

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 159 Gestión por procesos en Andalucía: ¿qué aportan?

Originales

- 161 Tratamiento con fármacos hipolipemiantes: ¿prescripciones adecuadas según consensos nacionales?
- 165 Atención a la patología mental en un centro de salud rural.
- 172 Variabilidad en los cupos médicos de un centro de salud urbano.
- 179 Perfil de la solicitante de la píldora postcoital (levonogestrel) en unidades de urgencias.
- 184 ¿Qué piensan los niños sobre el tabaco?

Artículo de revisión

- 190 La familia en la enfermedad terminal (I).

Artículo especial

- 200 Comisión de bioética del Distrito Sanitario Costa del Sol: un año de experiencia.

203 Cartas al director

208 Publicaciones de Interés

213 Actividades Científicas

¿Cuál es su diagnóstico?

- 214 ECG: varón con debilidad y mareo.



Hubo anuncio



Sumario

Editorial

- 159 Gestión por procesos en Andalucía: ¿qué aportan?

Originales

- 161 Tratamiento con fármacos hipolipemiantes: ¿prescripciones adecuadas según consensos nacionales?
- 165 Atención a la patología mental en un centro de salud rural.
- 172 Variabilidad en los cupos médicos de un centro de salud urbano.
- 179 Perfil de la solicitante de la píldora postcoital (levonorgestrel) en unidades de urgencias.
- 184 ¿Qué piensan los niños sobre el tabaco?

Artículo de revisión

- 190 La familia en la enfermedad terminal (I).

Artículo especial

- 200 Comisión de bioética del Distrito Sanitario Costa del Sol: un año de experiencia.

203 Cartas al director

208 Publicaciones de Interés

213 Actividades Científicas

¿Cuál es su diagnóstico?

- 214 ECG: varón con debilidad y mareo.
-



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 3, N.º 3, septiembre 2002

Contents

Editorial

- 159 Total Quality Management in Andalusia: What can Management by Processes Contribute?

Original Articles

- 161 Treatment with cholesterol-lowering drugs: Are Prescriptions in Line With National Guidelines?
165 Caring for Mental Illness in a Rural Health Center
172 Variability in Patient Loads for Doctors at an Urban Health Center
179 Profile of the Petitioner of the Post-Coital Pill (Levonorgestrel) in Emergency Services
184 What do Children Think about Smoking?

Review Articles

- 190 The Family and Terminal Illness (I)

Special Article

- 200 The *Costa del Sol* Hospital's Bioethics Commission: One Year of Experience

203 Letters to the Editor

208 Publications of Interest

213 Scientific Activities

¿Which is your Diagnosis?

- 214 EKG: male suffering from weakness and dizziness.
-

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

Sonia Palma Rodríguez

Vocal Provincial Málaga

José Manuel Navarro

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/nueva/revista/portada.html>

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 de redacción

Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

Consejo editorial

Cristina Aguado Taberné. *Córdoba.*
Juan de Dios Alcántara. *Sevilla.*
José Manuel Aranda Regúlez. *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.*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*
Isabel Fernández Fernández. *Sevilla.*
Bernabé Galán Sánchez. *Córdoba.*
Luis Gálvez Alcaraz. *Málaga.*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada.*
Pablo García López. *Granada.*
José Manuel García Puga. *Granada.*
José María de la Higuera González. *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.*
Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada.*
Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*
Eduardo Molina Fernández. *Huelva.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*
Gertrudis Odrizola Aranzábal. *Almería.*
M.ª Angeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espinola. *Granada.*

Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*
Fermín 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 Duránte. *Jaén.*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*
Amelia Vallejo Lorencio. *Almería.*

Representantes internacionales

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

Medicina de Familia. Andalucía

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.samfyc.es/nueva/revista/portada.htm>
<http://www.samfyc.es> e ir a «revista»
e-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es

Web master: Carlos Prados Arredondo

Secretaría Comercial

Los contenidos publicitarios de esta revista serán gestionados por: Srta. Encarnación Figueredo, C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España). Tfno: 958-804201/02.

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr. 368/2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.
C.I.E.: 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

Edita: Comares, S.L.

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía aparecerá publicada con una periodicidad trimestral. El precio de la suscripción anual para España es de 36 Euros. Ejemplar suelto: 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.

EDITORIAL

Gestión por procesos en Andalucía: ¿Qué aportan?

Morcillo Ródenas C¹.

¹ *Médico de Familia*

A estas alturas, muchos de los profesionales que se asoman a esta revista tendrán un conocimiento más o menos profundo de la Gestión Integral por Procesos (GIP). En cualquier caso, debemos empezar definiendo lo que es la GIP, y entre las diversas definiciones que hay, la que traemos aquí subraya los aspectos que creemos más importantes. Así, la GIP supone *reordenar flujos de trabajo* de toda la atención sanitaria (tanto primaria como especializada, así como de todos los colectivos profesionales), con el fin de dar una *atención y respuesta única* que va dirigida tanto a *aumentar la satisfacción de los usuarios* como a *facilitar las tareas a los profesionales*. Entendemos que son una *herramienta de trabajo clínico*, que pretende dar respuesta a las demandas de los usuarios y que requiere la *implicación de todos los profesionales*. Sin duda la GIP supone un cambio, pero un cambio que trata de construir una nueva calidad y no de eliminar la anterior.

¿Cuáles son los cambios fundamentales que propone la GIP?

