el 23-07-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 216-222

Introducción

Los cambios económicos, políticos y sociales a los que asistimos actualmente plantean nuevas y complejas situaciones, que necesitan respuestas por parte de los servicios públicos. Los ciudadanos demandan cada día unos servicios sanitarios más efectivos en cuanto a la resolución de problemas y de una mayor calidad asistencial; y por otra parte, políticos, gestores y profesionales plantean un mejor uso de los recursos sanitarios (eficiencia).

Para diseñar estrategias de influencia en tales objetivos (calidad y eficiencia) es importante tener presente que las prácticas de los profesionales sanitarios constituyen el eje central del sistema y que la mayor parte de los recursos sanitarios son asignados por los médicos^{1, 2}. Por tanto, encontrar vías para coordinar, motivar e involucrar a los profesionales se convierte en el aspecto fundamental de la gestión de los servicios sanitarios.

En los últimos años en Atención Primaria (AP), y en Andalucía fundamentalmente a partir del año 1992 con la instauración del CP, se han introducido diferentes medidas de gestión encaminadas a mejorar los servicios, intentando implicar a los profesionales en los mismos, así como responsabilizándolos de sus actos³, sin que se hayan conseguido los resultados esperados.

Teniendo en cuenta que el CP de 1998 considera a las UC como el lugar de encuentro entre los ciudadanos y la organización⁴, que en ellas se desarrolla la gestión clínica, nivel básico y principal de gestión⁵, y que se ven necesarias para acercar más los servicios al usuario y facilitar la coordinación entre diversos organismos e instituciones⁶, se considera fundamental analizar el conocimiento y la opinión de estos profesionales, por ser ellos en última instancia los artífices de la viabilidad de éstas.

En relación a los hospitales y centros de AP, se ha seguido un enfoque descafeinado articulado en torno al CP y al desarrollo de sistemas de información sobre costes y actividad, minimizando los costes políticos que un cambio de más enjundia en la regulación pudiera acarrear⁷.

Conceptualmente las nuevas experiencias en gestión se enmarcan bajo el paradigma de la denominada "competencia gestionada": la idea central es separar la financiación y regulación de la provisión y producción de servicios. En España los esquemas de competencia gestionada se articulan y formulan a nivel político a partir del Informe Abril de 1991⁸ que propone la separación de estas funciones y la configuración de los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado y fuera, por tanto, del ámbito del derecho administrativo.

Estas propuestas estarían incluidas en lo que se puede denominar como enfoque de gestión empresarial de los servicios sanitarios⁹, basado, fundamentalmente, en la in-

corporación a éstos de un sistema de valores y un conjunto de técnicas propias del mundo empresarial; este enfoque se ha constituido a lo largo de las últimas décadas en «pensamiento único»: los servicios sanitarios son una empresa, o mejor, deberían serlo. La hegemonía de esta perspectiva es tal que, actualmente, cuando se habla de gestión parece que éste fuera el único enfoque posible.

Otra línea de interpretación y análisis de los servicios sanitarios es lo que se denomina como enfoque de gestión centrado en las relaciones profesional/ciudadano⁹, que constituyen el centro de los servicios sanitarios. Estas relaciones son además el marco donde se producen las decisiones y en el que se gasta un alto porcentaje del dinero destinado a estos servicios. Esta es otra forma de pensar en la gestión sanitaria; no es que los servicios sanitarios no sean una empresa, pero o son algo más que eso o son una empresa bastante atípica, ya que sus «propietarios» no poseen el control ni del proceso ni del producto final.

Dentro del marco anterior, este estudio se plantea un doble objetivo: por un lado evaluar el conocimiento y opinión que tienen los médicos y enfermeros del Distrito Sanitario Costa de Granada sobre algunas medidas de gestión contempladas en el CP y PE del SAS, y por otro conocer cuáles son para estos profesionales las principales fuentes de información a través de las cuales acceden al conocimiento de estas medidas de gestión y el grado de fiabilidad que les merecen las mismas.

Los resultados de este trabajo pueden detectar áreas en las que sea posible influir, y ayudar a diseñar estrategias que permitan la necesaria confluencia entre dos de los actores principales del sistema: los gerentes y los profesionales.

Sujetos y métodos

Estudio transversal descriptivo. Diseño mixto, cuantitativo a través de un cuestionario autoadministrado de elaboración propia, y cualitativo mediante la realización de tres grupos focales.

La población de estudio han sido los profesionales médicos y de enfermería del Distrito Sanitario de AP Costa de Granada (115 profesionales): 63 médicos y 52 enfermeros. De ellos 5 no cumplían los criterios de inclusión citados a continuación, y 21 no estaban disponibles (10 por vacaciones y 11 por encontrarse de baja por enfermedad), por lo que se ha contado con una población de 89 profesionales (44 médicos y 45 enfermeros).

Los criterios de inclusión han sido: médicos o enfermeros titulares e interinos que llevaran más de un año trabajando en AP en Andalucía y sustitutos que llevaran más de un año trabajando en este Distrito.

El período de recogida de información fue entre el 22 de Julio y 13 de Agosto de 1998.

Variables estudiadas.—Independientes:

— Edad en años cumplidos.

— Sexo.

— Categoría profesional: médico/enfermero/director de Zona Básica de Salud (ZBS).

- Años de ejercicio en AP en Andalucía.
- Años de ejercicio en el Distrito.
- Lugar de trabajo: centro de salud/consultorio/ambos.
- Especialización post-grado para médicos vía MIR.
- Cargo de responsabilidad en la ZBS: no/director/adjunto de enfermería.

Dependientes:

Objetivo 1.

— Nivel de conocimiento de medidas contempladas en el CP del SAS de 1998:

- 1.—Profesionales que componen las UC en AP.
- 2.—Bolsas de productividad contempladas en el CP.
- 3.—Indicador de mayor peso en la productividad.
- 4.—Conocimiento de la cuantía de la productividad de los Coordinadores de Distrito en relación a la de médicos y enfermeros.
- 5.—Distribución de las bolsas de productividad sobre las distintas categorías profesionales de la ZBS.

— Nivel de conocimiento de medidas contempladas en el PE del SAS:

- 1.—Creación de Centros de Diagnóstico (Rx, laboratorio...) independientes de AP y Hospitales.
- 2.—Privatización de los servicios sanitarios.
- 3.—Posibilidad de la creación de Centros de Salud como empresas privadas de profesionales.
- 4.—Compra de servicios por parte de AP a los Hospitales.
- 5.—Mayor poder (relevancia) a los médicos de AP.

Objetivo 2.

— Principales fuentes de información de las propuestas de cambio en la organización y gestión de AP: sindicatos; asociaciones científicas; prensa médica; revistas científicas; prensa común; directores de ZBS; otros directivos del SAS; asistencia a cursos, jornadas o congresos; representantes farmacéuticos; compañeros de trabajo.

— Grado de fiabilidad que tienen cada una de estas fuentes. Cada una de ellas medida con una escala de Likert de 7 grados (1 nada fiable y 7 muy fiable).

Fases del estudio: En la fase de elaboración del cuestionario, tras una búsqueda bibliográfica, se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas a profesionales considerados informantes clave de Centros de Salud de Granada (3 médicos y 3 enfermeros) y 2 profesores de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Se utilizó un guión de entrevista, se grabaron en cinta magnetofónica y se transcribieron posteriormente a papel. El objetivo de estas entrevistas fue establecer las distintas variables dependientes y sondear las medidas de gestión más relevantes para los profesionales de AP. Las entrevistas se realizaron en los centros de trabajo de cada uno de ellos, entre el 18 de junio y 10 de Julio de 1998.

A continuación se elaboró un borrador de cuestionario que fue sometido a la opinión de 6 expertos, tras lo cual se confeccionó el cuestionario para el pilotaje. Este se realizó con 15 profesionales médicos y enfermeros de Centros de Salud urbanos y rurales de Granada, buscando en los participantes similares características a la población de estudio.

Con el análisis de los datos, los comentarios de los profesionales y una segunda ronda de opinión de profesores de la EASP, se realizó la validación de contenido, en su aspecto de comprensión de las preguntas¹⁰, y la redacción del cuestionario definitivo.

En la fase de recogida de información, los cuestionarios fueron entregados personalmente en mano a cada uno de los profesionales de la población de estudio que cumplían los criterios de inclusión. Además de una carta de presentación del cuestionario se incluyó un sobre en blanco para introducir el mismo una vez relleno y depositarlo en el mostrador de entrada de los centros sanitarios, con el objeto de reforzar la sensación de confidencialidad en las respuestas de los profesionales. Se entregaron 89 cuestionarios. La información se introdujo en una base de datos creada con el programa estadístico SPSS 7.5.

Además se realizaron tres grupos focales: con los directores de las ZBS (al que acudieron los 6 citados); con médicos generales y pediatras (acudiendo 5 de los 8 convocados) y con enfermeros, incluyéndose los adjuntos de enfermería de las ZBS (acudieron 7 de los 9 citados).

Para la selección de los participantes se tuvo en cuenta que pertenecieran a las distintas ZBS del Distrito y que tuvieran una experiencia de trabajo de más de 5 años en éste. Se siguió un guión de entrevista con las cuestiones que se deseaban estudiar. La discusión del grupo se grabó en cassette a través de micrófono ambiental, y se transcribió posteriormente a texto, utilizando para ello el procesador de textos Word.

Análisis de la información:

— Descriptivo: distribución de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Media, moda, desviación estándar y distribución de frecuencias para las variables cuantitativas continuas.

— Bivariado: Chi-cuadrado, T-Student y pruebas no paramétricas, Prueba de Kruskal-Wallis y Test de Friedman.

— Cualitativo de los grupos focales: Primero se realizó una transcripción a papel de las cintas grabadas, a continuación se estableció una plantilla con las variables y sus dimensiones, después se identificaron los distintos fragmentos de opiniones relevantes del texto correspondientes a cada una de las casillas de plantilla anterior y, por último, se agruparon los distintos textos correspondientes a cada dimensión de estudio obteniéndose de ellos los datos. De la interpretación de los mismos se obtuvieron los resultados.

Resultados

Contestaron al cuestionario 82 profesionales (41 médicos y 41 enfermeros), lo que supone una tasa de respuesta del 92%.

La edad media de la población estudiada es de 40,35 años (41,29 los médicos y 39,41 los enfermeros), con un 54,9% de mujeres. El tiempo medio de trabajo en este Distrito es de 7,8 años. Respecto a la situación laboral, el 61% es fijo. El 72% trabaja en Centro de Salud, el 23% en consultorio y el 5% en ambos. El 44% de los médicos tiene especialidad vía MIR. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al respecto de estas variables con los profesionales que no participaron en el estudio por encontrarse de baja o vacaciones.

Conocimiento del Contrato Programa:

Sólo el 1.2% de los profesionales conoce las cinco medidas propuestas y el 29.3% no conoce ninguna, siendo la moda conocer una medida. Tabla 1.

Respecto a la media de medidas conocidas, sólo se han obtenido diferencias significativas para la variable categoría profesional: médicos \bar{X} (Media)=1.13 medidas, enfermeros \bar{X} =1.36 medidas, y directores \bar{X} =3.40 medidas ($p=0.004$). Gráfico 1.

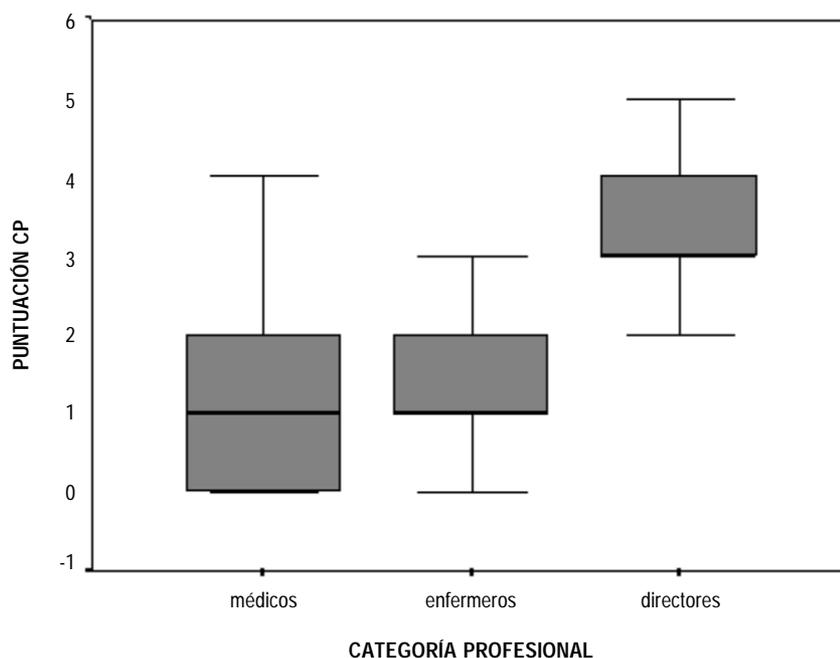
El 71% no conoce qué profesionales pueden componer las UC, incluso el 40% de los directores desconoce esta medida; el 84% ignora cuántas bolsas de productividad contempla el CP y el 62% qué indicador tiene más peso para la productividad. El 93% no conoce que la productividad de los Coordinadores de Distrito es menor que la suya y el 52% desconoce que las bolsas de productividad

TABLA 1
NÚMERO DE MEDIDAS CONOCIDAS DEL CP DE 1998 Y PE, POR CATEGORÍA PROFESIONAL

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL PROF.	NÚMERO DE MEDIDAS CONOCIDAS											
		0 MEDIDAS		1 MEDIDA		2 MEDIDAS		3 MEDIDAS		4 MEDIDAS		5 MEDIDAS	
		CP	PE	CP	PE	CP	PE	CP	PE	CP	PE	CP	PE
Médicos	39	16	16	10	4	4	9	7	3	1	4	0	2
Enfermeros	39	8	14	16	11	10	4	3	6	2	4	0	0
Directores	5	0	0	0	0	1	1	2	1	1	2	1	1
TOTAL	82	24	30	26	15	15	14	12	10	4	10	1	3

CP: Contrato programa.

PE: Plan estratégico.



CP: Contrato programa,

Gráfico 1: Diagrama de cajas del número medidas conocidas del Contrato Programa por categoría profesional.

no afectan por igual a todas las categorías profesionales de la ZBS.

Las opiniones recogidas en los grupos focales muestran una visión del CP como un mero trámite administrativo, que no contempla la realidad de cada ZBS, que tiene poco que ver con los objetivos a cumplir a fin de año, y que fundamentalmente sirve para que los directivos de Distrito cobren más productividad:

E1: «Otras cosas son ilógicas, porque te piden el 100% y es imposible conseguirlo, está hecho mucho desde un despacho, desde muchos despachos distintos y cada una partiendo de cosas que no tienen relación con otras».

E7: «Luego te llega la memoria con unos objetivos distintos, que no tienen nada que ver con lo que has estado haciendo».

M4: «...si significa que es para que luego los directores de distrito se lleven 2.000.000 de ptas. y nos den 50.000 a los que estamos en primera línea, es mucho más aberrante».

M4: «El concepto ese nuevo, las unidades clínicas, a mi me lo han propuesto constituirme en eso, he pedido que me informen de qué va esto, yo me subo en globo sabiendo que va para arriba, que me expliquen por escrito qué es una unidad clínica, que condiciones voy a tener».

Conocimiento del Plan Estratégico:

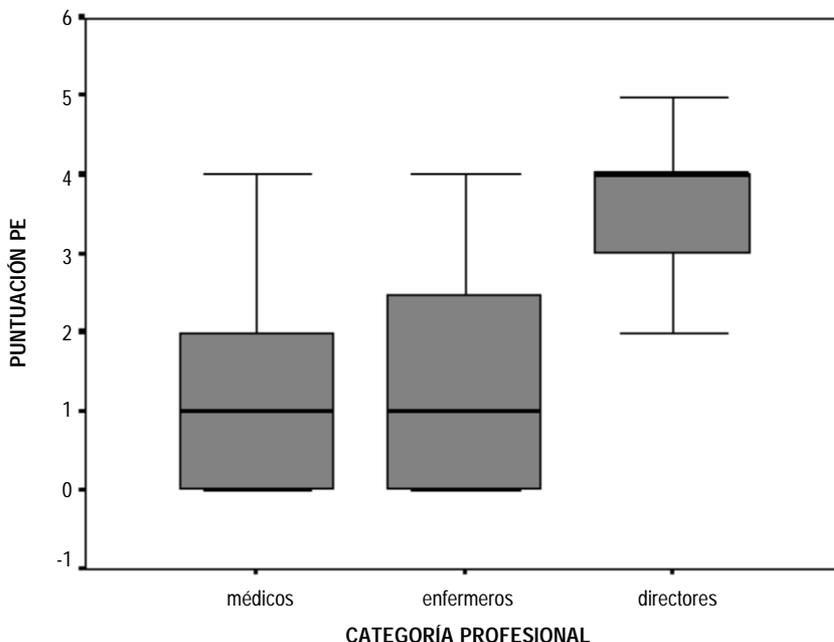
El 3.8% de los profesionales conoce las cinco medidas y el 36.6% no conoce ninguna de ellas, siendo la moda no conocer ninguna. Tabla 2.

En cuanto a la media de medidas conocidas sólo se han encontrado diferencias significativas para la variable categoría profesional: médicos X=1.50 medidas, enfermeros X=1.36 medidas y directores X=3.60 medidas (p=0.02). Gráfico 2.

TABLA 2
FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE MEDIDAS DE GESTIÓN Y GRADO DE FIABILIDAD DE ÉSTAS

FUENTES DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE ELECCIÓN		GRADO DE FIABILIDAD
	N	%	X en escala Likert de 7 grados
Directores de ZBS	55	67,1	4,61
Compañeros de trabajo	54	65,9	4,29
Sindicatos	40	48,8	3,76
Prensa Médica	33	40,2	4,41
Prensa Común	17	20,7	3,11
Asistencia a cursos...	14	17,1	4,64
Otros Directivos del SAS	10	12,2	3,83
Asociaciones Científicas	6	7,3	4,79
Revistas Científicas	6	7,3	4,83
Representantes farmacéuticos	3	3,7	2,56

ZBS: Zoa básica de salud.
SAS: Servicio Andaluz de Salud.



SAS: Servicio Andaluz de Salud.
PE: Plan estratégico.

Gráfico 2: Diagrama de cajas del número medidas conocidas del Plan Estratégico del SAS por categoría profesional.

El 78% de los profesionales no conoce que el PE prevé la creación de centros diagnósticos independientes de AP y Hospitales, el 77% desconoce que no contempla la privatización de los servicios sanitarios y el 77% que no posibilita la creación de Centros de Salud como empresas privadas de profesionales. El 48% no conoce que el PE establece la compra de servicios por parte de AP a los Hospitales y el 63% que pretende dar mayor poder (relevancia) a los médicos de AP.

Fuentes de información y su fiabilidad:

Las principales fuentes de información a través de las que conocen estos profesionales las propuestas de cambio en la organización y gestión de AP son: los directores de ZBS, los compañeros de trabajo y los sindicatos.

La mayor fiabilidad para los profesionales las tienen las revistas científicas, las asociaciones científicas y la asistencia a cursos, congresos y jornadas. En el otro extremo las menos fiables son los representantes farmacéuticos, prensa común y los sindicatos. Tabla 2.

Discusión

Este trabajo se ha realizado con una metodología complementaria cuantitativa y cualitativa. El abordaje cualitativo ha sido a través de grupos focales, técnica cada vez más utilizada en los procesos de evaluación de servicios sanitarios en los que se pretenda incorporar la percepción de los profesionales o de los usuarios¹¹. Esta técnica basa su fortaleza en que permite explorar puntos de vista espontáneos y sin ninguna restricción a las opiniones. Por otro lado el punto más débil de esta técnica es la subjetividad del investigador para interpretar las opiniones.

En lo que respecta a la utilización de encuestas, como señala Carr-Hill¹², los cuestionarios sólo obtienen respuesta a preguntas preseleccionadas y no permiten la libertad de opinión del encuestado, éste es el punto débil de esta técnica cuantitativa; lo interesante es que permite una tabulación más objetiva de los datos.

Puesto que la tasa de respuesta al cuestionario ha sido muy elevada, y no se encontraron diferencias significativas en las variables independientes entre los sujetos perdidos y los participantes, puede asumirse que los resultados de este estudio son válidos para toda la población de médicos y enfermeros de este Distrito.

Como se comentó en sujetos y métodos, el pilotaje del cuestionario se realizó con profesionales de otros distritos de Granada de similares características. Los resultados de estos cuestionarios fueron similares a los obtenidos en la población de estudio, no habiéndose encontrado diferencias significativas en los análisis estadísticos realizados. Salvando el sesgo que supone que estos profesionales no suponen una muestra representativa de los

profesionales del resto de distritos de Granada, podemos asumir que estos resultados son extrapolables a otros distritos de similares características al estudiado.

El escaso conocimiento que los profesionales de AP tienen del CP y el poco valor que le asignan como instrumento de gestión en AP, contrasta con la importancia que la estructura directiva del SAS otorga a este instrumento como pieza clave en la gestión de este nivel asistencial^{4,5}. Esta desvalorización del CP puede ser explicada por el análisis que González Páramo JM hace del mismo: «*Esta figura no es, sin embargo, un contrato entre dos agentes jurídicamente distintos o autónomos, ni delega decisiones esenciales sobre presupuestos, personal o inversiones en los equipos directivos, sujetas al riesgo de interferencia política, ni ha roto la asignación de recursos sobre bases incrementalistas*»¹³. Esto nos debería llevar a replantear tanto la forma como los contenidos del CP, orientándolo hacia la adaptabilidad a la realidad y necesidades concretas de cada ZBS, y hacia mayores grados de delegación de decisiones presupuestarias y de personal.

El desconocimiento en relación a las bolsas de productividad recogidas en el CP, consideradas como eje central del CP por la estructura del SAS en cuanto a incentiva-ción de los profesionales, nos lleva a pensar que o bien la cuantía carece de relevancia para ellos, o que realmente los incentivos económicos no son tan motivadores como se cree. Lo que es coherente con la tesis de que los incentivos monetarios actúan fundamentalmente sobre las necesidades básicas, y que, una vez cubiertas éstas, tendrían un efecto limitado^{15, 16, 17}. Por todo esto sería muy interesante que esta organización estableciera otro tipo de incentivos que fueran mejor percibidos y más motivadores para estos profesionales.

Es relevante comentar que las fuentes de información a las que mayor fiabilidad otorgan los profesionales son las revistas y asociaciones científicas, contrastando con la poca fiabilidad que tiene para ellos la información que surge de la estructura jerárquica del SAS. Esto puede ser explicado por la existencia de un sistema profesional, que se desarrolla externamente a la organización sanitaria. Y es este sistema el que regula tanto la forma adecuada del ejercicio profesional como de su relación con la estructura sanitaria¹⁴, mas que la pertenencia a la organización en la que desarrolla su actividad. Esto no significa que, en realidad, lo más importante para los profesionales sean las revistas, sino que expresa un «valor» en el sentido de cultura de un sistema profesional: es lo que su sistema profesional señala que «debería ser» lo más relevante. Es fundamental tener en cuenta este aspecto, tanto para estudiar la conveniencia de la utilización de otros canales más fiables para vehicular la información a los profesionales, como para establecer una relación mas estre-

cha con los agentes del sistema profesional que permita a las propuestas de cambio penetrar con unas mayores posibilidades de aceptación y por tanto de llevarse a la práctica.

Bibliografía

1. Eisenberg JM. Doctor's decisions and the quality of medical care. 1.ª Ed. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press Perspectives; 1986.
2. Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. 1.ª Ed. Barcelona: Ediciones EUGE; 1990.
3. Violán Fors C, Pérez Cayuela P, Abad Bassols A. Descentralización de la gestión en los equipos de Atención Primaria (I). Centro de Salud 1995; 3: 173-6.
4. Plan Estratégico: Una propuesta de gestión pública diferenciada. Sevilla. Borrador 2.º. Servicio Andaluz de Salud; 1998.
5. Contrato Programa. Distritos del SAS. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 1998.
6. Violán Fors C, Pérez Cayuela P, Abad Bassols A. Descentralización de la gestión en los Equipos de Atención Primaria (II). Centro de Salud 1995; 3: 257-61.
7. Martín Martín JJ. Cambio e innovación institucional. Las nuevas experiencias de gestión sanitaria. En: Catalá-Villanueva FJ, Manuel Keenoy E, (Ed). La Salud Pública y el futuro del Estado de Bienestar. Informe SESPAS 1998. Granada: EASP; 1998. p. 404-39.
8. Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de salud. Informe y recomendaciones. Madrid: Julio 1991.
9. López Fernández LA, Jiménez Martín JM. Diferencias entre los sistemas de valores de los gestores sanitarios y los profesionales asistenciales. Gestión Hospitalaria 1997; 1: 34-9.
10. Comín Bertrán E. Validación de encuestas. Aten Primaria. Mayo 1990; 7: 386-90.
11. Britten N. Qualitative interviews in medical research. BMJ 1995; 311: 109-12.
12. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med 1992; 14: 249-63.
13. González Páramo JM. Cambios organizativos al servicio de la gestión pública. En: IV Seminario: la gestión del cambio en los servicios sanitarios. Escuela Andaluza de Salud Pública 6 y 7 de Noviembre 1996. Granada; 1996.
14. Guillén MF, Rodríguez JA. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1992; 9-18.
15. Tamborero G, Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobera J y Fuster J. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. Aten Primaria. 1997; 19: 301-6.
16. Morell L. La motivación y los incentivos en atención primaria. Medfam 1995; 3: 143-9.
17. Gervás J. ¿Qué nos mueve? El médico 1994; 519: 12-13.

ORIGINAL

Sexualidad y Sida: grado de conocimiento y actitud de los escolares

Castillo Sánchez MD¹, Gil Extremera G², Naranjo Rodríguez JA³, León Espinosa de los Monteros⁴, de Cruz Benayas MA⁵

¹ Médico de Equipo de Orientación Educativa. Delegación de Educación y Ciencia. Granada. Asesor Técnico de Valoración, Delegación de Asuntos Sociales. Granada, ² Catedrático de Medicina Interna. Universidad de Granada. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio Granada, ³ Doctor en Biología. Profesor Titular del Departamento de Ciencias Experimentales. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Granada, ⁴ Doctora en medicina, Médico de familia. Médico Residente de Medicina Preventiva. Hospital Virgen de las Nieves. Granada, ⁵ Médico General. Granada.

Introducción: El que los adolescentes accedan a relaciones coitales a edad más temprana, junto al escaso uso de los métodos preventivos ha originado un aumento de embarazos y enfermedades de transmisión sexual (ETS), y dado que algunas ETS carecen de tratamiento curativo, hacen pensar que la información y la prevención puedan frenar la extensión de estas enfermedades.

Objetivos: 1— Determinar los conocimientos y actitudes del alumnado sobre sexualidad y SIDA. 2— Identificar si estas conductas y actitudes se modifican con el sexo, nivel educativo. 3— Analizar si existe diferencias entre nuestros escolares y los del resto del país.

Diseño: estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento: comarca de Granada.

Población y muestra: total de los alumnos de 6.º, 8.º de EGB y 2.º de BUP y 4.º de ESO, N=611.

Intervenciones y métodos: A través de un cuestionario se determinó grado de conocimientos y actitudes, realizándose análisis frecuencias, medias, Chi-cuadrado, etc.

Resultados: El 39% y el 58% de los alumnos no han recibido información sobre estas cuestiones de la escuela y familia, respectivamente, siendo la principal fuente de información la televisión. El 17% ha tenido relaciones sexuales, utilizando siempre anticonceptivos el 15,4%. Ante un problema relacionado con la sexualidad el 42% acudirían a los padres. Los chicos y los de 4.º de ESO son los que más relaciones sexuales tienen. Las ETS, son desconocidas por el 80%, en cambio conocen el SIDA el 77%. El 53% sabe que el preservativo evita ETS y el 79% que evita embarazos. El 64% aciertan más de la mitad de las preguntas sobre SIDA, con diferencias significativas según nivel educativo ($p < 0.005$). El 49% son integradores.

Conclusiones: Los alumnos han recibido escasa información sobre sexualidad y SIDA, la principal fuente de información es la televisión.

La edad de la primera relación sexual es entre 14 - 20 años.

La mayoría conocen cuestiones sobre el SIDA, especialmente mecanismos de transmisión y vías de contagio, la mitad de ellos son integradores con los enfermos. Existen diferencias con los escolares del resto del país.

Palabras clave: Sexo, SIDA, Actitudes, Escolares.

SEX AND AIDS: ATTITUDES AND LEVEL OF KNOWLEDGE AMONG STUDENTS

Introduction: The fact that adolescents are maintaining sexual relations at an earlier age, with limited use of preventive methods, has led to an increase in pregnancies and sexually transmitted diseases (STD). Since some STD cannot be fully cured, information and prevention could help slow the spread of these diseases.

Goals: (1) To determine students' knowledge and attitudes towards sexuality and AIDS. (2) To determine whether their conduct and attitudes change with regard to sex, educational level. (3) To analyze whether differences exist among students in our region and those from the rest of the country.

Methodology: Descriptive cross sectional study.

Setting: Granada region.

Population and Sample: All students from grades six, eight, eleven, and students in the final year prior to university studies. N=611.

Interventions: Knowledge and attitudes were determined through use of a questionnaire, frequency analyses were done, averages, chi-squared test, etc.

Results: 39% and 58% of the students had not received information on these questions in the school or from their family, respectively, with television being their main source of information. 17% had maintained sexual relations, 15.4% of them always using contraceptives. 42% said they would go to their parents if they had a sexual related problem. Boys and students in their last year prior to university had the most sexual relations. Sexually transmitted diseases were unknown by 80%, however 77% did know about AIDS. 53% knew that condoms prevent sexually transmitted disease and 79% knew that it prevented pregnancies. 64% correctly answered more than half of the questions on AIDS, with significant differences according to educational level ($p < 0.005$). 49% accepted people with AIDS and supported their social integration.

Conclusions: Students have received very little information about sex and AIDS, their main source of information is television.

They have their first sexual relationship between 14-20 years of age.

The majority are familiar with questions regarding AIDS, particularly mechanisms of transmission and infection routes, half of them have an «open minded» attitude concerning social integration and therefore accept people with AIDS.

Differences exist with students from the rest of the country.

Key words: Sex, AIDS, Attitudes, Students.

Correspondencia: c/ Duquesa, núm. 21, 3.º 6, 18001 - Granada. Correo electrónico: mdcsanchez@mixmail.com

Recibido el 26-03-2001; aceptado para su publicación el 24-09-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 223-230

Introducción

Los servicios de salud de los países desarrollados ven con preocupación cómo aumentan de forma constante los problemas de salud en la adolescencia: consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazos no deseados, etc. y se están poniendo en marcha servicios de salud específicos para este grupo de edad. Respecto a las conductas insanas en la adolescencia, el problema es de creciente magnitud en los países desarrollados. El consumo de alcohol, tabaco y drogas y las conductas sexuales desordenadas constituyen comportamientos insanos, que son el origen de importantes problemas de salud, durante la adolescencia y la vida adulta. De importancia creciente en los últimos años son las ETS. En todos los países desarrollados, la mayor tasa de incidencia de gonococias se da en adolescentes, siendo el SIDA la primera causa de muerte entre los 25-35 años¹. El comportamiento sexual es un ámbito donde se manifiesta con especial claridad el carácter problemático y transicional de esta edad, debido a la presión que la sociedad ejerce por controlar y regular las manifestaciones sexuales durante este período. Esta presión se ejerce principalmente a través de padres y educadores, aunque también el grupo de iguales tiene una influencia muy relevante, ya que los adolescentes tienden a adoptar en el área sexual al igual que en otros aspectos, las normas y conductas que creen que caracterizan a su grupo de referencia. Por lo tanto, son frecuentes los conflictos entre jóvenes y el punto de vista que representan sus padres y adultos en general².

Las investigaciones sobre conducta sexual en la adolescencia revelan como en la actualidad hay una mayor liberalidad y permisividad en las conductas sexuales. Hay un aumento del onanismo en las chicas, mientras que las relaciones heterosexuales suelen ser cada vez más frecuentes y precoces, en los varones. Pero, las diferencias entre sexos no se limitan al plano de la conducta, siendo más marcadas en el terreno de las actitudes y los sentimientos asociados a estos comportamientos².

El que los adolescentes accedan a las relaciones coitales a una edad más temprana, junto al escaso conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos y preventivos ha hecho que el número de embarazos y ETS entre adolescentes haya ido aumentando progresivamente desde la década de los setenta³. Así mismo, algunas ETS como el SIDA, no tienen en la actualidad tratamiento curativo ni vacuna eficaz, por lo que la información y las medidas preventivas son las estrategias para frenar la extensión de la enfermedad⁴.

Ante esta situación se establecieron los siguientes objetivos:

1. Determinar el grado de conocimientos y actitudes del alumnado en materia de sexualidad y SIDA, conocer

como viven, piensan, sienten y practican su sexualidad.

2. Identificar si los conocimientos y actitudes sobre sexualidad y SIDA se modifican con la edad, sexo, tipo de población, nivel educativo, hábitos de estudio, rendimiento escolar, uso de multimedia, televisión y vídeo.

3. Analizar si existen diferencias significativas en las conductas de nuestros escolares respecto al resto del país.

Sujetos y métodos

Estudio descriptivo, transversal, realizado en el curso 1997/1998, en 16 centros escolares de Primaria y Secundaria, incluye todos los alumnos de 6.º, 8.º EGB y 2.º de BUP y FP o 4.º de ESO, de 11, 13 y 15 años, respectivamente, pertenecientes a una comarca de la provincia de Granada (N=611, total de la población). Hemos medido conocimientos y actitudes sobre sexualidad, ETS y SIDA, a través de un cuestionario, las variables a estudio han sido demográficas, sobre uso de multimedia, procedencia de la información, conducta sexual, conocimiento de ETS, utilización de anticonceptivos, conocimiento de vías de transmisión y otros aspectos de la enfermedad, o la actitud de los jóvenes hacia los portadores y enfermos de VIH.

El cuestionario empleado ha sido parte de uno más amplio utilizado en el «Estudio sobre Conductas de los Escolares Españoles relacionados con la Salud» realizado a nivel Nacional, dirigido por D. Ramón Mendoza, el cual forma parte de un estudio Europeo sobre Conductas de los Escolares relacionadas con la Salud auspiciado por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. El cuestionario era autocumplimentado por los alumnos, anónimo y voluntario e incluía 61 preguntas.

El análisis estadístico que se ha realizado, comprende distribución de frecuencias, determinación de medias y desviación típica, test de Chi-cuadrado y T de Student para la comparación de medias.

Resultados

Datos globales: El 47% de los encuestados son chicos y el 53% chicas, perteneciendo el 35% a 6.º de EGB (11-12 años), el 36,5% a 8.º de EGB (13-14 años); el 20,2% a 2.º de BUP (15-16 años) y el 8,3% de 4.º de ESO (15-16 años). El 48,5% de los alumnos proceden de pueblos de 10-50.000 habitantes, el 39,1% habita en pueblos de menos de 10.000 habitantes y el 12,4% reside en el campo.

Fuentes de información, conocimientos y conductas sexuales: De los datos obtenidos se desprende que la mayor parte de la información referente a la sexualidad que poseen los alumnos, procede casi en igual medida de los medios de comunicación, los amigos y la escuela con un 29,8%, un 27,5% y 21,3% respectivamente, figura 1. Chicos y chicas obtienen la información de los mismos medios. En cambio, se observan diferencias significativas en los distintos cursos y/ o edad, así el 28,5% de los alumnos de 6.º de EGB dicen obtener información de la escuela, mientras que en los cursos superiores la información la tienden a obtener más de los medios de comunicación (38,7% de los de 2.º de BUP), $p=0,005$.

Sólo el 33% ha recibido información alguna vez sobre

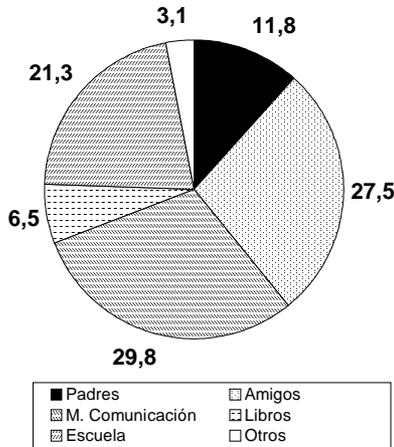


Figura 1: Fuentes de información sexual

sexualidad, drogas y SIDA en la escuela. Los asuntos más tratados son el desarrollo sexual, embarazo y SIDA, y los menos el acto sexual y los métodos anticonceptivos. El 58% reconoce no haber hablado nunca con sus padres de estas cuestiones. Los temas más dialogados con los padres se refieren al SIDA y a la menstruación. Los padres hablan más con las hijas de la relación con los amigos, la menstruación (el 18,8% de los chicos frente al 55,6% de las chicas), el desarrollo sexual, el embarazo y las drogas. En relación con la edad y el dialogo padres-hijos hemos hallado diferencias significativas en el tema de las relaciones personales con amigos, SIDA ETS y drogas. En el caso de las ETS el 26,8% de los alumnos de 2.º de BUP dicen haber hablado algunas veces sobre este tema con los padres, porcentaje que desciende al 12,4% en 6.º de EGB ($p < 0,005$).

El 64% de los alumnos hablan de estas cuestiones con los amigos sin diferencias por sexo, salvo la menstruación y el embarazo que son mucho más tratado por las chicas (62,2% frente al 45% en los chicos), sin embargo, del acto sexual hablan más los chicos (71,4% frente al 54,8% de las chicas), $p < 0,001$. Existe una mayor tendencia a presentar mayor comunicación y dialogo conforme sube el nivel educativo de los alumnos (56,5% los alumnos de 4.º de ESO y el 16,5 de los de 6.º de EGB).