1. La Gestión por Procesos se enmarca en la *Gestión de la Calidad* y es en estos momentos una herramienta útil para el desarrollo de una de las estrategias centrales del Plan de Calidad de la Consejería de Salud de nuestra Comunidad Autónoma.
2. *Enfoque centrado en el usuario*. Esto supone un cambio cultural en la organización, pues se tiene en cuenta desde el principio las necesidades y expectativas de los usuarios, y se mide su grado de satisfacción.
3. *Implicación de los profesionales*, convirtiéndonos en motores reales del cambio y realizando aportaciones esenciales a la GIP, tales como: gestión de los recursos, organización de las actividades, integración de las innovaciones, etc. Todo ello obliga a trabajar en equipo, aunando los esfuerzos de profesionales de diferentes disciplinas (médicos de familia, médicos de otras especialidades, enfermería de primaria y de especializada, trabajadoras sociales, áreas de administración de primaria y hospital, etc.).
4. *Práctica clínica adecuada y homogénea*, pues en cada proceso asistencial se recogen las recomendaciones clínicas necesarias en forma de guías de práctica clínica y planes estandarizados de cuidados; todo ello basado en la *máxima evidencia científica* del momento; con lo que se reduce mucho la variabilidad y heterogeneidad en la práctica clínica.
5. *Sistema de información integrado*, que permite evaluar las actividades que se realizan.
6. *Continuidad de la asistencia*. Esta es una de las características más importantes y novedosas de la GIP. Permitirá eliminar actuaciones inútiles, romper interfases y rellenar momentos o espacios en blanco en la gestión de los servicios que se ofrecen a los usuarios. A su vez, uno de los factores clave para lograr la continuidad asistencial es la *Coordinación interniveles de la atención sanitaria* (primaria/especializada) y la *coordinación de los distintos profesionales* que participan en el proceso.

Hasta ahora, una de las pocas herramientas con las que trabajamos, sobre todo en Atención Primaria, han sido los *programas, protocolos o manuales*; sin embargo, comparándolos con los procesos hay que reconocer que la mayor parte de estos protocolos tenían un fuerte carácter localista, a veces con escasa evidencia científica, y con poca o nula proyección en los hospitales de referencia. Una excepción lo constituye el Programa de Embarazo/Parto y Puerperio, al contar con gran arraigo en atención primaria, con la coordinación con el segundo nivel y con el apoyo y el respaldo explícito de la administración central.

Las ventajas y bondades que suponen para los profesionales de atención primaria la GIP se hacen más evidentes si llevamos a cabo un *análisis crítico de nuestra realidad actual*: como norma nuestra relación con el hospital se limita a un documento de derivación (P-111) e in-

forme, en la mayoría de los casos unidireccional; salvo excepciones, no existe coordinación entre primaria y especializada; los sistemas de información son obsoletos y descoordinados; gran variabilidad en la atención sanitaria y en la práctica clínica en ambos niveles; existen profesionales escépticos y resistentes al cambio; falta formación y no existe cultura de calidad, etc.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, los procesos parecen ser la panacea y el elixir mágico de todos nuestros males. Pecaríamos de simples si pensásemos así. Desde una posición crítica *la GIP presenta también debilidades*: un cambio tan ambicioso como el que propone la GIP en una institución tan amplia como nuestro sistema sanitario público es muy complicado; requiere un apoyo explícito y constante por parte de la administración; a corto y medio plazo requiere una inversión económica importante; plantea un cambio de la cultura sanitaria (coordinación, flexibilidad, satisfacción del usuario, etc.); el sistema informático actual no está adaptado (atención primaria al menos tiene un sistema de ordenadores que llega a todos los rincones,

pero no está adaptado a la GIP, mientras que la mayor parte de los hospitales sigue funcionando con la historia clínica en papel); hay pocos referentes externos, nacionales o internacionales, que nos permitan conocer experiencias previas a la hora de implantar y consolidar la GIP, etc.

Han quedado en el tintero numerosos aspectos sobre la GIP que podríamos desarrollar en otra editorial: quién ha elaborado los procesos, qué metodología han seguido, cuáles son los mapas de procesos, qué criterios han utilizado para dar prioridad a estos mapas, qué aporta la Gestión por Procesos a la Gestión Clínica (unidades clínicas), etc.

Pese a todo, creemos que las novedades que aporta la GIP (continuidad asistencial, coordinación interniveles, usuario como centro del sistema, guías y planes de cuidados basados en la evidencia científica, etc.) son lo suficientemente sólidas y atractivas como para que participemos de forma activa, incluso entusiasta, en el desarrollo de este proyecto. El tiempo, como siempre, nos dirá si nos hemos equivocado.

Fe de erratas:

En el artículo original **Consumo de Alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes**, del volumen 3, número 2 no figuran correctamente los apellidos de la doctora Sylvia Hazañas Ruiz.

En la sección de **¿Cuál es su diagnóstico?**, del volumen 3, número 2, lamentablemente la Figura 1 aparece invertida.

ORIGINAL

Tratamiento con fármacos hipolipemiantes: ¿Prescripciones adecuadas según consensos nacionales?

Tormo Molina J¹, García Ramón MJ¹, Gázquez Pérez I¹, García Ruza MF¹, Sellés Galiana F¹, Valverde Romera JJ¹.

¹ Médicos de Familia. Centro de Salud «Salvador Caballero». Granada. Unidad Docente de Medicina de Familia. Granada.

TRATAMIENTO CON FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES: ¿PRESCRIPCIONES ADECUADAS SEGÚN CONSENSOS NACIONALES?

Objetivo: Determinar qué porcentaje de los tratamientos farmacológicos con hipolipemiantes que estaban prescritos en nuestros pacientes, como prevención primaria, se atenían a las indicaciones del grupo PAPPS de la Sociedad Española de Medicina de Familia en sus recomendaciones del año 1996⁶ y del 2001⁸, y el Consenso para el control de colesterolemia en España 2000³.

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: Centro de Salud urbano

Población y muestra: Todos los sujetos menores de 75 años de edad, incluidos en los registros informatizados de cartillas de largo tratamiento a los que se les había indicado tratamiento hipolipemiente con estatinas, como prevención primaria cardiovascular.

Intervenciones: De la historia clínica fueron obtenidas las variables: edad, género, presión arterial sistólica, cifras de lípidos que determinaron la indicación del tratamiento y presencia o no de: tabaquismo, diabetes e hipertrofia ventricular izquierda, con actualización de los datos mediante llamada telefónica y/o citación personal. El cálculo del riesgo cardiovascular se realizó mediante la tabla de Anderson⁹ y la tabla de las sociedades europeas⁵.