El 69,2% no tienen en la actualidad relaciones estables con una pareja y el 82,8% no han tenido nunca relaciones sexuales completas, mientras que un 8,1% y 4,6% confiesan haberlas tenido una o varias veces, figura 2. La edad del primer coito presenta dos picos de máxima frecuencia, los 13 y 15 años, la media de edad obtenida es de $11,40 \pm 4,02$. Un 77,8% de los que han tenido relaciones sexuales nunca han utilizado un método anticonceptivo, frente al 15,4% que lo utilizan siempre. Siendo el más utilizado el preservativo y en raras ocasiones los anticonceptivos orales. El 94,8% de las chicas no han tenido nun-

ca relaciones sexuales completas frente a un 68,8% de los chicos y en el caso de tener una preocupación sobre su sexualidad pedirían ayuda a los padres el 38,7% de los chicos frente a un 46,1% de las chicas, los más pequeños y de cursos más bajos (6.º y 8.º) acuden principalmente a los padres con un 53,1% y 42,8% frente a un 22,2% de los alumnos de 4.º de ESO, $p = 0,005$. En general, ante un problema relacionado con la sexualidad la mayor parte de los alumnos encuestados (42,4%), acudirían a los padres, un 12,9% hablarían con los amigos y sólo un 2,9% se dirigirían a un centro de planificación familiar.

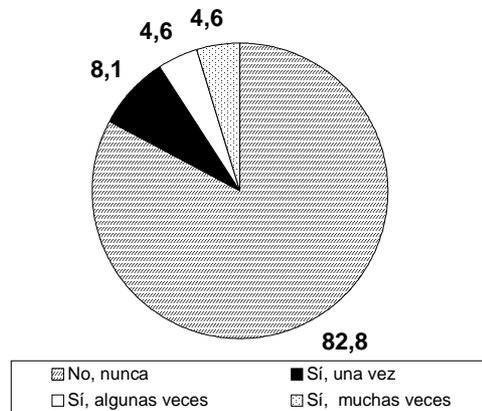


Figura 2: Porcentaje de alumnos que han tenido relaciones sexuales completas

Existen diferencias ($p < 0,001$) en la edad de inicio de la primera relación sexual completa en relación al nivel educativo, mientras que en 2.º de BUP un 47,1% la sitúa a los 15 años, los de 4.º de ESO la sitúan a los 8, 16 y 17 años.

Los alumnos de 2.º de BUP son los que más utilizan los anticonceptivos (43,5% los utilizan siempre), seguidos de los de 4.º de ESO (22,2%), tabla 1. Hay diferencias significativas en la distribución de los alumnos según ven más o menos horas la televisión con el uso de preservativo en sus relaciones sexuales, de forma que de los alumnos que la ven de 1-3 horas el 44% utilizan siempre preservativo, frente al 24% de los que la ven menos de 1 hora.

Conocimientos sobre ETS: El 87,1% no ha oído hablar de la sífilis, el 83,5% de la gonorrea, en cambio solo un 5,8% refieren no haber oído hablar nada del SIDA, figura 3. Los chicos han oído hablar o saben algunas cosas de la sífilis en mayor proporción que las chicas, afirmando estas en un 90,9% que no han oído hablar nada de ella, porcentaje que desciende a un 82,5% para los chicos. Los alumnos de cursos más elevado conocen más las ETS, encontrándose diferencias entre 2.º de BUP y 4.º de ESO. Así, sólo el 2,6% de los alumnos de 6.º de EGB dicen saber

TABLA 1
DIFERENCIA EN EL CONOCIMIENTO SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO/EDAD, DE QUE EL USO DEL PRESERVATIVO EN LAS RELACIONES SEXUALES PREVIENE ETS

	6.º EGB 11-12 a.	8.º EGB 13-14 a.	2.º BUP 15-16 a.	4.º ESO 15-16 a.	TOTAL
Verdadero	46,1%	50,5%	67,3%	63,0%	53,4%
Falso	7,8%	6,0%	6,4%	13,0%	7,3%
No lo sé	46,1%	43,5%	26,4%	23,9%	39,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

EGB: Educación General Básica. BUP: Bachillerato Unificado y Polivalente. ESO: Enseñanza Secundaria Obligatoria. ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

algo de la sífilis, proporción que va ascendiendo a un 18,8% los de 2.º de BUP y un 28,3% en 4.º de ESO. De la gonorrea el 93,1% de los alumnos de 6.º, no han oído hablar nada de ella, porcentaje que desciende a un 60,9% en los alumnos de 4.º de ESO, $p < 0,001$. Del SIDA dicen saber algunas cosas el 95,5% de los alumnos de 2.º de BUP, un 87% los de 4.º de ESO y un 55,5% de los alumnos de 6.º.

La lúes, herpes genital y SIDA, son más conocidos entre los alumnos que ven entre 1 y 3 horas al día la televisión (55,6%), frente al 22,2% que dedican de media hora a una hora. En cambio la gonorrea, la clamidia y el herpes genital son menos conocidas entre los jóvenes que dedican más de 10 horas a la semana al video.

Conocen algunas cosas de la gonorrea el 42,3% de los alumnos que consideran que su rendimiento escolar es bueno, frente a un 3,8% de los que se consideran por debajo de la media. El 91,8% de los no repetidores no saben nada de la sífilis, mientras que de los repetidores de dos o más veces el 63,6% dicen no saber nada ($p < 0,001$), igual ocurre con la gonorrea, Clamidia y SIDA.

Un 53,5% de los alumnos afirman que el preservativo es un método preventivo de ETS. Un 79% de los mismos conocen que el preservativo evita embarazos no deseados. Los chicos conocen en mayor proporción la utilidad del preservativo (58,4%) frente a un 49% de las chicas, $p < 0,005$. Hay diferencias entre los alumnos de los distintos niveles educativos y el grado de conocimiento del preservativo en las relaciones sexuales como método para prevenir las ETS (tabla 3), siendo los de 2.º de BUP los que en mayor pro-

porción conocen este hecho (67,3%), frente al 63%, 50,5% y 46,1% de los alumnos de 4.º de ESO y 8.º y 6.º de EGB, respectivamente. Los alumnos afirman que la utilización del preservativo durante el acto sexual reduce el riesgo de infección por el virus del SIDA en el 92% (2.º de BUP), 73,3% y 53,1% de los alumnos de 8.º y 6.º de EGB. También hay diferencias por cursos en el conocimiento de los alumnos a cerca de la utilización del preservativo para prevenir embarazos, contestando afirmativamente el 83,9% los de 2.º e BUP y el 54,5% de los de 6.º de EGB.

Afirman que el preservativo es útil para evitar ETS el 73,6%, el 26% y el 0% de los jóvenes que dedican menos de 1 hora, entre 1 y 10 horas y más de 10 horas semanales respectivamente al video y el 89,4%, el 10,6% y el 0% de los que dedican menos de 1 hora, entre 1 y 10 horas y más de 10 horas semanales al ordenador y video consolas ($p < 0,05$).

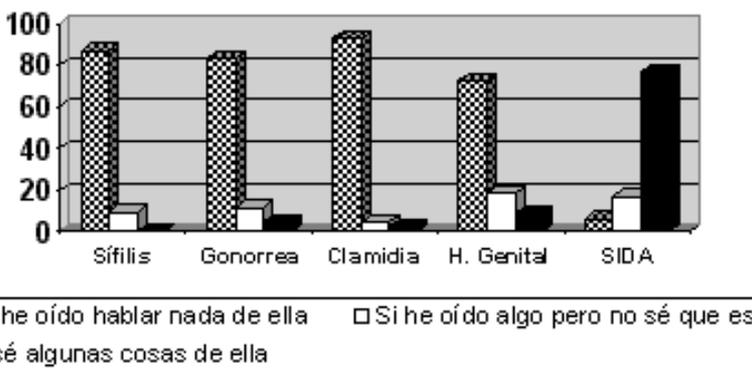


Figura 3: Conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA

Conocimientos sobre el SIDA: El 77% de los alumnos conocen algunos datos sobre el SIDA, el 47,9% manifiestan haber obtenido la información a través de los medios de comunicación: televisión, radio, y un 22% de la escuela,

las respuestas sobre el grado de conocimientos sobre el SIDA se recogen en la tabla 2.

No se observan diferencias significativas de conocimientos según el sexo de los alumnos de forma global, aunque sí en algunos ítems, como por ejemplo en: «una per-

sona puede ser portadora del virus del SIDA y no tener síntomas de enfermedad en muchos años», donde el nivel de conocimiento es más elevado en chicos, ya que un 57,5% de ellos dicen que es verdad, en cambio las chicas solo lo afirman un 47,6%

TABLA 2
CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA

	<i>Verdadero</i>	<i>Falso</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Total</i>
Puedes ser portador del virus y no tener síntomas.	51,8%	12,0%	35,3%	100,0%
La mayoría de los portadores desarrollará la enfermedad	47,6	15,7%	36,7%	100,0%
Una persona con SIDA no desarrolla defensas.	47,7%	12,7%	39,6%	100,0%
El SIDA es principal causa de muerte de 20-25 a. en E.	65,4%	12,6%	22,0%	100,0%
El SIDA puede contagiarse al dar la mano.	12,1%	74,8%	13,2%	100,0%
El SIDA se puede contagiar al compartir jeringuillas.	85,0%	4,0%	11,0%	100,0%
Un portador con aspecto sano puede contagiar.	53,5%	18,8%	27,7%	100,0%
Se contagia el SIDA en relaciones sexuales con portador	82,9%	4,5%	12,6%	100,0%
Una embarazada portadora puede contagiar al hijo.	70,8%	4,9%	24,4%	100,0%
Puede contagiarse el SIDA recibiendo transfusiones.	79,9%	3,1%	17,1%	100,0%
Puede contagiarse el SIDA donando sangre.	35,6%	37,7%	26,7%	100,0%
Puede contagiarse el SIDA por besos en la boca.	21,9%	51,5%	26,6%	100,0%
Puede contagiarse el SIDA por el uso común de objetos.	9,7%	64,3%	25,9%	100,0%
Se aumenta el riesgo teniendo muchas parejas sexuales.	62,3%	6,7%	31,0%	100,0%
Existe una prueba para saber si se tiene el virus.	69,1%	4,2%	26,8%	100,0%
El SIDA puede curarse con diagnóstico precoz.	13,9%	28,3%	57,8%	100,0%
Hay vacuna para prevenir el SIDA.	24,2%	21,5%	54,3%	100,0%
Puede contagiarse la sífilis de alguien sin síntomas.	10,5%	5,4%	84,1%	100,0%
Puedes contagiarte de sífilis tras haberla padecido.	8,3%	9,2%	82,3%	100,0%
Se puede prevenir las E. Venéreas con el uso del condón	53,5%	7,3%	39,3%	100,0%
La mayoría de los homosexuales tienen SIDA.	23,6%	24,9%	51,3%	100,0%
El condón en las R. sexuales reduce el riesgo de SIDA.	70,5%	7,9%	20,7%	100,0%

Encontramos diferencias significativas en la comparación por cursos para la mayoría de los ítems evaluados, siendo los conocimientos más bajos en 6.º de EGB y el más alto para 2.º de BUP y 4.º de ESO. Según el hábitat de los alumnos sólo hay diferencias de conocimientos en algunas cuestiones.

Los alumnos que ven la televisión entre 1-3 horas presentan mayor nivel de conocimientos, no aumentando estos si aumentan las horas de ver la televisión.

En la evaluación global obtenemos que los alumnos han contestado correctamente una media de 12,43 preguntas

(de 23). El 64,4% aciertan 12 o más preguntas. Sólo hemos hallado diferencias significativas en la media de aciertos en relación al nivel educativo y las horas diarias de ver la televisión.

Actitudes hacia el SIDA: Los alumnos muestran actitudes ligeramente integradoras hacia los enfermos de HIV (tabla 3), así el 34,4% y el 23,4% dicen estar totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente, con el supuesto de que «los enfermos de SIDA deberían vivir apartados del resto de la población. La actitud integradora sube ligeramente si la persona enferma es un

TABLA 3
ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL SIDA

	<i>Total acuerdo</i>	<i>Acuerdo</i>	<i>No sé</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Total desac.</i>	<i>Total</i>
La gente con SIDA debería vivir apartada.	13,9%	5,0%	23,2%	23,4%	34,4%	100,0%
Asistiría a clase con un compañero portador.	38,6%	18,3%	27,2%	7,2%	8,7%	100,0%
Se ha exagerado el peligro del SIDA.	26,3%	15,0%	36,4%	9,1%	13,2%	100,0%
Visitaría a un amigo que tuviera SIDA.	50,0%	19,7%	21,7%	3,4%	5,1%	100,0%
Los que han cogido el SIDA tienen la culpa	22,9%	10,2%	30,7%	17,1%	19,2%	100,0%

amigo, así un 69,7% visitaría a un amigo enfermo de SIDA. Un 41,3% opina que se ha exagerado el peligro del SIDA y solo un 22,3% piensan que no se ha exagerado tal peligro.

El 48,9% de los jóvenes tienen actitud integradora, estarían en una situación intermedia un 17,3%, y un 33,8% rechazan a los portadores y enfermos por VIH. Sólo hemos encontrado diferencias significativas de actitudes según nivel educativo, dándose la actitud más integradora en 2.º de BUP (76%), frente al 64,3% de los de 8.º EGB y en último lugar 6.º de EGB (25,1%).

Discusión

Los hábitos estudiados por aislados que puedan parecer guardan relación con el resto de los hábitos que definen el estilo de vida de un individuo y estos están relacionados con las variables sexo, edad, hábitat, etc.⁵. Es interesante observar como por ejemplo en relación al sexo las chicas tienden en parte a formar tipologías diferenciadas con respecto a los chicos y viceversa, así las chicas dedican menos tiempo a juegos de ordenador, tienen menos relaciones sexuales, saben menos de ETS, métodos preventivos y anticonceptivos que los chicos. Pero también la edad y el curso escolar diferencia a los jóvenes, reciben la información sobre temas sexuales de fuentes distintas, los de 4.º de ESO son los que más relaciones sexuales completas han tenido y los de 2.º de BUP los que más utilizan el preservativo en sus relaciones sexuales y los que tienen mejor conocimiento sobre el SIDA.

La mayor parte de la información referente a la sexualidad que reciben los alumnos, procede de los medios de comunicación, seguidos de los amigos y la escuela, lo que contrasta con los resultados del estudio de Mendoza⁵, en el que casi la mitad de los jóvenes consideran a los amigos como principal fuente de información. Chicos y chicas dicen obtener la información sobre sexualidad de las mismas fuentes, en tanto que en el estudio a nivel nacional hallaron que los chicos decían obtener la información de los amigos y las chicas de los padres, estas diferencias entre ambos estudios podría ser debido al aumento en los últimos años de programas divulgativos

de información sexual y SIDA en los medios de comunicación y en la escuela.

De las respuestas de los alumnos se desprende que no han recibido una información muy significativa sobre estas cuestiones en los centros docentes ni en el ámbito familiar.

Una minoría de escolares tienen pareja, porcentaje similar al obtenido a nivel nacional e igualmente solo una minoría han tenido relaciones sexuales completas, el 12,7% han tenido una o varias veces, la mayoría no han tenido nunca relaciones sexuales, situando la edad del primer coito en torno a los 13-15 años (edad media de 11,40 años), edad que nos parece que no se acerca mucho a la realidad, pues los datos podrían estar falseados, ya que hemos observado como los alumnos más jóvenes dicen haber tenido relaciones sexuales completas a edades muy tempranas; conforme la edad de los encuestados es mayor, más alta también es la edad en que sitúan el primer coito, esta tendencia se ha observado también en otros estudios

En el estudio a nivel Nacional, también son un 12% la proporción de alumnos que han tenido relaciones sexuales, situando la edad media alrededor de los 15 años.

Sólo un 15,4% utilizan métodos anticonceptivos siempre en sus relaciones sexuales. Los chicos afirman en mayor proporción que las chicas que han tenido relaciones sexuales completas. En el análisis por cursos, los alumnos de 4.º de ESO (antiguo FP), son los que dicen haber tenido más relaciones sexuales completas, lo que coincide con el estudio a nivel Andaluz. Casi la mitad de los alumnos de 2.º de BUP utilizan siempre el preservativo en sus relaciones sexuales, proporción que desciende en el resto de cursos.

En el estudio de «Relaciones sexuales e información en Andalucía» realizada en 1989, en el que la edad de los jóvenes encuestados llega a los 20 años; hasta una cuarta parte de los encuestados dicen mantener relaciones sexuales, siendo los chicos en mayor proporción que las chicas, siendo la edad de inicio ascendente de los 14 a los 20 años, un 8,5% de ellos usa siempre anticonceptivos.

Las ETS apenas son conocidas por los alumnos con la excepción del SIDA que es la más conocida seguida del herpes genital en nuestra comarca y de la sífilis en el estudio a nivel nacional. El preservativo como método de prevención de ETS es conocido por la mitad de los encuestados. En cambio es más conocida la utilidad del preservativo como método de evitar embarazos no deseados. Los chicos, los alumnos de mayor edad y curso conocen en mayor proporción los métodos preventivos y anticonceptivos.

Los varones saben más sobre la lúes que las mujeres, pero las mayores diferencias en conocimientos de ETS están relacionadas con el curso, de forma que son los de 2.º de BUP los que más las conocen.

El SIDA es conocido por la inmensa mayoría de los alumnos, siendo la proporción algo menor que la obtenida en la encuesta nacional, estas diferencias quizás puedan ser atribuibles a la diferencia de edad y curso de los alumnos de ambas investigaciones, ya que el estudio nacional incluye alumnos de un curso superior.

Los alumnos conocen especialmente los aspectos de la transmisión del HIV y medidas preventivas, presentando un nivel de conocimientos más deficitario en diagnóstico, tratamiento y grupos de riesgo. Al comparar los datos con el estudio nacional, observamos coincidencias en aspectos tales como la tendencia a tener un nivel de conocimientos más elevado en las preguntas que hacen más referencia a cuestiones de prevención y mecanismos de transmisión⁵ y más bajo en el resto.

En cuanto al sexo hemos encontrado diferencias en algunos aspectos, siendo para algunos de ellos los conocimientos más elevados en los chicos y en otros en las chicas, pero no de forma global, en cambio la encuesta nacional dice que los chicos tienen mayor nivel de conocimientos de esta enfermedad que las chicas⁵.

Hemos encontrado algunas diferencias según el número de habitantes y los conocimientos de los alumnos sobre determinados aspectos del SIDA, pero no de forma global, teniendo en determinadas cuestiones mayor conocimiento los alumnos de poblaciones con mayor número de habitantes.

La mayor parte de la información que tienen los alumnos del SIDA proviene de la TV, siendo los alumnos que la ven entre 1-3 horas diarias los que en mayor proporción conocen diversas cuestiones del SIDA, especialmente las relacionadas con las vías de transmisión del virus, algo lógico pues en los últimos años ha habido campañas informativas en los medios de comunicación que hacen especial hincapié en las vías de contagio y la prevención de esta enfermedad.

Los ítems más acertados por un 85% y 82% de los jóve-

nes son los de la transmisión del virus a través de jeringuillas y a través de las relaciones sexuales con un portador, mientras que los menos (por un 28% y 21%) los que hacen referencia a la existencia de vacuna y a la curación y los referentes a la sífilis.

Tanto en nuestro estudio como en el nacional hemos hallado que los alumnos presentan actitudes ligeramente integradoras, siendo superiores las proporciones en el estudio de ámbito nacional; casi la mitad muestran una actitud positiva. Mientras que nosotros no hemos hallado diferencias en las actitudes de chicos y chicas frente a portadores y enfermos de SIDA, Mendoza⁵ en su estudio halló que las chicas en general tenían una actitud más integradora. Los alumnos de 2.º de BUP son los más integradores, seguidos por los de 4.º de ESO, parece que a mayor nivel de conocimientos (2.º de BUP) mayor actitud integradora.

Las diferencias de actitudes halladas entre el estudio nacional y el nuestro, parecen más atribuibles a la edad, nivel educativo y hábitat, que a otras causas ya que el estudio nacional incluía también alumnos de 3.º de BUP y COU, así como habitantes de ciudades superiores a 50.000 habitantes; los alumnos de cursos superiores y en algunos ítems los de ciudades de mayor número de habitantes son los que presentan mayor nivel de conocimientos y actitudes más positivas.

Conclusiones

- Los alumnos han recibido escasa información sobre sexualidad y SIDA, siendo la TV la principal fuente de información.
- Las ETS son escasamente abordadas en los centros educativos, por la familia y los amigos; los alumnos tienen un gran desconocimiento sobre ellas con la excepción del SIDA.
- La edad de la primera relación sexual es creciente de los 14 a los 20 años.
- Algo más de la mitad de nuestros escolares conocen la utilidad del preservativo como método de prevención de ETS y el 75% de ellos conocen que el preservativo evita embarazos no deseados; sin embargo solo un 15,4% lo utilizan de forma habitual.
- La mayoría del alumnado conocen algunas cuestiones sobre el SIDA, especialmente mecanismos de transmisión y vías de contagio, la mitad de ellos son integradores con los enfermos y portadores del virus.
- Existen diferencias en conocimientos y actitudes en relación con los escolares del resto del país, pero atribuibles a la edad y curso de los alumnos.

Bibliografía

1. Delgado A. Manual SIDA. Guía práctica para el médico general. Madrid: O.M.C. IDEPSA; 1993.
2. Oliva A. Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cualitativo. Sevilla: Junta de Andalucía; 1993.
3. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Publica núm. 10. Madrid 1993.
4. Gobierno de Navarra. Información básica sobre el SIDA dirigida a comunidades escolares. Pamplona: Departamento de Salud; 1991.
5. Mendoza R, Sagüera M. Los Escolares y la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.
6. Arredondo C, Coronado A, de la Fuente M, Luengo S. Actitudes sociales ante el SIDA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
7. Ordoñana J R, Gutiérrez J. SIDA y adolescencia. Murcia: Consejería de Sanidad; 1991.
7. Barragón Medero F. La Educación Sexual. Guía Teórica y Práctica. Madrid: Paidós; 1991.
8. Educación para la prevención: sexualidad y SIDA. Revista PAPER, septiembre. Barcelona: Fundación La Caixa; 1993.
9. López Sánchez F. Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes. Madrid: Siglo XXI de España Editores SA; 1995.

ORIGINAL

Trastornos de la Alimentación en tres Centros de Salud de un Área Urbana

Jiménez Aranda L¹, Luque López C¹, Leiva Fernández J¹, Tibos F¹, Leiva Fernández F²

¹ Residentes R-3 MFyC, ² Médico de Familia, Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de MFyC. de Málaga.

Objetivos: 1.º) Analizar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de trastornos de alimentación en Atención Primaria. 2.º) Describir los conocimientos y actitudes del médico de familia (MFyC) ante estos trastornos.

Diseño: Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Tres centros de salud urbanos.

Población y muestra: 20 sujetos con diagnóstico de trastornos de la alimentación registrados en las historias clínicas personales. 17 médicos de Atención Primaria encuestados.

Intervenciones: Variables: pacientes (centro de salud, edad, sexo, estado civil, nivel cultural, residencia, situación laboral, patología, asistencia recibida, valoración familiar, tratamiento recibido, seguimiento). Profesionales (conocimiento y actitudes ante los trastornos de alimentación). Fuentes de datos (Historia clínica, cuestionarios autoadministrados a médicos).

Resultados: Pacientes: 20 mujeres, 65% entre 20-30 años, nivel sociocultural medio (50%), 70% solteras y 80% domicilio paterno. Distribución porcentual de trastornos de alimentación: 35% sospecha anorexia nerviosa, 30% anorexia nerviosa, 30% bulimia, 5% anorexia-bulimia. Asistencia: 85% recibieron asistencia ambulatoria. 75% del seguimiento realizado por MFyC y psiquiatra. Situación familiar valorada en el 35%. Profesionales: 70% consideran que son un problema importante, 65% creen que el centro de salud es el primer filtro. Solamente el 11% utilizaron el DSM-IV como método diagnóstico, el resto se basó en síntomas del paciente; 71% derivó a salud mental, 41% no necesarios protocolos actuación.

Conclusiones: Predominio del sexo femenino con proporción similar de anorexia y bulimia. Escasa sistematización en el abordaje diagnóstico con actitud contraria al desarrollo de protocolos de actuación. Elevada proporción de derivaciones.

Palabras clave: anorexia nerviosa, atención primaria, trastornos de la alimentación.

EATING DISORDERS IN THREE URBAN AREA HEALTH CENTERS

Goal: (1.) To analyze the clinical-epidemiological characteristics of primary care patients diagnosed with eating disorders. (2.) To describe general practitioners' (GP) knowledge and attitudes toward these disorders.

Methodology: Descriptive cross sectional.

Setting: Three urban health centers.

Population and sample: 20 subjects suffering from eating disorders and whose diagnosis was registered in their personal clinical histories. A survey answered by 17 GPs.

Interventions: Variables: patients (health center, age, gender, civil status, cultural level, residence, employment situation, pathology, care received, family evaluation, treatment received, follow-up). Professionals (knowledge and attitudes toward eating disorders). Sources of data (clinical histories, doctors' self-administered questionnaires).

Results: Patients: 20 women, 65% between 20-30 years of age, average sociocultural level (50%), 70% unmarried and 80% residing with their parents. Percentile distribution of eating disorders: 35% suspected anorexia nerviosa, 30% anorexia nerviosa, 30% bulimia, 5% anorexia-bulimia. Provision of care: 85% received care in the doctor's office at the health center. 75% of the follow-up was done by GPs and a psychiatrist. The family situation was evaluated in 35% of the cases. Professionals: 70% considered eating disorders to be an important problem, 65% believed that the health center is the first filter. Only 11% used the DSM-IV as a diagnostic method, the remainder based their diagnosis on the patients' symptoms. 71% referred their patients to mental health experts, 41% deemed that clinical guidelines were not needed.

Conclusions: Females predominated, with similar proportions of anorexia and bulimia. The diagnostic approach was scarcely systematized, and there was a negative attitude toward the development of clinical guidelines. A high degree of referrals.

Key words: anorexia nerviosa, primary care, eating disorders.

Correspondencia: Frank Tibos, apartado 124 (La Cala) 29649 Mijas-Costa-Málaga. Correo electrónico: franktibos@wanadoo.es

Recibido el 08-05-2001; aceptado para su publicación el 26-09-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 231-238

Introducción

En las dos últimas décadas ha habido un marcado aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la alimentación, debido fundamentalmente a la duración y muchas veces a la cronicidad de estos trastornos, hecho que se contempla mayoritariamente en mujeres^{1,2}.

La incidencia de ésta patología ha pasado de valores de 0.37/ 10000/ año en los años 60 y de 0.64 en los 70, a valores de 6.3 en los años 80. En la última década se registran valores del orden de 34 nuevos casos por año por cada 100000 habitantes en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 29 años^{3,4,5}. Esto se ve reflejado indirectamente en el número de nuevos casos atendidos en unidades especializadas. Sin embargo, los estudios epidemiológicos siguen ofreciendo datos muy dispares, a lo que se añade la complicada etiología y patogenia de estos trastornos (factores genéticos, biológicos, familiares, sociales y culturales)⁶.

Hasta principios de la década de los 70 no existían criterios diagnósticos concretos sobre los trastornos de la alimentación en la literatura especializada. A partir de entonces surgen los primeros criterios, que en 1994, se ven reflejados en los nuevos criterios diagnósticos DSM-IV⁷.

Cada vez parece más claro la necesidad de que sea la Atención Primaria la encargada de detectar y manejar en primera instancia este tipo de trastornos⁵.

El objetivo de este trabajo es conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes registrados con alguno de los diagnósticos correspondientes al grupo de trastornos de la alimentación en tres centros de salud urbanos, así como aproximarnos a las actitudes y conocimientos que los médicos de dichos centros de salud frente a estos problemas de salud.

Sujetos y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal entre el 1 de mayo de 1999 y el 30 de marzo de 2000 en tres centros de salud del Distrito Sanitario Málaga (Málaga capital), acreditados para docencia MIR de MFyC (C.S. Carranque, C.S. Delicias y C.S. San Andrés Torcal), que dan cobertura sanitaria a una población teórica de 28320 sujetos con una edad comprendida entre los 14 y 40 años. Se contactó con los profesionales de los centros de salud del estudio, que proporcionaron (a partir de los registros existentes) la relación de pacientes con diagnóstico (confirmado o de sospecha) de trastornos de la alimentación. Se identificaron 20 pacientes con las características antes mencionadas en los tres centros de salud. A continuación se revisaron las historias clínicas de estos sujetos para la recogida de datos de las variables incluidas en el estudio.

A cada uno de los 17 médicos que participaron en el estudio se les proporcionó un cuestionario con preguntas abiertas sobre los conocimientos y actitudes respecto de los trastornos de alimentación y su abordaje en el ámbito de Atención Primaria.

Las variables estudiadas en relación con los pacientes fueron: centro de salud, edad, sexo y estado civil del paciente, nivel cultural, lugar de

residencia, situación laboral, tipo de trastorno de alimentación, asistencia recibida, valoración previa de la función familiar, tratamiento prescrito, profesional a cargo del seguimiento. Las variables estudiadas en relación con los profesionales fueron: conocimiento y actitudes ante los trastornos de alimentación (importancia de estos trastornos, existencia de pruebas de screening, signos de alarma, criterios diagnósticos, existencia de formación continuada y de protocolos diagnósticos).

El protocolo de recogida de datos se adjunta en el anexo núm. 1.

Se realizó una estrategia de análisis estadístico mediante el sistema informático SPSS 8.0. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se calcularon los estadísticos de centralización y dispersión habituales (media, mediana y desviación estándar), y para las variables cualitativas se estimaron las proporciones correspondientes a cada una de las categorías observadas (frecuencias absolutas, relativas y relativas acumuladas). Se realizó un estudio bivalente respecto al diagnóstico de los diferentes trastornos de alimentación para lo que se emplearon los test ji-cuadrado y análisis de la varianza.

Resultados

La población seleccionada corresponde a tres centros de salud de la capital de Málaga: 10 pacientes (50%) del Centro de Salud Delicias, 6 (30%) del Centro de Salud Carranque y 4 (20%) pacientes del Centro de Salud San Andrés-Torcal. Todas eran mujeres; el 60% tenía una edad entre 20-30 años, con un nivel sociocultural medio (50%), siendo solteras el 70%. El 80% de los sujetos vivían en el domicilio paterno y un 30% eran estudiantes; no obstante, en un 35% de los casos no constaba el nivel ocupacional en las historias analizadas (Tabla 1).

En cuanto a los trastornos de la alimentación, el 35% de los pacientes presentaba sospecha de anorexia nerviosa, el 30% anorexia nerviosa diagnosticada, otro 30% de bulimia y un 5% de anorexia-bulimia (Gráfico 1).

La asistencia recibida fue ambulatoria en el 85% de los casos, el 10% recibió asistencia hospitalaria y ambulatoria, y el 5% restante exclusivamente hospitalaria.

El 40% de los casos fue tratado con psicofármacos, el 15% recibió otro tipo de tratamiento, el 20% no había recibido ningún tratamiento farmacológico, y en el 25 % restante no constaba el tratamiento prescrito en las historias clínicas.

Respecto al seguimiento, en el 35% de los pacientes fue realizado por el MFyC, mientras que en un 35% había sido realizado por el psiquiatra y el médico de familia. Sólo en un caso, el seguimiento fue realizado por un equipo multidisciplinar constituido por psicólogo, psiquiatra y endocrinólogo. (Gráfico 2)

En el 35% de los casos constaba la valoración de la situación familiar por el médico de familia.

En relación, a los resultados del cuestionario que se administró a los médicos encontramos que 12 de los 17 médicos (70%) consideraban que los trastornos de la alimentación son un problema importante debido al aumento de su incidencia mientras que el 30% restante creían que

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		EDAD			
		14-20años	20-30 años	mayor de 30años	no consta
Sexo	mujer	6	12	2	
	varón				
Estado civil	soltero	6	8		
	casado		2		
	divorciado		1		
	no consta		1	1	1
Nivel cultural	estudios primarios	2			
	estudios secundarios	4	6		
	estudios universitarios		3		
	no consta		3	1	1
Estado laboral	estudia	6			
	trabaja		3		
	estudia y trabaja		2		
	paro		2		
	no consta		5	1	1
Lugar de residencia	vive con los padres	6	10		
	vive con su pareja		1		
	no consta		1	1	1

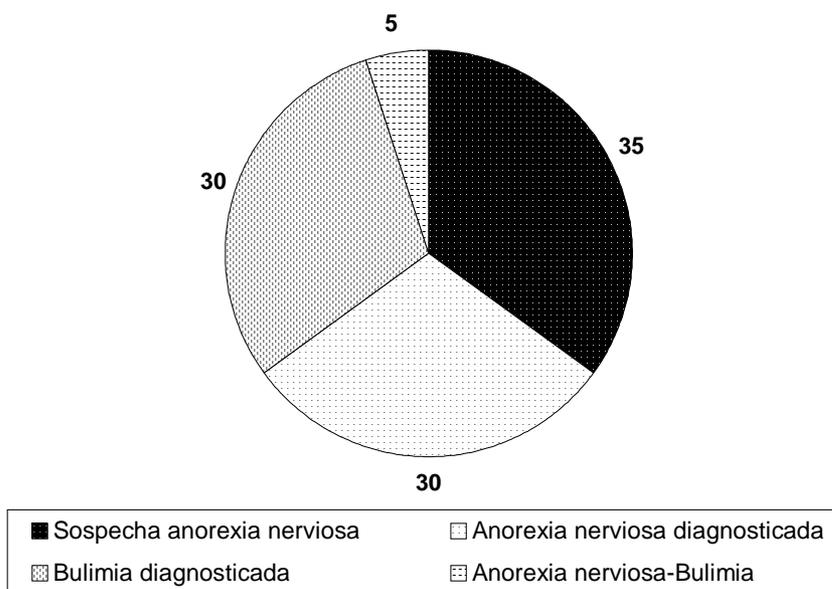


Gráfico 1: Tipos de trastornos de la alimentación

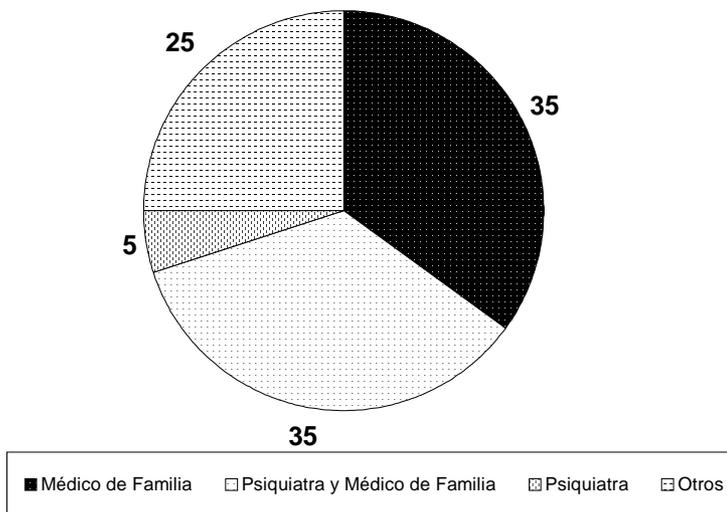


Gráfico 2: Seguimiento realizado

no lo son por el escaso número de pacientes que acuden a Atención Primaria. El 65 % de estos profesionales consideraba al centro de salud como primer filtro en el abordaje de esta patología.

La mayoría de los médicos entrevistados (83%) desconocían la existencia de pruebas de diagnóstico precoz, indicando que lo que les hacía sospechar la existencia de un trastorno de la alimentación eran síntomas como la delgadez extrema, conflictos familiares, o el escaso rendimiento escolar.

Ante la pregunta sobre qué actitud tenían ante una sospecha de trastornos de alimentación, el 41% confirmaba el diagnóstico y posteriormente derivaba a un segundo nivel, el 35 % derivaba a un segundo nivel directamente y el 24 % sólo confirmaba el diagnóstico, a través de la revisión clínica del paciente sin establecer ninguna pauta de derivación (Gráfico núm. 3). Sólo 2 médicos utilizaban el DSM-IV como herramienta diagnóstica. Respecto al servicio al que remitían a estos pacientes, el 71% de los médicos derivaban a salud mental.

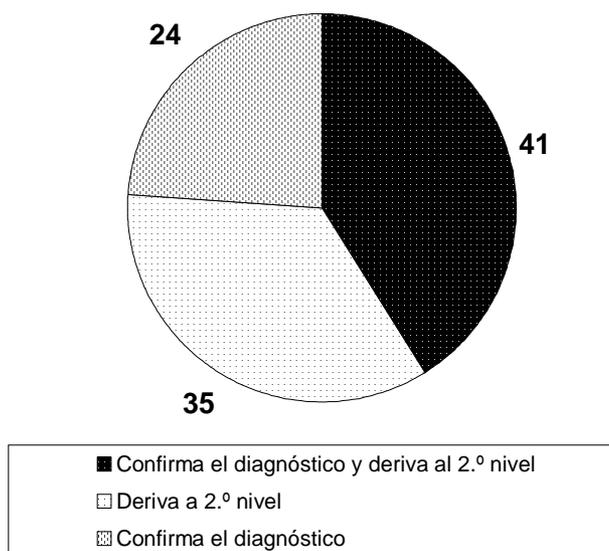


Gráfico 3: Actitud del médico de familia

Al preguntarles sobre si habían asistido a alguna actividad de formación, en relación a estas patologías en el último año, el 82% afirmaba que no, argumentando la no existencia de cursos al respecto.

El 100% de los médicos entrevistados confirmaba la no existencia de protocolos diagnósticos-terapéuticos en los centros de salud, el 59% creía que dichos protocolos se-

rían necesarios por el aumento de la incidencia mientras que el resto no los consideraba necesarios por el escaso número de pacientes. (Tabla 2).

Al realizar el análisis de los distintos trastornos de la alimentación en relación con el resto de variables clínico-epidemiológicas de los pacientes del estudio, no se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas ($p > 0.1$).

TABLA 2
RESULTADOS CUESTIONARIO ADMINISTRATIVO A MÉDICOS

	SI	NO
¿Cree que los trastornos de la alimentación son un problema de salud importante en la población de su Centro de Salud?	70%	30%
¿Considera al Centro de Salud como primer filtro en la asistencia en los trastornos de la alimentación?	65%	35%
¿Conoce alguna prueba de screening aplicable en atención primaria para detectar estos trastornos?	17%	83%
¿Ha asistido en el último año a alguna actividad de formación continuada sobre estos trastornos?	18%	82%
¿Considera necesario la existencia de protocolos diagnósticos de estos trastornos?	59%	41%

Discusión

Los trastornos de la alimentación han experimentado un incremento notable de su prevalencia e incidencia en los últimos años en los países occidentales, con tendencia a la cronicidad de estos cuadros; hecho que se ve reflejado en las estadísticas de unidades especializadas^{2, 3, 5}. Se puede afirmar que la Anorexia Nerviosa (AN) constituye el tercer trastorno crónico más frecuente en los adolescentes, sólo superada por el asma y la obesidad⁸.

Si tenemos en cuenta la población teórica a la que dan cobertura los centros de salud del estudio y el número de pacientes registrados con trastornos de alimentación, se podría considerar la existencia de un infradiagnóstico de estas patologías en nuestro ámbito de estudio, que podría estar agravado por un registro insuficiente, debido en parte a las limitaciones que imponía el sistema de registro informático vigente en el momento del estudio.

La distribución de los diferentes trastornos de alimentación en el grupo de pacientes analizados, con un número de casos de anorexia y bulimia similar y un leve predominio de pacientes con sospecha de anorexia nerviosa, no es coincidente con los hallazgos de la bibliografía consultada, en la que diversos estudios^{4, 9, 10, 11} refieren una mayor incidencia de bulimia nerviosa (BN).

Turnbull et al⁵ observaron en un estudio epidemiológico en Atención Primaria durante 7 años una incidencia de 4.2/100000 de A.N. y 12.2/100000 de BN, existiendo un riesgo para el sexo femenino en relación con el masculino de 40:1 para A.N. y 47:1 para BN.

Estos trastornos afloran en el periodo de la adolescencia y en adultos jóvenes, siendo la edad de máxima prevalencia entre 15-25 años; fundamentalmente en la población femenina^{5, 11, 12}. Estos datos son coincidentes con los obtenidos en este estudio, donde el 100% eran mujeres, y el 79% tenían una edad inferior a los 26 años. En relación a los aspectos sociodemográficos encontrados en las historias revisadas, la mitad de las pacientes poseían un nivel sociocultural medio, solteras y con residencia en el domicilio paterno. La mayoría de los estudios revisados manifiestan que los trastornos de la alimentación se dan con mayor frecuencia en niveles socioeconómicos altos y medio-altos, con la excepción de la bulimia nerviosa que predomina en niveles medio-bajos^{1, 11}.

En un 35% de los casos, se realizó un análisis del funcionamiento familiar. Consideramos este porcentaje insuficiente dado que la evaluación de estos pacientes debe realizarse de forma global, tanto en el ámbito individual como familiar, ya que el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario debe enfocarse de forma integral y

exige un compromiso o pacto con el paciente y su familia, durante un período mínimo de dos a cinco años¹³.

La gran mayoría de nuestros casos recibieron asistencia ambulatoria (85%), mientras que un escaso porcentaje requirió asistencia hospitalaria. El tratamiento ambulatorio es lo habitual, no requiriendo en la mayoría de los casos un tratamiento hospitalario, como aconsejan diversos autores^{3, 14, 15, 16, 17}.

La nutrición es uno de los pilares fundamentales del tratamiento, mientras que el uso de psicofármacos se debe incluir en el plan terapéutico de acuerdo con las indicaciones establecidas por el psiquiatra¹³. En el presente estudio, el 40% de los casos tenían tratamiento con psicofármacos.

La mayoría de los Médicos de Familia estudiados derivaban a sus pacientes al segundo nivel, fundamentalmente a los centros de Salud Mental, coincidiendo con los resultados de diversos estudios^{5, 18}.

Haller E³ considera que al ser los médicos de atención primaria, frecuentemente, los primeros en evaluar a estos pacientes, su estímulo y apoyo podría ayudarles a aceptar el tratamiento. Además apunta a que los procedimientos terapéuticos serían más adecuados si los médicos de atención primaria y los psiquiatras trabajasen coordinadamente. En esta misma línea se pronuncian otros estudios^{17,19, 20, 21}.

Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa (BN) son dos excelentes modelos, probablemente los mejores, de trastorno o enfermedad psicósomática¹⁹. Hace unas décadas los trastornos de la alimentación apenas existían; su virulenta novedad ha puesto de manifiesto la ausencia de infraestructuras, y la falta de criterios diagnósticos y terapéuticos en Atención Primaria^{8, 14}. Esta situación se refleja en los resultados de este trabajo: un elevado porcentaje de médicos entrevistados no habían asistido a ninguna actividad formativa de trastornos de la alimentación, ni tampoco en el ámbito institucional se habían establecido una oferta formativa clara en este campo.

No existen protocolos diagnóstico-terapéuticos en los Centros de Salud, no considerándolos necesarios el 41% de los médicos entrevistados. Sin embargo dada la magnitud del problema de salud, el Médico de Familia debe conocer los comportamientos de riesgo, detectar los signos de alarma y establecer el consiguiente diagnóstico precoz^{3, 14, 15, 17, 22, 23, 24}; y, como afirma Wilfley et al¹², el abordaje de los trastornos de la alimentación se debería incorporar a su práctica clínica habitual.

Estos resultados sugieren que los conocimientos de los médicos de familia sobre los trastornos de la alimentación son limitados, lo cual puede condicionar un retraso en el diagnóstico y el tratamiento apropiados con las consiguientes consecuencias potencialmente adversas para el pronóstico. Además, desde la atención primaria se debe-

ría trabajar con psicoterapeutas para dar un tratamiento efectivo a pacientes con trastornos de la alimentación. Su principal contribución incluye la evaluación y el tratamiento de las complicaciones médicas y una psicoterapia de refuerzo a largo plazo.

Sería necesario profundizar en el análisis de las posibles causas y/o barreras existentes en el primer nivel asistencial para realizar un abordaje integral de estas patologías.

Bibliografía

1. Cantó TJ. Trastornos del comportamiento alimentario. JANO 1999; LVI (1298): 37.
2. Seizer R, Bonomo Y, Patton G. Primary care assessment of a patient with an eating disorder. Aust Fam Physician 1995; 24: 2032-2036.
3. Haller E. Eating disorders. A review and update. West J Med 1992; 157: 658-62.
4. Hoek HW, Bartelds AI, Bosveld JJ, van der Graaf Y, Limpens VE, Maiwald M, Spaaij CJ. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. Am J Psychiatry 1995; 152: 1272-8.
5. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. Br J Psychiatry 1996; 169: 705-712.
6. Pla C, Toro J. Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample. An 8-year longitudinal study. Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 441-446.
7. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
8. Muscari ME. Thin line: managing care for adolescents with anorexia and bulimia. MCN Am J Matern Child Nurs 1998; 23: 130-40.
9. Cullberg J, Engstrom-Lindberg M. Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. Acta Psychiatr Scand 1988; 78: 314-319.
10. Pagsberg AK, Wang AR. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. Acta Psychiatr Scand. 1994; 90: 259-265.
11. Rodríguez MC, Riquelme A, Buendía J. Epidemiología de la anorexia nerviosa: una revisión. An Psiquiatría 1996; 12: 262-269.
12. Wilfley DE, Grilo CM. Eating disorders: a women's health problem in primary care. Nurse Pract Forum 1994; 5: 34-45.
13. Bueno M, Velilla M, Jimenez Vidal, Fleta J. Trastornos de la conducta alimentaria. Medicina 1999; 7: 6234-6239.
14. Bryant-Waugh RJ, Lask BD, Shafran RL, Fosson AR. Do doctors recognise eating disorders in children? Arch Dis Child 1992; 67: 103-5.
15. McGlynn TJ, Tinker DE. Anorexia nervosa in adulthood. Am Fam Physician 1989; 39: 173-178.
16. Mehler PS, Gray MC, Schulte M. Medical complications of anorexia nervosa. J Womens Health 1997; 6: 533-541.
17. Smith MS. Anorexia nervosa and bulimia. J Fam Pract 1984; 18: 757.
18. Hoek HW. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. Psychol Med 1991; 21: 455-460.
19. Zerbe KJ. Anorexia nervosa and bulimia nervosa. When the pursuit of bodily «perfection» becomes a killer. Postgrad Med 1996; 99: 161-4.
20. Silber TJ, D'Angelo LJ. The role of the primary care physician in the diagnosis and management of anorexia nervosa. Psychosomatics. 199; 32: 221-225.
21. Williams JC. We should strive to keep patients alive. BMJ 1998; 317: 195-197.
22. Melve KK, Baerheim A. Signs of subclinical eating disorders in teenage girls. Scand J Prim Health Care 1994; 12:197-203.
23. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. BMJ 1999; 318: 765-768.
24. Rome ES. Eating disorders in adolescents and young adults:

- what's a primary care clinician to do? Cleve Clin J Med. 1996; 63: 387-395.
25. Eagles JM, Easton EA, Nicoll KS, Johnston MI, Millar HR. Changes in the presenting features of females with anorexia nervosa in northeast Scotland, 1965-1991. Int J Eat Disord 1999; 26: 289-294.
26. Fernández-Aranda F, Dahme B, Meermann R. Body image in eating disorders and analysis of its relevance: a preliminary study. J Psychosom Res 1999; 47: 419-428.
27. Batal H, Johnson M, Lehman D, Steele A, Mehler PS. Bulimia: a primary care approach. J Womens Health 1998; 7: 211-220.
28. Maradiegue A, Cecelic EK, Bozelli MJ, Frances G. Do primary care providers screen for eating disorders? Gastroenterol Nurs. 1996; 19: 65-69.
29. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Healthcare utilization among women with eating disordered behavior. Am J Manag Care 1997; 3: 1721-1723.

ANEXO I

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE

<ul style="list-style-type: none"> • MÉDICO: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> • CENTRO DE SALUD: 	<p>HISTORIA CLINICA: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> • EDAD (en años): • SEXO: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Centro de Salud Delicias. <input type="checkbox"/> 2- Centro de Salud Carranque. 3- Centro de Salud Torcal.
<ul style="list-style-type: none"> • NIVEL CULTURAL: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Varón. <input type="checkbox"/> 2- Mujer. <input type="checkbox"/> 1- Sin estudios. 2- Estudios primarios. <input type="checkbox"/> 3- Estudios secundarios. 4- Estudios universitarios. 5- No consta.
<ul style="list-style-type: none"> • SITUACIÓN LABORAL: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Estudia. <input type="checkbox"/> 2- Trabaja. 3- Estudia y Trabaja. 4- En paro. 5- Otros.
<ul style="list-style-type: none"> • ESTADO CIVIL: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Casado. <input type="checkbox"/> 2- Soltero. 3- Viudo. 4- No consta.
<ul style="list-style-type: none"> • LUGAR DE RESIDENCIA: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- En casa de los padres. 2- Vive solo. <input type="checkbox"/> 3- Vive con su pareja. 4- Vive con amigos. 5- Otros. 6- No consta.
<ul style="list-style-type: none"> • TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN REGISTRADO: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Anorexia nerviosa diagnosticada. <input type="checkbox"/> 2- Sospecha de anorexia nerviosa. 3- Bulimia 4- Anorexia/Bulimia. 5- Otros trastornos de la alimentación.
<ul style="list-style-type: none"> • ASISTENCIA RECIBIDA: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Asistencia hospitalaria. 2- Asistencia ambulatoria. <input type="checkbox"/> 3- No asistencia.
<ul style="list-style-type: none"> • TRATAMIENTO RECIBIDO: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Psicofármacos. 2- Otros fármacos. 3- Terapia conductual. <input type="checkbox"/> 4- Terapia psicoanalítica. 5- Ninguna. 6- No consta.
<ul style="list-style-type: none"> • ¿QUIÉN REALIZA EL SEGUIMIENTO?: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Psiquiatra. <input type="checkbox"/> 2- Psicólogo 3- MFyC 4- MFyC y Psiquiatra. 5- Otros.
<ul style="list-style-type: none"> • SE HA REALIZADO VALORACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Si. 2- No. 3- No consta. <input type="checkbox"/>

ORIGINAL

Perfil de las embarazadas que no acuden a un programa de educación maternal

Márquez García A¹, Pozo Muñoz F¹, Sierra Ruiz M¹, Sierra Huerta R², Aguado Taberné C³, Jaramillo Martín I⁴.

¹ Médico de Familia, ² Enfermera. Responsable del Programa de Educación Maternal del Centro de Salud Occidente (Córdoba), ³ Médico de Familia. Centro de Salud Occidente (Córdoba), ⁴ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba.

Objetivo: Determinar las diferencias sociodemográficas existentes entre las mujeres embarazadas que no acuden a un programa de educación maternal (EM) frente a aquéllas que asisten al mismo.

Diseño: observacional, descriptivo y retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud «Occidente» (Córdoba).

Población y muestra: 351 mujeres cuyo embarazo fue seguido en seis consultas del Centro de Salud durante los años 1996, 1997 y primer semestre de 1998.

Intervenciones: Las variables analizadas en cada embarazo fueron: edad, estado civil, barrio de residencia, nivel de estudios, uso de métodos anticonceptivos, hijos previos y situación laboral durante el embarazo. Asimismo se comprobó si asistieron o no al programa de EM.

Se realizó estudio estadístico bivariado y multivariado para conocer la asociación entre las variables recogidas y la asistencia al curso de EM.

Resultados: La media de edad de las embarazadas fue de 30,1 ± 5 (DT) años. El porcentaje de mujeres que asistieron a EM fue del 38,9 % (IC 95%: 36,3 – 41,5).

La inasistencia al programa de EM ($p < 0,05$) se relaciona con la existencia de hijos previos, estado civil soltera, residir en barrio marginal, haber usado algún método anticonceptivo antes de este embarazo y trabajar fuera de casa.

Conclusiones: El perfil de las embarazadas que no acuden a EM se relaciona con variables que, en principio, hacen pensar que son las que más se beneficiarían de un programa educacional, dado que constituyen a la vez la población de mayor riesgo durante y después del embarazo, por lo que es necesario incidir en la captación de estas mujeres.

Palabras clave: Educación maternal, Embarazo, Educación para la Salud.

PROFILE OF PREGNANT WOMEN WHO DO NOT ATTEND A MATERNAL EDUCATION PROGRAM

Goal: To determine the sociodemographic differences that exist among pregnant women who do not attend a maternal education program (ME) as compared with those who do participate.

Methodology: observational, descriptive and retrospective study.

Setting: «Occidente» Health Center (Córdoba).

Population and sample: 351 women whose pregnancy was controlled in six doctors' offices located in the Health Center during the years 1996, 1997, and the first semester of 1998.

Interventions: The variables analyzed in each pregnancy were: age, civil status, neighborhood of residence, level of studies, use of contraceptive methods, previous children, and employment situation during the pregnancy. Participation or non-participation in the ME program was also confirmed. A bivariate and multivariate study was also done to discover associations between the variables gathered and ME course attendance.

Results: The average age of pregnant women was 30.1 ± 5 (SD). The percentage of women attending the ME course was 38,9 % (CI 95%: 36.3 – 41.5). Non-attendance at the ME course ($p < 0.05$) was related to having other children, being single, residing in a marginal neighborhood, having used some sort of birth control method prior to the pregnancy, and working outside the home.

Conclusions: The profile of pregnant women who did not attend the ME course was related to variables that, initially, led to the belief that they were those who would most benefit from an educational program since they also formed part of a population at greater risk both during and after the pregnancy, which is why it is necessary to increase efforts to draw these women into the program.

Key words: Maternal education, Pregnancy, Health education.

Correspondencia: Cristina Aguado Taberné. Centro de Salud Occidente, c/ Del Campo, s/n. Córdoba. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, c/ Blanco Soler, s/n. Córdoba.

Recibido el 10-08-2001; aceptado para su publicación el 26-09-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 239-243

Introducción

La educación maternal (EM) se define como el «conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se vivencie de forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional»¹.

La EM constituye una de la principales actividades de promoción y prevención de salud que se realizan en los centros de salud, cuya importancia se pone de manifiesto al evaluar los resultados obtenidos en los indicadores del programa materno-infantil, dentro del cual la EM constituye una importante actividad. De esta forma, la EM se correlaciona con una mejora de los indicadores perinatales², con una disminución de las cifras de morbilidad materno-infantil, además de disminuir significativamente la necesidad de intervención tocoquirúrgica durante el parto³⁻⁴. El programa de embarazo y los cursos de EM forman parte del Contrato Programa de los distritos de Atención Primaria de nuestra comunidad autónoma⁵, influyendo de forma determinante en la calidad de los mismos⁶.

A pesar de que para los profesionales sanitarios los beneficios de un programa de EM están contrastados⁷⁻⁹, no todas las gestantes lo contemplan como una necesidad prioritaria. Son factores socioeconómicos, demográficos y culturales los que parecen estar más relacionados con la asistencia o no a un programa de EM. Los grupos de población más deprimidos, que suelen ser además los de mayor riesgo por su mayor morbilidad, menor utilización de servicios sanitarios en general y mayor índice de hábitos tóxicos¹⁰, son los que menos utilizan un programa de EM¹¹⁻¹³.

Creemos por tanto justificado la realización de un estudio que nos permita conocer más concretamente las características sociodemográficas de las embarazadas de nuestro centro de salud en relación a un programa de EM para, de esta forma, poder aproximarnos a los factores que condicionan la asistencia al mismo. El conocimiento de estos factores nos permitirá actuar sobre ellos y, de esta forma, plantear estrategias con el fin de aumentar la captación de embarazadas en el programa de EM.

El objetivo del presente estudio es conocer el perfil socio-demográfico de las gestantes de nuestro centro de salud e identificar qué variables se asocian a la inasistencia al curso de EM.

Sujetos y Métodos

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. El ámbito de nuestro estudio es la zona básica de salud (ZBS) de «Occidente» (Córdoba) que engloba a 12.000 habitantes distribuidos en dos áreas diferenciadas geográfica y socialmente: una zona urbana que está constituida por una población de clase social media-baja, y que

trabaja en el sector servicios e industria, y una zona marginal que incluye una población de clase social muy baja, con una alta tasa de desempleo, delincuencia y drogadicción.

El programa de embarazo se instauró en la ZBS en el año 1992 y consta básicamente de una visita mensual, realizada por el médico de familia y tres visitas en el segundo nivel (una en cada trimestre) que suelen coincidir con las tres determinaciones analíticas realizadas durante la gestación. El programa de EM se incluye dentro del programa de embarazo, de forma que a partir del sexto mes se indica a las gestantes la conveniencia de participar en el mismo. Éste se imparte en seis sesiones de dos horas de duración con una periodicidad semanal y está constituido por grupos de 10-15 embarazadas que reciben de una enfermera del centro los conocimientos teórico-prácticos que conforman el citado programa de EM.

La población de estudio estuvo formada por mujeres gestantes cuyo embarazo finalizó en los años 1996, 1997 y primer semestre de 1998 y fue seguido en la ZBS «Occidente» de Córdoba (n= 351). Fueron excluidas las mujeres cuyo embarazo fue interrumpido en cualquier mes de la gestación, así como aquellas que, aun habiendo asistido al curso de EM, fueron controladas exclusivamente por la atención especializada, por la dificultad que supone el acceso al registro en estos casos. Todas las variables utilizadas en el presente estudio fueron extraídas de las historias clínicas y fichas del programa de embarazo recogidas por el personal del equipo. Las variables estudiadas fueron: edad, estado civil, zona de residencia, nivel de estudios, hábito tabáquico, uso de métodos anticonceptivos previos al embarazo, situación laboral, número de hijos y asistencia o no al programa de educación maternal.

Se consideró asistencia al curso de EM haber acudido al menos a cinco de las seis sesiones que conforman el mismo.

Los datos fueron introducidos en el programa de gestión de bases de datos DBASE-III plus y posteriormente analizados con el programa estadístico SPSS 8.0 para Windows. Se ha realizado un análisis de las medidas de tendencia central y distribución de frecuencias, con cálculo de intervalos de confianza (IC) para un 95% de seguridad. Para el análisis bivariado, se ha aplicado la prueba Ji-cuadrado para las variables cualitativas y la prueba t de Student para las variables cuantitativas. Se calcularon las Odds Ratio crudas para estimar la magnitud de la relación de cada variable independiente con la asistencia o no al programa de EM. Se consideraron como estadísticamente significativos valores de p < 0,05, para el caso de hipótesis bilaterales. Por último, se ha realizado un estudio multivariado mediante regresión logística condicional. Se obtuvo un modelo final de regresión mediante la estrategia *backward*. La asistencia o no al programa de EM constituyó la variable dependiente, incluyéndose en dicho modelo todas aquellas variables independientes que resultaron ser estadísticamente significativas en el análisis bivariado, además de aquellas de las que se presumía podían presentar efecto confundente; como criterio de salida se consideró una p < 0,05. La variable nivel de estudios se agrupó en tres categorías, y fue tratada como variable ficticia o variable *dummy*.

Resultados

De las 351 las mujeres que siguieron el programa de embarazo, el 38,9% (IC_{95%}: 36,3-41,5) asistieron al curso de educación maternal. La media de edad de las embarazadas fue de 30,1 ± 5 (DT) años (IC_{95%}: 26,9-33,3), sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas en la edad de las que acudieron al programa de EM respecto a las que no acudieron.

En la tabla 1 se describen las características de las mujeres embarazadas que acudieron al programa de EM respecto a las que no asistieron al mismo. Se puede observar que el

mayor porcentaje de mujeres que no acudieron al programa de EM eran solteras o separadas (90,5%); el 78,15% habían tenido hijos antes de este embarazo; predominan aquellas sin estudios o con estudios primarios (66,5%), residencia en barrio marginal (86,85% frente a un 13,15% de las que acudieron al curso de EM) y las que no han usado ningún método anticonceptivo previo al embarazo.

Los resultados del estudio multivariado se muestran en la tabla 2. Como se puede apreciar, las variables que se relacionan con la no asistencia al programa de EM son: ser soltera o separada, tener hijos previos a este embarazo, residir en el barrio marginal, haber usado algún método anticonceptivo antes de este embarazo y trabajar fuera de casa durante el mismo.

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE NO ACUDEN EN COMPARACIÓN CON AQUELLAS QUE SÍ ACUDEN AL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL. ANÁLISIS BIVARIADO

Variable	EDUCACIÓN MATERNAL		Valor de p	OR (IC _{95%})
	Si (n=125)	No (n=195)		
-Estado civil: Soltera-Separada Casada	2 (9,5%) 125 (41,52%)	19 (90,5%) 176 (58,48%)	0,0005	6,64 (1,45-42,0)
-Hijos previos: Si No	33 (21,85%) 92 (50,0%)	118 (78,15%) 92 (50,0%)	<0,0001	3,58 (2,15-5,97)
-Nivel estudios: Sin estudios-primarios Secundarios Universitarios	64 (33,5%) 43 (55,84%) 17 (51,51%)	127 (66,5%) 33 (42,86%) 16 (48,49%)	0,047 0,625	2,11 (0,94-4,73) 0,82 (0,33-2,00) 1,00
-Lugar de residencia: Marginal No marginal	10 (13,15%) 112 (42,59%)	66 (86,85%) 151 (57,41%)	<0,0001	4,89 (2,31-10,6)
-Trabajo fuera de casa: No Si	79 (40,51%) 45 (38,79%)	116 (59,49%) 71 (61,21%)	0,764	0,93 (0,56-1,53)
-Uso previo Anticonceptivos: No Si	15 (23,81%) 103 (48,13%)	48 (76,19%) 111 (51,87%)	0,0006	2,97 (1,50-5,92)

OR: Odds Ratio; IC_{95%}: Intervalo de confianza para el 95%

TABLA 2
VARIABLES ASOCIADAS CON EL HECHO DE NO ACUDIR A EDUCACIÓN MATERNAL
MODELO FINAL DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Variable	Coefficiente	OR (IC _{95%})	Valor de p
-Estado civil (soltera-separada/casada)	2,1103	8,25 (0,9-70,8)	0,055
-Hijos previos (Si/No)	1,8633	6,44 (3,15-12,9)	«0,0001
-Nivel de estudios: Sin estudios-primarios/secundarios Sin estudios-primarios/universitarios	2,1786 2,8069	8,83 (0,6-113,29) 16,55 (1,2-221,4)	0,096 0,036
-Lugar de residencia (marginal/no marginal)	1,5695	4,8 (1,4-16,0)	0,012
-Trabaja fuera de casa (Si/No)	1,0637	2,89 (1,39-5,96)	0,004
-Uso previo de Anticonceptivos (No/Si)	1,0819	2,95 (1,29-6,68)	«0,0001

OR: Odds Ratio; IC_{95%}: Intervalo de confianza para el 95%

Discusión

Desde la implantación del Programa de Embarazo en la Comunidad autónoma andaluza, se ha ido aumentando considerablemente su cobertura en los últimos años, debido sobre todo a su inclusión en la cartera de servicios de los centros de salud. En nuestro centro de salud, el Programa de Educación Maternal se implantó en el año 1992 y se oferta en el segundo semestre a todas las gestantes de nuestra Zona Básica de Salud¹⁴.

Sin embargo, los resultados del estudio demuestran que la cobertura en EM (38,9%) es menor a la de otros estudios y a la media de nuestra comunidad autónoma. Al interpretar este dato debe tenerse en cuenta el criterio tan estricto que hemos adoptado para considerar como válida la asistencia al programa de EM (asistencia a cinco de las seis sesiones que conforman el curso), mientras que en otros estudios publicados no se refleja de forma clara qué criterios han sido considerados para dar como válida la asistencia al programa de EM^{11,15-16}.

Nuestro estudio ha demostrado que existen diferentes factores que se asocian a la inasistencia al curso de EM.

Así, el lugar de residencia parece ser determinante en la realización de la EM. El mayor porcentaje de embarazadas que no acuden a EM residen en el barrio marginal, pese al esfuerzo que realizamos en la captación y seguimiento de las gestantes con alto riesgo social (etnia gitana, nivel socioeconómico bajo, adolescentes y mujeres sin estudios o con estudios primarios) a través de la búsqueda activa, llamadas telefónicas y/o visita domiciliaria y valoración conjunta con el trabajador social¹⁷⁻¹⁸.

Por otro lado, y en consonancia con otros estudios^{11,19}, se observa que la existencia de hijos previos condiciona de forma relevante la no asistencia a EM. Este hecho puede estar influido por la creencia de las madres multiparas de un mayor conocimiento sobre la maternidad, en relación directa con el número de hijos, así como la posible asistencia a otros cursos de EM en embarazos previos que hacen considerar menos útil la EM.

La situación laboral de la embarazada también se relaciona de forma independiente con la realización de los cursos de EM, de modo que trabajar fuera de casa se asocia de forma significativa con la inasistencia a los mismos, probablemente por la mayor limitación de tiempo.

Esta circunstancia unida a la anterior nos lleva a plantear una mejora en la accesibilidad de las mujeres multiparas y/o trabajadoras al programa de EM (amplitud de horarios, menor duración de las sesiones, curso en horario de tarde) y a una adecuación de los contenidos del curso (sesiones orientadas específicamente a mujeres multiparas o trabajadoras), ya que cabría plantearse si no existe una excesiva focalización de las sesiones hacia las

mujeres primigestas. Se están estudiando nuevas medidas que contribuyan a aumentar la cobertura de gestantes en el programa de EM, como son la captación a través de otros programas (vacunación, salud mental, planificación familiar, consultas administrativas, etc).

Diversos estudios publicados confirman los resultados beneficiosos del programa de EM al comparar los conocimientos adquiridos por las embarazadas que asisten a los cursos frente a aquéllas que no acuden^{12,20}. Sin embargo, sería interesante determinar si el mejor comportamiento en el parto y los mayores conocimientos obstétricos de las embarazadas que asisten al curso se deben efectivamente a la asistencia al mismo o al hecho de que las embarazadas que acuden al curso están más motivadas para adquirir a lo largo del embarazo esos conocimientos. Para intentar aclarar esta cuestión hemos planteado un estudio en el que se valoran los conocimientos acerca del embarazo, parto y puerperio antes y después del curso de EM, así como el grado de satisfacción, utilizando un grupo control formado por embarazadas que no hayan acudido al curso de EM. Dicho estudio se halla en fase de análisis estadístico.

En cuanto a las limitaciones que pueda presentar nuestro estudio, consideramos que éste tiene una adecuada validez interna, dado que la muestra es representativa de la población diana y que no se produjeron problemas de infraregistro de las variables a medir. Por otro lado, los factores presumiblemente confundentes fueron controlados mediante el análisis multivariante.

En conclusión, de nuestro estudio podemos inferir que las variables que más se asocian a la no asistencia al programa de educación maternal son ser soltera o separada, tener hijos previos a este embarazo, residir en un barrio marginal, haber usado algún método anticonceptivo antes de este embarazo y trabajar fuera de casa durante el mismo.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Luis Pérula de Torres, técnico de Salud Pública de la Unidad docente de Medicina de Familia de Córdoba, por su colaboración en el diseño y el análisis estadístico de este estudio.

Bibliografía

1. Rufo A, Fernández JC. Guía para la educación maternal en atención primaria. Sevilla: Junta de Andalucía; 1995.
2. Zmirou D, Charrel M, Veyre C. A controlled evaluation of a health education programme for pregnant women in rural areas. *J Epidemiol Community Health* 1988; 42:177-82.
3. Marin JM, López E, Martos E. Efectos obstétricos de la educación maternal. *Progr Obstet Ginecol* 1982; 25: 399-404.
4. García ML, Merino P. Influencia materno-fetal de la preparación física al parto. *Acta Gin* 1992; 49:376-81.

5. Contrato Programa de los distritos de Atención Primaria 2000. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2000.
6. Niswander K, Henson G, Elbourne D, Chalmers I, Redman C, MacFarlan et al. Adverse outcome of pregnancy and the quality of obstetric care. *Lancet* 1984; 13: 827-31.
7. García C, Solano A. Salud y desigualdad social. *Med Clin (Barc)* 1993;100: 296-8.
8. Nebot M, Rohlf s I, Díez E, Valero C. Maternidad en adolescentes de alto riesgo social. *Aten Primaria* 1993;11:213-7.
9. Dueñas RM, Mitsuf MJ, Martínez J, Muñoz M, Fernández MJ, Lora N. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. *Aten Primaria* 1997; 19:188-93.
10. Newton RW, Hunt LP. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birthweight. *Br Med J* 1984; 228:1191-4.
11. Muñoz F, Ortega I, Peláez E, Gálvez E, Moreno P. Factores asociados a la participación de la embarazada en las actividades de educación maternal en un centro de salud. *Aten Primaria* 1997;20:440-3.
12. Guillén M, Sánchez JL, Toscano T, Garrido MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. *Aten Primaria* 1999; 24:66-74.
13. Alpers RR. The importance of the health education program environment for pregnant and parenting teens. *Public Health Nurs* 1988;15: 91-103.
14. García Calvente MM. Evaluación de programas. Salud Materno-Infantil. Andalucía, 1984-1994. Escuela Andaluza de Salud Pública. Monografía 16. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 1996.
15. Ruiz E, Garro I, Verduras C, Moliner C, De la Arada A. Embarazo y atención primaria: ¿presente o futuro? *Aten Primaria* 1994;14: 1011.
16. Goberna J, García P, Gálvez M. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. *Aten Primaria* 1996; 18: 75-6.
17. Armelles M, Prats R, Arnau J, Salleras L. Evolución de los embarazos entre las adolescentes de Cataluña (1987-1992). *Aten Primaria* 1995; 16: 469-72.
18. Nebot M, Canela J, Vallés A. Evaluación de la fecundidad adolescente y su asociación con la evolución de la renta en las provincias españolas en el período 1975-1985. *Rev San Hig Publ* 1992: 157-67.
19. Rufo A. Manual de atención al embarazo, parto y puerperio. Sevilla: Junta de Andalucía; 1994.
20. V Simposio de Salud Materno-Infantil. Evaluamos para avanzar. Ponencias y Comunicaciones. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada; 1994.

ORIGINAL

Evolución de las tasas de brucelosis en la provincia de Almería durante el periodo 1972-1998

Barroso García P¹, Rodríguez-Contreras Pelayo R², Parrón Carreño T³, Ocaña Riola R⁴

¹ Sección de Epidemiología. Distrito Sanitario de Atención Primaria Levante-Alto Almanzora (Almería), ² Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Granada, ³ Servicio de Salud. Delegación Provincial de Salud de Almería, ⁴ Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objetivo: Comparar las tasas medias de brucelosis tanto en el total provincial, como en los tres distritos sanitarios de la provincia de Almería, en tres periodos distintos, 1972-1990, 1991-1995 y 1996-1998, marcados por la puesta en marcha de programas específicos.

Diseño: Estudio observacional transversal descriptivo.

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

Población y muestra: Se estudian los 2356 registros de declaración numérica de enfermedad en la provincia de Almería y las 1595 fichas de declaración individualizada en el periodo 1972-1998.

Intervenciones: Se utiliza el test de Kruskal-Wallis, para comparación de medias de tasas en tres periodos distintos, 1972-1990, 1991-1995 y 1996-1998 marcados por la puesta en marcha de programas específicos (1990: programa de brucelosis de la Delegación de Salud. 1995: programa de brucelosis coordinado entre la Delegación de Salud y la Delegación de Agricultura y Pesca). Esta comparación se realiza en el total provincial y en los tres distritos sanitarios.

Resultados: La variación ha sido significativa para la diferencia de tasas totales en los tres periodos; tanto para el total provincial (36,60, 20,55, 11,08; $p < 0,01$), como para el Distrito Almería-Centro (21,63, 15,24, 8,08; $p < 0,02$) y para el Distrito Levante-Alto Almanzora (42,10, 33,44, 19,51; $p < 0,05$). En el resto de las comparaciones no ha sido significativa.

Conclusiones: Se ha observado un descenso significativo en la tasa media provincial total y en los Distritos Levante-Alto Almanzora y Almería-Centro, en los tres periodos estudiados, coincidiendo con la puesta en marcha de programas específicos, si bien no podemos hacer afirmaciones de causalidad acerca de la repercusión de las intervenciones llevadas a cabo.

Palabras Clave: Brucelosis, Programas, Epidemiología, Mecanismos de transmisión.

The evolution of cases of brucellosis declared in the province of Almería (Spain) during 1972-1998. A temporary comparison according to sanitary proceedings

Aim: To compare average brucellosis rates in the whole province of Almería as well as in its three Sanitary Districts during three different periods of time dating from 1972 to 1990, 1991-1995 and 1996-1998 each one of these coinciding with the start of a specific brucellosis programmes in the region.

Design: Observational, cross sectional, descriptive study.

Setting: Declared cases of brucellosis registered in the province of Almería (Spain)

Population and sample: The 2,356 records of numerical declarations are studied along with the 1,595 record cards available of individual declarations registered in Almería during 1972-1998.

Interventions: Kruskal-Wallis test for comparing the average rates in three different periods of time, from 1972 to 1990, 1991-1995 and 1996-1998 all of which were marked by the setting off of a specific brucellosis programme (1990: Brucellosis Programme run by the Public Health Department in the province. 1995: Brucellosis programme coordinated by the Public Health Department and the Department of Agriculture and Fishing) The comparison is made in the total of the province and within the three Sanitary Districts.

Results: The variation is significant for the difference in the total estimates within the three periods for the total of the province (36,60, 20,55, 11,08; $p < 0,01$), as well as for the Almería city-Centre District (21,63, 15,24, 8,08; $p < 0,02$) and the Levante-Alto Almanzora District (42,10, 33,44, 19,51; $p < 0,05$). The rest of the comparisons have not proved to be significant.

Conclusions: A significant drop in the average rate of the total in the province is clearly observed in the Levante-Alto Almanzora district and Almería city centre District within the three periods under study coinciding with the onset of the specific programmes mentioned. We cannot however affirm the causality about the repercussion of the interventions carried out.

Key Words: Brucellosis, Programmes, Epidemiology.

Correspondencia: c/ Romero, 44 - 04850, Cantoria - Almería.

Recibido el 24-04-2001; aceptado para su publicación el 29-06-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 244-247

Introducción

La brucelosis es una zoonosis de declaración obligatoria desde 1944 ¹. Está incluida en el cuadro de enfermedades profesionales ²⁻⁴. El modo de transmisión de la enfermedad más importante es la ingestión de leche y derivados sin control sanitario, con valores que oscilan entre un 90% y un 39,15% ⁵⁻⁸. Le sigue el contacto con ganado, con cifras también variables ^{5, 6, 9}. La brucelosis tiene importantes repercusiones socioeconómicas ¹⁰. Distintos autores han estudiado estos costes tanto en humanos ¹¹⁻¹³ como en animales ¹⁴.

A pesar del esfuerzo realizado por la Administración, la epidemia no ha experimentado el descenso esperado, representando en muchas regiones un problema de Salud Pública. La profilaxis se basa en el control de la enfermedad animal, siendo necesaria la erradicación completa de la infección en el rebaño ¹⁵. La vacunación sistemática junto a la detección y eliminación de animales brucelósicos han demostrado su eficacia ¹⁶. El Sexto Informe FAO/OMS ¹⁷ y diversas publicaciones ¹⁸⁻²⁰ resaltan la importancia de las medidas de educación sanitaria para prevenir la enfermedad en humanos. Con respecto a los programas sanitarios, en la década de los 90 se está realizando un gran esfuerzo para adaptarse a la legislación europea ²¹ y nacional ^{22, 23} ejecutándose campañas de saneamiento de una forma más continua.