Resultados: Fueron estudiados 127 pacientes. La indicación de tratamiento farmacológico hipolipemiente no se ajustaba a los criterios del PAPPS-96 en el 57.5% de los sujetos estudiados, en el 51.1% según el Consenso para el control de la colesterolemia y en el 14.4% según la edición del PAPPS 2001. No existían diferencias estadísticas significativas en la proporción de sujetos con riesgo cardiovascular superior o igual al 20% entre la tabla de Anderson (42.5%) y la de las Sociedades Europeas (48.9%).

Conclusiones: Existen importantes diferencias en el porcentaje de sujetos incorrectamente tratados con fármacos hipolipemiantes en nuestro medio según las guías que se utilicen.

Palabras clave: Cholesterol (colesterol), Hypercholesterolemia (hipercolesterolemia), Risk factors (Factores de riesgo)

TREATMENT WITH CHOLESTEROL-LOWERING DRUGS ¿ARE PRESCRIPTIONS IN LINE WITH NATIONAL GUIDELINES?

Goal: To determine what percentage of antilipemic agents prescribed as a primary prevention measure for patients in our health center, followed the guidelines laid out under recommendations made by the Spanish Society for Family Medicine's working group (PAPPS) in 1996⁶ and 2001⁸ and by the Spanish Consensus on cholesteremia in 2000³.

Methodology: Descriptive cross sectional study.

Setting: Urban Health Center.

Population and Sample: All subjects under age 75 included in the center's computerized list of card-holders whose hypolemia had been treated with statins as a primary cardiovascular preventive measure.

Interventions: The following variables were extracted from their clinical histories: age, gender, systolic blood pressure, lipid figures that indicated a need for the prescription and the existence or non-existence of the following conditions: smoking habit, diabetes and left ventricular hypertrophy. The data was updated either through a telephone interview or an individual appointment. Calculation of cardiovascular risk was done by using the Anderson table⁶ and the table from European Societies.⁵

Results: 127 patients were studied. Indications to treat the condition with antilipemic agents were not in line with the 1996 work group's criteria in 57.5% of the subjects studied, 51.1% were not adequate to the criteria established by the Spanish Consensus for controlling cholesteremia and 14.4% were not in line with the 2001 work group's criteria. No significant statistical differences existed regarding the proportion of subjects with cardiovascular risk higher than or equal to 20% in the Anderson table (42.5%) and the European Societies (48.9%).

Conclusions: Important differences exist in the percentage of patients being incorrectly treated with antilipemic agents in our setting, depending on the guidelines followed.

Key words: Cholesterol (colesterol), Hypercholesteremia (hipercolesterolemia), Risk factors (Factores de riesgo).

Correspondencia: Juan Tormo Molina. Era del Cura, 81. 18170-Alfacar. (Granada). Correo electrónico: juantormo@telefonos.es - juantormo@inicia.es. Teléfonos: 958 540 136 (particular) y 958 285 694 (trabajo).

Recibido el 19-11-2001; aceptado para su publicación el 29-04-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 3: 161-164

Introducción

Se admite que la hipercolesterolemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular¹ y que su adecuado tratamiento es fundamental^{2,3} para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, las recomendaciones para la indicación del tratamiento farmacológico de la dislipemia vienen siendo modificadas en los últimos años según las diferentes sociedades y grupos de consenso. A inicios de la década de los 90, la indicación de tratamiento farmacológico hipolipemiante más utilizada se hacía en base a unas cifras elevadas de lípidos junto a una valoración del riesgo cardiovascular de un modo cualitativo según la presencia o no de un número determinado de factores de riesgo⁴. Posteriormente, y promovido fundamentalmente por sociedades científicas europeas^{3,5,6}, se comenzó a preconizar la valoración cuantitativa de los factores de riesgo cardiovascular mediante tablas de riesgo, como factor decisivo a la hora de indicar tratamiento farmacológico hipolipemiante como prevención primaria. Por último, recientemente se han publicado recomendaciones de tratamiento farmacológico basadas fundamentalmente en las cifras de lípidos en combinación con la valoración cuantitativa y/o cualitativa del riesgo cardiovascular^{7,8}. Todo este conjunto heterogéneo de recomendaciones han hecho que nos planteemos, como objetivo del presente trabajo, conocer qué porcentaje de los tratamientos farmacológicos con hipolipemiantes que estaban prescritos en nuestros pacientes, como prevención primaria, eran adecuados utilizando indicaciones de grupos de trabajo de nuestro país: el grupo PAPPs de la Sociedad Española de Medicina de Familia en sus recomendaciones de 1996⁶ y del 2001⁸, y el Consenso para el control de colesterolemia en España 2000³ (también recomendado por la Sociedad Española de Medicina de Familia).

Material y Métodos

El presente estudio ha sido realizado en un centro de salud urbano, enclavado en la zona central de la ciudad de Granada, que atiende a una población de 15000 habitantes, y durante los meses de Febrero y Marzo del año 2001. Para su realización se diseñó un estudio descriptivo transversal, no aleatorizado, en el que inicialmente participaron 424 pacientes que tenían prescritos fármacos hipolipemiantes del grupo de las estatinas, y que estaban incluidos en los registros informatizados de largos tratamientos. De éstos fueron excluidos los que habían sido diagnosticados de cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica, así como los de edad superior a 74 años, por ser este el límite de edad que aparece reflejado en la tabla de Anderson⁹ para el cálculo del riesgo cardiovascular. De este modo, fueron escogidos 127 sujetos. Las variables analizadas fueron: edad; género; tabaquismo (cualquier cantidad de cigarrillos fumada diariamente en el último mes), presencia de diabetes según criterios de la ADA (American Diabetes Association)¹⁰, cifras de colesterol total, colesterol HDL, y colesterol LDL que determinaron la indicación del tratamiento farmacológico hipolipemiante; presión arterial sistólica; existencia de hipertrofia

ventricular izquierda determinada mediante electrocardiograma y utilizando para ello los criterios de Cornell¹¹ y valoración cuantitativa del riesgo cardiovascular. Para esto último utilizamos la tabla de Anderson⁹, basada en el estudio de Framingham, y que es la recomendada por el PAPPs-SEMFYC-1999⁶ para la valoración del riesgo cardiovascular, y la tabla recomendada por las sociedades europeas⁵ (coloquialmente denominada "tabla de colores"), también basada en el estudio Framingham y que es la recomendada por el consenso para el control de la colesterolemia 2000³. Los datos fueron obtenidos inicialmente de la historia clínica, pero con las siguientes salvedades: El criterio de fumador debía estar actualizado en la historia clínica y con una antigüedad inferior a un año, de no ser así se realizaba encuesta telefónica. La anotación de la presión arterial sistólica debía tener una antigüedad no superior a tres meses y el electrocardiograma no superior a dos años; de no ser así el sujeto era citado para su determinación y realización de presión arterial y electrocardiograma, respectivamente.