En Almería se ponen en marcha distintos programas específicos: en 1990 un programa de brucelosis de la Delegación de Salud, basado en dos aspectos fundamentales, vigilancia epidemiológica y educación sanitaria; en 1995 un programa de brucelosis coordinado entre la Delegación de Salud y la Delegación de Agricultura y Pesca, con el fin de que sus efectivos técnicos se intercambien información y colaboren conjuntamente. Ambos van encaminados sobre todo, a mejorar la educación sanitaria de los ganaderos, población infantil y amas de casa, y a la capacitación de la policía local para el control de venta ambulante.

El objetivo de este trabajo es comparar las tasas medias de brucelosis, en la provincia de Almería, en tres períodos distintos, 1972-1990, 1991-1995 y 1996-1998, marcados por la puesta en marcha de estos programas; así

como, las tasas en función de los mecanismos de transmisión.

Sujetos y métodos

Población de estudio: los 2356 registros de declaración numérica y las 1595 fichas de declaración individualizada de enfermedad, correspondientes al período comprendido desde enero de 1972 a diciembre de 1998, que constituyen el total de las declaraciones realizadas en la provincia de Almería.

VARIABLES: tasas totales de enfermedad en humanos, tasas de transmisión por ingesta y tasas de transmisión por contacto.

Fuentes de información: Se utilizan 2356 registros de brucelosis recogidos de dos modelos de impresos denominados estadísticas sanitarias oficiales y un modelo de declaración numérica de enfermedad y 1595 fichas de declaración individualizada de enfermedad, obtenidas de 5 modelos distintos; todos facilitados por la Delegación Provincial de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Análisis estadístico de los datos: Tanto en la provincia, como en los tres distritos sanitarios se han realizado comparaciones de tasas totales, por ingesta y por contacto. Para calcular las tasas medias de la enfermedad en los distintos períodos estudiados, se utilizan los datos de declaración numérica y para calcular las tasas medias por mecanismos de transmisión por ingesta o por contacto las fichas de declaración individualizada de enfermedad. Para obtener los denominadores en el total provincial y en los distritos sanitarios se usan los censos de población, referidos a la provincia de Almería, de 1970, 1981, 1991 y el padrón municipal de 1998.

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

Se ha aplicado el test de Kruskal-Wallis, para comparación de medias de variables cuantitativas continuas, distribuidas de manera no normal

Resultados

— Se observa en el total provincial, una disminución significativa ($p < 0,01$) de las tasas totales en los tres períodos, no existiendo sin embargo significación en la disminución de las tasas por contacto y por ingesta (Tabla 1).

— Respecto a los distritos sanitarios (Tabla 2), en el de Poniente-Roquetas no han disminuido de forma significativa las tasas totales, ni las de contacto, ni las de ingesta; incluso en el período 1991-1995 hay un aumento de la tasa total, principalmente debido al aumento de la tasa por ingesta.

En el Distrito Almería-Centro la disminución de las tasas totales ha sido significativa con una $p < 0,02$, no siéndolo para las tasas por contacto y por ingesta.

TABLA 1
COMPARACIÓN DE TASAS MEDIAS EN HUMANOS EN DISTINTOS PERÍODOS EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA

	1972-1990	1991-1995	1996-1998	Valor p
Tasas totales	36,60	20,55	11,08	0,007
Tasas por Contacto	10,31	11,20	5,41	0,45
Tasas por Ingesta	11,11	6,06	2,64	0,36

Test de Kruskal-Wallis

TABLA 2
COMPARACIÓN DE TASAS MEDIAS EN HUMANOS EN DISTINTOS PERÍODOS EN LOS DISTRITOS SANITARIOS

Distrito Poniente-Roquetas				
	1972-1990	1991-1995	1996-1998	Valor p
Tasas totales	12,67	20,50	9,02	0,521
Tasas por Contacto	5,29	6,15	3,65	0,755
Tasas por Ingesta	6,61	11,67	1,5	0,096
Distrito Almería-Centro				
	1972-1990	1991-1995	1996-1998	Valor p
Tasas totales	21,63	15,24	8,08	0,02
Tasas por Contacto	8,31	7,98	3,90	0,32
Tasas por Ingesta	8,67	3,63	1,67	0,12
Distrito Levante-Alto Almanzora				
	1972-1990	1991-1995	1996-1998	Valor p
Tasas totales	42,10	33,44	19,51	0,047
Tasas por Contacto	21,89	23,65	11,11	0,391
Tasas por Ingesta	20,55	4,43	6,30	0,365

Test de Kruskal-Wallis

En el Distrito Levante-Alto Almanzora el descenso de las tasas totales ha sido significativo ($p < 0,05$), sin embargo las tasas por contacto y por ingesta no han disminuido de forma significativa.

Discusión

Hay que destacar que tanto en el total provincial como en los Distritos Levante-Alto Almanzora y Almería-Centro, la disminución de tasas totales en los tres períodos ha sido significativa; esto no ha sido así en el Distrito Poniente-Roquetas en el que hubo un brote importante en los años 1994 y 1995.

Con respecto a las tasas de transmisión por contacto y por ingesta, tanto en el total provincial como en los Distritos Poniente-Roquetas y Almería-Centro, han bajado de forma importante entre el período 1991-1995 y 1996-1998. Otro aspecto interesante a destacar es que en el primer período estudiado 1972-1990, las tasas por contacto son inferiores a las tasas por ingesta, a excepción del Distrito Levante-Alto Almanzora en el que la tasa por contacto es ligeramente superior; en los períodos siguientes las tasas por ingesta son siempre inferiores a las tasas por contacto a excepción del Distrito Poniente-Roquetas en el que hubo un brote en los años 1994 y 1995. En

la bibliografía consultada, generalmente se destaca como mecanismo de transmisión más importante la ingesta de leche y derivados sin control sanitario⁵⁻⁸, seguido por el contacto con ganado^{5, 6, 9}. Sin embargo, conforme los trabajos van siendo más recientes va creciendo el papel del contacto como mecanismo de transmisión, de forma que, en Andalucía hasta 1994 el mayor porcentaje se debía a ingesta, y a partir de esa fecha comienza a predominar la transmisión por contacto, pasando de un 45,4% en 1995 a un 52,23% en 1996²⁴, mecanismo que en algunos puntos geográficos llega a alcanzar un 90,16%²⁵.

Ese mismo fenómeno parece estar produciéndose en otras comunidades autónomas españolas²⁶.

No hemos encontrado en la bibliografía consultada estudios similares al nuestro para comparar tasas medias coincidiendo con la puesta en marcha de programas sanitarios. Creemos que el descenso significativo de las tasas totales puede ser debido a diversos factores tanto demográficos, como culturales y sociales, así como también a los programas y campañas de prevención llevadas a cabo. Con respecto al crecimiento proporcional de las tasas por contacto frente a las derivadas por la ingesta, deberán haber influido además de un mejor control sanitario de la leche y derivados, probablemente también los

programas llevados a cabo, sobre todo, los dirigidos a la educación sanitaria de la población infantil, de amas de casa y ganaderos, así como la capacitación de la policía local en el control de la venta ambulante. Distintos autores han resaltado la importancia de las medidas de educación sanitaria en la prevención de la enfermedad¹⁸⁻²⁰.

No podemos por tanto, hacer afirmaciones de causalidad acerca de las intervenciones llevadas a cabo, y su influencia en la disminución de aparición de enfermedad.

Bibliografía

- Boletín Oficial del Estado. Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de Noviembre de 1944. BOE núm.331, 26/11/1944.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1995/1978 por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social. BOE núm. 203, 25/08/1978.
- López de Luz MV, Ortiz Marron H. Estudio epidemiológico de la brucelosis en la provincia de Cuenca. *Rev San Hig Púb* 1986; 60: 963-979.
- Gálvez Vargas R, Rodríguez Martín A, Rodríguez-Contreras Pelayo R, Delgado Rodríguez M. Epidemiología de la Brucelosis en la provincia de Granada (I). Riesgo profesional. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 570-572.
- Nogales Pérez MC, Sánchez Porto A, Vargas Romero J, Martín Mazuelo E, Quesada González E, Jarana Molero R. Brucelosis durante 1987 en el área sur de Sevilla. *Rev Esp Microbiol Clin* 1990; 70-74.
- Talamante Serrulla S, Calderón Martínez C, Cortés Vizcaino C, Calatayud Sarhou A. Estudio epidemiológico de la Brucelosis en la provincia de Valencia (1943-1989). *Rev San Hig Púb* 1991; 65: 259-267.
- Grasa Lambea MI, Leoz Iparaguirre A, Gil Paraiso A, Anton Botella F, Pinilla Moraza J, Labarga Echeverría P et al. Brucelosis: 50 casos. Estudio epidemiológico-clínico y valoración de métodos diagnósticos. *An Med Intern (Madrid)* 1992; 9: 59-63.
- Vázquez Villegas J, González de Quevedo Herranz M, Pardo López-Abad J, Iranzo Luna A, Sureda Santiso MD, Andrés Carretero MA et al. Brucelosis en la provincia de Almería: estudio retrospectivo en el período 1988-1990. *Aten Primaria* 1994; 13: 55-58.
- Arribas Llorente JL, Navarro Gracia JF, Hernández Navarrete MJ, Muniesa Cuenca MP, García Mata JR, Rosas Navarro A. et al. Epidemiología de la brucelosis. Estudio retrospectivo de 246 casos hospitalarios. *Rev Clin Esp* 1989; 185: 60-64.
- FAO/WHO. Expert committee on brucellosis (Fifth Report) Technical Report series n.º 464 World Health Organization Geneva 1971.
- Wise RI. Brucellosis in the United States: Past, Present and Future. *JAMA* 1980; 244: 2318-2322.
- Caylà Buqueras JA, Canals Innamorati P, Pereferrer Kleiner D. Brucelosis en una zona industrial: Estudio epidemiológico. *Med Clin (Barc)* 1983; 81:91-94.
- Colmenero Castillo JD, Cabrera Franquelo FP, Hernández Márquez S, Reguera Iglesias JM, Pinedo Sánchez A, Castillo Clavero AM. Repercusión socioeconómica de la brucelosis humana. *Rev Clin Esp* 1989; 185:459-463.
- Pérez Bonilla Q. Brucelosis. *El Campo* 1981; 83:49-56.
- Janbon F. Brucelosis. En *Praxis Médica*. Editorial Praxis Médica. 1994: 1-12.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2611/1996 por el que se regulan los programas nacionales de erradicación de enfermedades de los animales. BOE núm.307, 21/12/1996.
- FAO/WHO. Expert committee on brucellosis (Sixth Report) Technical Report series n.º 740 World Health Organization Geneva 1986.
- Elberg SS. Guide pour le diagnostic, le traitement et la prophylaxie de la brucellose humaine. WHO. 1984; 81-83.
- Hall WH. Modern chemotherapy for brucellosis in humans. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 1060-1099.
- Rodríguez Zapata M, Solera Santos J, Sánchez Martínez L, Álvarez-Mon Soto M. Brucelosis. Aspectos patogénicos. Clínica, diagnóstico y tratamiento. Formas específicas de enfermedad. *Medicine* 1998; 7(79): 3651-3658.
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 92/46/CEE relativa a la comercialización de leche y productos lácteos. DOCE núm. L 268 de 14/09/1992.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1679/1994 por el que se establecen las condiciones sanitarias aplicables a la producción y comercialización de leche cruda, leche tratada térmicamente y productos lácteos. BOE núm. 229, 24/09/1994.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 402/1996 por el que se modifica el Real Decreto 1679/1994. BOE núm. 85, 08/04/1996.
- Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Brucelosis. Informe 1996. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA). 1998; 3.
- Pérez-Rendón González J, Almenara Barrios J, Rodríguez Martín A. Características epidemiológicas de la brucelosis en el distrito de atención primaria de salud Sierra de Cádiz. *Aten Primaria* 1997; 19: 290-295.
- Talamante Serrulla S, González Arráez JI, Sabater Pons A, Cortina Greus P. «Cambios actuales en los mecanismos de transmisión predominantes de la brucelosis en la provincia de Valencia». *Rev San Hig Púb* 1992; 66: 93-102.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

El ejercicio físico, ¿un instrumento terapéutico en el olvido?

Sánchez Luque JJ¹

¹ *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del Grupo de Trabajo de «Ejercicio Físico» de la SAMFyC. Director de la revista «Málaga» del Ilustre Colegio Oficial de Médicos.*

INTRODUCCIÓN

El ejercicio físico constituye un instrumento frecuentemente olvidado en nuestro quehacer diario. La escasez de tiempo en consulta, la necesidad de adquirir unos conocimientos básicos para su prescripción que incluyan normas de realización, escalas sencillas de valoración y protocolos para un correcto seguimiento con las oportunas medidas de control, hace que el abordaje deba realizarse desde una perspectiva de trabajo interdisciplinario entre médicos y enfermeros para evitar que el ejercicio físico se vea inmerso en éste olvido.

Su realización requiere una valoración personalizada, dada la existencia de riesgos y contraindicaciones que obligan a una cuidadosa historia clínica y exploración con las pruebas complementarias necesarias que puedan requerirse efectuar.

Por todo ello, los profesionales sanitarios debemos ser auténticos impulsores de la práctica de ejercicio a la sociedad sin necesidad de recurrir en la mayoría de las ocasiones a un atuendo deportivo, sino introducirlo a través de pequeños actos cotidianos que se suceden como fotogramas que constituyen nuestro quehacer a lo largo del día.

La importancia de la práctica de ejercicio como estilo de vida que cree tendencia a la imitación en el entorno será el camino para lograr con su realización una medida de promoción de la salud y prevención de enfermedades derivadas del sedentarismo¹.

ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO

Es importante diferenciar ambos conceptos para una correcta aplicación de un programa de ejercicio físico.

La **actividad física** se define como todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético, cuando es realizado con la duración, frecuencia e intensidad adecuadas². Podemos incluir por tanto, todas las actividades de la vida diaria y las actividades laborales³.

En éste contexto, definiremos el **sedentarismo** como la falta de actividad física, considerando el PAPPs a un individuo inactivo cuando no realiza ningún tipo de ejercicio o deporte y su gasto calórico diario es inferior a 3000 kcal⁴.

El **ejercicio físico** se puede considerar como una subcategoría de la actividad física. Se caracteriza por la repetición deliberada de la contracción muscular para mejorar el rendimiento. La intencionalidad de incrementar la capacidad funcional es la que diferencia el ejercicio de la actividad física⁵.

El ejercicio físico es una actividad realizada por el organismo de forma libre y voluntaria que es planificada, estructurada y repetitiva, que conlleva un consumo de energía produciendo un mejor funcionamiento del organismo.

El ejercicio físico es pues un entrenamiento al que se somete al organismo para que funcione cada vez mejor, tanto si está sano como si tiene algún problema de salud³.

VALORACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO

La valoración del ejercicio físico es difícil de realizar por las múltiples dimensiones que tiene. Puede efectuarse a través de **métodos directos** que pueden ser:

Objetivos: aparatos contadores de pasos y aparatos telemétricos medidores de distancias.

Correspondencia: Avda. José Ortega y Gasset, 151 - 3.º A, 29006 - Málaga, Correo electrónico: sanchezluque@yahoo.es

Recibido el 05-07-2001; aceptado para su publicación el 24-09-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 248-252

Subjetivos: cuestionarios. Existen múltiples escalas, entre ellas las de los "tres días de Bouchard" ⁽⁶⁾ o las de "Yale" ⁷. Pueden utilizarse registros de cortos o largos periodos de tiempo, utilizando algunos cuestionarios registros de ambos periodos, cortos y largos para lograr una mejor estimación de los niveles de actividad física.

Métodos indirectos:

Encuestas dietéticas (ingesta calórica), indicadores de la forma física (VO_2 max, pulso, fuerza...), medidas de la composición corporal y dinamómetros ⁸.

NORMAS FUNDAMENTALES DE PRESCRIPCIÓN

Los objetivos de la prescripción de ejercicio son la iniciación de su práctica (individuos que no lo realizan), la mejora (en aquellos individuos que lo realizan pero no cumpliendo unas pautas correctas) o mantenerlo (en aquellos que lo realizan correctamente).

Es importante la evaluación periódica del individuo incluido en un programa de ejercicio físico con una periodicidad no inferior a tres meses ni superior a dos años (criterios del PAPPs) ⁴.

Su realización debe realizarse atendiendo a una adecuada intensidad y duración con una frecuencia acorde para lograr un efecto mantenido, debiendo atravesar unas **etapas** que incluyen las siguientes:

— Inicio: ejercicios suaves de baja intensidad, con una duración inicial de 10 a 15 minutos como mínimo aumentando progresivamente. La duración de ésta primera etapa sería entre 4-6 semanas.

— Mejora de condición aeróbica: aumentaría la intensidad y la duración del ejercicio, de 15 a 60 minutos, sería la más larga, de 4 a 5 meses.

— Mantenimiento: a los 6 meses del inicio ⁹.

La **estructura de cada sesión** incluye unas fases de calentamiento, ejercicio aeróbico, recuperación, pudiendo acompañarse de ejercicios de acondicionamiento muscular y de flexibilidad ⁽¹⁰⁾.

APLICACIONES DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO

La aplicación de un programa de ejercicio físico puede tener un enfoque como hábito o estilo de vida cardiosaludable donde se convierta en una medida de promoción de la salud y preventivo desde la triple perspectiva de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Su indicación se aplica en etapas como la infancia donde se produce la adquisición de hábitos y donde a la luz de las evidencias científicas la realización de ejercicio por los padres se convierte en el mejor predictor para que el niño lo

realice ¹¹. La tendencia a la imitación lleva a la necesidad de involucrar al contexto familiar para su práctica.

La sociedad actual donde existe un evidente "culto al cuerpo" hace necesario no ver al ejercicio sobre todo en la etapa de la adolescencia con éste único fin, sino ver al ejercicio como una medida para alcanzar un beneficio además de físico también psíquico, circunstancia ésta fundamental en el anciano donde el ejercicio físico puede constituir el argumento para que a través de su práctica se fomenten las relaciones interpersonales y combatir problemas de soledad y aislamiento tan frecuentes en éstas edades.

El ejercicio físico acumulando como mínimo 30 minutos de predominio aeróbico al día conlleva beneficios cardiovasculares ¹², con la evidente repercusión sobre los factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipemias y dada la frecuente coexistencia de múltiples factores de riesgo en un mismo individuo ("Síndrome Metabólico Crónico") ¹³ bajo el nexo común de la insulinoresistencia, su aplicación deriva en una disminución del riesgo de eventos vasculares en dichos perfiles de pacientes.

Es necesario relacionar de igual modo los beneficiosos efectos derivados del ejercicio sobre otro tipo diferente de patologías como la respiratoria donde previa valoración funcional básica (diagrama de gasto de oxígeno, prueba del tapiz rodante de seis minutos, gasometría y pruebas de función respiratoria) podemos aplicar el programa de ejercicio y la patología osteoarticular donde pretendemos evitar la rigidez articular, mantener la movilidad y función articular, prevenir contracturas y deformidades, estimular la circulación y mantener o recuperar la masa y fuerza muscular, evitando su realización en periodos de agudización de patologías osteoarticulares crónicas.

La aplicación de ejercicio físico debe considerarse en la realización de los protocolos terapéuticos no sólo de enfermedades como las descritas sino también en otros protocolos como el de embarazo donde su inclusión puede conllevar efectos beneficiosos del tipo de aumento del peso al nacer, menor número de síntomas depresivos, incremento de la autoestima, descenso de la glucemia, menores síntomas de incontinencia y mejor recuperación física tras el parto ¹.

La Guía de Medicina Clínica Preventiva Services Task Force ¹⁴ a modo de resumen recomienda el ejercicio físico en base a la demostrada efectividad de la actividad física regular para reducir el riesgo de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus, aunque en la actualidad no exista evidencia suficiente para afirmar que el consejo aislado a pacientes asintomáticos para que incorporen la actividad física tenga efecto positivo sobre su conducta.

El personal sanitario debe determinar el nivel de actividad para cada individuo, investigar limitaciones específicas para ese individuo y suministrar información relacionada con el papel de la actividad física en la prevención de enfermedades, ayudando posteriormente a seleccionar al paciente los tipos apropiados de actividad física. Los factores que debemos considerar incluyen limitaciones médicas y características de la actividad que mejoren la salud y aumenten el cumplimiento.

En personas sedentarias es razonable poner énfasis en la actividad física regular de intensidad moderada más que en el ejercicio vigoroso, permitiendo éste enfoque estimular una variedad de actividades de nivel moderado y autodirigidas (por ejemplo, ir al trabajo caminando, subir escaleras, recoger hojas, nadar...) que pueden incorporarse con mayor facilidad en la rutina diaria del individuo.

Un objetivo apropiado a corto plazo es una actividad que represente un pequeño incremento sobre el nivel actual. Lo ideal es que en un periodo de varios meses se avance hasta un nivel de actividad para lograr un entrenamiento cardiovascular (por ejemplo, 30 minutos de caminata rápida el mayor número posible de días de la semana). También es deseable desarrollar y conservar fuerza muscular y flexibilidad en las articulaciones.

El ejercicio esporádico, sobre todo, sumamente vigoroso, en un individuo por lo demás sedentario, no debe recomendarse, sino que, por el contrario, se deben favorecer actividades de nivel moderado ejecutadas de manera consistente.

INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EJERCICIO FÍSICO

Investigar es elaborar una respuesta racional y objetiva frente a la incertidumbre, pretendiendo construir modelos explicativos de la estructura de las cosas con la mayor verdad y claridad posibles.

El tema del ejercicio físico se presenta como una de las disciplinas donde se constata el escaso número de publicaciones al respecto, siendo una buena prueba del olvido que el tema experimenta en nuestro quehacer diario.

Su aplicación en esferas tan diferentes como la cardiovascular, respiratoria u osteoarticular entre otras, confiere a su manejo interdisciplinario una posibilidades ilimitadas en el campo de la investigación.

La docencia, como forma de transmisión de conocimientos, ya presente en el "Juramento Hipocrático" constituye otra vertiente donde la aplicación de los conocimientos acerca del ejercicio físico dispone de un terreno idóneo para extenderse y configurar a un programa de ejercicio físico como arma terapéutica eficaz en nuestro quehacer diario con el paciente, para lo cual los conocimientos sobre la

prescripción de ejercicio físico deben estar incluidos tanto a nivel de pre como postgrado, alcanzando en la formación continuada el lugar idóneo donde mantener un grado óptimo para una correcta competencia profesional.

El enfoque interdisciplinario de su abordaje, permite una labor conjunta de investigación y docencia con el personal de enfermería y trabajadores sociales, en el marco más propicio para su desarrollo, el centro de salud.

La mejora continua de la calidad en nuestra práctica clínica habitual nos debe abocar a no limitarnos a recomendar el ejercicio con una frase escueta entre otras muchas recomendaciones.

Es necesario desarrollar las habilidades oportunas para transmitir correctamente la información para una óptima realización de un programa de ejercicio físico, debiendo imprimir de la necesaria vehemencia a nuestro mensaje y con el adecuado soporte material gráfico que permita realizar nuestra labor de educación para la salud. Para todo ello, un correcto conocimiento teórico del tema es imprescindible.

Al inicio del siglo XX con el desarrollo técnico de la sociedad actual, debemos expresar al máximo las posibilidades que ofrece un arma terapéutica que se encuentra en nosotros mismos y ayudar a obtener de los organismos competentes un medio ambiente que nos invite a realizar ejercicio físico no sólo desde un punto de vista del individuo enfermo sino lo que es aún más importante, como actividad de promoción de la salud en el individuo sano.

Por todo ello, queremos que el final de éste trabajo se convierta en el puente que permita al lector introducirse en el mundo del ejercicio físico, mediante, a modo de resumen, lanzar una serie de interrogantes donde en la mayoría de las ocasiones la evidencia científica tiene aún mucho que decir y permitir al profesional sanitario profundizar en la investigación en aquellas áreas hacia donde presente una mayor afinidad, para lo cual planteamos una serie de preguntas que pueden servir de posibles líneas de estudio que una vez realizadas permitan ir respondiendo a cuestiones sobre muchas de las cuales no existen respuestas concluyentes en la actualidad ¹.

SUGERENCIAS PARA LA INVESTIGACIÓN

Líneas de trabajo

Validación de cuestionarios de registro de actividad física mediante comprobación con métodos de medición objetiva.

Aplicación del registro de actividad física de tres días de Bouchard en diferentes patologías como método de valoración del grado de ejercicio físico realizado.

Aplicación del cuestionario de actividad física de Yale en diferentes patologías como método de valoración del grado de ejercicio físico realizado.

Identificación de factores causales de abandono en los pacientes incluidos en un programa supervisado de ejercicio físico.

Estudio de seguimiento de individuos sanos incluidos en un programa de ejercicio físico. Análisis de variables antropométricas y metabólicas modificadas en el individuo tras su inclusión.

Identificación de indicadores para la mejora de calidad en la prescripción de un programa de ejercicio físico en individuos sanos.

Valoración del grado de cumplimiento de las etapas de progresión de un programa de ejercicio físico.

Diseño de un programa de ejercicio físico de rehabilitación post infarto agudo de miocardio en atención primaria.

Análisis de los efectos de un programa de ejercicio físico sobre los factores de riesgo cardiovascular en pacientes afectados de cardiopatía isquémica.

Diseño de una hoja de recomendaciones para la realización de ejercicio físico en el paciente afecto de una cardiopatía.

Evaluar técnicas exploratorias encaminadas a la detección precoz de patología vascular/neuropática en el diabético como método de selección de pacientes a incluir/descartar en un programa de ejercicio físico.

Analizar la modificación resultante con la práctica regular de un programa de ejercicio físico del valor de la microalbuminuria en el paciente diabético.

Evaluar la posible mejora en el diabético tipo 2 de los parámetros de control metabólico mediante estudio casos-controles en pacientes incluidos en un programa de ejercicio frente a grupo control no incluido en el programa.

¿Mejora el control glucémico (mediante determinaciones seriadas de HBA1c) en el paciente diabético con la práctica regular de ejercicio físico?

Valoración del efecto del ejercicio físico sobre la hipertensión sistólica aislada del anciano.

¿ Mejora la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial el estar incluido un paciente en un programa de ejercicio físico?

Análisis en pacientes hipertensos sometidos a un programa de ejercicio físico de los parámetros lipídicos. Estudio comparativo con un grupo control no incluido en el programa de ejercicio físico.

¿Podemos controlar la hipertensión estadio I mediante un programa de hábitos de vida cardiosaludables que incluya un programa de ejercicio físico?

Valorar los efectos del ejercicio físico en pacientes con obesidad central mediante la determinación seriada del índice cintura-cadera.

Evaluación de los efectos del ejercicio físico sobre los factores de riesgo cardiovascular coexistentes en el paciente obeso.

¿Mejora el ejercicio físico la percepción del estado de salud en el obeso?.

Estudio prospectivo valorando perfil lipídico del paciente incluido en un programa de ejercicio físico.

Menopausia y ejercicio físico: diseño y validación de una escala para valorar el efecto del ejercicio físico sobre el bienestar de salud psíquica de la mujer.

Valoración del nivel de fibrinógeno con la inclusión del paciente en un programa de ejercicio físico. ¿Disminuye el riesgo cardiovascular del paciente?

Análisis evolutivo de la mejora en los parámetros de función respiratoria de los pacientes con patología respiratoria incluidos en un programa de ejercicio físico.

Análisis evolutivo de la mejora en los parámetros de función respiratoria de los pacientes con patología respiratoria incluidos en un programa de ejercicio físico, en comparación con un grupo control de pacientes que solamente realicen tratamiento médico de su patología respiratoria.

Diseño de un programa de control de calidad mediante determinación de indicadores en el paciente con patología respiratoria incluido en un programa de ejercicio físico.

Valoración de la mejora del umbral de desencadenamiento de asma inducida por ejercicio en la infancia tras inclusión en un programa de ejercicio físico.

¿ Qué factores representan mayor grado de influencia en el paciente para la motivación de realizar un programa de ejercicio físico enfocado a patología osteoarticular ?

¿ Influye el grado de artrosis en el beneficio obtenido con un programa de ejercicio físico ?

Relación de la Terapia Hormonal Sustitutiva con la actividad física.

¿Qué tipo de deportes se relacionan con mayor predisposición a desarrollar gonartrosis?

Valorar los efectos de la inclusión en un programa de ejercicio físico de la paciente embarazada sobre los parámetros antropométricos en el feto.

Estudio comparativo entre mujeres embarazadas incluidas/no incluidas en un programa de ejercicio físico en relación con la aparición de depresión postparto.

Estudio comparativo entre mujeres embarazadas incluidas/no incluidas en un programa de ejercicio físico en relación con el desarrollo de diabetes gestacional.

Adherencia al tratamiento de ejercicio físico en la paciente embarazada. Diseño y validación de escalas de medida.

Estudio caso-control en los escolares, valorando evolución de la talla, peso, índice de masa corporal e índice cintura-cadera, entre dos grupos, uno incluido en un programa de ejercicio físico de actividades extraescolares frente a un grupo no incluido en dicho programa.

Análisis comparativo, mediante diseño caso-control: grupo incluido en un programa de ejercicio y otro no incluido, valorando el rendimiento escolar.

Estudio prospectivo de la evolución del peso, índices de masa corporal y cintura-cadera en un grupo de escolares obesos sometidos a un programa dietético y de ejercicio físico.

Aplicación de tests psicológicos para valorar los efectos de la inclusión de un paciente anciano en un programa de ejercicio físico con respecto a las posibles mejoras de las funciones cognitivas.

Diseñar escala de satisfacción del paciente anciano usuario de un programa de ejercicio físico.

Valoración de los motivos más frecuentes de abandono del paciente anciano incluido en un programa de ejercicio físico.

Aplicación de tests de depresión y ansiedad para valorar el posible efecto positivo de la realización de ejercicio físico.

Estudio de seguimiento caso-control de pacientes con/ sin supervisión por enfermería en el grado de cumplimiento de un programa de ejercicio físico en atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez JJ, García L, Gómez L, Grondona A, Ramírez MT. El abordaje del Ejercicio Físico en Medicina Familiar. Granada: SAMFYC; 2000.
2. Santaularía A. Actividad física y salud. Beneficios de la práctica del ejercicio. *Aten Primaria* 1995; 15:574-580.
3. Ortega R. Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1992.
4. Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 1999; 24 Supl 1:118-132.
5. Marcos JF. Ejercicio, forma física y salud. Fuerza, resistencia y flexibilidad. Madrid: Eurobook; 1994.
6. Bouchard C, Tremblay A, Leblanc C, Lortie G, Savard R, Theriault G. A method to assess energy expenditure in children and adults. Bouchard Three-day Physical Activity Record. *Med Sci Sports Exerc* 1997; 29 Supl 6.
7. Di Pietro L, Caspersen A, Ostfeld AM, Nadel ER. A survey for assessing physical activity among older adults (YALE). *Med Sci Sports Exerc* 1993; 25: 628-642.
8. Ortega R, Pujol A. Estilos de vida saludables: Actividad Física. Madrid: Ergón; 1997.
9. Rodríguez FA. Prescripción de ejercicio y actividad física en personas sanas (III). Resistencia cardiorespiratoria (y II). *Aten Primaria* 1995; 15:313-320.
10. Rodríguez FA. Prescripción de ejercicio físico y actividad física en personas sanas (y IV). Pérdida de peso, condición musculoesquelética y edad. *Aten Primaria* 1995; 15:394-400.
11. Vukovic D, Zivkovic M, Bjegovic V. Physical activity among school children. *Srp Arh Celok Lek* 1998;126:101-106.
12. 26 th Bethesda Conference: Cardiovascular abnormalities in the athlete. *JACC* 1994; 24: 845-899.
13. Garg A, Haffner SM. Insulin resistance and the atherosclerosis an overview. *Diabetes Care* 1996;19:274.
14. Brotons C. Guía de Medicina Clínica Preventiva U.S. Preventive Services Task Force. Edición Española. Barcelona: Medical Trends; 1998.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Automedida de Presión Arterial (AMPA)

Iglesias Bonilla P¹, Lapetra Peralta J²

¹ Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, ² Centro de Salud Universitario San Pablo. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La medida de la presión arterial (PA) forma parte de la actividad cotidiana del médico de familia. A diario tomamos decisiones clínicas sobre diagnóstico, cambios de estilos de vida, inicio o modificación de tratamientos farmacológicos, realización de pruebas complementarias e interconsultas, basadas en las lecturas obtenidas mediante el esfigmomanómetro de mercurio, método más frecuentemente utilizado para medir la PA.

Sin embargo, una serie de hechos ponen de manifiesto limitaciones y deficiencias en esta forma de actuar:

- La gran variabilidad de la PA en cada individuo exige realizar múltiples determinaciones en diferentes situaciones.^{1,2,3}
- Un porcentaje no despreciable de pacientes presenta en consulta cifras de PA significativamente más elevadas que en su ambiente habitual, por lo que los valores obtenidos pueden no ser adecuados para tomar decisiones.^{1,3,4}
- Existen recomendaciones internacionales sobre la progresiva desaparición de los aparatos que utilicen el mercurio, por su potencial toxicidad y poder contaminante, lo que hace prever su sustitución por aparatos electrónicos.^{1,5}
- Hay un creciente interés de los pacientes por medir su PA, lo que ha propiciado la aparición y rápida difusión de equipos de automedida de presión arterial (AMPA), con los que el paciente puede determinar su PA en el domicilio o ambiente laboral.¹

La automedida de la presión arterial es la lectura de la PA efectuada por el paciente, sus allegados o familiares fuera del ámbito sanitario, generalmente en el domicilio³.

Los aparatos de AMPA electrónicos no utilizan el mercurio para medir la presión, de modo que su impacto sobre el medio ambiente es mínimo. Por otro lado, no requieren un alto nivel de habilidad (aunque sí cierto entrenamiento y supervisión),^{1,6} por lo que la mayoría de los pacientes o sus familiares pueden emplearlos sin dificultad.^{4,7} El hecho de poder hacer medidas en las condiciones «reales» de vida del paciente (fuera de la consulta y de la influencia del personal sanitario) hace que estas mediciones sean más representativas de la PA de cada sujeto.^{1,4}

Es importante que el médico de familia conozca las indicaciones de la AMPA, los aparatos disponibles en el mercado capaces de medir con suficiente precisión y exactitud y la manera de utilizarlos estos dispositivos, con los que cada vez habremos de estar más familiarizados.

En la presente revisión se abordan aspectos referentes a los aparatos de AMPA existentes en el mercado, así como los protocolos de validación aceptados; se detallarán los dispositivos que han pasado dichos protocolos y se expondrán las ventajas e inconvenientes derivados del uso de estos equipos.

APARATOS DE AUTOMEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL

En los últimos años, las ventas de aparatos de AMPA han sufrido un aumento considerable, con la proliferación de múltiples modelos, que utilizan diferentes métodos para medir la PA.^{1,4,6-9} Nos encontramos así con dispositivos que emplean métodos auscultatorios, incorporando un pequeño micrófono que capta las pulsaciones de la arteria previamente comprimida, al igual que lo haría un fonendoscopio, junto a otros aparatos que utilizan el método oscilométrico. Éstos últimos, que constituyen la gran mayoría de los aparatos,^{4,9} analizan la onda de pulso que se produce al liberar la compresión de la arteria. Existen aparatos de mercurio y aneroides para automedida⁴ cuyo uso es muy inferior a los electrónicos (debido al nivel de

Correspondencia: Dr. José Lapetra Peralta. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Pabellón de Gobierno. Hospital Universitario Virgen del Rocío. c/ Manuel Siurot, s/n, 41013 - Sevilla. Correo electrónico: pib71@supercable.es

Recibido el 11-07-2001; aceptado para su publicación el 24-09-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 253-258

habilidad requerido), por lo que en adelante nos referiremos sólo a éstos últimos.

Hay aparatos que miden la PA a nivel de la arteria braquial, junto a otros que se ajustan en la muñeca o en un dedo de la mano. Los hay que utilizan un compresor eléctrico para inflar el manguito, denominados dispositivos automáticos, y otros que incorporan una perilla similar a la del esfigmomanómetro clásico (semiautomáticos). Por último, los podemos encontrar con un mecanismo de impresión de las medidas registradas y algunos también tienen capacidad de almacenar los datos de múltiples mediciones, y exportarlos después a un ordenador para su posterior análisis.

VALIDACIÓN DE LOS APARATOS DE AMPA

Ante tanta diversidad, cabe preguntarse si todos los equipos miden con suficiente precisión y exactitud la PA, o más bien, cuáles de estos aparatos muestran la validez requerida.

Dos organizaciones se han encargado de realizar protocolos de validación de dispositivos de medida de PA, tanto de AMPA como de monitorización ambulatoria de PA (MAPA): la Sociedad Británica de Hipertensión (BHS)¹⁰ y la Asociación para el Progreso de la Instrumentación Médica (AAMI)¹¹. Ambas han establecido unos estrictos criterios que han de superar estos aparatos para ser considerados válidos.

La BHS¹⁰ los clasifica en grados de exactitud que van desde A hasta D, siendo el aparato que más se aproxima al «patrón oro» (el esfigmomanómetro de mercurio) el que obtiene el grado A, y el más alejado el que tiene grado D. Estos grados se basan en el porcentaje acumulado de medidas que se encuentran dentro de una diferencia máxima de 5, 10 o 15 mm Hg con respecto al «patrón oro». Para que un aparato de AMPA pase los criterios de la BHS debe obtener al menos un grado B. (Tabla 1).