Se consideró que la indicación del tratamiento era correcta, según los criterios del PAPPs en la edición del 96⁶, cuando las cifras de colesterol total eran superiores a 300 mg%, o bien el riesgo cardiovascular era igual o superior al 20% para los que tenían cifras de colesterol total entre 250 y 299 mg%. La indicación correcta de tratamiento utilizada, según las recomendaciones del PAPPs en la edición del 2001⁸, se muestra en la tabla 1. Con respecto a los criterios del consenso para el control de la colesterolemia en España³, se consideró que el tratamiento era apropiado en todos aquellos sujetos con riesgo cardiovascular superior o igual al 20% a los 10 años.

Para el análisis estadístico se utilizaron las variables descriptivas habituales, junto con la t de Student para la comparación de medias independientes y aplicando el paquete estadístico SPSS 7.5.

TABLA 1
INDICACIONES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO HIPOLIPEMIANTE, SEGÚN PAPPs-2001⁸

Riesgo cardiovascular \geq 30% y CT \geq 200 mg/dl
Riesgo cardiovascular 20 a 29% y (CT \geq 250 mg/dl ó LDL > 160 mg/dl)
Riesgo cardiovascular < 20% y (CT \geq 300 mg/dl ó LDL \geq 190 mg/dl)
Diabetes y CT \geq 200 mg/dl

CT.- Colesterol total

Resultados

En la tabla 2 aparece la distribución de frecuencias y las medias de las variables estudiadas de los 127 pacientes incluidos en el estudio.

La indicación de tratamiento farmacológico hipolipemiante no se ajustaba a los criterios del PAPPs en la edición de 1996 en 73 sujetos (57.5%) y en 17 pacientes (14.4%) según la edición del 2001. Si utilizáramos los criterios de las sociedades europeas⁵, recomendadas por el documento de consenso para el control de la colesterolemia en España 2000³, el tratamiento farmacológico no estaba indicado en 65 pacientes (51.1%), que eran los que presentaban un riesgo cardiovascular inferior al 20%.

El rango del riesgo cardiovascular, utilizando la tabla de Anderson⁹, estaba entre el 2 y el 42%.

TABLA 2
FRECUENCIAS Y MEDIAS DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS EN LOS 127 PACIENTES

VARIABLE	FRECUENCIA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Edad		64.1 años	7.4 años
Varones	50 (39.4%)		
Mujeres	77 (60.6%)		
Colesterol total		285.2 mg%	31.5 mg%
HDL-colesterol		52.8 mg%	14.2 mg%
LDL-colesterol		199.7 mg%	27.8 mg%
Pacientes diabéticos	30 (23.4%)		
Fumadores	21 (16.4%)		
Hipertrofia ventricular izquierda	12 (9.4%)		
Presión arterial sistólica		136.1 mm Hg.	12.6 mm Hg.
Riesgo cardiovascular		19.8%	11.2%

Aunque el porcentaje de sujetos con riesgo cardiovascular superior o igual al 20% era mayor utilizando la "tabla de colores"³ (48.9%) que la de Anderson⁹ (42.5%) las diferencias no tenían significación estadística.

Los sujetos con colesterol LDL superior o igual a 190 mg/dl tenían un riesgo cardiovascular ligeramente más elevado que los inferiores a esas cifras (20.6% versus 17.1%) pero sin diferencias estadísticas significativas. No existían diferencias en las cifras de colesterol total entre los sujetos con riesgo cardiovascular superior o inferior al 20%.

Discusión

Los resultados del presente estudio parecen mostrar que, en nuestro medio, más de la mitad de los pacientes actualmente tratados farmacológicamente con hipolipemiantes, no tendrían tal indicación si utilizáramos las recomendaciones del grupo de actividades preventivas de la Sociedad Española de Medicina de Familia del año 1996⁶ o el consenso para el control de la colesterolemia en España³. Sin embargo, la proporción de sujetos con tratamiento incorrecto es muy escasa cuando utilizamos los últimos criterios elaborados por el Programa de actividades preventivas de la SEMFYC⁸. Esta disparidad en cuanto a los porcentajes encontrados creemos se debe a que en la última edición del PAPPs tienen mayor peso las indicaciones de tratamiento farmacológico hipolipemiente a partir de unas determinadas cifras de colesterol LDL, independientemente del riesgo cardiovascular, criterio similar al del NCEP-II⁴ que es el que se venía utilizando en nuestro centro. Este cambio de orientación, en la línea del actual NCEP-III⁷, contrasta con los criterios del Consenso-2000³, que curiosamente también está firmado por la SEMFYC, en los que se mantiene como in-

dicación fundamental del tratamiento farmacológico la presencia de un riesgo cardiovascular igual o superior al 20% y que hace que las cifras de sujetos que no tienen una indicación correcta de tratamiento farmacológico sea significativamente mayor.

En cuanto a la proporción de sujetos encontrada con riesgo cardiovascular superior al 20%: 44% con la tabla de Anderson y 48.8% con la "tabla de colores", difieren de las mostradas en otros estudios: 32.5%¹², 38.%¹³. Consideramos que estos trabajos adolecen del defecto de que la única fuente de información es la historia clínica y es conocida la escasa actualización que pueden tener datos como el tabaquismo¹⁴ o las cifras de tensión arterial¹⁴, o la existencia de electrocardiograma, circunstancia que quizás podría explicar, parcialmente, el menor riesgo cardiovascular encontrado por estos autores.