TABLA 1
CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE APARATOS DE MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE LA BRITISH HYPERTENSION SOCIETY

Diferencias absolutas entre el aparato evaluado y el esfigmomanómetro de mercurio (%)

Grado	≤5 mm Hg	≤10 mm Hg	≤15 mm Hg
A	60	85	95
B	50	75	90
C	40	65	85
D	Peores que C		

Cada grado representa el porcentaje acumulado de lecturas con diferencias menores de 5, 10 y 15 mm Hg respecto al esfigmomanómetro de mercurio. Los porcentajes deben ser iguales o mayores a los expuestos para cada categoría.

La AAMI¹¹ exige que el 85% de las diferencias obtenidas al comparar el aparato de AMPA con el esfigmomanómetro de mercurio no sea superior a 5 mm Hg y el 95% no supere los 10 mm Hg, o la desviación estándar no sea superior a 8 mm Hg.

En ambos casos se requiere un mínimo de 85 individuos a los que se les realizarán 3 mediciones con ambos métodos, el aparato en estudio y el manómetro de mercurio.

Recientemente, la 1.ª Conferencia Internacional de Consenso para el uso de la AMPA ha propuesto un protocolo de validación reducido que requiere sólo 33 individuos.¹

Previamente al período de validación los dispositivos de AMPA deben haber sido prevalidados. Esta fase podría obviarse si todos los aparatos superan los requisitos de certificación de la Unión Europea sobre evaluación de calidad y seguridad de equipos médicos (directiva 93/42/CEE).^{1,6}

Los equipos de AMPA deberán calibrarse con una periodicidad anual, conectándolos mediante un tubo en «T» a un esfigmomanómetro de mercurio.^{3,12}

Los dispositivos existentes en el mercado que hasta la fecha han pasado los criterios de la BHS¹⁰ y de la AAMI¹¹ se exponen en la tabla 2.^{1,8}

EFFECTO DE BATA BLANCA (HIPERTENSIÓN Y FENÓMENO DE BATA BLANCA)

Un porcentaje nada despreciable de pacientes (se estima alrededor del 20-30%^{13,14,15}) tiene en presencia del personal sanitario (especialmente del médico¹⁶) unos valores de PA superiores a los que mantiene en su ambiente habitual. Este fenómeno, denominado efecto de bata blanca¹⁴, se atribuye a una respuesta presora del paciente provocada por el hecho de medirle la PA,³ relacionada más con el ambiente clínico que con determinadas características psicofisiológicas del sujeto y no predecible por criterios clínicos, psicológicos o de reactividad tensional^{17,18}. Se ha observado que esta circunstancia es más frecuente con PA moderadamente elevadas que en formas severas de hipertensión arterial (HTA), en mujeres y en individuos de mayor edad, y más acusada para la PA sistólica (PAS).¹⁴

Cuando el efecto de bata blanca es clínicamente relevante (diferencias entre PA de consulta y ambulatorias mayores de 20 mmHg de sistólica y/o 10 mmHg de diastólica), se habla de fenómeno de bata blanca (FBB)¹⁹. La hipertensión de bata blanca (HBB) o hipertensión clínica aislada consiste en la detección en consulta de valores de PA compatibles con HTA siendo normales fuera del ámbito sanitario^{2,14}.

TABLA 2

APARATOS DE AUTOMEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL VALIDADOS POR LA BHS Y POR LA AAMI (TOMADO DE O'BRIEN ET AL.⁸)**Recomendados**

	Método	Manguito	Comentario
Omrom HEM-705 CP	Oscilométrico	Braquial	
Omrom HEM-706/711	Oscilométrico	Braquial	
Omrom HEM-722 C	Oscilométrico	Braquial	Validado en ancianos
Omrom HEM-735 C	Oscilométrico	Braquial	Validado en ancianos
Omrom HEM-713 C	Oscilométrico	Braquial	
Omrom HEM-737			
Intellisense	Oscilométrico	Braquial	

Recomendación cuestionable

	Método	Manguito	Comentario
Omrom HEM-703 CP	Oscilométrico	Braquial	No se aplicaron los criterios BHS
Omrom M4	Oscilométrico	Braquial	Sólo disponible resumen del trabajo
Omrom MX2	Oscilométrico	Braquial	Sólo disponible resumen del trabajo

BHS: Sociedad Británica de Hipertensión.

AAMI: Asociación para el Progreso de la Instrumentación Médica.

La historia natural de la HBB y, por lo tanto, su pronóstico, no se conocen bien y no está claro que sea una condición benigna.¹⁴ Estudios que analizan morbimortalidad en hipertensos de bata blanca observan un aumento de la misma respecto a los normotensos, aunque menor que en hipertensos. También se ha sugerido que podría tratarse de una condición intermedia que evolucionará posteriormente hacia una hipertensión establecida.^{1,14,20}

El método de elección para diagnosticar HBB es la MAPA^{2,13}: el paciente lleva consigo durante 24 horas un monitor que automáticamente realizará mediciones a intervalos prefijados. El paciente apunta la hora de acostarse y de levantarse en un diario que se le suministra al efecto. De este modo obtenemos multitud de medidas realizadas en las condiciones habituales de vida del paciente, incluyendo el período de sueño. Los datos, acumulados en la memoria del aparato, se exportan después a un ordenador, donde un programa especialmente diseñado (suministrado normalmente por el fabricante) analizará los resultados. Los pacientes con efecto de bata blanca (HBB o FBB) tendrán en consulta valores significativamente más elevados que en su domicilio.

El problema de la MAPA estriba fundamentalmente en su limitada accesibilidad³: son aparatos caros (alrededor de 900.000 pesetas el sistema completo), por lo que sólo se pueden encontrar, por lo general, en el nivel especializado y en contados centros de salud.

La AMPA, dado su bajo coste, surge entonces como una alternativa a la MAPA¹, si bien requiere mayor entrenamiento y colaboración por parte del paciente. Es impor-

tante recordar que sólo podremos recoger mediciones en período diurno.

Comas et al.²¹ encuentran una buena correlación entre los valores de PA obtenidos mediante AMPA y MAPA en hipertensos, si bien el trabajo adolece de ciertas limitaciones (usa aparatos de AMPA sin memoria y existe un sesgo de selección). En cualquier caso sus hallazgos confirman los de otros autores⁴.

Aunque una de las principales indicaciones de la AMPA es la detección de EBB (hipertensión y fenómeno de bata blanca), su utilidad real para ello está aún por aclarar. En un reciente estudio llevado a cabo por Stergiou et al²² en 189 hipertensos, se llega a la conclusión que la AMPA no es apropiada como alternativa a la MAPA para el diagnóstico de EBB, obteniendo una sensibilidad del 57 % y una especificidad del 85 %. Otros autores²³ consiguen resultados algo mejores (sensibilidad del 84 % y especificidad del 82 %), concluyendo que la AMPA permite sospechar fenómeno de bata blanca aunque debería confirmarse mediante MAPA.

DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Al medir la PA con un aparato diferente al esfigmomanómetro de mercurio es razonable plantearse si podemos seguir utilizando los mismos umbrales de PA sistólica y diastólica para el diagnóstico de hipertensión, especialmente cuando se ha comprobado que los valores fuera del ámbito sanitario son menores.^{1,6} La arbitrariedad del punto de corte establecido para las mediciones con el

esfigmomanómetro convencional (140 mm Hg para la PAS y 90 mm Hg para la PAD) complica aun más este aspecto.

Los trabajos que se han realizado para aclarar esta cuestión han utilizado procedimientos estadísticos, sea a través de percentiles, tomando como valores umbral el percentil 95 de las automedidas realizadas en normotensos, y/o a través de sus medias obtenidas ± 2 DE, o bien mediante regresión de los valores de AMPA sobre mediciones convencionales. Para el primer método el punto de corte más aceptado es 135/85; para el segundo, 130/85. En general, y hasta que no se lleven a cabo estudios que aporten mayor información, niveles de PA ambulatoria inferiores a 135/85 mm Hg son los más aceptados como «normales». ^{1,3,4,6,9,14,24}

UTILIZACIÓN DE APARATOS DE AMPA

Las medidas deben realizarse en las mismas condiciones que las determinaciones con esfigmomanómetro convencional. ¹ Son importantes el reposo previo y utilizar el brazo control (brazo dominante), manteniéndolo a la altura del corazón y empleando un manguito de tamaño adecuado al perímetro braquial. Deben evitarse movimientos durante la lectura. ^{3,12}

En los modelos semiautomáticos debe advertirse al paciente que infle el manguito 30 mm Hg por encima de la PAS esperada y que descienda lentamente para que dé tiempo a que desaparezca el efecto presor del trabajo muscular al comprimir la perilla. ⁷

El modelo a utilizar debería ser oscilométrico y de manguito braquial, ⁴ validado por la BHS y por la AAMI. Los dispositivos de muñeca y dedo son poco exactos y no son recomendables: la flexo-extensión de la muñeca o la vasoconstricción periférica pueden afectar la medición, así como la posición del miembro respecto al corazón. ^{4,6,8,9} Yarows y Brook ²⁵ encontraron suficiente exactitud en varios aparatos de muñeca y dedo, pero no utilizaron protocolos de validación internacionalmente aceptados (BHS y AAMI).

En cuanto al número de medidas a efectuar, dependerá, como es lógico, de cada paciente y del grado de control de su PA. Éste es un aspecto importante, pues se ha sugerido que la principal ventaja de la AMPA es que permite realizar un elevado número de mediciones, más que el hecho de efectuarlas en el domicilio del paciente ⁷. En cualquier caso, se recomienda un mínimo de dos medidas por la mañana y dos por la noche, al menos durante tres días laborables. ^{1,26}

Se ha encontrado un porcentaje significativo de errores al comunicar cifras de PA por parte de los pacientes, especialmente cuando los registros son demasiado altos o

bajos. ^{1,4,6,27} Por este motivo, se recomienda utilizar aparatos con impresora, o bien con memoria, para pasar después los datos a un ordenador y, una vez excluidas las determinaciones en consulta, calcular los valores medios de PA.

AMPA Y RIESGO CARDIOVASCULAR

La AMPA introduce dos elementos fundamentales a la hora de medir la PA: la medición efectuada en el ambiente del individuo, fuera del ámbito sanitario (por lo que obviamos el efecto de bata blanca), y las mediciones múltiples, que facilitan una mayor correlación entre los valores obtenidos y la afectación de órganos diana. ^{1,9} El poder predictivo de mortalidad (total y cardiovascular) es mayor que el que poseen las tomas aisladas de PA en consulta. ^{1,4,14} La masa ventricular izquierda se relaciona mejor con mediciones múltiples de PA realizadas con AMPA, que con lecturas clínicas aisladas, con una correlación similar a la que presenta con las cifras obtenidas mediante MAPA ^{9,28}. Las cifras de PA obtenidas mediante AMPA predicen también mejor la progresión de la nefropatía diabética. ⁴

De este modo, la AMPA se equipara a la MAPA en cuanto a predicción de episodios cardiovasculares. ^{1,28}

INDICACIONES Y VENTAJAS DE LA AMPA

Las indicaciones y las ventajas de la AMPA son fundamentalmente las siguientes:

— Diagnóstico y seguimiento a largo plazo de la HBB ^{1,3,6,12}, dado que efectúa mediciones en el ambiente habitual del paciente y que se trata de un método más accesible que la MAPA. Si se dispone de ésta, la AMPA podría utilizarse como método de cribado de HBB, confirmándose después por MAPA.

— Estudio de HTA en ancianos ^{1,6}, donde la prescripción de medicación antihipertensiva debe ser especialmente cuidadosa, debido a la frecuencia y severidad de efectos secundarios en estos pacientes. En los ancianos, además, la PAS de consulta suele ser como media 20 mm Hg superior a la detectada fuera del contexto clínico, por lo que el uso de la AMPA podría evitar un sobrediagnóstico de hipertensión arterial sistólica aislada.

— Estudio de hipertensión resistente ^{1,3,6,12}, ya que en ocasiones podría tratarse en realidad de pacientes con efecto de bata blanca. Las mediciones domiciliarias permiten diferenciar ambas situaciones.

— Control de PA en el embarazo ^{1,6}: hasta un 30% de las gestantes pueden presentar HBB. Con el uso de la AMPA se podrían evitar tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios.

— Control de la PA en diabéticos: las PA domiciliarias predicen mejor la progresión de la nefropatía diabética, que las tomas en consulta^{1,3,6}.

— Detección de episodios hipotensivos^{3,12}: en especial en ancianos en tratamiento con fármacos antihipertensivos.

— Control de la PA de hipertensos en tratamiento farmacológico^{3,4,6,12}, aportando una mayor información que las PA en consulta sobre la respuesta terapéutica en diferentes momentos del día.

— Para mejorar la adhesión al tratamiento^{1,6,9,12}. Los pacientes que se miden la PA en su domicilio o centro de trabajo se implican más en el control de su enfermedad, y, en general, se muestran más cumplidores que aquéllos controlados sólo en consulta.

— Para la realización de estudios de investigación^{1,3,4,12}, puesto que las tomas de PA mediante AMPA son más reproducibles que las realizadas en consulta¹, requiriéndose muestras mucho menores (en pocos individuos se realizan multitud de mediciones). También permite estimar la duración de la acción de los fármacos antihipertensivos y su efecto máximo.

— La AMPA parece reducir los costes en el manejo de la HTA^{4,9,12}.

LIMITACIONES E INCONVENIENTES

Las limitaciones e inconvenientes de la AMPA son:

— La mayoría de los dispositivos no se someten a los protocolos de validación y una parte importante de los que lo hacen no los superan^{3,4}.

— Los niveles de PA obtenidos por AMPA utilizados para definir HTA se han establecido, provisionalmente, mediante procedimientos estadísticos^{3,4}.

— No está bien delimitado el comportamiento de la PA medida por AMPA, MAPA y esfigmomanómetro clásico en relación con la edad, el sexo, la raza y el tratamiento recibido⁴.

— No se ha demostrado el beneficio del tratamiento antihipertensivo en función de las cifras estimadas por AMPA³.

— Está por concretar el número óptimo de mediciones a realizar⁴.

— La reducción del coste en el manejo de la HTA atribuida a la AMPA, sólo se ha comprobado por ahora en Estados Unidos⁴. No se sabe si esta reducción de costes sería aplicable a otros sistemas sanitarios diferentes.

— Las automediciones son difíciles de llevar a cabo en pacientes con retinopatía diabética, enfermedad cerebrovascular, demencia o arritmias cardíacas, lo que ocasiona dependencia de familiares y allegados³.

— En personas hipocondríacas podría provocar mayor ansiedad, ante las fluctuaciones fisiológicas de la PA durante el día³.

— Se necesita un adiestramiento inicial y supervisión periódica por parte del personal sanitario³.

— Podría generarse un exceso de confianza, riesgo de automedicación y olvidos por parte del personal sanitario en el control de la HTA y otros factores de riesgo³.

— Finalmente, debemos tener presente que se trata de una técnica complementaria. Las automedidas de PA deben integrarse con las lecturas de consulta, teniendo en cuenta la posible morbilidad asociada a la HBB, condición que no detectaríamos realizando sólo automediciones en el domicilio.

En resumen, podemos concluir que existen ventajas indiscutibles en el uso de los dispositivos de AMPA, principalmente derivadas de las múltiples mediciones que se pueden realizar en diferentes situaciones. Aunque se pueden encontrar multitud de aparatos en el mercado, sólo algunos han pasado los protocolos exigibles para su validación, siendo en todos los casos equipos de manguito braquial. El médico de familia debe acostumbrarse al uso de estos equipos, para aconsejar e instruir correctamente a los pacientes en su utilización, interpretando adecuadamente los resultados de las mediciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asmar R, Zanchetti A. Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring: a summary report of the first international consensus conference. *J Hypertens* 2000; 18: 493-508.
2. Beevers G, Lip G, O'Brien E. Blood pressure measurement. Part I—Sphygmomanometry: factors common to all techniques. *BMJ* 2001; 322: 981-985.
3. Buitrago F, Martínez A. Utilidad de los aparatos de autocontrol de la presión arterial. *FMC* 1999; 6: 576-583.
4. White W, Asmar R, Imai Y, Mansoor G, Padfield P, Thijs L, Waeber B. Task force VI: Self monitoring of the blood pressure. *Blood Press Monit* 1999; 4: 343-351.
5. Beevers G, Lip G, O'Brien E. Blood pressure measurement. Part II— Conventional sphygmomanometry: technique of auscultatory blood pressure measurement. *BMJ* 2001; 322: 1043-1047.
6. O'Brien E, Beevers G, Lip G. Blood pressure measurement. Part IV— Automated sphygmomanometry: self blood pressure measurement. *BMJ* 2001; 322: 1167-1170.
7. Córdoba R, Cuello MJ. La automedición de la presión arterial en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 261-266.
8. O'Brien E, Waeber B, Parati G, Staesen J, Myers M. Blood pressure measuring devices: recommendations of the European Society of Hypertension. *BMJ* 2001; 322: 531-536.
9. Yarows, Julius S, Pickering T. Home Blood Pressure Monitoring. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1251-1257.
10. O'Brien E, Petrie J, Littler WA, de Swiet M, Padfield PL, Altman D, et al. The British Hypertension Society Protocol for the evaluation of blood pressure measuring devices. *J Hypertens* 1993; 11 (suppl 2): S43-S63.
11. White WB, Berson AS, Robbins C, Jamieson MJ, Prinsat M, Roccella E et al. National standard for measurement of resting and

- ambulatory blood pressures with automated sphygmomanometers. *Hypertension* 1993; 21: 504-509.
12. Coll G, Beltran M, Foguet Q, Salleras N. AMPA, una revisión crítica. *Aten Primaria* 2000; 25: 644-649.
 13. O'Brien E, Beevers G, Lip G. Blood pressure measurement. Part III- Automated sphygmomanometry: ambulatory blood pressure. *BMJ* 2001; 322: 1110-1114.
 14. Pickering T, Coats A, Mallion J, Mancia G, Verdecchia P. Task Force V: White-coat hypertension. *Blood Press Monit* 1999; 4: 333-341.
 15. mayoral Sánchez E, Lapetra Peralta J, Santos Lozano JM, López Ortega A, Ruiz J, Cayuela Domínguez A. El efecto de bata blanca en atención primaria. Análisis en la hipertensión arterial de nuevo diagnóstico. *Med Clin (Barc)* 1997; 108 (13): 485-489.
 16. mayoral E, Iglesias P, Cayuela D, Iborra M, Lapetra J, Santos JM. La medida de la presión arterial: ¿es cosa de médicos? *Aten Primaria* 1999; 24 (suppl 2): 248.
 17. Pickering TG. The Ninth Sir George Pickering Memorial Lecture Ambulatory Monitoring and the definition of hypertension. *J Hypertens* 1992; 10: 401-409.
 18. Vinyoles E, de la Figuera M. Características clínicas del hipertenso de bata blanca. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 287-291.
 19. Myers MG, Oh PI, Reeves RA, Joyner CD. Prevalence of white coat effect in treated hypertensive patients in the community. *Am J Hypertens* 1995; 8: 591-597.
 20. Márquez E, Casado J, Fernández A, Márquez J. Evolución de la hipertensión de bata blanca a hipertensión mantenida. Seguimiento durante un año mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 251-255.
 21. Comas A, González-Nuevo JP, Plaza F, Barreda MJ, Madiedo R, Pajón P, Marín R. Protocolo de automedición de la presión arterial domiciliaria como método de evaluación del paciente hipertenso. *Aten Primaria* 1998; 22: 142-148.
 22. Stergiou GS, Andromachi SZ, Skeva I, Mountokalakis TD. White coat effect detected using self-monitoring of blood pressure at home. Comparison with ambulatory blood pressure. *Am J Hypertens* 1998; 11: 820-827.
 23. Comas A, González-Nuevo JP, Plaza F, Barreda MJ, Madiedo R, Pajón P, Marín R. Automedición domiciliaria de la presión arterial: identificación del fenómeno de bata blanca. *Aten Primaria* 1999; 24: 5-11.
 24. Mancia G, Sega R, Grassi G, Cesana G, Zanchetti A. Defining ambulatory and home blood pressure normality: further consideration based on data from the PAMELA study. *J Hypertens* 2001; 19: 995-999.
 25. Yarows S, Brook R. Measurement Variation Among 12 Electronic Home Blood Pressure Monitors. *Am J Hypertens* 2000; 13: 276-282.
 26. Stergiou GS, Skeva I, Zorubaki AS, Mountokalakis TD. Self-monitoring of blood pressure at home: how many measurements are needed? *J Hypertens* 1998; 16: 725-731.
 27. Johnson K, Partsch D, Rippole L, McVey D. Reliability of Self-reported Blood Pressure Measurements. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2689-2693.
 28. División J, Puras A, Aguilera M, Sanchis C, Artigao LM, Carrión L, Martínez E, García F, Carbayo J. Automedidas domiciliarias de presión arterial y su relación con el diagnóstico de la hipertensión arterial y con la afectación orgánica: estudio comparativo con monitorización ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 730-735.

A DEBATE

Patologías de origen profesional

Ares Camerino A ¹

¹ Médico de Familia. Servicio de Salud Laboral. Diputación Provincial de Cádiz.

«En efecto, es necesario reconocer que, a veces, de ciertas profesiones se derivan a los que las practican males no pequeños, de modo que en donde se esperaban obtener recursos para su propia vida y para el mantenimiento de su familia, no pocas veces contraen gravísimas enfermedades y, maldiciendo el oficio al que se habían entregado, acaban por abandonar la compañía de los vivos».

De Morbis Artificum Diatriba
Bernardino Ramazzini. 1700 ¹

INTRODUCCIÓN

Es un hecho constatable la falta de formación en los estudios de licenciatura de Medicina de los temas que relacionan la salud del individuo y su colectividad con el medio laboral en el que ese desarrolla su actividad profesional. En pocos casos se hace referencia a factores relacionados con el mundo del trabajo, donde la población activa pasa una buena parte de su vida, y donde existen elementos, mas o menos conocidos, con consecuencias imprevisibles para la salud del trabajador.

Este desconocimiento se hace extensivo durante el periodo formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Sólo en contadas ocasiones, y de forma aislada, se ha formado a los residentes en aspectos relacionados con la Salud Laboral.

Recientemente los Ministerios de Trabajo y de Sanidad han elaborado, en colaboración, un curso de enseñanza a distancia que pretende actualizar los conocimientos en salud laboral de los médicos de atención primaria, con el fin de mejorar su capacidad de reconocer las enfermeda-

des relacionadas con el trabajo. Temas como las dermatitis de contacto, el asma ocupacional y las lesiones osteomusculares se consideran como prioritarios.

Unos datos sobre la magnitud del problema de las patologías de origen profesional en nuestro país los podemos extraer de las publicaciones estadísticas anuales del Ministerio de Trabajo (Subdirección de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales)

— En la década de los noventa, en España, se produjeron mas de doce millones de accidentes de trabajo.

— Durante el mismo periodo se diagnosticaron mas de setenta mil enfermedades profesionales.

— El costo anual de las prestaciones sanitarias e indemnizaciones económicas superan el billón de pesetas ².

Si bien las prestaciones, tanto sanitarias como económicas, en caso de patologías de origen profesional corresponden a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), salvo que sea el propio Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) el que preste dicha cobertura, en un número importante de casos es el Médico de Atención Primaria el que tiene que hacer frente a una primera actuación ³, y decidir si corresponde verdaderamente a una patología de origen profesional o, por el contrario, se trata de una contingencia común. Esta diferenciación no tiene sólo connotaciones de tipo estadístico/epidemiológico, sino que para el trabajador reporta ventajas económicas:

Correspondencia: Plaza de España, s/n. Cádiz. Correo electrónico: asistencia.médica@diputcadiz.es; acamerino@terra.es.

Recibido el 05-09-2001; aceptado para su publicación el 24-09-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 259-263

— El tratamiento médico-farmacéutico es completamente gratuito en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional (en los casos de enfermedad común la aportación por parte del enfermo es del 40% del importe de los medicamentos).

— En los casos de Incapacidad Temporal por accidente de trabajo o enfermedad profesional los porcentajes de la base reguladora que se perciben en los primeros veinte días son mejores (el 75% desde el primer día). En muchos convenios colectivos se establece incluso que en estos casos se cobre el 100 % de las retribuciones desde el primer día.

— La forma de calcular la Base Reguladora, tanto de la incapacidad temporal como de los diferentes tipos de Incapacidades Permanentes, en los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, es más beneficiosa que en los casos de enfermedad común.

— Según viene recogido en el artículo 123 del RD Legislativo 1/1994⁴, todas las prestaciones que tengan su causa en accidentes de trabajo o enfermedad profesional se aumentarán, según la gravedad de la falta, de un 30 a un 50 por 100, cuando la lesión se produzca por máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que carezcan de los dispositivos de precaución reglamentarios, los tengan inutilizados o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas generales o particulares de seguridad e higiene en el trabajo o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de la edad, sexo y demás condiciones del trabajador.

Con carácter general, las obligaciones de las Administraciones Sanitarias en materia de salud laboral vienen recogidas en la Ley General de Sanidad⁵ y en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales⁶.

Ante esta situación es un objetivo fundamental que el Médico de Familia sepa distinguir entre las patologías de origen profesional y las de causa común⁷.

ACCIDENTE DE TRABAJO

El Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, recoge en su artículo 115 el concepto legal de Accidente de Trabajo⁴.

Se entiende por Accidente de Trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena. Además tendrán la consideración de accidente de trabajo las siguientes situaciones:

1.—Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo (accidente «in itinere»).

2.—Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.

3.—Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, así siendo distintas a las e su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

4.—Los accidentes acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos u otros tengan conexión con el trabajo.

5.—Las enfermedades, no incluidas en el listado de enfermedades profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

6.—Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

7.—Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tenga su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado al paciente para su curación.

Se presumirán, salvo que existan pruebas que determinen lo contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufre el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo.

No obstante lo establecido en los apartados anteriores, no tendrán la consideración de accidente de trabajo las siguientes circunstancias:

1.—Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza, que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente. En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

2.—Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

No impedirán la calificación de un accidente de trabajo los casos siguientes:

1.—La imprudencia profesional que sea consecuencia del ejercicio habitual de su trabajo y se derive de la confianza que éste inspira.

2.—La consecuencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de su compañero de trabajo del accidentado

o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

Sentencias del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, incluyen como accidentes de trabajo a los infartos agudo de miocardio sufridos por los trabajadores durante su jornada de trabajo. Igualmente el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, Sala de lo Social, ha dictado una sentencia, aún sin carácter de jurisprudencia, por la que se considera accidente de trabajo a la situación de «stress» que pueda sufrir un trabajador. (En este caso concreto se trataba de un trabajador que desempeñaba sus funciones en una cadena de producción).

Ante un Accidente de trabajo es el empresario, mediante el Parte de Declaración de Accidente de Trabajo, el que certifica que las condiciones en las que ha ocurrido dicho suceso corresponden con las legalmente establecidas, y mediante el preceptivo Parte de Asistencia, remitirá al trabajador para que se le preste la correspondiente asistencia sanitaria⁸. Dicha asistencia podrá ser prestada:

1.—Por los medios prestados por el propio empresario, en caso de que la empresa sea autoaseguradora de la incapacidad temporal para la contingencia de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

2.—Por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Según el artículo 68 del Real Decreto Legislativo 1/1994 se consideraran tales MATEPSS a aquellas asociaciones legalmente constituidas con la responsabilidad mancomunada de sus asociados, cuyas operaciones, sin perjuicio de lo establecido en las disposiciones de la ley se limiten a repartir a sus asociados⁹:

— El coste de las prestaciones por causa de accidente de trabajo sufrido por el personal al servicio de los asociados.

— El coste de las prestaciones por enfermedades profesionales padecidas por el personal al servicio de los asociados.

— La contribución a los servicios de prevención, recuperación y demás previstos a favor de las víctimas de aquellas contingencias y de sus beneficiarios.

— Los gastos de administración de la propia entidad.

— Estas MATEPSS no podrán dar lugar a la percepción de beneficios económicos de ninguna clase a favor de sus asociados.

3.—Por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) a través de los organismos sanitarios públicos (Insalud u Organismo Autonómicos, caso de tener transferencias en materia sanitaria).

En caso de urgencia vital, el accidentado puede ser atendido en cualquier centro sanitario público o privado próximo al lugar donde se haya producido el accidente.

En cualquier caso, el trabajador deberá solicitar al médico que le preste la asistencia el correspondiente documento que pueda determinar la Incapacidad Temporal (Parte de Baja) del trabajador o en caso de que no precise ausentarse de su trabajo el «parte de accidente sin baja».

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Según lo recogido en el artículo 116 de Real Decreto Legislativo 1/1994, se entenderá por Enfermedad Profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la Ley General de la Seguridad Social, y que esté provocada por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se especifiquen para cada enfermedad profesional.

En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya que seguir para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estimen deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El cuadro de las Enfermedades Profesionales viene recogido en el Real Decreto 1995/1978 del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social¹⁰, donde se expone en un exhaustivo listado todas las enfermedades profesionales con derecho a prestación reconocida por la Seguridad Social. Tabla 1.

TABLA 1

REAL DECRETO 1995/1978
LISTA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES
Boletín oficial del Estado 25 de septiembre de 1978

A) Enfermedades profesionales producidas por los agentes químicos siguientes:

Plomo y sus compuestos, mercurio y sus compuestos, cadmio y sus compuestos, manganeso y sus compuestos, cromo y sus compuestos, níquel y sus compuestos, talio y sus compuestos, vanadio y sus compuestos, fósforo y sus compuestos, arsénico y sus compuestos, cloro y sus compuestos inorgánicos, bromo y sus compuestos inorgánicos, yodo y sus compuestos inorgánicos, flúor y sus compuestos orgánicos, ácido nítrico, amoníaco, anhídrido sulfuroso, ácido sulfúrico, ácido sulfhídrico, sulfuro y óxido de carbono, oxiclورو de carbono, ácido cianhídrico, cianuros y compuestos cianógenos, hidrocarburos alifáticos o no, cíclicos o no, constituyentes del éter de petróleo y de la gasolina, derivados halogenados

de los hidrocarburos alifáticos saturados o no, alcoholes, glicoles, éter y sus derivados, cetonas, ésteres orgánicos y sus derivados halogenados, ácidos orgánicos, aldehidos, nitroderivados alifáticos, ésteres del ácido nítrico, benceno, tolueno, xileno y otros derivados del benceno, naftalenos y sus homólogos, derivados halogenados de los hidrocarburos aromáticos, fenoles aminas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados y sulfonados, poliuretanos (isocianatos), y nitroderivados de hidrocarburos aromáticos y de los fenoles.

B) Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en algunos de los otros apartados.

1. Cáncer cutáneo y lesiones cutáneas precancerosas debidas al hollín, alquitrán, brea, antraceno, aceites minerales, parafina, y a los compuestos, productos y residuos de estas sustancias y a factores cancerígenos.
2. Afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas en otros apartados.

C) Enfermedades profesionales provocadas por la inhalación de sustancias y aentes no incluidos en otros apartados:

1. Neumoconiosis. Silicosis, asociada o no a tuberculosis pulmonar. Asbestosis, asociada o no a tuberculosis pulmonar o al cáncer de pulmón. Neumoconiosis debida a los polvos de silicatos. Cannabosis y bagazosis.
2. Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos o humos de aluminio y sus compuestos.
3. Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos de metales duros, talco, etc.
4. Afecciones broncopulmonares causadas por los polvos de escorias de Thomas.
5. Asma provocada en el medio profesional por las sustancias no incluidas en otros apartados.
6. Enfermedades causadas por irritación de las vías aéreas superiores por inhalación o ingestión de polvos, líquidos, gases o vapores.

D) Enfermedades profesionales infecciosas y parasitarias.

1. Helmintiasis, anquilostomiasis duodenal.
2. Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre de Pataci, fiebre recurrente, fiebre amarilla, peste, leishmaniosis, pian, tifus exantemático y otras rickettsiosis.
3. Enfermedades infecciosas y parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres.
4. Enfermedades infecciosas y parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidados de enfermos y en su investigación.

E) Enfermedades profesionales producidas por agentes físicos.

1. Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes.
2. Cataratas producidas por energía radiante.
3. Hipoacusias o sorderas provocadas por el ruido.
4. Enfermedades provocadas por trabajos con aire comprimido.
5. Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas.
6. Enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión y celulitis subcutáneas. Enfermedades de las vainas tendinosas, de los tejidos peritendinosos, de las inserciones musculares y tendinosas. Lesiones de menisco en trabajos subterráneos. Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas. Parálisis de los nervios debidos a la presión.
7. Nistagmos de los mineros.

F) Enfermedades sistémicas.

1. Distrofias, incluyendo la ulceración de la córnea por gases, vapores, polvos y líquidos.
2. Carcinoma primitivo de bronquio o pulmón por asbesto.
3. Carcinoma de la mucosa de la nariz, senos nasales, bronquio o pulmón en la industria del níquel.
4. Angiosarcoma hepático causado por el cloruro de vinilo monómero.
5. Cáncer del sistema hematopoyético causado por el benceno.
6. Carcinoma de piel, bronquio, pulmón o hígado causado por el arsénico.
7. Neoplasias primarias del tejido epitelial de la vejiga urinaria, pelvis renal o uréter.
8. Cáncer de piel, pulmón, hueso y médula ósea por radiaciones ionizantes.
9. Carcinoma de la mucosa nasal, senos nasales, laringe, bronquio o pulmón causado por el cromo.

Esta lista contiene unos setenta grupos de enfermedades clasificadas en seis grandes grupos:

- Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Enfermedades profesionales de la piel producidas por sustancias y agentes no incluidos anteriormente.
- Enfermedades profesionales producidas por inhalación de sustancias y agentes no incluidos anteriormente.
- Enfermedades profesionales infecciosas y parasitarias.
- Enfermedades profesionales producidas por agentes físicos.
- Enfermedades sistémicas.

Para cada una de las enfermedades figuran en la lista una serie de actividades de riesgo, cuyo fin no es de exclusión sino que es necesario interpretar como una orientación referente a las ocupaciones que pueden originarlas.

Sólo con carácter provisional, y mediante Resolución de la Secretaría General de la Seguridad Social en el año 1994 fue incluida como enfermedad profesional la «Neumopatía Intersticial Difusa» conocido como Síndrome de Ardystil. (enfermedad respiratoria secundaria a la exposición a pinturas tóxicas utilizadas en la industria textil)¹¹.

Aquellas enfermedades no incluidas en el listado pero que el trabajador contraiga con motivo de la realización de su trabajo, y siempre que se demuestre que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la realización del mismo, se considerarán como accidentes de trabajo. La legislación Nacional garantiza, por tanto la cobertura socio-sanitaria del trabajador con una enfermedad que, no estando listada, se relaciona con el trabajo. Sin embargo desde el punto de vista estadístico y epidemiológico no queda reflejada esta situación, sino que se registra como accidente de trabajo.

Otras disposiciones legales, bastante obsoletas, recogen cuales son las «normas médicas a seguir para la prevención y diagnóstico de las enfermedades profesionales. En ellas se recoge de forma detallada y sistematizada cuales son los cuadros clínicos con derecho a reparación por la Seguridad Social, los protocolos de reconocimiento médico previo al ingreso en trabajos con riesgos profesionales específicos, los protocolos de reconocimientos médicos periódicos y las normas para el diagnóstico y calificación de las intoxicaciones^{12, 13}.

Este sistema de lista cerrada supone una mejora en la tutela por parte del Estado de los problemas de salud de los trabajadores. Se libera al trabajador de tener que demostrar que su dolencia está causada por el trabajo. Basta con que su enfermedad figure en la lista, y que su actividad profesional lo ponga en contacto con el agente nocivo generador de la enfermedad. Sin embargo, este sistema de lista está sufriendo actualmente una interpretación restrictiva de la relación entre el trabajo y sus efectos nocivos para la salud de los trabajadores, debido a que las alteraciones para la salud son cada vez más de tipo inespecífico, y también a que actualmente hay un aumento progresivo de las patologías de génesis multifactorial^{14, 15}.

Una vez establecido el diagnóstico de sospecha de enfermedad profesional, el empresario está obligado a su notificación a la autoridad laboral en el plazo de tres días siguientes a aquel en el que se ha producido dicho diagnóstico, mediante el Parte Oficial de Declaración de Enfermedad Profesional. (Resolución de la Dirección General de Seguridad Social, marzo 1973)¹⁶.

Un aspecto importante es que el sistema de protección social por enfermedades profesionales sólo se aplica a los trabajadores afiliados a la Seguridad Social en los: Régimen General, Régimen Especial de la Minería del Carbón, Régimen Especial Agrario y Régimen Especial del Mar, y además a los trabajadores estatutarios del Sistema Sanitario Público y a los Funcionarios de las diferentes Administraciones Públicas. Quedando por tanto fuera de cobertura los trabajadores del Régimen Especial de Autónomos^{17, 18}.

Comparándonos con nuestro entorno europeo, nuestra lista es similar a la del resto de los países y cumple lo establecido en la Recomendación de la Comisión Europea 90/326/CEE sobre Lista Europea de Enfermedades Profesionales. No obstante este listado está pendiente de ser modificado ya que el actual se basa en los sistemas productivos de los años sesenta con un fuerte sector industrial, y no en una sociedad asentada en el sector servicios y en la innovación tecnológica.