De todas maneras, la afirmación realizada en cuanto al porcentaje de sujetos en nuestro estudio que no deberían estar tratados si se siguieran los criterios de PAPPs-SEMFYC del año 1996 o los del consenso, ha de ser matizada con varias observaciones: En primer lugar, no sabemos cuántos de los pacientes dislipémicos no tratados deberían serlo utilizando las tablas de riesgo; en el trabajo de Bonet et al¹⁵ se hace una estimación de alrededor del 42%. En segundo lugar, el presente trabajo no aborda el problema de saber si la indicación que se estaba haciendo inicialmente del tratamiento farmacológico era correcta según las directrices del NCEP II⁴, que hasta ahora eran las indicadas en nuestro centro, aunque una estimación aproximada (teniendo en cuenta que no se recogieron los datos de presión arterial diastólica ni antecedentes familiares de cardiopatía isquémica) nos indicaba que, como mucho, el 25% de los tratamientos indicados eran incorrectos según los criterios del NCEP II⁴, porcentaje muy inferior al encontrado con la aplicación de los criterios de PAPPs-SEMFYC⁶ y Consenso³ (42.5% y 48.9%, respectivamente). Los datos sugeridos por otros estudios^{16, 17} también parecen indicar que la utilización de los criterios del NCEP II⁴ implicaría tratar a un porcentaje más alto de población general que utilizando otras guías europeas. La aplicación de los nuevos criterios del NCEP III⁷, no parece que vaya a cambiar esta situación ya que, aunque se incluye la utilización de tablas de riesgo, la indicación de tratamiento farmacológico se sustenta en las cifras de colesterol LDL combinada con la valoración tanto cualitativa como cuantitativa del riesgo, proponiéndose –por ejemplo- tratar farmacológicamente a sujetos con cifras de LDL colesterol superiores a 130 y riesgo cardiovascular superior al 10%, lo que ha hecho afirmar que se podría llegar a triplicar el número de sujetos estadounidenses

ses que tendrían indicado tratamiento farmacológico hipolipemiante¹⁸. Por último, para la valoración del riesgo cardiovascular se han utilizado las cifras de lípidos que presentaba el sujeto antes de la indicación del tratamiento farmacológico y, para el resto de las variables (edad, cifras de tensión arterial, hipertrofia ventricular izquierda, diabetes, tabaquismo) se han considerado las actuales en el momento de realizar el trabajo. Dado que la mayoría de estas variables tienden a mantenerse o acentuarse con el paso del tiempo, y que la antigüedad de los tratamientos era de incluso hasta 10 años, es bastante probable que si se hubiera realizado la valoración del riesgo cardiovascular con tablas de riesgo en el momento que se indicó el tratamiento farmacológico, el porcentaje de sujetos a tratar hubiera sido incluso menor.

Con los datos presentados, pensamos que hay que insistir en la utilización de tablas de valoración de riesgo cardiovascular en nuestro medio, circunstancia que no se viene produciendo como refleja un trabajo¹⁹ en el que sólo se encuentra registrada la valoración del riesgo cardiovascular en el 1.5% de las historias clínicas. Creemos que el uso de una valoración cuantitativa del riesgo cardiovascular determinaría una mejor racionalización de los tratamientos indicados, y permitiría manejar una herramienta con la que incidir en mayor medida sobre los factores de riesgo cardiovascular. Por último, comentar que la coloquialmente denominada "tabla de colores"⁵, es un instrumento de más fácil de uso que la tabla de Anderson⁹ preconizada por el PAPPS⁶, pero hemos encontrado que es un método que induce una valoración algo más subjetiva dependiendo del observador, circunstancia que podría influir en las diferencias encontradas en el cálculo del riesgo cardiovascular con las dos tablas.

Bibliografía

1. Grundy SM. Primary prevention of coronary heart disease. Integrating risk assessment with prevention. *Circulation* 1999; 100: 988-98.
2. LaRosa JC, He J, Vupputuri S. Effect of statins on risk of coronary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1999; 282: 2340-2346.
3. Plaza Pérez I, Villar Alvarez F, Mata López P, Pérez Jiménez F, Maiquez Galán A, Casasnovas Lenguas JA et al. Documento de consenso. Control de la colesterolemia en España 2000: un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Clin Esp* 2000; 200: 494-515.
4. National Cholesterol Education Program. Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II). *Circulation* 1994; 89: 1329-1445.
5. Wood D, De Backe G, Faegerman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Task Force Report. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: Recommendations of the Second Joint Task Force of the joint European Societies on coronary prevention. *Eur Heart J* 1998; 19: 1434-503.
6. Grupo de Prevención cardiovascular del programa de actividades preventivas y promoción de la salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Prevención Cardiovascular. Madrid: SERSA, 1996.
7. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). *JAMA* 2001; 285: 2486-2497.
8. Villar Alvarez F, Galán Maiques C, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Lorenzo Piqueres A, Vilaseca Canals J et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28 (Suppl 2):13-26.
9. Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An update coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991; 3:356-362.
10. American Diabetes Association: The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20: 1183-1197.
11. Abanades JC, Díaz S, de la Figuera M, Taboada M, Palancar JL, Vinyoles E. Programas básicos de salud: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo. 1ª ed. Madrid: Ediciones Doyma S.A.; 1997.
12. Bonné Moreno MV, González Löwenberg O, Charques Velasco E, Alonso Martínez MM. Riesgo coronario y prescripción en pacientes con hipercolesterolemia en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 209-213.
13. Vilaseca Canals J, Buxeda Mestres C, Cámara Contreras F, Flor Serra F, Pérez Guinaldo R, Sánchez Viñas M. ¿Tienen riesgo coronario los pacientes que tratamos con fármacos hipolipemiantes? *Aten Primaria* 1997; 20: 49-53.
14. Casi Casanellas A, Aizpuru Barandiarán F, Ibañez Pérez F, Múgica Campos J, Torradabella Luna S. Efectividad de los protocolos sobre riesgos cardiovasculares en el País Vasco. *Aten Primaria* 2000; 26: 287-292.
15. Bonet S, García Villena I, Tomás Santos P, Tapia Mayor I, Canabal Gussinyé P, Mundet Tuduri X. ¿Cuándo y cómo tratamos a nuestros pacientes hipercolesterémicos? *Aten Primaria* 1999; 24: 397-403.
16. Unwin N, Thomson R, O'Byrne A, Laker M, Armstrong H. Implications of applying widely accepted cholesterol screening and management guidelines to a British adult population: cross sectional study of cardiovascular disease and risk factors. *BMJ* 1998; 317: 1125-30.
17. Serna Arnáiza C, Montull Navarra L, Vázquez Torgueta A, Gascó Eguiluz E, Peremiquel Lluch M, Ortega Bravo M. ¿Cuántos pacientes precisan tratamiento para la hipercolesteremia? *Aten Primaria* 2000; 25: 61-9.
18. Josefson D. Cholesterol guidelines will triple numbers taking drugs. *BMJ* 2001; 322: 1270.
19. Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Bueno JM, Alcaraz J, Martínez Martínez P. El diagnóstico de las dislipemias en atención primaria: un servicio a mejorar. Resultados de una evaluación multicéntrica. *Aten Primaria* 2000; 25: 82-88.