Con el objetivo fundamental de conocer la realidad de las enfermedades profesionales en nuestro país, e intentando establecer normas específicas en cuanto a su diagnóstico y medidas de prevención, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha establecido unos Protocolos Vigilancia Sanitaria Específicos¹⁹:

- Protocolo del amianto. (1999)
- Protocolo de los plaguicidas. (1999)
- Protocolo de manipulación manual de cargas. (1999)
- Protocolo de movimientos repetitivos de miembros superiores. (2000)
- Protocolo de cloruro de vinilo monómero. (1999)
- Protocolo de neuropatías por presión. (2000)
- Protocolo del plomo. (1999)
- Protocolo de posturas forzadas. (2000)
- Protocolo de uso de pantallas de visualización de datos. (1999)

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramazzini B. Tratado de las Enfermedades de los Artesanos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1983; 87-90.
2. Villanueva V, Clemente I. Accidentes de trabajo y factores económicos asociados. Archivos de Prevención de Riesgos laborales 2001, 4 (1): 6-15.
3. Esteban S, Abellán MJ. A propósito de la Incapacidad Temporal (IT). Medicina de Familia (Andalucía) 2001; 2: 59-63.
4. Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado de 29 de junio de 1994; 154: 20658-20708.
5. Ley 14/1986 de 27 de abril Ley General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado 1986, 102, 29 abril 1986.
6. Ley 31/1995 de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial de Estado 1995; 269, 10 de noviembre 1995.
7. Los médicos generalistas y las enfermedades profesionales. Edita: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo 1993.
8. Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 16 de diciembre por la que se aprueban Nuevos modelos para la notificación de accidentes de trabajo e instrucciones para su cumplimentación y tramitación. Boletín Oficial de Estado 1987; 311, 29 de diciembre 1987.
9. Real Decreto 576/1997 de 18 de abril por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas e Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social aprobado por El Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre. Boletín Oficial del Estado 1997; 98: 13136-39.
10. Real Decreto 1995/1978 del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de 12 de mayo por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales. Boletín Oficial del Estado 1978, 203, 25 de agosto 1978.
11. Resolución de la Secretaría General de la Seguridad Social de 30 de diciembre de 1993. Consideración provisional como enfermedad profesional a la Neumonitis Intersticial Difusa detectada en la Comunidad Valenciana. Boletín Oficial del Estado 1994; 8, 10 enero 1994.
12. Orden del Ministerio de Trabajo de 12 de enero de 1963. Normas médicas para el reconocimiento, diagnóstico y calificación de enfermedades profesionales. Boletín Oficial del Estado 1963; 62, 13 de marzo 1963.
13. Orden del Ministerio de Trabajo de 15 de diciembre de 1965. Normas médicas para el reconocimiento, diagnóstico y calificación de enfermedades profesionales. Boletín Oficial del Estado 1966; 14, 17 de enero 1966.
14. Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas. Organización Mundial de la Salud. Informe Técnico num. 714. Ginebra 1985.
15. Enfermedades Ocupacionales. Guía para su diagnóstico. Organización Panamericana de Salud. Publicación 480. 1986.
16. Resolución de la Dirección General de la Seguridad Social de 6 de marzo de 1973. Modelo de parte de declaración de Enfermedades Profesionales. Boletín Oficial del Estado 1973; 70, 22 de marzo 1973.
17. Real Decreto 575/1997 de 18 de abril por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de Seguridad Social por Incapacidad.
18. Real Decreto 1177/1998 de 5 de junio, Orden de 18 de septiembre por el que se modifica el R.D. 575/97 en desarrollo del apartado 1, del párrafo segundo del art. 131 bis de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado 1998; 145: 20089-090.
19. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Edita Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Madrid 1999 y 2000.

ÁREA DOCENTE

Especificades del ejercicio de la medicina en atención primaria de salud. Su importancia en el pregrado y doctorado

Gálvez Ibáñez M¹

¹ Doctor en Medicina. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada. Profesor visitante de la Universidad de Valparaíso de Chile.

Podría decirse que hasta el momento presente existe en la universidad española un importante desaprovechamiento docente de todo el marco conceptual, organizativo y profesional que la Medicina de Familia (MF) representa como eje fundamental de la Atención Primaria de Salud (APS)¹. Ello es más acusado aún cuando más de un tercio de las plazas de médicos internos y residentes (MIR) que se convocan anualmente, lo son de Medicina de Familia y Comunitaria y cuando los Médicos de Familia se están mostrando como excelentes tutores para los formación en postgrado.

A continuación se repasan cuales podrían ser las aportaciones que la Medicina de Familia conlleva para una mejor formación de los estudiantes de Medicina. Ello tanto en el pregrado como a la hora de diseñar un programa específico de doctorado para médicos de familia. La exposición se hace de manera sucinta y podría constituir un breve informe de negociación con nuestras facultades de Medicina.

Las especificidades del trabajo del Médico de Familia derivan de^{2, 3, 4, 5, 6}:

I. LUGAR DEL ENCUENTRO MÉDICO/PACIENTE

En APS este encuentro se desarrolla en el entorno del paciente, incluso en su propio domicilio, allí donde los individuos viven y hacen su vida cotidiana. Las personas acuden a su médico, sin interrumpir su proyecto vital, un simple paréntesis de horas o minutos bastan para volver a recoger los niños del colegio, a volver a ponerse la toga o a ponerse al volante del taxi, a seguir haciendo la comida, irse de compras o ponerse a jugar a la petanca.

Este hecho va a condicionar gran parte del ejercicio profesional en este ámbito:

1.—La gran ACCESIBILIDAD va a determinar un gran número de consultas por motivos banales, lo que obligará al médico a tener que discernir en poco tiempo lo fundamental de lo accesorio. Para ello todas las herramientas de la *epidemiología clínica* le serán de capital importancia.

2.—Esta accesibilidad va a implicar que —a diferencia del médico hospitalario— el médico de familia se encuentre con las enfermedades en sus estadios precoces, lo que le exigirá diferentes tipos de abordaje diagnóstico, capacidad de aconsejar, de intervenir en estadios precoces, y personalmente ser capaz de soportar el *entorno de alta incertidumbre* en el que ha de moverse. El MF es el único médico que puede ver una enfermedad a la largo de toda su historia natural.

3.—La imposibilidad de compartimentar los motivos de consulta por órganos y aparatos. Se tratará siempre de un individuo que consulta en toda su dimensión humana. La *integralidad* no sólo de los órganos y aparatos, sino integralidad psico-física, curativa-preventiva-rehabilitadora constituye un aspecto consustancial de su quehacer médico. El MF como especialista en personas además de en enfermedades, o como dicen nuestros colegas estadounidenses: *Su Médico de Familia, el especialista en usted*.

4.—Cada contacto con el sistema de salud puede y debe considerarse como una **oportunidad para la prevención**. El «case finding», la entrevista motivacional, el «Counseling», las intervenciones mínimas, la intervención anticipatoria, serán herramientas adecuadas sólo para el profesional que trabaja en este nivel del sistema sanitario.

5.—El hecho de recibir todas las demandas de los individuos que deciden consultar le obliga a renunciar a la profundidad en aras de la extensión. Esto requerirá una adaptación psicológica a una situación única entre los profesionales del sistema sanitario. Al mismo tiempo, esta

Recibido el 03-08-2001; aceptado para su publicación el 26-09-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 264-267

situación le obligará a coordinarse con el resto de sus colegas que le asesorarán cuando sea preciso profundizar en el estudio de algún problema de salud. Sus métodos de estudio, así como las fuentes de información deben ser específicas en muchas ocasiones. El conocer «hasta donde puedo/debo llegar» será parte indisoluble de su arte en el ejercicio de la profesión.

6.—Es conocido que algunos de los problemas por los que consulta el paciente tienen relación con el medio que lo rodea, bien familiar y/o social. La aplicación de los conceptos y la adaptación de las herramientas de la MEDICINA FAMILIAR (conocimiento de la estructura y función familiar, intervención con familias en crisis, etc.) y COMUNITARIA (Planificación, Epidemiología) alcanzan así toda su pertinencia.

7.—La gran accesibilidad introduce otra característica singular de las consultas de los pacientes al médico que trabaja en el primer nivel de atención:

Suele tratarse de problemas de salud no médicamente definidos, sino situaciones que el paciente (o las personas que le rodean) sienten como tales (sensaciones de enfermedad o *illnesses* en la terminología sajona). Es este un importante hecho diferencial con las consultas hospitalarias que suelen (deben) corresponder a un problema de salud / diagnóstico ya definido por otro médico (*diseases*). Sobre esta decisión de consultar no médicamente condicionada, van a recaer una serie de influencias de tipo cultural, antropológicas, sociales que bueno será que el médico que atiende estas consultas sepa descifrar las claves que hay detrás de algunas de ellas si quiere alcanzar a entender el motivo de la consulta y el papel que sus respuestas profesionales van a tener en el entorno que las motivó. La colaboración con los servicios sociales comunitarios adquiere aquí toda su dimensión.

8.—Atención en el domicilio del paciente. Característica diferencial e histórica del médico de cabecera. La atención al moribundo en el entorno familiar, le va a exigir una serie de cualidades personales y habilidades de comunicación específicas.

El cúmulo de particularidades reseñadas, da forma a la principal característica de la relación del médico de familia con sus pacientes: se trata de una relación basada en la confianza mutua. Esta confianza ha sido definida por múltiples autores como uno de los pilares de la capacidad curativa del médico general / de familia.

II. UTILIZACIÓN DEL TIEMPO

La utilización del tiempo es otro hecho diferencial del médico que trabaja en el primer nivel de atención. La diacronía, la atención longitudinal mediante cortos pero sucesivos contactos determinan un modo de hacer y enten-

der el devenir del paciente en toda su complejidad como ser que evoluciona individual, familiar y socialmente. Esta nueva utilización del tiempo exige una adaptación intelectual al quehacer cotidiano y una readaptación de los *sistemas de registro*. Sistemas de Registro ya totalmente informatizados en la mayoría de la red de APS.

III. ATENCIÓN CONTINUADA FRENTE A INTERVENCIÓN EPISÓDICA

Muy relacionada con el punto anterior. El SEGUIMIENTO de los problemas clínicos en una competencia del médico que trabaja en contacto permanente con el paciente. Es bien conocido que no pocos tratamientos (antihipertensivos, antidiabéticos, antituberculosos, etc.), fracasan, no por la falta de idoneidad de su indicación, sino por la falta de seguimiento por parte del paciente. Las habilidades necesarias para conseguir una mayor y adecuada *adherencia al tratamiento* adquieren así una dimensión de primer orden.

El MF es el único médico que nunca da altas, su compromiso es con la persona, con su familia. No se extingue ni con la muerte del enfermo pues aún queda el duelo de la familia. Este conocer a la persona a lo largo del tiempo y en su contexto hace que sus resultados en salud sean equiparables a los de los especialistas, pero con una diferencia: lo consiguen con menores costes y con mayor satisfacción de los usuarios^{7, 8}.

Su preocupación con los individuos de su cupo o lista de personas se inicia ya antes del primer contacto del individuo con su consulta, cuando a través de su familia se preocupa por todos los integrantes de la misma.

El paciente le llama *mi médico* por todas estas múltiples relaciones que se entablan a lo largo del tiempo.

IV. Su ubicación en el contexto del sistema sanitario

Aparte de las influencias que sobre su quehacer clínico tiene la gran accesibilidad de la población al lugar donde presta sus servicios, la asignación al médico de familia del papel de «gatekeeper», de portero del sistema, le obligará a manejar con suficiente soltura las más modernas técnicas y habilidades de *gestión*, economía aplicada a la gestión, planificación y organización. Cada día es mayor la responsabilidad gestora que las diversas administraciones están dispuestas a asignar al médico del primer nivel asistencial.

Su papel de coordinador, de regulador de la puerta de entrada al sistema sanitario dará la medida de la *eficiencia* de todo el sistema (8,9,10) Él ocupa el lugar de coordinador del quehacer sanitario de todo el sistema.

Ya se ha citado, pero debe citarse aquí también, que su *coordinación* ágil y efectiva con sus colegas de los diferentes escalones del sistema de atención, debe asegurar la mejor atención para los pacientes que le consultan.

No sólo con los colegas de otros niveles de atención, sino con sus compañeros de trabajo. *El trabajo en equipo* se ha convertido en la norma en los países desarrollados, lo que le obligará a tener en cuenta los aspectos de relación interpersonal en la formación de los médicos de familia.

Con sus colegas del segundo nivel, con sus compañeros de trabajo, y muy específicamente con todos aquellos sectores sociales, laborales o de cualquier otra índole relacionados con la salud (intersectorialidad).

Los hechos anteriores le obligará a conocer aplicar y adaptar la LEGISLACIÓN básica sobre la organización del sistema de salud en el cual se integra y cuyos flujos de pacientes controla.

Sobre el médico del primer nivel de atención viene a recaer gran parte de la burocracia de los sistemas de salud. Es tarea suya conocer sus obligaciones para con la administración y las consecuencias económicas de su quehacer clínico (recetas a pensionistas, control de la incapacidad laboral)

V. DOCENCIA

La docencia en Medicina de familia ha adoptado, en los países que fueron pioneros, el *método de resolución de problemas*, es decir la teoría llega al alumno cuando él se ha enfrentado al problema y lo ha intentado resolver con los medios que la institución puso previamente en sus manos (referencias bibliográficas, hemeroteca, Internet, pacientes, acceso a historias clínicas, etc.). Existen amplias experiencias en las Universidades de McMaster (Ontario, Canadá), Nimejen (Holanda). El hecho de que el número de médicos de familia constituya aproximadamente la mitad de los médicos de un país permite un hecho excepcional en la docencia, y es la tutorización uno a uno, un tutor por cada residente. Este

hecho representa un valor añadido no suficientemente tendido en cuenta.

VI. INVESTIGACIÓN

Desentrañar la enmarañada trama que configura el mundo de relaciones personales (desde el punto de vista físico y psicológico) con su medio familiar, social y el sistema de salud requiere una readaptación de las herramientas de la Salud Pública y de la Epidemiología clásicas, propias de la Medicina Comunitaria.

Todas las consideraciones anteriores sirven de argumentación suficiente para proponer un programa específico de doctorado dirigido a MF y médicos en formación en Medicina de Familia (Anexo I).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonal Pitz P. Medicina de Familia y Universidad. Segunda edición. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2000.
2. OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996.
3. Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina de familia. En: McWhinney IR. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma, 1995: 44-73.
4. Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud y Medicina de Familia. En: Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de Familia: Clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC/CIMF; 1997. p. 88-98.
5. Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998. URL location: <http://www.who.dk>.
6. What Types of Physicians Should Provide Primary Care? En: Starfield B. Primary Care. Concept, Evaluation and Policy. Oxford: Oxford University Press, 1992: 135-149.
7. Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? J Fam Pract 1996; 42: 139-144.
8. Starfield B. ¿Es la atención primaria esencial? The Lancet (esp) 1995; 26: 178-187.
9. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clín (Barc) 1996; 106: 97-102.
10. Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. Scand J Prim Health Care 2001;19:131-134.

Anexo I

**NECESIDAD / OPORTUNIDAD DE OFRECER UN CURSO DE DOCTORADO DIRIGIDO A LOS MÉDICOS
QUE SE FORMAN PARA TRABAJAR, O TRABAJAN, EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

1. El gran número de Residentes de Medicina de Familia.
 2. El gran número de médicos trabajando en el medio extrahospitalario, que verían en un curso de estas características una oportunidad para iniciar su tesis doctoral.
 3. La práctica ausencia de cursos de doctorado que cubran las especificidades de su ejercicio profesional.
 4. Existe una demanda de este curso dirigido a médicos de familia.
 5. El que los numerosos médicos de familia encuentren «su curso» puede venir a descongestionar el resto de los cursos de orientación más específica.
 6. La existencia de un nutrido grupo de doctores médicos de familia con amplia experiencia impartiendo los cursos que se ofrecen.
 7. La previsible facilidad que se encontraría entre los diferentes Departamentos de la Facultad de Medicina a colaborar en este nuevo proyecto.
 8. Como consecuencia de lo anterior la asistencia y los niveles de calidad están asegurados.
 9. Es de prever que la satisfacción de esta demanda supondrá un mayor prestigio para la Facultad de Medicina.
 10. La Facultad de Medicina se pondría en la línea de lo que se viene haciendo a nivel internacional.
-

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 5

Martínez Larios B ¹

¹ Residente de tercer año de Medicina de Familia. Unidad Docente de Granada.

Mujer de 29 años, Gestante nulípara de 34 semanas, sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude al Servicio de Urgencia Externa por presentar desde hace 2 semanas lesiones habonosas intensamente pruriginosas. Tales lesiones se hallan localizadas sobre las estrías de distensión que ha ido desarrollando en el curso del embarazo. Posteriormente han aparecido algunas lesiones morfológicamente urticariformes en la raíz de ambos miembros inferiores. El estado general de la paciente era bueno, sin presentar sensación distérmica en el momento referido, ni tampoco durante el periodo en el que había desarrollado la erupción.

En la exploración cutánea se observan placas eritemato-ede-matosas que siguen la distribución de las estrías de distensión en el abdomen, junto con habones que coalescen en placas en la raíz de ambos miembros. No se aprecian vesículas ni lesiones de rascado. El resto de la exploración cutánea mucosa, así como de la exploración por órganos y aparatos fue normal. El feto no presentaba alteraciones en el registro cardiotocográfico.

Se solicitó hemograma, bioquímica y sedimento urinario, presentándose una discreta ferropenia (42 ng/ml) en tanto que el resto de los valores se situaban dentro de la normalidad. El examen histológico mostró infiltrado mononuclear perivascular y perianexial en dermis superficial con espongiosis moderada sin paraqueratosis.

Se instauró tratamiento con Prednisona 20 mg/día hasta el momento del parto, continuándolo posteriormente durante 2 semanas más, con completa resolución del cuadro al mes del parto.

Diagnósticos

1. Prurigo gestationis
2. Herpes gestationis
3. Eritema multiforme
4. Pápulas y placas pruríticas urticariformes del embarazo
5. Impétigo Herpetiforme



(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. 2)

(Medicina de Familia (And) 2001; 2: 185-186)

Solución: Respuesta b

El diafragma es una estructura músculo-tendinosa que separa la cavidad torácica de la abdominal. La porción periférica se compone de tres grupos de fibras musculares: esternales, costales y lumbares. La porción central es un tendón en el cual convergen las fibras musculares. Presenta tres orificios: aórtico, esofágico y de la vena cava inferior.

El diafragma como tal no se visualiza normalmente en la radiografía de tórax. Sólo si hay aire presente por encima (pulmón) y por debajo (gas intestinal o neumoperitoneo), se hace visible con entidad propia. La interfase en su porción convexa entre el aire pulmonar y el tejido de densidad líquida abdominal es lo que permite visualizar una línea densa referida como diafragma.

La visualización de cualquiera de los hemidiafragmas se ve impedida si la interfase pulmón-diafragma se borra por opacificación parenquimatosa o pleural, siendo sólo adivinable por la presencia y posición de gas en el estómago y los ángulos colónicos.

La porción central o mediastínica del diafragma ordinariamente no se visualiza, debido a la falta de contraste entre los órganos mediastínicos y el propio diafragma.

En la proyección posteroanterior se identifica el diafragma en toda su extensión, excepto en el tercio medio del hemidiafragma izquierdo, donde contacta con el corazón, borrándose la sombra del diafragma al ser ambos de densidad agua. Habitualmente el nivel de la cúpula diafragmática es el arco anterior de la 5.^a-6.^a costilla, siendo el izquierdo 1-3 cm más inferior que el derecho en el 90%. Su posición es más alta en pacientes obesos, niños y en supino, y más baja en asténicos y enfisematosos. En el lado izquierdo, con frecuencia el fundus gástrico relleno de aire delimita el grosor del hemidiafragma, que debe ser aproximadamente 4-5 mm. El aumento de esta distancia puede indicar la presencia de derrame pleural subpulmonar.

En la proyección lateral se pueden identificar ambos hemidiafragmas: el derecho es visible en toda su longitud, mientras que el izquierdo está borrado en su tercio anterior por el contacto con el corazón; además éste puede reconocerse por su relación con la burbuja gástrica.

Las enfermedades intrínsecas del diafragma son una verdadera rareza, siendo las menos raras el lipoma y el mioma.

La patología más frecuente que puede observarse es la elevación de la cúpula ocasionada por la parálisis, la eventración y las hernias diafragmáticas, así como las placas pleurales calcificadas en la pleura que los recubre. Un derrame pleural subpulmonar puede dar una falsa imagen de elevación de cúpula. También puede observarse una elevación bilateral o un descenso unilateral o bilateral (Tabla 1).

La parálisis diafragmática tiene lugar por lesión del nervio frénico y puede ser unilateral o bilateral. La unilateral suele ser asintomática, mientras que la bilateral cursa con disnea, sobre todo de esfuerzo y en decúbito. En la radiografía de tórax aparecen cuatro signos: elevación del hemidiafragma; movimiento disminuido, ausente o paradójico durante la inspiración; movimiento paradójico en situaciones de inspiración forzada; y, bamboleo mediastínico durante la respiración. El diagnóstico habitualmente se realiza por radioscopia, aunque también sirve la espirometría, pruebas musculares específicas y la electromiografía específica del nervio frénico.

La eventración y las hernias diafragmáticas ocurren a través de zonas debilitadas o con defectos congénitos. Las zonas posibles de herniación incluyen el hiato esofágico, el agujero posterolateral de Bochdaleck (niños) y el retroesternal de Morgagni. La hernia traumática supone el 5% de todas las hernias diafragmáticas pero el 90% de todas las hernias diafragmáticas estranguladas se producen en traumatismos cerrados (fundamentalmente en accidentes de tráfico) y abiertos.

La hernia de hiato es muy frecuente y se ve en la radiografía como una masa retrocardíaca, con o sin nivel hidroaéreo, que desplaza el receso pleuro-ácigos-esofágico. La confirmación se hace con estudio baritado.

La hernia de Morgagni es más frecuente en adultos que en niños y suele ser asintomática. Radiológicamente se presenta como una masa del ángulo cardiofrénico derecho sólida o con imágenes de burbujas aéreas, según su contenido.

La hernia de Bochdaleck es la más grave y frecuente hernia diafragmática de los niños y ocasiona un cuadro de in-

suficiencia respiratoria aguda que requiere cirugía urgente. El 90% de los casos es en el lado izquierdo y afecta a estómago, bazo, colon o intestino delgado. Las manifestaciones radiológicas dependen del contenido de la hernia y del tamaño del defecto. En el adulto el defecto es relativamente pequeño y suele ser asintomática. Se ve como una masa mediastínica posterolateral izquierda adyacente al diafragma y simulando una lobulación de éste.

La hernia traumática en el 90% de los casos se produce en el lado izquierdo. La radiografía simple de tórax suele ser anormal en el 95% de los casos.

TABLA 1
RESUMEN DE LAS ANORMALIDADES DIAFRAGMÁTICAS

Elevación diafragmática unilateral en:	Elevación bilateral en:
<ul style="list-style-type: none"> — Derrame pleural subpulmonar — Parálisis frénica — Reducción del volumen del pulmón — Hernia diafragmática y eventración — Patología abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> — Embarazo — Obesidad — Patología abdominal (ascitis)
<p>Descenso unilateral en:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Enfisema valvular — Neumotórax a tensión 	<p>Descenso bilateral en:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Pacientes de constitución asténica — Enfisema pulmonar — Neumotórax bilateral

ARTÍCULO ESPECIAL

La prevención y el tratamiento del tabaquismo en los centros de salud de Andalucía: situación actual y perspectivas

Aranda Regules JM¹, Mateo Vílchez P², Luna del Castillo JD³, González Villalba A⁴

¹ Médico de Familia. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga, ² Psicólogo Clínico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga, ³ Estadístico. Facultad de Medicina. Universidad de Granada, ⁴ Psicóloga PROSA Málaga.

Objetivos: Conocer el tipo de intervenciones antitabaco que se realizan y su grado de extensión en el conjunto de los Centros de Salud de Andalucía

Establecer el punto de partida para evaluaciones posteriores sobre el impacto en las prácticas profesionales que tiene la Política sobre el tabaquismo que esta realizando la Consejería de Salud.

Explorar inicialmente algunas hipótesis sobre las modificaciones de prácticas profesionales en este sentido

Diseño: Estudio descriptivo transversal de una muestra aleatoria y representativa de los Centros de Salud de Andalucía (n= 101)

Intervenciones: Cuestionario telefónico realizado a los responsables del Centro. Variables de prácticas profesionales relacionadas con el tabaquismo, hábito tabáquico de los profesionales, formación, programas de promoción de salud del Centro. Estadística descriptiva y análisis bivariable usando el estadístico CHI2

Resultados: La actividad más realizada es la «campana sanitaria» (72.3%), aunque la extensión de actividades más efectivas como el consejo mínimo protocolizado es considerable (59%). Las actividades grupales son escasas y principalmente orientadas a embarazadas (8%). La formación parece ser el resorte más importante para el inicio de estas actividades. Las diferencias interprovinciales son muy acusadas.

Conclusión: Es imprescindible una actividad institucional coordinada para la extensión y consolidación de este tipo de prácticas en los Centros de Salud Andaluces

Palabras clave: Tabaquismo, Atención Primaria, políticas de salud

Introducción

Las directrices recogidas en el Contrato-Programa 2001 de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud plantean la extensión y generalización de las actividades de prevención y tratamiento del tabaquismo a todos los Centros de Salud de Andalucía. En el apartado dedicado al Tabaco del Contrato-programa 2001 se recogen las siguientes prioridades:

B.3.1. Antes de diciembre de 2001 todos los centros de salud de la comunidad andaluza deben convertirse en «centros libres de humo».

B.3.2. Antes de octubre de 2001 se tomarán las medidas necesarias por parte del Servicio Andaluz de Salud para que en todos los centros de salud de atención primaria andaluces se desarrollen programas de intervención para deshabitación del hábito tabáquico.

Parece, pues, deseable que los distintos actores sociales implicados en este problema emprendan las acciones necesarias para que estos objetivos puedan cumplirse.

Hoy nadie tiene dudas sobre las graves consecuencias que fumar tiene para la salud. Este hábito, tan enraizado, implica problemas de morbilidad y mortalidad muy importantes (Peto et al., 1994). Fumar cigarrillos constituye en los países desarrollados la primera causa evitable de pérdida de salud y de muerte prematura (OMS, 1996). El tabaco es un factor causal en la aparición del cáncer de pulmón, de labio, de boca, de laringe, de vejiga, de páncreas, etc.; y de otros trastornos como la bronquitis crónica y el enfisema, la cardiopatía isquémica y la enfermedades circulatorias. También destaca el bajo peso al nacer y prematuridad de los hijos de mujeres fumadoras, y los efectos negativos en las personas que conviven con los fumadores (USDHHS, 1989). La epidemia del tabaquismo se cobra anualmente en España alrededor de 46.000 muertes, de las que un alto porcentaje corresponden a Andalucía (Becoña, 1998). Actualmente en Andalucía fuma el 31 % de la población, lo que representa

1.850.000 fumadores diarios (Junta de Andalucía, 1999).

A medida que la investigación continúa acumulando evidencias contra el tabaco, se hace cada vez más patente la necesidad de que los médicos de Atención Primaria tomen cartas en el asunto, tanto en su consulta como en su comunidad, para que los fumadores dejen de fumar y para que los jóvenes no empiecen nunca. Más allá del papel que tiene el médico en la promoción del «bienestar», existen muy buenas razones clínicas para que los médicos se concentren en el abandono del tabaco:

1.—El médico es probablemente la persona con contactos más frecuentes con los pacientes de alto riesgo que fuman. Dado que alrededor del 70% de todos los fumadores acuden por lo menos una vez al año a ver a su médico, cobra una gran relevancia que éste les proporcione consejos adecuados para que dejen de fumar y, de esta forma, ayudar a reducir la morbilidad y mortalidad asociada al consumo de tabaco. Su función modélica, como médico, es aquí muy importante, así como la de soporte y la educadora.

2.—El diagnóstico de patología primaria o secundaria a menudo se ve influido por la adicción a la nicotina y a los productos derivados del tabaco. Desde luego, si un paciente fuma, ello tiene sus consecuencias sobre el pronóstico y tratamiento de casi todas las enfermedades.

Por suerte, cada vez son más las personas que quieren dejar de fumar (Salvador, 1998), tanto por haber recibido información de las consecuencias del tabaco en la salud como por los efectos negativos en el organismo que sufre directamente cada fumador. El papel ejemplar del médico, en este aspecto, es fundamental. Cada visita es una ocasión de oro para que ese fumador que ven por cualquier enfermedad relacionada, directa o indirectamente con el tabaco, deje de fumar. Por tanto, la medida que sin ninguna duda es más sencilla, y que al mismo tiempo resulta más efectiva para que la gente deje de fumar, es el **consejo médico** (Becoña y Vázquez, 1998). Con un simple consejo, que oscila desde unos segundos a pocos minutos, por lo menos un 10% de los fumadores aconsejados estarán sin fumar un año más tarde. En estudios realizados en Galicia se demostró que tras un consejo médico breve el 14% de los fumadores no fumaban un año más tarde (Becoña, Louro, Montes y Varela, 1995). ¿Imagínese el resultado que tendría que en Andalucía todos los médicos a un tiempo aconsejase a sus pacientes que dejaran de fumar? Pues que dejarían de fumar por lo menos 100.000 fumadores.

No cabe duda pues del papel privilegiado y modélico que el médico como profesional de la salud tiene para contribuir a reducir el número de fumadores de nuestra población. La toma de conciencia y sensibilización por parte de los profesionales médicos sería el primer paso para la

acción y el resultado efectivo ante esta problemática. Pero este cambio de actitud no es suficiente, debe acompañarse de un entrenamiento específico del médico en las habilidades, recursos, modelos y tecnologías existentes para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Ahora bien, la intervención médica antitabaco aislada, o lo que es lo mismo, los esfuerzos de un puñado de médicos muy motivados pero que no cuentan con los recursos y la coordinación precisa, ha demostrado tener pobres resultados. Son necesarias estrategias amplias y consensuadas:

1.—Cuyas acciones estén coordinadas y fundamentadas en **un programa diseñado específicamente para el contexto en el que se desarrollará** (p. ej., atención primaria de salud),

2.—Que tengan en cuenta los modernos modelos teóricos sobre el abandono del tabaco y la evidencia empírica disponible,

3.—Que incluyan pautas de actuación claras, roles bien definidos para los distintos profesionales, protocolos de actuación fáciles de implementar y adaptados a la población objeto de intervención,

4.—Y, por supuesto, el suficiente apoyo institucional enmarcado en una Política de Salud explícita y consensuada.

La Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria ha venido realizando actividades en ese sentido desde hace años a través de un Grupo de Trabajo sobre el tabaquismo editando un manual en el año 1997. También existen iniciativas realizadas desde los Centros de Salud con un grado variable de profundidad e implantación. Nuestra experiencia en este ámbito es larga y ya ha obtenido sus frutos. Programas de formación de profesionales de Atención Primaria, programas de tratamiento del tabaquismo para usuarios y profesionales, desarrollo de protocolos específicos de intervención en consulta, grupos terapéuticos para dejar de fumar, son algunos de los servicios que se han prestado con éxito en distintos Centros de Salud de Andalucía.

Sin embargo carecemos de una visión de conjunto sobre estas actividades que permita no solo impulsarlas, sino facilitar su extensión y caminar hacia modelos de intervención desde Atención Primaria adaptados a nuestro contexto real de trabajo. La formulación explícita y clara por parte de la Consejería de Salud de una Política sobre el tabaquismo es una excelente oportunidad para que desde nuestro ámbito profesional y posibilidades nos unamos a esa iniciativa y avancemos en ese sentido.

Por tanto nuestra Sociedad en esta investigación se plantea los siguientes objetivos:

— Conocer el tipo de intervenciones antitabaco que se realizan y su grado de extensión en el conjunto de los Centros de Salud de Andalucía

— Establecer el punto de partida para evaluaciones posteriores sobre el impacto en las prácticas profesionales que tiene la Política sobre el tabaquismo que esta realizando la Consejería de Salud.

— Explorar inicialmente algunas hipótesis sobre las modificaciones de prácticas profesionales en este sentido (asociaciones con tabaquismo de los profesionales, otras prácticas de promoción de salud, formación, estructura organizativa etc.) que permitan sugerir estrategias para la implantación de programas antitabaco en los Centros de Salud de Andalucía.

Sujetos y métodos

Por su diseño esta investigación es de carácter transversal y descriptivo, siendo la unidad de estudio el Centro de Salud a través de una muestra representativa del total de Andalucía. Esta muestra consta de 101 centros extraída a través de un muestreo aleatorio sistemático del total de Centros de Salud que en la fecha de la realización del cuestionario (del 9 al 20 de abril de 2001) se encontraban funcionando según listado facilitado por la Consejería de Salud (301).

El tamaño de 101 Centros de Salud fue obtenido para estimar el porcentaje de presentación de una característica en un Centro con una precisión del 10% en el peor de los casos de que ese porcentaje fuera del 50%. ($p=0.5$, $q=0.5$).

Se decidió incluir en el cuestionario un conjunto de variables que reflejan las distintas prácticas profesionales en relación con el problema del tabaquismo. Estas variables se refieren al tratamiento en población general (individual en consulta y grupal), en grupos de riesgo específicos (embarazadas, patologías crónicas, sanitarios) y a la prevención y promoción de la salud (en la Escuela, en la Comunidad, en el Centro de Salud). La construcción de estas variables permite diferenciar a los Centros en función de su grado de «excelencia». Esta claro que el consejo sistemático (intervención mínima) tiene un valor superior que el no protocolizado y que el número de sanitarios que lo practican también es definitorio. Por otra parte la realización de grupos de tratamiento supone un paso hacia delante en el abordaje del tabaquismo.

La consolidación de las prácticas profesionales a nivel organizativo se intenta medir con la formulación de objetivos anuales en esta materia. Se han incluido también otras variables que nos permitan formular hipótesis sobre el por qué del panorama que nos dibujan las primeras. El hábito tabáquico de los propios profesionales, la formación en este tema y su actitud hacia la participación en grupos de tratamiento si son fumadores, han sido escogidas por que de sus valores se desprenden inmediatamente actuaciones de mejora de la situación. La consideración de este programa como de «promoción de salud» en su enfoque y desarrollo nos impulsa a comprobar (en unos tiempos difíciles para esta) la asociación del abordaje del tabaquismo con otros programas de similares características.

Por último se han escogido dos variables para trazar un panorama sobre las posibilidades que depara el futuro del tratamiento de este problema en Atención Primaria

El método usado para la recogida de la información ha sido el cuestionario a informantes clave por vía telefónica realizado por personal especializado. El 60% de los informantes eran directores del Centro de Salud, el 38 % adjuntos de enfermería y el 2% responsables del programa.

El análisis estadístico consiste en una descriptiva básica de las variables (frecuencias en las discretas, medias en las continuas) con sus intervalos de confianza y el test de Chi cuadrado para los análisis bivariantes realizados. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Los resultados se presentarán haciendo una descripción general de la situación de los Centros de Salud en Andalucía y posteriormente a través de cruces de determinadas variables sugerir algunas hipótesis que intenten explicar la situación actual y orienten en los caminos futuros a seguir.

Descriptiva

En la tabla 1 aparecen los resultados de las variables estudiadas.

El 32% de los Centros de Salud encuestados tienen objetivos anuales de prevención o asistencia en relación con el problema del tabaquismo. Solamente dos Centros de Salud (2%) cuentan con estructuras organizativas específicas (responsable de programa).

Si repasamos el tipo de actividades realizadas comprobamos que el abordaje comunitario tipo campaña informativa es muy frecuente (72%) aunque las actividades en colaboración con asociaciones ciudadanas en este campo sea escasa (12%).

El consejo sistemático y protocolizado en consulta a los fumadores (intervención mínima) se realiza en el 59% de los Centros de Salud. En estos Centros la media de profesionales que lo realizan de forma habitual en su consulta es de 13. Este resultado es coherente con el de que en el 41% de los Centros ningún profesional realiza esta actividad. Las cifras se incrementan cuando nos referimos a algún tipo de consejo aunque este no sea protocolizado y responda a un plan previsto (79% con una media de 15 profesionales por centro que lo realiza).

Solamente 9 Centros de Salud (9%) utilizan grupos terapéuticos para el tratamiento del tabaquismo.

El abordaje de poblaciones específicas se analiza a través de las actividades antitabaco del programa escolar, programa de embarazo, grupos de riesgo (EPOC, diabetes, vasculopatías periféricas, toxicómanos y alcohólicos) y dirigidas a sanitarios.

En la Escuela el 42% de los Centros realizan algún tipo de actividad preventiva aunque solamente el 11% trabaja a través del profesorado (actividades de formación). Muy pocos (8%) hacen tratamiento del tabaquismo en las embarazadas y solamente 3 (3%) se han planteado el abordaje de grupos de riesgo. En el 8% de los Centros existen actividades para que el personal sanitario deje de fumar aunque apenas el 6% de los Centros de Salud están «libres del humo de tabaco» (no hay ningún médico/ o que fume en el 6% de los Centros, ninguna enfermera/ o en el 3% y ningún personal no sanitario en el 4%). La media de médicos fumadores en los Centros es de 4, lo

TABLA 1
DESCRIPTIVA GENERAL

VARIABLE	VALORES	N	%	IC 95%
Objetivos anuales	<i>Sí</i>	N= 32	31,68%	41-22
Actividades en la escuela	<i>No</i>	N= 50	49,50%	59-38
Formación de profesores	<i>No</i>	N= 85	84,16%	91-70
Actividades con asociaciones vecinales	<i>No</i>	N= 88	87,13%	94-80
Cumplimiento de la normativa de tabaco	<i>Sí</i>	N= 98	97,03%	100-93
Campañas informativas dirigidas a la población general	<i>No</i>	N= 26	25,74%	34-17
Realización de consejo de abandono dentro de una intervención mínima	<i>Sí</i>	N= 60	59,41%	69-50
Realización de consejo de abandono a fumadores de forma no sistemática	<i>Sí</i>	N= 80	79,21%	100-54
	<i>Media de sanitarios:</i>	11,34		
Grupos terapéuticos para dejar de fumar	<i>Sí</i>	N= 9	8,91%	14-3
Programa de tratamiento para embarazadas	<i>Sí</i>	N= 8	7,92%	13-3
Programa de tratamiento para otras poblaciones de riesgo 1	<i>Sí</i>	N= 3	2,97%	6-0.3
Programa de tratamiento para otras poblaciones de riesgo 2	<i>Sí</i>	N= 2	1,98%	5-0.7
Actividades para que el personal sanitario deje de fumar	<i>Sí</i>	N= 8	7,92%	13-3
Actividades de formación del personal sanitario	<i>No</i>	N= 55	54,46%	64-44
Actividades antitabaco en proyecto	<i>Sí</i>	N= 34	33,66%	43-24
Acogida de los profesionales de una nueva actividad antitabaco	Muy favorable	N= 13	12,87%	19-6
	Favorable	N= 79	78,22%	86-70
	Indiferente	N= 6	5,94%	10-1
	Poco favorable	N= 3	2,97%	6-0
Fumadores habituales: Médicos	Fuman	N= 92	91,09%	96-85
	<i>Media fumadores</i>	4.16		
Fumadores habituales: Personal de enfermería	Fuman	N= 95	94,06%	99-87
	<i>Media fumadores</i>	4.17		
Fumadores habituales: Personal no sanitario	Fuman	N= 90	89,11%	96-85
	<i>Media fumadores</i>	3.24		
Disposición para dejar de fumar: Médicos	<i>Sí</i>	N= 40	39,60%	49-30
Disposición para dejar de fumar: Personal de enfermería	<i>Sí</i>	N= 56	55,45%	65-48
Disposición para dejar de fumar: Personal no sanitario	<i>Sí</i>	N= 39	38,61%	48-29
Programas de promoción de salud	<i>Sí</i>	N= 98	97,03%	100-93
Tipo de Centro	Urbano	N= 40	39,60%	49-30

mismo que las enfermeras, bajando a 3 para el personal no sanitario. Estas cifras contrastan con la buena disposición de algunos médicos para dejar de fumar (en el 40% de los Centros harían grupos) que es incluso mejor para el personal de enfermería (55%).

Mayoritariamente (97%) en los Centros se cumple la normativa legal sobre el tabaco.

En el aspecto de formación de los profesionales el 28% de los Centros realizan actividades de este tipo y el 18% las han realizado en el pasado. Resalta que el 54% no hallan dedicado nunca un espacio para la formación en este problema de salud.

El futuro se revela prometedor: el 34% de los Centros se plantean la realización de nuevas actividades a corto pla-

zo, siendo capaces de enumerarlas y precisar su contenido. Hay tendencias en este campo que merece la pena resaltar. La primera es que muchas de las nuevas actividades consisten en la elaboración de programas y protocolos, es decir la formalización de algo que se viene haciendo en la actualidad, estas medidas organizativas llegan a concretarse en dos casos en la creación de unidades específicas (consulta de EPOC, unidad antitabaco). La segunda es la aparición con fuerza de las actividades dirigidas a grupos específicos (embarazadas, escuela, crónicos) y terapias grupales. La tercera es el peso que aun tiene «la charla» en las actividades antitabaco. Por ultimo se observa un interesante fenómeno de «arrastre» de forma que el contacto con centros «de buena practica» induce a otros a copiar y adaptar sus pautas de trabajo.

Este panorama se complementa con la previsible acogida

en los Centros de las nuevas actividades. En el 91% de los casos sería muy favorable o favorable, siendo poco favorable solamente en el 3% de los mismos.

Por ultimo esta descripción de la situación en Andalucía se completa constatando las importantes diferencias que hay ente las distintas provincias (tabla 2). Los Centros de Salud de Cádiz son, con mucho, los de mayor implantación y mayor abanico de actividades, en Córdoba la actividad protocolizada en consulta y la formulación de objetivos anuales de tratamiento es muy elevada, posible reflejo de la extensión de los programas de actividades preventivas y de promoción de salud de la Semfyc (PA-PPS). Málaga se mantiene por encima de la media y en sus actividades tiene un peso importante lo grupal. El mayor esfuerzo de cambio debería hacerse en la provincia de Huelva.

TABLA 2
DISTRIBUCIONES PROVINCIALES

Provincia	Objetivos anuales		Actividades en la escuela		Grupos terapéuticos dejar fumar		Tratamiento para embarazadas		Intervención mínima	
Almería	N=2	22,22%	N=2	22,22%	N=0	0%	N=1	11,11%	N=4	44,44% Media=4,78
Cádiz	N=7	50%	N=9	64,29%	N=6	42,85%	N=2	14,29%	N=11	78,57% Media=9,71
Córdoba	N=6	60%	N=3	30%	N=0	0%	N=0	0%	N=7	70% Media=8,5
Granada	N=3	21,43%	N=8	57,14%	N=0	0%	N=1	7,14%	N=8	57,14% Media=9,5
Huelva	N=0	0%	N=2	33,33%	N=0	0%	N=1	16,67%	N=1	16,67% Media=4,67
Jaén	N=4	40%	N=4	40%	N=0	0%	N=0	0%	N=6	60% Media=6
Málaga	N=6	37,5%	N=10	62,5%	N=2	12,5%	N=2	12,5%	N=10	62,5% Media=7,44
Sevilla	N=4	18,18%	N=4	18,18%	N=1	4,55%	N=1	4,55%	N=13	59,10% Media=7,77
TOTAL	N=32	31,68%	N=42	41,58%	N=9	8,91%	N=8	7,92%	N=60	59,41% Media=7,67

Análisis bivalente

La estrategia del análisis buscaba encontrar hipótesis que expliquen la variabilidad del grado de excelencia en el abordaje del problema en los Centros de Salud, de la penetración del programa en la organización y de las perspectivas de futuro.

Para ello intentamos definir, en base al perfil de actividades antitabaco de cada Centro de Salud, una gradación de la excelencia en cuyo extremo superior se encuentran los Centros de Salud que realizan actividades grupales antitabaco y donde el consejo mínimo sistemático y protocolizado es practicado por un numero de sanitarios superior a la media de Andalucía.

Se consideraron variables especialmente influyentes, la formación de los profesionales, las actitudes hacia la promoción de salud en general (medida por la puesta en marcha de programas específicos de cada Centro) y la

prevalencia de tabaquismo (se construye la variable Centros sin humo que clasifica a los Centros de Salud dependiendo de si hay alguna categoría de profesionales sanitarios que no fume en su totalidad). El deseo de dejarlo participando en cursos en cada Centro de Salud en Centros con muchos fumadores es una construcción que nos permite valorar la actitud de los profesionales frente al tabaco.

Por ultimo las perspectivas de futuro (nuevas actividades, actitud ante ellas) se valoran en relación a las actividades presentes, en un intento de confirmar el aforismo «el éxito atrae el éxito».

En la tabla 3 aparecen el conjunto de variables que dieron asociaciones estadísticamente significativas en el análisis con el estadístico Chi cuadrado.

Este análisis exploratorio sugiere hipótesis interesantes:

— Las únicas practicas profesionales que tienen relación

TABLA 3
ASOCIACIONES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE 1	VARIABLE 2	P NIVEL DE SIGNIFICACION
Numero de sanitarios que hacen intervención mínima sistematizada	Actividades grupales	0.031
Objetivos anuales antitabaco	Centro sin humo	0.018
Objetivos anuales antitabaco	Numero de sanitarios que hacen intervención mínima sistematizada	0.000
Formación de sanitarios	Numero de sanitarios que hacen intervención mínima sistematizada	0.003
Formación de sanitarios	Intervención antitabaco en la Escuela	0.008
Formación de sanitarios	Formación de profesores	0.009
Formación de sanitarios	Actividades grupales	0.000
Formación de sanitarios	Provincia	0.005

entre si son la intervención mínima y las actividades grupales, parecerían pues agruparse en dos bloques sin relación entre si, el tratamiento individual y grupal y las «campañas».

— Esta hipótesis cobra mas fuerza cuando se analizan las variables que se asocian con las practicas. La formación, los objetivos anuales, las actitudes generales hacia la promoción de salud, el tabaquismo de los profesionales y el ámbito rural o urbano se asocian con el tratamiento individual y no con el tipo de actividades comunitarias.

— La penetración de estas actividades en la organización (formulación de objetivos anuales) depende de una masa critica suficiente tanto de no fumadores como de profesionales que realizan intervenciones mínimas en consulta.

— La formación aparece como el instrumento clave relacionado con la incorporación de los profesionales a estas tareas. Todas, salvo las campañas generales dirigidas a la población, están asociadas estadísticamente con ella. Las diferencias de actividades formativas entre provincias podría explicar las distinta situación en Andalucía.

— La asociación entre iniciativas generales de promoción de salud y el consejo mínimo muestra el ámbito donde los profesionales colocan al tratamiento del tabaquismo y refuerza la creencia de que los Centros orientados a la Promoción de Salud tienen mas facilidad para asumir este tipo de practicas, como lo demuestra la asociación encontrada entre la promoción de salud y la acogida de nuevas actividades.

— Hay una asociación clara entre el numero de profesionales que no fuman y las intervenciones antitabaco. Esta asociación se hace inversa en el caso de los enfermeros sin que podamos aventurar ninguna explicación.

— Por ultimo llama mucho la atención (y da pie a reflexiones sobre la forma en que se incorporan nuevos servicios al SAS) la asociación inversa entre el numero de profesionales que hacen intervención mínima y la acogida de nuevas actividades: cuanto mayor es el numero de profesionales que realizan esta practica mas reacios son a incorporar nuevas tareas.

Discusión y recomendaciones

Del total de Centros de la muestra solamente tres rechazaron contestar el cuestionario siendo sustituidos por los siguientes (de la misma provincia) en el listado ordenado de los Centros de Atención Primaria que nos facilitó La Consejería de Salud.

Somos conscientes de que el cuestionario realizado al Director o el Adjunto de enfermería puede introducir algún sesgo en el sentido de magnificar las actividades realizadas y el número de profesionales implicados en ellas, sin embargo el hecho de que sea una Sociedad profesional conocida en los Centros (y no la Administración) creemos que reduce este tipo de problema. En cualquier caso este hecho no invalida las cifras si estas son consideradas como línea de partida para evaluaciones posteriores de los cambios.

El panorama que dibujan los datos es claro y alentador. Aunque las actividades más realizadas son las tipo «Campaña» (73%) de utilidad muy escasa según la bibliografía (Becoña; Vazquez 1998), el consejo médico protocolizado (intervención mínima) tiene una importante penetración en los Centros de Salud (59%) y una traducción considerable en términos administrativos de objetivos anuales (32%). El análisis bivariante pone de manifiesto la disociación de los dos tipos de actividades. Dada su efectividad en términos de abandono del tabaquismo (Becoña; Louro; Montes; Varela 1995) parece claro que el camino que nos marca sería su extensión a todos los Centros y profesionales, la distribución oportuna y adecuada del material educativo de la Consejería y la creación de un soporte informativo que permita la evaluación de su calidad.

Considerando positivo el hecho de que 32% de los Centros formulen objetivos anuales, parece claro que es necesario una implicación más activa de la Administración de los Distritos de Atención Primaria a la hora de incluir objetivos antitabaco en los Contratos-Programa de los distintos Centros de Salud para que estos pasen a ser «trabajo reconocido» oficialmente y no el producto del voluntarismo de un puñado de profesionales. La importancia de la «masa crítica», puesta de manifiesto en el análisis bivariante, sugiere la necesidad de formular una estrategia de implantación de «abajo-arriba» que comience por actividades de motivación y formación y donde la incorporación del tratamiento del tabaquismo al Plan del Centro fuese más un producto que un prerrequisito.

La actividad terapéutica grupal es escasa en Andalucía, tanto la dirigida a población general (9%) como a grupos de riesgo (8% a embarazadas, 3% grupos de riesgo).

La experiencia consolidada en algunos Centros de Salud (Centro San Andrés-Torcal 2001) apunta sobre el valor de esta modalidad de tratamiento. No solo presentan eleva-

das tasas de abandono (hasta el 40% al año de finalizado el tratamiento siguiendo el programa adoptado por la Junta de Andalucía de E. Becoña) sino que tornan más eficiente el uso de los recursos de los profesionales. Además está comprobado que la realización de grupos terapéuticos en los Centros de Salud ordena e impulsa el resto de modalidades de tratamiento y facilita la consolidación administrativa del programa antitabaco, como también pone de manifiesto la asociación entre las actividades grupales y el número de sanitarios que practican el consejo mínimo.

Sería pues deseable la extensión la modalidad grupal de tratamiento del tabaquismo al mayor número posible de Centros. Sin embargo, esta recomendación es más difícil de llevar a cabo que las, ya que estamos hablando de un tratamiento especializado (y costoso en términos de tiempo) basado en técnicas cognitivo-conductuales que requiere formación específica y probablemente investigación aplicada para decidir cuál es el formato ideal para el contexto de la Atención Primaria.

Tenemos que recordar que el 54% de los Centros no ha realizado ni realiza actividades de formación en este campo, cuando la asociación entre formación y acción en actividades de tratamiento y prevención aparece muy clara en el estudio.

La encuesta detecta aquí una clara laguna y orienta hacia el desarrollo de una estrategia de educación continuada de los profesionales. En esta fase de desarrollo la formación en tratamiento del tabaquismo no debe ser indiscriminada (la totalidad de los Centros y en la totalidad de las técnicas) sino orientada en dos líneas: la primera a los que ya desarrollan actividades en este campo y dirigida a la formación para la puesta en marcha de modalidades grupales de tratamiento, la segunda dirigida a los Centros que en la actualidad no han iniciado este tipo de actividades y más orientada a la motivación y la capacitación en consejo mínimo. También podría ser de interés impulsar proyectos de investigación aplicada para determinar el formato más coste/efectivo de tratamiento grupal del tabaquismo en Atención Primaria.

Consideración aparte merece el tema del tratamiento del tabaquismo en el embarazo, el impacto de esta actividad en términos de Salud Pública es muy elevado (el riesgo atribuible del tabaquismo en la prematuridad y el bajo peso al nacer en Andalucía es del 9% (Aranda 1997)) y el colectivo de matronas de Atención Primaria en Andalucía viene realizando actividades de educación sanitaria grupal desde el inicio del Programa Maternal. La inclusión de actividades antitabaco en el Programa de Salud Maternal a través del colectivo de matronas de Atención Primaria es viable a muy corto plazo si la Administración lo toma como una prioridad.

Aparte de la estrategia de formación e investigación apuntada mas arriba los resultados de la encuesta sugieren que el tratamiento del tabaquismo en los propios profesionales sanitarios que fuman tendría un gran impacto no solamente en su salud sino en la de sus pacientes. Solamente el 3% de los Centros de Salud son centros libres de humo (no fuman ningún medico ni ninguna enfermera). Pero la asociación entre este tipo de Centros y las actividades anti-tabaco son claras, además hasta el 55% de los Centros «adictos» estarían dispuestos a entrar en grupos terapéuticos para dejar de fumar. Estos grupos funcionarían como docentes de forma que los participantes en ellos se capacitarían simultáneamente en esta técnica.

Por ultimo las diferencias que la encuesta pone de manifiesto entre provincias dicen que Cádiz es un ejemplo de excelencia y buena practica. Tendremos que aprender de ellos y difundir sus resultados, especialmente para ayudar a Huelva que es la mas rezagada. La Administración tendría que reconsiderar sus desiguales políticas de formación continuada en este campo entre las distintas provincias.

Si el presente es halagüeño, el futuro es prometedor. Que el 34% de los Centros de Salud tengan en proyecto nuevas actividades en este campo y que la acogida esperada de estas sea en un 91% favorable o muy favorable es una buena noticia. Especialmente en estos tiempos duros donde la presión asistencial se combina con una cultura predominante (por parte de los profesionales y la Administración) donde la promoción de salud queda relegada al margen y a la actividad «voluntaria» de algunos profesionales comprometidos con ella. Pero como decíamos en la introducción sin una coordinación adecuada y un apoyo institucional decidido estas iniciativas espontaneas de los profesionales pueden llevar a la frustración y el desencanto.

Los Centros de Salud lo son si están orientados hacia la Promoción de Salud, si no tendremos «Ambulatorios de lujo». Como Sociedad profesional estamos dispuestos a asumir nuestra responsabilidad y trabajar codo con codo con la Administración en ese sentido.

Agradecimientos

Este informe es producto de la necesidad de información detectada en una reunión de la Comisión sobre el Tabaquismo de la Consejería de Salud y se ha podido realizar gracias a la financiación del proyecto por la SAMFYC y a la colaboración de la Delegación de Salud de Málaga que cedió sus instalaciones para realizar los cuestionarios

Bibliografía

- Aranda JM. *Indices de riesgo obstétrico para Andalucía*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, 1997
- Becoña E. *Tabaquismo en España*. Madrid: CNPT; 1998.
- Becoña E, Louro A, Montes A, Varela, M. *Ayudando a mis pacientes a dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicos Sociais; 1995.
- Becoña E, Vázquez FL. *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson; 1998.
- Centro de Salud San Andres-Torcal (2001) *Memoria de actividades del año 2001*. Distrito Sanitario Málaga.
- Junta de Andalucía. *Los andaluces ante las drogas*. Sevilla: Junta de Andalucía. Comisionado para la droga; 1999.
- Junta de Andalucía (2000). *Contrato-Programa 2001 de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. *The tobacco epidemic: A global public Health emergency*. Ginebra: OMS; 1996.
- Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from smoking in developed countries 1995-2000*. Oxford, RU: Oxford University Press; 1994.
- Salvador T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. En: Becoña E (ed), *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa Ediciones; 1998. p.153-173.
- USDHHS. *The health consequences of smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1989.

CARTAS AL DIRECTOR

El visitador médico contesta

Sr. Director:

En el número 2 del volumen 2 publicado el pasado mes de junio aparecía en la sección «Espacio del Usuario» de esa revista un artículo firmado por el Sr. Sánchez R., responsable de comunicación de FACUA, bajo el título: *¿Qué poder ejercen los laboratorios sobre las recetas?* Después de haber leído con detenimiento dicho trabajo y con la autoridad que creo me conceden mis 37 años de vida profesional al servicio de la divulgación y promoción del medicamento, me gustaría hacer algunas consideraciones sobre los conceptos vertidos en el artículo antes aludido.

Para empezar quisiera hacer unas someras consideraciones históricas sobre mi profesión. Para ello debo comenzar diciendo que, ya en los tiempos de la antigua Grecia existían unos ciudadanos que no eran reconocidos como médicos pero que hacían publicidad y vendían por las calles sustancias, hierbas y otros remedios para curar las enfermedades. Así los *migmatopolos* eran vendedores de medicamentos en lugares fijos y, los *pharmakopolos* que lo hacían de forma itinerante viajando de un mercado a otro. Pero remontémonos a una historia más reciente: los inicios de la edad moderna. A mediados del siglo XVI, aparecen en Centro Europa los primeros «orvietanes», llamados así porque procedían de la villa italiana de Orvieto, los cuales en sus carromatos vendían sus famosas «triacas» que casi todo lo curaban. Hemos de reconocer que estos individuos no eran otra cosa más que charlatanes. El más afamado de todos ellos fue Bartolomé Chiaras, el cual fabricó la denominada «Gran Triaca», un compuesto que contenía todas las sustancias medicinales entonces conocidas (creo que alrededor de setenta) que, mezcladas, al llevar de todo, teóricamente todo lo curaba. Y allá que se lanza con su carromato por media Europa consiguiendo muy buenos logros económicos. Nuestro hombre llegó a imprimir un folleto denominado *Tratado de la Triaca*, que puede considerarse como la primera literatura publicitaria de un medicamento en la Edad Moderna.

Pasaron tres siglos, y ya avanzado el XIX, la industria farmacéutica comienza a investigar y a aportar grandes e importantes innovaciones con las que luchar contra la muerte y mitigar el dolor y la enfermedad de una humanidad azotada por pestes y epidemias. Con el avance de

la industrialización, aquellos laboratorios farmacéuticos van teniendo necesidad de disponer de personal cuya misión sea la de dar a conocer a todos los médicos sus logros y avances, y aunque ya en los años veinte de la última centuria podemos encontrar anuncios en la prensa de laboratorios importantes, comunicando que su representante permanecería determinados días en un céntrico hotel de la ciudad a disposición de la clase médica de 12 a 2 de la mañana y de 5 a 8 de la tarde, yo personalmente alcancé a conocer algunos viejos representantes de farmacia que me contaban cómo, a lomos de caballerías, se recorrían cada primavera y verano todos los pueblos de las serranías de Cádiz y Málaga informando a los médicos rurales de las novedades terapéuticas. También llegué a conocer otro que en sus años mozos viajaba por aquella misma época a las plazas del protectorado Español de Marruecos, podemos imaginar en que condiciones. Estos beneméritos profesionales fueron durante décadas el único y exclusivo contacto que, en aquellos tiempos, el médico tenía con los avances de la terapéutica.

Pero los tiempos cambiaron y aquellas pequeñas industrias elaboradoras de medicamentos, algunas en reboticas de farmacias, se fueron convirtiendo en importantes compañías. Posteriormente, la investigación cada vez más sofisticada y costosa las hizo unirse para aunar esfuerzos y así poder operar en el ámbito internacional. Una vez superada la crisis de las dos guerras mundiales, los países del mundo occidental, entre ellos el nuestro, fueron saliendo de la pobreza y se hicieron prósperos. Y así se fueron cerrando aquellos viejos hospitales dependientes de la caridad o de los ayuntamientos para transformarse en modernos centros hospitalarios con la tecnología más avanzada. También aquellos tercermundistas consultorios y centros rurales de higiene se convirtieron en Ambulatorios y luego en Centros de Salud. Sus médicos, otrora esclavos de su profesión y con 24 horas de servicio cada día, pasaron a denominarse «médicos de familia» con jornada laboral de 40 horas semanales y, toda la ciudadanía sin excepción tuvo acceso gratuito a los servicios sanitarios.

En estas circunstancias el visitador médico que hasta finales de los sesenta iba por esos caminos de Dios (yo entre ellos) sin sueldo ni seguridad social, cobrando si vendía, durmiendo en pensiones de «malamuerte», via-

Nota del Consejo de Redacción: La carta aludida expresa las opiniones de su autor y de la organización que representa, expuesta en el apartado correspondiente de la revista: *El espacio del Usuario*, así como esta carta representa la opinión de quien la firma.

jando a bordo de viejos autobuses, en vetustas motocicletas o, en el caso de algunos privilegiados, en un seiscientos cargado de literaturas y muestras gratuitas, estas últimas destinadas a paliar la necesidad de miles de enfermos que no tenían recursos ni seguro de enfermedad. En esos años, seguíamos siendo los visitantes médicos o representantes de laboratorios el único eslabón que unía al médico con la investigación farmacéutica; era una época en la que la administración los tenía olvidados. Con el paso de los años y ya en nuestros tiempos, el visitador, afortunadamente, se convirtió en un profesional con titulación superior, experto en marketing, informática y otras técnicas de ventas. Obligatoriamente había que estar a la altura de los nuevos tiempos y de los nuevos profesionales de la medicina. Pero nuestro papel sigue y seguirá siendo el mismo: el de nexo de unión entre la investigación farmacéutica mundial y el clínico que aplica ésta a los pacientes que lo necesitan.

Hoy somos en España alrededor de veinte mil los profesionales que nos dedicamos a la labor de promoción, información y venta de productos farmacéuticos. Veinte mil personas que desarrollan un trabajo digno y honrado al servicio de la medicina y de la sociedad. Que con nuestra dedicación no sólo mantenemos informado y actualizado al médico en los diversos aspectos de la terapéutica, sino que por añadidura, nuestra gestión comercial hace que se mantengan decenas de miles de puestos de trabajo directos e indirectos. Científicos, administrativos, técnicos, obreros, transportistas, industria litográfica, del envase, distribución, farmacias, mayoristas etc. etc. ¿Quién es capaz de negar el elevado montante económico que todos estos miles de trabajadores de la industria farmacéutica aportan con sus impuestos y cotizaciones a la Seguridad Social para su financiación? Pero sobre todo nunca se deberá olvidar que de cada mil pesetas que factura un laboratorio farmacéutico, trescientas revierte en investigación y desarrollo de nuevos y mejores medicamentos. A veces tengo la impresión de que algunos quisieran volver a los tiempos, (que también alcancé a conocer cuando niño) en los que aquellos que podían, iban a Gibraltar o Tánger para traer de contrabando y a precio de oro la penicilina, la estreptomina y las insulinas, vitales para salvar la vida de algún familiar.

Por lo que al visitador médico respecta, insisto, son más de veinte mil las familias que dependen de nuestro honrado trabajo. Pese a ello, algunas personas como la que escribe el artículo objeto de estas líneas, y también algunos gestores de nuestra sanidad, parece que darían cualquier cosa por poder borrarlos del mapa. Parece que el derecho al trabajo y a ejercer una profesión sólo lo debería poseer algunos.

En totalmente injusto que se nos acuse de ser los responsables de incrementar el gasto farmacéutico. Flaco favor

al médico que, al parecer, según estas afirmaciones, no debe tener ni idea de su profesión y se deja guiar, sin criterio propio, por aquello que nosotros le digamos ¡qué barbaridad! Es lo mismo que si a algún inteligente se le ocurriese prohibir los anuncios en televisión o prensa para limitar el consumo de las familias españolas. Claro que afortunadamente nos ha tocado vivir en un país libre, de libre mercado, en democracia y, además, pertenecemos a ese sueño (para los que hemos vivido otros tiempos de marginación y pobreza) como es la Unión Europea. Claro que a lo mejor algunos piensan que sería mejor cambiarlo para instaurar su utópico y particular «mundo feliz».

También se nos acusa de hacer perder al médico no sé cuanto tiempo al día para atendernos. En mi larga vida profesional jamás me encontré en la situación de que un médico parara una consulta para atendernos. Quien conozca bien nuestra labor sabe que ella se realiza en esos ratos muertos en los que el facultativo no tiene ningún paciente esperando, o bien al terminar la consulta y, en no pocas ocasiones éste sacrifica diez minutos de su media hora de café para atendernos. Puedo asegurar que ni un solo minuto es abandonada o retrasada la atención al paciente por nuestra causa. Sostener esto no responde a la realidad, pero además, cuantificarlo, dice muy poco a favor de la buena fe de quien lo afirma.

Otra acusación y esta la más grave, es la de utilizar sobornos, regalos y favores a cambio de recetas. Que poca consideración hace falta tener para creer que el clínico antepone estos beneficios a los estrictamente terapéuticos. Y no quiero decir que no existan corruptelas ¿en qué estamento no las hay? Las hay en política, en las finanzas, en el comercio, en la administración, en los medios de comunicación, en las ONGs y hasta en gentes relacionadas con algo tan espiritual como es la religión, lo vemos a diario en la prensa; pero generalizar es una ignominia. Quien sepa de algún caso concreto, su obligación es denunciarlo. Puedo asegurar que la inmensa mayoría de nuestro colectivo y de nuestras empresas se atienen estrictamente a Ley del Medicamento y a las directivas de la Unión Europea en este sentido, las cuales sancionan tanto al laboratorio como al facultativo, pero insisto: hay excepciones que confirman la regla. Éstas son las que hay que demostrar y perseguir. No nos metan a todos en el mismo saco, es total y absolutamente injusto.

También se dice que damos una información mediatizada de nuestros productos a la clase médica. Y por ello es obligado decir que, toda la información que facilitamos está basada en estudios científicos muy serios y aprobados por las autoridades sanitarias de los distintos países donde se realizan. Aunque si bien es lógico que los más difundidos sean los que ponen de manifiesto las ventajas de un determinado producto frente a otro de la competencia. Y es lógico, ¿alguien puede pretender vender un pro-

ducto sobre la base de manifestar desventajas sobre otro existente? Es regla elemental que se deben destacar los puntos fuertes de aquello que se pretenda vender; pero lo seguro es que ningún profesional de la visita médica, absolutamente ninguno, oculta al médico algo tan importante como son las contraindicaciones, incompatibilidades, interacciones o precauciones especiales. Por añadidura, y por si alguien no lo sabe, todos llevamos en nuestra cartera unos impresos para comunicar obligatoria y urgentemente al departamento médico correspondiente el más mínimo efecto indeseable que el clínico nos comunique y, que pueda ser achacado aun que sea remotamente a nuestro producto. Y ahora pregunto: ¿no es información mediatizada aquella que viniendo de la administración sanitaria se basa exclusivamente en criterios economicistas?

En cuanto a los Congresos Médicos, he de admitir que no se celebra en la actualidad ni uno sólo que no sea financiado casi en su totalidad por laboratorios: Actividades científicas, lúdicas, inscripciones, desplazamientos, alojamientos etc. Hoy día no podrían celebrarse sin este concurso, que de no existir, serían los propios centros de salud y hospitales los que tendrían que sufragar los gastos de uno o varios de sus médicos para que a su regreso informaran a sus compañeros, al igual que

hacen otros sectores de la economía con sus técnicos ¿O preferiría la administración con tal de no gastar dinero que estuviesen al margen de los avances científicos, aislados y sin contacto con colegas de otras lugares? Y por último, que nadie olvide el casi medio billón de pesetas que la industria farmacéutica española aportará en los próximos tres años a la Sanidad Nacional para desarrollo e investigación.

Por razones lógicas de la edad no me quedan muchos años en activo, pero aunque algunos quieran menospreciar mi labor y la de mis compañeros, debo manifestar mi gran satisfacción por haber podido dedicar mi larga vida profesional a la divulgación y venta de especialidades farmacéuticas. Pero por encima de todo, me siento orgulloso de haber podido ser útil a la sociedad y a clase médica a la cual admiro con absoluta veneración. Tras de mí vienen muchos y competentes compañeros de ambos sexos. Jóvenes universitarios licenciados en medicina, ciencias químicas, biológicas, farmacia, veterinaria, empresariales etc. que estoy seguro perpetuarán mi oficio pese a tanta incomprensión y medias verdades.

ANTONIO MARISCAL TRUJILLO
Miembro fundador de la Asociación Profesional de Visitadores Médicos de Cádiz y decano de la misma.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de abril a 30 de junio 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 abril de 2001 a 30 de junio 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
- (GPC) Guía de Práctica Clínica

INTERÉS:

- Alto: I
- Muy alto: II
- Imprescindible: III

ÁREAS DE INTERÉS

MEDICINA DE FAMILIA/ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Incluye: APS_bases conceptuales, medicina de familia_profesión, ejercicio profesional, enfermería, trabajo social, trabajo en equipo, relaciones interniveles, psicología, sociología, antropología.

Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:131-134. [M,III]

Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:174-177. [T,I]

Kroenke K. Studying symptoms: sampling and measurement issues. *Ann Intern Med* 2001;134: 844-853. [R, I]

Fuertes Goñi C, Loayssa Lara JR, Pérez Etxarri JM, Urrutia Sanzberro J, Artetxe Andrés M. Derivación a endocrinología por patología tiroidea. Calidad y justificación. *Aten Primaria* 2001; 27:489-497 [T,I]

Mancera Romero J, Muñoz Cobos F, Paniagua Gómez F, Fernández Lozano C, Fernández Tapia ML, Blanca Barba FJ. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria* 2001;27:658-663 [T,I]

Ortún-Rubio V, Pinto-Prades JL, Puig-Junoy J. El establecimiento de prioridades (ABC en evaluación económica). *Aten Primaria* 2001;27:673-677 [R,II]

Ruiz Téllez A. La flexibilización de la consulta en los picos de demanda (Editorial). *Aten Primaria* 2001;28:1-4 [AO,I]

Paterson JM, Allega RL, Shen PE. Role of family physicians in hospitals. Did it change between 1977 and 1997? *Can Fam Physician* 2001; 47: 971-980. [T,I]

Stevens R. The Americanization of Family Medicine: Contradictions, Challenges, and Change, 1969-2000. *Family Medicine* 2001;33:232-243. [AO,II]

Anderson MR, Moscou S, Fulchon C, Neuspiel CR. The Role of Race in the Clinical Presentation. *Family Medicine* 2001;33:430-434. [AO,I]

Hensel WA. A mere fifteen minutes. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:85-95. [AO, I].

Rhoades D, McFarland K, Holmes Finch W, Johnson A. Speaking and Interruptions During Primary Care Office Visits. *Family Medicine* 2001;33:528-532. [T,I].

Thom DM, and the Stanford trust study physicians Palo Alto. Physicians behaviors that predict patient trust. *J Fam Pract* 2001; 50:323-325. [T, I].

Kristiansen IS, Forde OH, Aasland O, Holvedt R, Johnsen R, Forde R. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1258-61. [EC,I].

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

Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, Davis RM. Obesity: assessment and management in primary care. *Am Fam Physician* 2001; 63:2185-2196. [R,II]

Kamigaki AS, Siscovick DS, Schwartz SM, Psaty BM, Edwards KL, Rag-

- hunathan TE, et al. Low Density Lipoprotein particle size and risk of early-onset Myocardial Infarction in women. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 939-945 [CC,II]
- Matthews CE, Hebert JR, Freedson PS, Stanek III EJ, Meriam PA, Ebbeling CB, et al. Sources of variance in daily physical activity levels in the variation of blood cholesterol study. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 987-995. [S,I]
- Brophy JM, Joseph L, Rouleau JL. Beta-blockers in congestive heart failure. A Bayesian meta-analysis. *Ann Intern Med* 2001;134:550-560. [M,II]
- Binder EF, Williams DB, Schechtman KB, Jeffe DB, Kohrt WM. Effects of hormone replacement therapy on serum lipids in elderly women. a randomized, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2001;134: 754-760. [EC,I]
- Rogers MA, Small D, Buchan DA, Butch CA, Stewart CM, Krenzer BE, et al. Home monitoring service improves mean arterial pressure in patients with essential hypertension. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2001; 134:1024-1032.
- Shlipak MG, Elmouchi DA, Herrington DM, Lin F, Grady D, Hlatky MA. The incidence of unrecognized myocardial infarction in women with coronary heart disease. *Ann Intern Med* 2001;134:1043-1047. [EC,I].
- Fuentes F, Lopez-Miranda J, Sanchez E, Sanchez F, Paez J, Paz-Rojas E, et al. Mediterranean and low-fat diets improve endothelial function in hypercholesterolemic men. *Ann Intern Med* 2001;134:1115-1119. [EC,I].
- Summaries for patients. Benefits of lowering cholesterol levels in older patients. *Ann Intern Med* 2001; 134: S-4. [AO,I]
- Baena Díez JM, Martínez Martínez JL, Álvarez Pérez B, Tomas Pelegrina J, Piñol Forcadell P, Raido Quintana EM, et al. Riesgo cardiovascular asociado a las nuevas categorías diagnósticas de la diabetes mellitus propuestas por la Asociación Americana de Diabetes. *Aten Primaria* 2001;28:31-39 [T,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: 832-834. [T,II].
- Moher M, Yudkin P, Wright L, Turner R, Fuller A, Mant D. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in Primary care. *BMJ* 2001;322:1338-42. [EC,II].
- Kivipelto M, Helkala EL, Laakso MP, Hanninen T, Hallikainen M, Alhainen K, et al. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal population based study. *BMJ* 2001;322:1447-51. [T II].
- Dunne F, Kendall MJ, Martin U. B-blockers in the Managements of Hypertension in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Is There a Role? *Drugs* 2001; 61: 429-435. [AO,II]
- Guallar-Castillón P, Rodríguez Artalejo F, Banega JR, Lafuente P, Del Rey Calero J. La distribución geográfica de la razón varón/mujer de la mortalidad cardiovascular en España. *Gaceta Sanitaria* 2001;15: 296-303. [T,II].
- Schwartz GG, Olsson AG, Ezekowitz MD, Ganz P, Oliver MF, Waters D, et al. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes: the MIRACL study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1711-8. [EC,I]
- Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97. (GPC,II).
- Rothwell PM. The high cost of not funding stroke research: a comparison with heart disease and cancer. *Lancet* 2001;357: 1612-6. [R,II]
- Hodgson TA, Cai L. Medical care expenditures for hipertensión, its complications, and its comorbidities. *Med Care* 2001; 39: 599-615 [T,II]
- Ozcan C, Jahangir A, Friedman P, Patel P. Long-term survival after ablation of the atrioventricular node and implantation of permanent pacemaker in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2001; 344: 1043-51. [T,II]
- Packer M, Coats A, Fowler M, Katus H, Krum H, Mohacsi H, et al. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Eng J Med* 2001; 344:1651-58. [S,I]
- Gollob M, Green M, Tang A, Gollob T, Karibe A, Hassan A, et al. Identification of a gene responsible for familiar Wolff-Parkinson-White Syndrome. *N Eng J Med* 2001. 344:1823-31. [C,I]
- Gardner SF, Schneider EF. 24-hour ambulatory blood pressure monitoring in primary care. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:166-171. [T, I].

DIABETES

- Luna B, Feinglos MN. Oral agents in the management of type 2 diabetes mellitus. *Am Fam Physician* 2001; 63:1747-1756 [R,II]
- Ford ES. Vitamin supplement use and diabetes mellitus incidence among adults in the United States. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 892-899 [S,I]
- Wedick NM, Mayer-Davis EJ, Wingard DL, Addy CL, Barret-Connor E. Insulin resistance precedes weight loss in adults without diabetes: The Rancho Bernardo study. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 1199-1205. [S, I]
- Mata Cases M, Clos Claramunt X, Pujol Ribera E, Bobe Molina I, Centelles Fernandez R, Ortiz Lopez R, et al ¿Adelantan el diagnóstico de la diabetes tipo 2 los nuevos criterios de la Asociación Americana de Diabetes? *Aten Primaria* 2001;28:17-23 [T,I]
- Baena Díez JM, Martínez Martínez JL, Álvarez Pérez B, Tomas Pelegrina J, Piñol Forcadell P, Raido Quintana EM, et al. Riesgo cardiovascular asociado a las nuevas categorías diagnósticas de la diabetes mellitus propuestas por la Asociación Americana de Diabetes. *Aten Primaria* 2001;28:31-39 [T,I]
- Roper AN, Bilous RW, Kelly WF, Unwin NC, Connolly UM. Excess mortality in a population with diabetes and the impact of material deprivation: longitudinal population based study. *BMJ* 2001;322:1389-93. [T II].
- Dunne F, Kendall MJ, Martin U. B-blockers in the Managements of Hypertension in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Is There a Role? *Drugs* 2001; 61: 429-435. [AO,II]
- Albright TL, Parchman M, Burge SK. Predictors of Self-care Behavior in Adults With Type 2 Diabetes: An RRNESt Study. *Family Medicine* 2001;33:354-360. [S,II].
- Fernández I. Actualización en antidiabéticos orales. *Informativo Terapéutico del Sistema Nacional de Salud* 2001; 25: 33-45 [R,II]
- Lafta JE, Martín S, Morlock R, Divine G, Xi H. Provider type and the receipt of general and diabetes-related preventive health services among patients with diabetes. *Med Care* 2001; 39: 491-9 [T, I]
- Mundet Tudurí X, Martínez Carmona S, Espinosa González N, López Rodway C, Carrera Font T, Romea Lecumberri S, et al. Utilidad del cociente albúmina/creatinina en el diagnóstico de la nefropatía en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin (Barc)* 2001;116:732-3 [T,II]
- Tuomileh J, Lindstron J, Eriksson J, Valle T, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Eng J Med* 2001; 344: 1343-50. [CC,II].