ORIGINAL

Atención a la patología mental en un centro de salud rural

Martín Pérez C¹, Pedrosa García R², Herrero Martín JJ³, Luna del Castillo JD⁴, Ramírez García P¹, Sáez García JM¹.

¹ *Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marquesado (Granada),* ² *DUE Centro de Salud Marquesado (Granada),* ³ *Psiquiatra. Equipo de Salud Mental de Guadix (Granada),* ⁴ *Doctor en Matemáticas. Profesor del Departamento de Bioestadística de la Facultad de Medicina. Universidad de Granada.*

ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA MENTAL EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Objetivo: Estudiar la distribución de pacientes con psicopatología en los distintos niveles de atención a la salud mental.

Diseño: Estudio observacional, transversal.

Emplazamiento: Centro de salud del Marquesado (Granada). Zona rural con población dispersa en 10 núcleos, bajo nivel socioeconómico y alta proporción de ancianos.

Población y muestra: Mediante muestreo aleatorio simple se seleccionan 254 individuos mayores de 18 años. Fuente: censo electoral. Error $\alpha = 5\%$.

Intervenciones: Tras determinar prevalencia de psicopatología mediante estudio en dos fases utilizando GHQ-28 y CIS, se estudió la patología detectada por el médico de familia así como las derivaciones de trastornos mentales al equipo de salud mental y al hospital de referencia.

Resultados: La prevalencia de psicopatología es del 28.6%. La morbilidad psiquiátrica no detectada es del 40%. El 72.9% de pacientes con psicopatología habían consultado en atención primaria durante el trimestre anterior. Un 38% de la psicopatología detectada había sido derivada a Salud mental. De estos últimos pacientes, un 37.5% habían tenido algún ingreso hospitalario.

Conclusiones: Los porcentajes de detección por el médico de familia, de derivación a salud mental y de ingresos hospitalarios son más altas que las encontradas en la bibliografía.

Los médicos de atención primaria detectan el 60% de la patología mental existente en la comunidad y tratan sin la intervención de niveles especializados el 62% de la patología que detectan.

Palabras clave: Psychiatric disorders, primary health care, health services, unidentified mental illness. (Trastornos psiquiátricos, atención primaria de salud, servicios de salud, enfermedad mental no identificada).

CARING FOR MENTAL ILLNESS IN A RURAL HEALTH CENTER

Aim: To study the distribution of patients with psychiatric disorders in different levels of mental health care.

Design: Observational, cross-sectional study.

Setting: Marquesada Health Center (Province of Granada). Rural area with a population geographically dispersed among 10 major clusters, low socio-economic level and a high proportion of elderly persons.

Population and Sample: 254 individuals over the age of 18 were selected by a simple random sample. Source: census of registered voters. Error $\alpha = 5\%$.

Interventions: Following determination of the prevalence of psychiatric disorders in a two-phase study using the GHQ-28 questionnaire the Clinical Interview Schedule (CIS), psychiatric disorders detected by the G.P. were studied, as well as the G.P.'s referrals of mental disorders to the mental health team and the hospital of reference.

Results: The prevalence of psychiatric disorders is 28.6%. Undetected psychiatric morbidity is 40%. 72.9% of the patients with psychiatric disorders had been treated in a primary care center during the previous quarter. 38% of the disorders detected had been referred to the mental health team. Of these, 37.5% had a previous hospital admission.

Conclusions: The percentages of detection by the GP, referrals to mental health services, and hospital admissions are higher than those found in the bibliography.

G.P.'s detect 60% of psychiatric disorders existing in the community and treat 62% of the disorders they detect without any intervention from the specialized level.

Key Words: Psychiatric disorders, primary health care, health services, unidentified mental illness.

Correspondencia: Carlos Martín Pérez. Urbanización Monteverde 1-13. 18500 - Guadix. Granada. Correo electrónico: med000261@nacom.es.

Teléfono y fax: 958 697 592

Recibido el 19-03-2002; aceptado para su publicación el 02-05-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 3: 165-171

Introducción

La atención primaria está asumiendo niveles crecientes de responsabilidad en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las alteraciones mentales y es la puerta de entrada al sistema sanitario y a sus diversos niveles asistenciales.

Estudios epidemiológicos demuestran que, al menos, un tercio de los pacientes que consultan en atención primaria, presentan una alteración psiquiátrica¹⁻³. De ellos, y según estos estudios, son reconocidos como enfermos por su médico entre un 30 y un 50%, siendo derivados a los servicios especializados un porcentaje variable de ellos. Sin embargo, existe un grupo poblacional que, por diversos motivos: marginalidad, toxicómanos, seniles, etc., nunca consultan con su médico constituyendo una bolsa de patología psiquiátrica importante y desconocida.

Como médicos de familia de una zona rural en declive socioeconómico, con una población envejecida y dispersa en pequeños núcleos de población, mantenemos una relación con nuestros enfermos que con frecuencia rebasa los límites estrictamente profesionales. Esta circunstancia nos permite ahondar en un entorno biopsicosocial, con frecuencia inaccesible a especialistas de otro nivel.

Existe entre los médicos de la comarca la percepción de que la prevalencia de la enfermedad mental es muy alta en nuestra zona, presentándose en muchas ocasiones enmascarada bajo quejas somáticas. Por otro lado, se ha constatado que el malestar psíquico está estrechamente asociado con la frecuentación en las consultas de atención primaria, explicando en gran parte la reiteración en la consulta a demanda de un amplio sector de pacientes⁴⁻⁷.

Interesados en conocer la prevalencia real de patología psiquiátrica en nuestra comunidad, se realizó un estudio de prevalencia a lo largo del año 2.001. Para ello se desarrolló un trabajo a doble fase, encontrando una prevalencia de enfermedad mental del 28,6 %, que nos sitúa entre las más altas de nuestro país⁸.

Detectados los casos con alteración psiquiátrica en el muestreo poblacional, nos planteamos el seguimiento de cómo éstos pacientes son diagnosticados y tratados en los diferentes niveles asistenciales.

Cuando se aborda el problema de la distribución de la atención a la patología mental en el sistema sanitario, es preciso recurrir al modelo clásico propuesto por Goldberg y Huxley en 1980⁹. Este modelo esquemático, de forma piramidal, se distribuye en cinco niveles y cuatro filtros. El primer nivel representa prevalencia de psicopatología en la comunidad. En este nivel se sitúa también el primer filtro, que representa el conjunto de decisiones que implican que el paciente se reconozca a sí mismo como enfermo, y le muevan a buscar ayuda en el sistema de salud. El segundo nivel lo constituye la patología mental presente en las consultas de atención primaria independientemente de que esta patología sea diagnosticada o no. En este nivel se si-

túa el segundo filtro, que representa la detección por parte de los servicios de atención primaria de la población con patología psiquiátrica existente en ese nivel. El tercer nivel está integrado por aquellos pacientes que habiéndose puesto en contacto con su médico, son correctamente diagnosticados y tratados. Se estima que tan sólo entre un tercio y la mitad de los casos son reconocidos correctamente por el médico de atención primaria y el resto constituye lo que se denomina "morbilidad psiquiátrica oculta".

Los pacientes que no pueden ser correctamente diagnosticados y tratados en el tercer nivel son derivados a salud mental por su médico (tercer filtro) y pasan al cuarto nivel, de asistencia especializada.

La población que padece psicopatología y no puede ser controlada adecuadamente por la psiquiatría ambulatoria debe ser ingresada en unidades de internamiento psiquiátrico, constituyendo el quinto nivel, al pasar el cuarto filtro que representa la derivación a hospital desde el equipo de salud mental.

Este flujo de demanda puede tomar un sentido inverso, de forma que el psiquiatra podría remitir a los pacientes para seguimiento y control por parte del médico de familia y, así, prevenir recaídas o cronificaciones¹⁰.

El paso de un nivel a otro está influenciado, no solo por la gravedad de los síntomas, sino por multitud de factores sociales, culturales y de la propia estructura y organización sanitaria.

El objetivo, por tanto, del presente estudio es conocer la distribución de pacientes con psicopatología en los distintos niveles de atención a la salud mental, estudiando que tipo de patología es atendida por el médico de atención primaria, y cual termina derivando a los servicios de atención psiquiátrica tanto ambulatoria como hospitalaria.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio transversal, observacional, que se realizó en el Centro de Salud del Marquesado (Distrito Sanitario Guadix – Baza) en Granada, durante los cuatro primeros meses de 2001. El Centro de Salud se ubica en una zona rural, con diez núcleos de población dispersa, con un porcentaje elevado de población anciana ya que el 23% de ella es mayor de 65 años, y con un nivel socioeconómico bajo, constituyendo una de las comarcas más deprimidas de Andalucía.

Tomando como fuente de datos el censo electoral, se obtuvo una muestra representativa de la población mayor de 18 años, admitiendo un error alfa del 5%.

Se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple 252 individuos. En una primera fase, se les aplicó a todos ellos el General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg, una encuesta de diseño propio que recogía datos sociodemográficos entre los que se incluía una pregunta sobre número de ocasiones en que el sujeto había acudido a la consulta en los últimos tres meses, y el test CAGE para estudiar la existencia de consumo problemático de alcohol.

A aquellas personas que obtuvieron cinco puntos o más en el GHQ se les consideró posibles enfermos (sensibilidad del 88% y especificidad del 84.2%) y se les ofreció participar en una segunda fase, en la que un psiquiatra de la unidad de salud mental del distrito les administró el Clinical Interview Schedule (CIS) que es una entrevista semiestructurada que comprende dos secciones que analizan diversas áreas de psicopatología. De esta manera se descartó o confirmó la existencia de psicopatología.

En este último caso, a los pacientes se les asignó un diagnóstico según criterios CIE-10.

Las personas con puntuación en el CAGE de dos o más, fueron estudiados para comprobar la existencia de consumo patológico de alcohol. Con los pacientes que ya poseían un diagnóstico psiquiátrico, se obvió la segunda fase, asignándoseles un diagnóstico CIE-10, independientemente de la puntuación obtenida en el GHQ.

En la primera fase hubo que subsanar errores censales y excluir del estudio a los pacientes que no residían en la zona. El porcentaje de sustituciones en todo caso fue inferior al 20% y similar al producido en estudios análogos. Es preciso destacar que en este primer paso no hubo rechazos a participar, obteniéndose el 100% de las encuestas.

Sin embargo, en la segunda fase confirmatoria, siete personas con GHQ positivo rechazaron ser derivados al psiquiatra. Otros tres pacientes tuvieron dificultades para desplazarse, y el CIS les fue administrado por su médico de cabecera, quien fue entrenado previamente para ello. La muestra final quedó, por tanto, reducida en esta fase a 245 personas.

En un paso posterior, se calculó la prevalencia de psicopatología, separándose los casos nuevos, es decir pacientes de los que no había constancia de presencia de enfermedad mental hasta la realización del estudio, de los ya conocidos.