CÁNCER. Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.

Zhang SM, Giovannucci EL, Hunter DJ, Rimm EB, Ascherio A, Colditz GA et al. Vitamin supplement use and risk of Non-Hodgkin's Lymphoma among US men and women. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 1056-1063. [S, II]

Newcomb PA, Trentham-Dietz A, Egan KM, Titus-Ernstoff L, Baron JA, Storer BE, et al. Fracture history and risk of breast and endometrial cancer. *Am J Epidemiol* 2001. 153: 1071-1078. [CC, II]

Minder CE, Pluger DH. Leukemia, brain tumors and exposure to extremely low frequency electromagnetic fields in Swiss railway employees. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 825-835 [S,III]

Purdie DM, Siskind V, Bain CJ, Webb PM, Green AC. Reproduction-related risk factors for mucinous and nonmucinous epithelial ovarian cancer. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 860-864 [CC,II]

Borrás JM, Sachedz A, Navarro M, Mtnez M, Mendez E, Ponton JL, et al. Compliance, satisfaction, and quality of life of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment: a randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322:826-828. [EC,I]

Khanna N, Philips MD. Adherence to care plan in women with abnormal Papanicolaou smears: a review of barriers and interventions. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:123-130. [M, I].

INFECCIOSAS. Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.

Seage GR, Holte SE, Metzger D, Koblin BA, Gross M, Celum C, et al. Are US populations appropriate for trials Human Immunodeficiency Virus vaccine? The HINUNET vaccine preparedness study. *Am J Epidemiol* 2001; 153:619-627 [S,II]

UK Collaborative Group of Monitoring the Transmission of HIV Drug Resistance. Analysis of prevalence of HIV-1 drug resistance in primary infections in the United Kingdom. *BMJ* 2001;322:1087-8. [T,II]

Gómez-Lázaro R, Del Romero J, Castilla J, Rodríguez C, García S, Clavo P, Ballesteros J. Categorías de exposición y seroprevalencia del VIH en adolescentes que se realizaron voluntariamente la prueba. Madrid, 1986-2000. *Gaceta Sanitaria* 2001;15:202-208. [T,II]

Whitley RJ, Roizman B. Herpes simplex virus infections. *Lancet* 2001; 357: 1513-8. [R,I]

Nduati R, Richardson BA, John G, Mbori-Ngacha D, Mwatha A, Ndinya-Achola J, et al. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women: a randomised trial. *Lancet* 2001; 357:1651-5. [EC,II]

Calleja JL, Martínez JL, Albillos A. Tratamiento de la hepatitis crónica por virus C. Informativo Terapéutico del Sistema Nacional de Salud 2001; 25: 69-77 [R, II]

Justice AC, Chang CH, Rabeneck L, Zachin R. Clinical importance of provider-reported HIV symptoms compared with patient-report. *Med Care* 2001; 39: 397-408 [T, I].

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:

Grupo Dafne. Costes directos de la bronquitis crónica en atención primaria. Análisis de un estudio prospectivo. *Aten Primaria* 2001; 27: 388-395 [S,I]

Infante-Rivard C, Amre D, Gautrin D, Malo J. Family size, day-care attendance, and breastfeeding in relation to the incidence of childhood asthma. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 653-658 [CC,II]

Kemp JP, Kemp JA. Management of asthma in children. *Am Fam Physician* 2001; 63: 1341-1348. [R,II]

Snow V, Lascher S, Mottur-Pilson C. Evidence base for management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 2001;134: 595-599. [M, I]

Bach PB, Brown C, Gelfand SE, McCrory DC. Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a summary and appraisal of published evidence. *Ann Intern Med* 2001; 134:600-620. [M, II]

Barbe F, mayoralas LR, Duran J, Masa JF, Maimo A, Montserrat JM, et al. Treatment with continuous positive airway pressure is not effective in patients with sleep apnea but no daytime sleepiness. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2001;134:1015-1023. [EC, I]

Thomas M, McKinley RK, Freeman E, Foy C. Prevalence of dysfunctional breathing in patients treated for asthma in Primary Care: cross sectional survey. *BMJ* 2001;322:1098-100. [T,II]

Poole J, Black PN. Oral mucolytic drugs for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review. *BMJ* 2001; 322:1271-4. [M,III]

Lemanske RF, Sorkness CA, Mauger EA, Lazarus SC, Boushey HA, Fahy JV, et al. Inhaled corticosteroid reduction and elimination in patients with persistent asthma receiving salmeterol: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2594-603. [EC,I]

Lazarus SC, Boushey HA, Fahy JV, Chinchilli VM, Lemanske RF, Sorkness CA, et al. Long-acting beta2-agonist monotherapy vs continued therapy with inhaled corticosteroids in patients with persistent asthma: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2583-93. [EC,I]

Tashkin D, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides M, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1571-5. [EC,II]

Robinson DS, Campbell D, Barnes PJ. Addition of leukotriene antagonists to therapy in chronic persistent asthma: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Lancet* 2001; 357: 2007-11. [EC,II]

SALUD MENTAL. Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).

Krambeer LL, von McKnelly W, Gabrielli WF, Penick EC. Methadone therapy for opioid dependence. *Am Fam Physician* 2001; 63:2404-2410. [R,II]

Sharpe M, Carson A. «Unexplained» somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 2001;134: 926-930. [R, I]

Mehler PS. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1048-1059. [R, I]

Ruiz Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27:428-432 [R,II]

García Serrano MJ, Tobias Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria* 2001; 27:484-489 [T,I]

Kivipelto M, Helkala EL, Laakso MP, Hanninen T, Hallikainen M, Alhainen K, et al. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal population based study. *BMJ* 2001;322:1447-51. [T II].

Garland EJ. Rages and refusals. Managing the many faces of adolescent anxiety. *Can Fam Physician* 2001; 47: 1023-1030. [R,I]

Freudenstein U, Jagger C, Arthur A, Donner-Banzhoff N. Treatments for late life depression in primary care-a systematic review. *Fam Pract* 2001;18:321-327 [R,II]

Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1856-64. [EC,II]

Barret JE, Williams JW, Oxman TE, Frand E, Katon W, Sullivan M, Hegel MT, Cornell JE, Sengupta AS. Treatment of dysthymia and

- minor depression in primary care. *J Fam Pract* 2001; 50:405-412. [EC, I]
- Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Porras Chavarino A. Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 504-510 [AO,II]
- Pascual J. Migraña: diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2001; 116:550 [R,II]
- Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Jarque S, de Cambra S, Devesa J. Evolución clínica del alcoholismo tratado con naltrexona. Efectividad y seguridad en una muestra de 198 pacientes. *Med Clin (Barc)* 2001;116:493-5 [S,II]
- Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001;117:129-34 [T,II]
- Wolfson C, Wolfson D, Asgharian M, M' Lan C, Ostbye T, Rockwood K, et al. A reevaluation of the duration of survival after onset of dementia. *N Engl J Med* 2001; 344: 1111-16. [S,I]
- Walkup J, Labellarte M, Riddle M, Pine D, Greenhill L, Klein R, et al. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Eng J Med* 2001;344:1279-85. [CC,I]
- Hommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction and intention to relocate. *Can Fam Physician* 2001; 47: 737-744. [T,I]
- SALUD LABORAL**
- Cebria J, Segura J, Corbella S, Comas O, García M, Rodríguez C, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27: 459-469 [T,I]
- Hommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction and intention to relocate. *Can Fam Physician* 2001; 47: 737-744. [T,I]
- ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:**
- Rodríguez D, Danés I. Nuevas pautas de antibioterapia en la faringoamigdalitis aguda. *Med Clin (Barc)* 2001;117: 115-116 [R,II]
- Kroenke K. Studying symptoms: sampling and measurement issues. *Ann Intern Med* 2001;134: 844-853. [R, I]
- Fuertes Goñi C, Loayssa Lara JR, Pérez Etxarri JM, Urrutia Sanzberro J, Artetxe Andrés M. Derivación a endocrinología por patología tiroidea. Calidad y justificación. *Aten Primaria* 2001; 27:489-497 [T,II]
- Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dallara J. Dizziness: state of the science. *Ann Intern Med* 2001; 134: 823-832. [R, I]
- Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, Davis RM. Obesity: assessment and management in primary care. *Am Fam Physician* 2001; 63:2185-2196. [R,II]
- Jaén Díaz JI, Sanz Alcolea I, López de Castro F, Pérez Martínez T, Ortega Campos P, Corral Morales R. Glaucoma e hipertensión ocular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28:23-31 [T,I]
- Delaney BC, Wilson S, Roalfe A, Robert L, Redman V, Wearn A, Hobbs FDR. Randomised controlled trial of helicobacter pylori testing and endoscopy for dyspepsia in Primary care. *BMJ* 2001; 322:898-901. [EC,II]
- Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain systematic review. *BMJ* 2001;322:1511-6. [M III]
- Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *BMJ* 2001; 322:1516-20. [QE II]
- Irnich D, Behrens N, Molzen H, Konig A, Gleditsch J, Krauss M, et al. Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and sham laser acupuncture for treatment of chronic neck pain. *BMJ* 2001; 322:1574-8. [EC I].
- Glajchen M. Chronic pain: treatment barriers and strategies for clinical practice. *J Am Board Family Pract* 2001; 14:211-218. [M, I]
- Lazarus SC, Boushey HA, Fahy JV, Chinchilli VM, Lemanske RF, Sor-kness CA, et al. Long-acting beta2-agonist monotherapy vs continued therapy with inhaled corticosteroids in patients with persistent asthma: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2583-93. [EC,I]
- Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomised controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2208-15. [EC,I]
- Whitley RJ, Roizman B. Herpes simplex virus infections. *Lancet* 2001; 357: 1513-8. [R,I]
- Pascual J. Migraña: diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2001; 116:550 [R,II]
- Forsell G; Hakánsson A; Månsson N. Risk factors for respiratory tract infections in children aged 2-5 years. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:122-125. [T,II]
- ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA:**
- Salkind AR, Cuddy PG, Foxworth JW. Is this patient allergic to penicillin? An evidence-based analysis of the likelihood of penicillin allergy. *JAMA* 2001; 285: 2498-505. [R,I]
- Goodnow CC. Pathways for self-tolerance and the treatment of autoimmune diseases. *Lancet* 2001; 357: 2115-21. [R,II]
- Vincent A, Palace J, Hilton-Jones D. Myasthenia gravis. *Lancet* 2001;357: 2122-8. [R,I]
- Wessely S. Chronic fatigue: symptom and syndrome. *Ann Intern Med* 2001;134: 838-843. [R, I]
- MEDIOS DIAGNÓSTICOS:**
- Gardner SF, Schneider EF. 24-hour ambulatory blood pressure monitoring in primary care. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:166-171. [T, I]
- Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001;117:129-34 [T,II]
- INFANCIA Y ADOLESCENCIA:**
- Kemp JP, Kemp JA. Management of asthma in children. *Am Fam Physician* 2001; 63:1341-1348. [R,II]
- Infante-Rivard C, Amre D, Gauthrin D, Malo J. Family size, day-care attendance, and breastfeeding in relation to the incidence of childhood asthma. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 653-658 [CC,II]
- Ruiz Lazaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27:428-432 [R,II]
- Forsell G; Hakánsson A; Månsson N. Risk factors for respiratory tract infections in children aged 2-5 years. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:122-125. [T,II]
- Garland EJ. Rages and refusals. Managing the many faces of adolescent anxiety. *Can Fam Physician* 2001; 47: 1023-1030. [R,II]

Kelts ESA, Allan MJ, Klein JD. Where Are We on Teen Sex? Delivery of Reproductive Health Services to Adolescents by Family Physicians. *Family Medicine* 2001;33:376-381. [T,II].

Hernandez-Diaz S, Werler MM, Walker AM, Mitchell AA. Neural tube defects in relation to use of Folic Acid antagonists during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 961-968. [CC,III]

MUJER Y SALUD. Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.

Hernandez-Diaz S, Werler MM, Walker AM, Mitchell AA. Neural tube defects in relation to use of Folic Acid antagonists during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 961-968. [CC,III]

Shlipak MG, Elmouchi DA, Herrington DM, Lin F, Grady D, Hlatky MA. The incidence of unrecognized myocardial infarction in women with coronary heart disease. *Ann Intern Med* 2001;134:1043-1047. [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: 832-834. [T,II]

Guallar-Castillón P, Rodríguez Artalejo F, Banega JR, Lafuente P, Del Rey Calero J. La distribución geográfica de la razón varón/mujer de la mortalidad cardiovascular en España. *Gaceta Sanitaria* 2001;15: 296-303. [T,II]

Khanna N, Philips MD. Adherence to care plan in women with abnormal Papanicolaou smears: a review of barriers an interventions. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:123-130. [M, I]

Michaëlsson K, Baron JA, Farahmand BY, Ljunghall. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 1166-1172. [CC, II].

Bach PB, Brown C, Gelfand SE, McCrory DC. Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a summary and appraisal of published evidence. *Ann Intern Med* 2001; 134:600-620. [M, II]

Binder EF, Williams DB, Schechtman KB, Jeffe DB, Kohrt WM. Effects of hormone replacement therapy on serum lipids in elderly women. a randomized, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2001;134: 754-760. [EC,I]

Waterstone M, Bewey S, Wolf C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ* 2001;322:1089-94. [CC,I]

Kelts ESA, Allan MJ, Klein JD. Where Are We on Teen Sex? Delivery of Reproductive Health Services to Adolescents by Family Physicians. *Family Medicine* 2001;33:376-381. [T,II].

Haiek LN, Kramer MS, Ciampi A, Tirado R. Postpartum weight loss and infant feeding. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:85-95. [T, I]

Torgerson DJ, Bell-Syer SE. Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 2001; 285:2891-7. [M,I]

Audet MC, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2347-54. [EC,I]

Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: Current practice vs evidence. *JAMA* 2001; 285: 2232-9. [R,I]

Osendarp SJ, van Raaij JM, Darmstadt GL, Baqui AH, Hautvast JG, Fuchs GJ. Zinc supplementation during pregnancy and effects on growth and morbidity in low birthweight infants: a randomised placebo controlled trial. *Lancet* 2001; 357: 1080-5. [EC,I]

Villar J, Ba'aqel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Far-

not U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357: 1551-64. [EC,I]

Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357: 1565-70. [M,II]

Nduati R, Richardson BA, John G, Mbori-Ngacha D, Mwachira A, Ndinya-Achola J, et al. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women: a randomised trial. *Lancet* 2001; 357:1651-5. [EC,II]

Neer R, Arnaud C, Zanchetta J, Prince R, Gaich G, Reginster J, et al. Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. *N Eng J Med* 2001; 344:1434-41. [CC-II]

Kennedy BL, Lin Y, Dickstein LJ. Women on the Editorial Boards of Major Journals. *Acad Med* 2001 76: 849-851. [T,I]

Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria* 2001;15: 217-223. [C,II].

ANCIANOS:

Klapow JC, Schmidt SM, Taylor LA, Roller P, Li Q, Calhoun JW, et al. Symptom management in older primary care patients: feasibility of an experimental, written self-disclosure protocol. *Ann Intern Med* 2001;134: 905-911. [EC,I]

Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001;117:129-34 [T,II]

Binder EF, Williams DB, Schechtman KB, Jeffe DB, Kohrt WM. Effects of hormone replacement therapy on serum lipids in elderly women. a randomized, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2001;134: 754-760. [EC,I]

Summaries for patients. Benefits of lowering cholesterol levels in older patients. *Ann Intern Med* 2001; 134: S-4. [AO,II]

García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria* 2001; 27:484-489 [T,I]

Jackson R. Elderly and sun-affected skin. *Can Fam Physician* 2001; 47: 1236-1243. [M,II]

Freudenstein U, Jagger C, Arthur A, Donner-Banzhoff N. Treatments for late life depression in primary care-a systematic review. *Fam Pract* 2001;18:321-327 [R,II]

Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria* 2001;15: 217-223. [C,II].

URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TERAPÉUTICA: Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones, farmacoeconomía.

Grupo Dafne. Costes directos de la bronquitis crónica en atención primaria. Análisis de un estudio prospectivo. *Aten Primaria* 2001; 27: 388-395 [S,II]

Luna B, Feinglos MN. Oral agents in the management of type 2 diabetes mellitus. *Am Fam Physician* 2001; 63:1747-1756 [R,II]

Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, Wiles R, et al. Randomised controlled trial of self management leaflets and booklets for minor illness provided by post. *BMJ* 2001; 322:1214-7. [EC,II].

- Dunne F, Kendall MJ, Martin U. B-blockers in the Managements of Hypertension in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Is There a Role? *Drugs* 2001; 61: 429-435. [AO,II]
- Zhanel G, Dueck M, Hoban DJ. Review of Macrolides and Ketolides: Focus on Respiratory Tract Infections. *Drugs* 2001; 61: 443-441. [R,I]
- Matheson AJ, Figgitt DP. Rofecoxib: A Review of its Use in the Managements of Osteoarthritis, Acute Pain and Rheumatoid Arthritis. *Drugs* 2001; 61: 833-865. [R,I]
- Fernández I. Actualización en antidiabéticos orales. *Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud* 2001; 25: 33-45 [R,II]
- Salido M, Abasolo L, Bañares A. Revisión de los antiinflamatorios inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2. *Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud* 2001; 25: 46-52 [R, II]
- Calleja JL, Martínez JL, Albillos A. Tratamiento de la hepatitis crónica por virus C. *Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud* 2001; 25: 69-77 [R, II]
- Glajchen M. Chronic pain: treatment barriers and strategies for clinical practice. *J Am Board Family Pract* 2001; 14:211-218. [M, I]
- Torgerson DJ, Bell-Syer SE. Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 2001; 285:2891-7. [M,II]
- Lemanske RF Jr, Sorkness CA, Mauger EA, Lazarus SC, Boushey HA, Fahy JV, et al. Inhaled corticosteroid reduction and elimination in patients with persistent asthma receiving salmeterol: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2594-603. [EC,I]
- Lazarus SC, Boushey HA, Fahy JV, Chinchilli VM, Lemanske RF Jr, Sorkness CA, et al. Long-acting beta2-agonist monotherapy vs continued therapy with inhaled corticosteroids in patients with persistent asthma: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2583-93. [EC,I]
- Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomised controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2208-15. [EC,I]
- Audet MC, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2347-54. [EC,I]
- Barret JE, Williams JW, Oxman TE, Frand E, Katon W, Sullivan M, Hegel MT, Cornell JE, Sengupta AS. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. *J Fam Pract* 2001; 50:405-412. [EC, I]
- Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1856-64. [EC,II]
- Schwartz GG, Olsson AG, Ezekowitz MD, Ganz P, Oliver MF, Waters D, et al. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes: the MIRACL study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1711-8. [EC,I]
- Salkind AR, Cuddy PG, Foxworth JW. Is this patient allergic to penicillin? An evidence-based analysis of the likelihood of penicillin allergy. *JAMA* 2001; 285: 2498-505. [R,I]
- Rodríguez D, Danés I. Nuevas pautas de antibioterapia en la faringoamigdalitis aguda. *Med Clin (Barc)* 2001;117: 115-116 [R,II]
- Watanabe T, Wu T, Catalano P, Veki T, Satriano R, Haller D, et al. Molecular predictors of survival after adjuvant chemotherapy for colon cancer. *N Eng J Med* 2001; 344: 1196-206. [S,II]
- Walkup J, Labellarte M, Riddle M, Pine D, Greenhill L, Klein R, et al. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Eng J Med* 2001;344:1279-85. [CC,I]
- Neer R, Arnaud C, Zanchetta J, Prince R, Gaich G, Reginster J, et al. Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. *N Eng J Med* 2001; 344:1434-41. [CC-II]
- Packer M, Coats A, Fowler M, Katus H, Krum H, Mohacs H, et al. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Eng J Med* 2001; 344:1651-58. [S,I]
- Poole J, Black PN. Oral mucolytic drugs for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review. *BMJ* 2001; 322:1271-4. [M,III]

ENTREVISTA CLINICA:

- Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Alba Jurado M, Bellon Saameño J, Pérula de Torres MA. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Aten Primaria* 2001; 27:469-478 [T,II]
- Kravitz RL. Measuring patients' expectations and requests. *Ann Intern Med* 2001; 134: 881-888. [R, I]
- Rodríguez Salvador JJ, Ruiz Moral R, Programa de formación en técnicas de entrevista clínica: el proyecto COMCORD. *Aten Primaria* 2001;27:503-511 [AO,II]
- Rhoades D, McFarland K, Holmes Finch W, Johnson A. Speaking and Interruptions During Primary Care Office Visits. *Family Medicine* 2001;33:528-532. [T,I].
- Kristiansen IS, Forde OH, Aasland O, Hotvedt R, Johnsen R, Forde R. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1258-61. [EC,I]

ATENCION FAMILIAR:

- ACTIVIDADES COMUNITARIAS.** Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios.
- Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, Wiles R, et al. Randomised controlled trial of self management leaflets and booklets for minor illness provided by post. *BMJ* 2001; 322:1214-7. [EC,II].
- Heaney D, Wyke S, Wilson P, Elton R, Rutledge P. Assessment of impact of information booklets on use of healthcare services: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:1218-21. [EC,II].
- Lenny AS, Osman LM, Reiter E, Roberston R, Friend J, Mccann I, et al. Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:1396-400. [EC II].
- Costa Font J. Establecimiento de prioridades, opinión pública y sistema sanitario en España. *Gaceta Sanitaria* 2001;15: 237-244. [T,II].

DOCENCIA. Incluye: pregrado, postgrado, formación médica continuada, metodología docente.

- Oinonen MJ, Crowley WF, Moskowitz J, Vlasses PH. How Do Academic Health Centers Value and Encourage Clinical Research? *Acad Med* 2001 76: 700-706. [T,I]
- Zier K, Stagnaro-Green A. A Multifaceted Program to Encourage Medical Students' Research. *Acad Med* 2001 76: 743-747. [AO,I]
- Davidson R, Duerson M, Rathe R, Pauly R, Watson RT. Using Standardized Patients as Teachers: A Concurrent Controlled Trial. *Acad Med* 2001 76: 8400-843 [EC,II]
- Ruiz i Gil E, Florensa i Claramunt E, Cots i Yago JM, Sellares Salas J, Iruela López A, Blay Pueyo C, et al. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Catalunya. *Aten Primaria* 2001;28:105-110 [T,II]

Tingle LE, Lambert CT. Comparison of a Family Practice Teaching Service and a Hospitalist Model: Costs, Charges, Length of Stay, and Mortality. *Family Medicine* 2001;33:511-515. [T,II].

Grad R, Macaulay AC, Warner M. Teaching Evidence-based Medical Care: Description and Evaluation. *Family Medicine* 2001;33:602-606. [T,I].

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Oinonen MJ, Crowley WF, Moskowitz J, Vlasses PH. How Do Academic Health Centers Value and Encourage Clinical Research? *Acad Med* 2001 76: 700-706. [T,I]

Rothwell PM. The high cost of not funding stroke research: a comparison with heart disease and cancer. *Lancet* 2001;357: 1612-6. [R,I]

Shakespeare TP, GebSKI VJ, Veness MJ, Simes J. Improving interpretation of clinical studies by use of confidence levels, clinical significance curves, and risk-benefit contours. *Lancet* 2001; 357: 1349-53. [R,I]

Zier K, Stagnaro-Green A. A Multifaceted Program to Encourage Medical Students' Research. *Acad Med* 2001 76: 743-747. [AO,I]

Sáez M. El problema de las medidas repetidas. Análisis longitudinal en epidemiología. *Gaceta Sanitaria* 2001;15: 347-352. [R,II].

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.

García Gutiérrez JF, Bravo Toledo R. Guías de práctica clínica en Internet. *Aten Primaria* 2001;28:74-80 [AO,II]

Grad R, Macaulay AC, Warner M. Teaching Evidence-based Medical Care: Description and Evaluation. *Family Medicine* 2001;33:602-606. [T,I].

Snow V, Lascher S, Mottur-Pilson C. Evidence base for management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 2001;134: 595-599. [M, I]

Salkind AR, Cuddy PG, Foxworth JW. Is this patient allergic to penicillin? An evidence-based analysis of the likelihood of penicillin allergy. *JAMA* 2001; 285: 2498-505. [R,I]

PREVENCIÓN.

Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, Wiles R, et al. Randomised controlled trial of self management leaflets and booklets for minor illness provided by post. *BMJ* 2001; 322:1214-7. [EC,II].

Heaney D, Wyke S, Wilson P, Elton R, Rutledge P. Assessment of impact of information booklets on use of healthcare services: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:1218-21. [EC,II].

Moher M, Yudkin P, Wright L, Turner R, Fuller A, Mant D. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in Primary care. *BMJ* 2001;322:1338-42. [EC,II].

Lenny AS, Osman LM, Reiter E, Roberston R, Friend J, Mccann I, et al. Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:1396-400. [EC II].

Tuomileh J, Lindstron J, Eriksson J, Valle T, Hamalaiden H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in

lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Eng J Med* 2001; 344: 1343-50. [CC,II]

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD.

Eccles M, Steen N, Grimshaw J, Thomas L, McNamee P, Soutter J, et al. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals: a randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1406-9. [EC,I]

Ruiz i Gil E, Florensa i Claramunt E, Cots i Yago JM, Sellares Salas J, Iruela Lopez A, Blay Pueyo C, et al. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Catalunya. *Aten Primaria* 2001;28:105-110 [T,II]

Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria* 2001;15: 217-223. [C,II].

Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:131-134. [M,III]

BIOÉTICA Y MEDICINA LEGAL

Kristiansen IS, Forde OH, Aasland O, Hotvedt R, Johnsen R, Forde R. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1258-61. [EC,I]

Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001;117:18-24 [AO,II]

PLANIFICACION / GESTIÓN.

Costa Font J. Establecimiento de prioridades, opinión pública y sistema sanitario en España. *Gaceta Sanitaria* 2001;15: 237-244. [T,II].

Gálvez Ibáñez M. Las unidades clínicas en los equipos de atención primaria de Andalucía. *Aten Primaria* 2001; 27: 377-380 [AO,I]

Puig-Junoy J, Pinto-Prades JL, Ortun Rubio V. El análisis coste-beneficio en sanidad. *Aten Primaria* 2001; 27:422-428 [AO,II]

Pinto Prades JL, Puig-Junoy J, Ortun-Rubio V. Análisis coste-utilidad (ABC en evaluación económica). *Aten Primaria* 2001;27:569-574 [R,II]

Ortun-Rubio V, Pinto-Prades JL, Puig-Junoy J. El establecimiento de prioridades (ABC en evaluación económica). *Aten Primaria* 2001;27:673-677 [R,II]

Ruiz Téllez A. La flexibilización de la consulta en los picos de demanda (Editorial). *Aten Primaria* 2001;28:1-4 [AO,I]

INFORMÁTICA / INTERNET Y MEDICINA

García Gutiérrez JF, Bravo Toledo R. Guías de práctica clínica en Internet. *Aten Primaria* 2001; 28:74-80 [AO,II]

OTRAS.

Emery J, Hayflick S. The challenge of integrating genetic medicine into Primary care. *BMJ* 2001; 322:1027-1030. [AO,I]

Schwartz T, Schmidt B, Hohlein V, Beyer J, Schroder H-E, Schellong SM. Eligibility for home treatment of deep vein thrombosis: prospective study. *BMJ* 2001;322:1212-3. [T,I]

Parkin J, Cohen B. An overview of the immune system. *Lancet* 2001; 357: 1777-89. [R,I]

Información para los autores

Para una información más detallada pueden consultar:

1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es/> o también:

<http://www.cica.es/aliens/samfyc/revista.htm>

2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma: 1993.

3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 104-110.

Medicina de Familia. Andalucía es una revista médica especialmente dirigida a los médicos de familia andaluces y a todos aquellos otros profesionales sanitarios de ámbito nacional o internacional que puedan verse reflejados en los contenidos de nuestra publicación. La revista da una especial bienvenida a los originales en lengua hispana provenientes de América Latina.

La revista cuenta con las siguiente **secciones**:

Originales. Se incluyen trabajos de investigación clínica y epidemiológica o sobre aspectos organizativos que sean de gran interés para el médico de familia según la línea editorial de la revista. La extensión máxima del texto será de 5.000 palabras. Se admitirá hasta un total de 6 tablas y/o figuras.

Los originales podrán ser clasificados como **originales breves**. Se incluirán en esta categoría trabajos de suficiente interés, que precisen una más rápida publicación. La extensión máxima será de 3.500 palabras. Se admitirá un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 10 referencias bibliográficas.

Cartas al director: pretende servir como foro en donde comentar los artículos publicados o para dar a conocer brevemente experiencias de interés en el campo de la atención primaria. Su extensión será de 1000 palabras como máximo, el número de referencias bibliográficas será de un máximo de 6, y el número de autores de 4. Todos los autores deben firmar el contenido de la carta.

¿Cuál es su diagnóstico?: En él se expone, de manera breve y acompañado de algún tipo de soporte gráfico, un caso clínico cuya resolución se presenta argumentada en el siguiente número.

Otras secciones: La revista cuenta con otras secciones (editoriales, publicaciones de interés, actividades científicas, artículos de revisión, temas a debate, área docente, el espacio del usuario, sin bibliografía). Su redacción suele ser por encargo del consejo de redacción. Los interesados en colaborar a título individual pueden contactar con miembros del consejo de redacción, o consultar las normas editoriales en el número 0 de la revista en nuestra página Web.

NORMAS PARA LOS ORIGINALES:

Los artículos remitidos a la sección de *Originales* deberán someterse a la siguiente ordenación:

A. Resúmenes: Su extensión máxima será de 250 palabras y mínima de 150. En él quedarán reflejados todos los apartados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

Título del trabajo: en él se mencionarán las variables más importantes así como la población de estudio.

Objetivo: Identificará de forma clara y precisa el propósito del estudio. Si hubiese más de un objetivo se señalará el principal.

Diseño: Clasificará el estudio en el marco de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos.

Emplazamiento: o ámbito en el que se ha llevado a cabo el trabajo (Centro de Salud, Hospital, interniveles, población general, etc.)

Población y muestra: Características de la población, así como criterios de selección y características de la muestra.

Intervenciones: Descripción de las actividades llevadas a cabo tendientes a satisfacer los objetivos del estudio.

Resultados: Se aportarán los principales resultados del trabajo, derivados de los objetivos y de la metodología empleada, con mención de los intervalos de confianza y nivel de significación estadística, cuando proceda.

Conclusiones: Se derivarán directamente de lo expuesto en la sección de *resultados*. Puede ser de interés resaltar su significación en la práctica cotidiana del médico de familia.

Palabras clave: Se harán constar aquellas que los autores emplearon para su revisión bibliográfica en el *Index Medicus*. Aparecerán, por tanto, en inglés con su traducción al castellano. Su número oscilará entre 3 y 5.

B. Artículo completo:

Introducción: Debe explicar muy brevemente el fundamento del trabajo y al final explicitar claramente los objetivos del mismo. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

Sujetos y Métodos: Debe describir la población en la que se ha llevado a cabo el trabajo, así como una descripción de los métodos de muestreo, aparatos y procedimientos, con una precisión que permita reproducir el estudio a otros investigadores. Se justificarán los métodos estadísticos utilizados. Alguna información metodológica de gran interés puede incluirse como anexo.

Resultados: Exponen los datos extraídos del estudio sin ningún tipo de valoración por parte de los autores. Pueden presentarse en el texto o a modo de tablas y/o figuras. En el texto se resumirán los resultados más importantes de las tablas y/o figuras.

Discusión: No deben repetirse en detalle los resultados. Se comentarán los resultados a la luz de la metodología empleada, comentando los sesgos más relevantes, y de los resultados obtenidos por otros autores tanto nacionales como internacionales. La discusión y las conclusiones deben basarse estrictamente en los propios resultados.

Agradecimientos: Podrán reconocerse: a) contribuciones que justifican agradecimiento pero no autoría, b) ayuda técnica, c) apoyo material o financiero, especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan provocar conflicto de interés.

Bibliografía: Se presentará según el orden de aparición en el texto con su numeración correlativa. En el texto la numeración de la cita aparecerá entre paréntesis. El nombre de las revistas aparecerá utilizando las abreviaturas que aparecen en el *Index Medicus* (<http://nlm.nih.gov>).

Tablas y/o gráficos: Deben ser autoexplicativas, es decir, deben poder comprenderse sin recurrir al texto. Se aclararán todas las iniciales empleadas.

Anexos: Se incluirán aquellos considerados por los autores.

Ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

A. Artículos de revista

A.1. Artículo de revista ordinario.

Seis o menos autores: Enumere todos los autores. Vega KJ, Pina L, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Más de seis autores: Enumere los primeros seis autores y añada la expresión «et al.». Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006.

Organización como autor: The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

No se indica el nombre del autor: Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med* 1994;84:15.

Suplemento de un volumen: Shcn HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Suplemento de un número: Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2): 89-97.

Sin número ni volumen: Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993; 325-33.

Indicación del tipo de artículo, según corresponda. Enzensberger W, Fischer PA. Metronomie in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996;347: 1337.

Clement L, De Bock R. Hernatological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. *Kidney Int* 1992;42:1285.

En prensa: Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med* (En prensa).

B. Libros y otras monografías

Individuos como autores: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Directores («editores»), compiladores como autores: Norman IJ, Redfern SI, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Organización como autor y editorial: Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

Capítulo de libro: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Lara BIH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Libros de ponencias y comunicaciones a congresos: Kimura L, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 15th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

C. Artículo de revista en formato electrónico: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect.* URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>. Última actualización: junio 1999.

CONSEJO DE REDACCIÓN. El Consejo de redacción acusará recibo de los trabajos enviados con asignación de un número para su identi-

ficación. Se reserva el derecho de rechazar los originales recibidos o proponer modificaciones cuando lo considere necesario. El consejo de redacción no se hace responsable del material rechazado, una vez que esta decisión sea comunicada a los autores.

Se usarán siempre folios tamaño DIN A4 escritos por una sola cara, a uno o dos espacios.

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

Si se utilizan notas, se recogerán al final del texto (no a pie de página).

No usar texto subrayado. Sí puede usarse la negrita y cursiva.

No usar tabuladores ni espacios en blanco al inicio de cada párrafo.

No dejar espacios de separación entre párrafos mayores de un *enter*

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos. El conjunto del trabajo debe incluirse, a ser posible en un solo archivo.

El título del trabajo figurará también en la página del Resumen.

El trabajo se acompañará de una carta dirigida al Consejo de Redacción, a la siguiente dirección:

**Revista Medicina de Familia. Andalucía
SAMFyC
C/ Arriola 4, Bajo
18001 Granada**

Dicha carta deberá cumplir los siguientes requisitos (en la página Web (núm. 0 de la revista) puede encontrarse una carta modelo):

- Deberá ir necesariamente firmada por todos los autores con indicación de su DNI o pasaporte. El hecho de remitir el trabajo a nuestra revista implica la aceptación de todas las normas de la misma y del quinto informe de 1997 de los *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas* o sus sucesivas actualizaciones.
- En ella se hará constar que se trata de un artículo original y que no ha sido remitido para su publicación a ninguna otra editorial. En los *originales* se harán constar los posibles conflictos de interés y la aceptación por parte del comité de ética del organismo del que depende la investigación.
- Los trabajos se remitirán: original y tres copias de alta calidad, más soporte informático (Word). Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. Pegado al *diskette* figurará el título del artículo y el nombre del primer autor. En la carta se hará mención a que el *diskette* se remite libre de virus indicando el nombre y fecha de la última actualización del antivirus utilizado.
- En la carta los autores indicarán la idoneidad de la publicación en un apartado concreto de la revista. En la misma carta defenderán las, a su juicio, principales aportaciones de su trabajo al quehacer profesional de los médicos de familia.
- En folio aparte (página del título) se adjuntará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia.
- Se guardará copia de todo el material remitido para publicación.

En caso de serle devuelto el trabajo a los autores con sugerencia de correcciones, éstos dispondrán de 15 días naturales para hacer llegar las oportunas correcciones, en caso contrario, su publicación no quedará asegurada.

Actividades Científicas

❑ I CURSO INTERNACIONAL SAMFYC

Granada, 4 de febrero a 1 de marzo de 2002
<http://www.samfyc.es>

La SAMFyC, en colaboración con el Servicio Andaluz de Salud/Consejería de Salud, organiza este curso Internacional dirigido a médicos de familia y otros profesionales de Atención Primaria de habla hispana.

❑ XIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA DE FAMILIA (SAMFYC)

CÓRDOBA. Mayo 2002
<http://www.samfyc.es>

❑ XXII CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID. Noviembre 2002
<http://www.semfyc.es>

❑ CONFERENCIA REGIONAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMILIA (WONCA).

LONDRES 2-6 Junio 2002
<http://www.rcgp.org.uk>
e-mail: jaustin@rcgp.org.uk