Tomando a estos últimos, se comprobó que porcentaje de ellos había acudido a la consulta de atención primaria en los tres meses anteriores, y cuantos habían sido atendidos en la unidad de salud mental de referencia en Guadix, para lo cual se consultó la base de datos de pacientes que posee este dispositivo.

Por último se estudió que pacientes fueron derivados para su ingreso en el Servicio de psiquiatría del hospital de referencia, en este caso el Hospital General de Baza, consultando, a su vez, la base de datos del hospital.

Para todos los porcentajes hallados, se calculó el intervalo de confianza exacto.

Para la realización de este estudio se utilizó la base de datos Microsoft Access. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 9.0. El cálculo de los intervalos de confianza exactos se empleó el programa Epi info en su versión 6.04

Resultados

De los 245 sujetos finalmente seleccionados, 125 (51%) eran mujeres, y 120 (49%) varones. La edad media de la muestra fue de 52.9 años con una desviación típica de 19.8, la edad mínima fue 18 y la máxima 89.

42 de los pacientes seleccionados, es decir, un 17.1% de la muestra, presentaban patología mental y estaban diagnosticados en el momento de realización del estudio. A los individuos en esta situación, se les clasificó directamente como casos, y se les asignó un diagnóstico CIE-10, independientemente de la puntuación obtenida en el GHQ.

A los sujetos con GHQ positivo que no poseían un diagnóstico psiquiátrico en ese momento, que eran un total de 36 (14.6% de la muestra) se les administró el CIS, confirmando patología en 28 de ellos.

Quince personas, es decir, un 5.7% del total, obtuvieron un test de CAGE con dos puntos o más, por lo que se procedió a estudiar posible consumo patológico de alcohol. Para ello se entrevistó a los médicos de familia de los sujetos considerados positivos, quienes confirmaron mediante entrevista con el paciente o, en su caso, revisando las historias clínicas, este extremo. En 14 pacientes de los 15 positivos se confirmó consumo perjudicial de alcohol.

De esta manera se confirmaron 70 casos de individuos que presentan patología mental. La Prevalencia de psicopatología, por tanto, es del 28.6% con un intervalo de confianza al 95% (IC) entre 23.17% y 34,46%.

La morbilidad oculta, es decir los casos que, presentando patología mental no habían sido diagnosticados hasta la realización del estudio suponen un porcentaje del 40% del total de diagnósticos, o, lo que es lo mismo, el 11.42% de la población mayor de edad (IC entre 7.88% y 15.88%).

Un porcentaje elevado de los pacientes con enfermedad mental (72.9%) habían acudido a la consulta de su médico de familia en una ocasión al menos durante el trimestre anterior. Los pacientes que no habían obtenido un diagnóstico con anterioridad, frecuentaron más la consulta de atención primaria: Un 85.7% de ellos había consultado en los tres meses anteriores frente al 64.3% entre los pacientes que ya tenían un diagnóstico psiquiátrico al comenzar el estudio y al 54.3% de los sujetos sin patología mental ($p = 0.04$).

De los pacientes con diagnóstico psiquiátrico conocido, un 38% habían sido atendidos en el equipo de salud mental de referencia, lo que supone un 6.53% de la muestra estudiada (IC entre 3.91% y 10.17%).

Por último, seis individuos de la muestra habían sufrido al menos un ingreso hospitalario por causa de su patología mental, lo que supone que el 14.2% de los pacientes con patología conocida al comienzo del estudio habían sido ingresados en alguna ocasión (2.4% de la población con un IC entre 0.99% y 5.2%).

En la figura 1 se representa el modelo de Goldberg y Huxley con las proporciones obtenidas por nosotros en cada uno de los escalones.

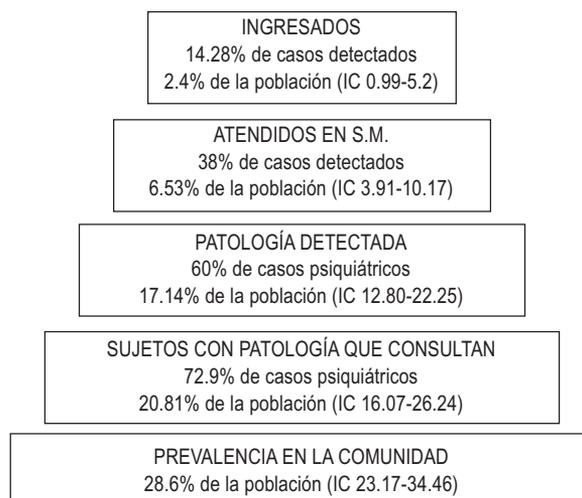


Figura 1. Modelo de Goldberg y Huxley. Las cifras representan el porcentaje de población y de patología obtenidas por nosotros para cada nivel

La mitad de los pacientes que habían sido ingresados en alguna ocasión eran esquizofrénicos . El otro 50% lo constituyen un caso de trastorno bipolar , una depresión mayor y un caso de consumo patológico de varias sustancias asociado a un trastorno de la personalidad. Estas patologías fueron derivadas previamente en su totalidad para valoración y tratamiento por psiquiatra.

Los médicos de atención primaria asumen, por tanto, el tratamiento y seguimiento del 62% de la patología mental que detectan, derivando a la unidad de salud mental el 38% restante. Así, se han tratado exclusivamente en atención primaria las demencias y otros deterioros cog-

nitivos, el retraso mental y el consumo problemático de alcohol. Los médicos de familia asumen también el 60% de los trastornos adaptativos, el 58% de los trastornos depresivos y el 33% de los trastornos de ansiedad.

En la tabla 1 se recogen los diagnósticos principales de la totalidad de casos (un 31.4% de los pacientes obtuvo un segundo diagnostico) señalándose para cada diagnóstico CIE-10, el número y la proporción de casos detectados, los casos derivados a salud mental y los ingresados en medio hospitalario.

En la tabla 2 se hace lo propio pero con diagnósticos agrupados en categorías.

TABLA 1
DETECCIÓN Y DERIVACIÓN SEGÚN PATOLOGÍA POR DIAGNÓSTICOS CIE-10

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Total Casos	Casos Detectados AP	%	Casos detectados Derivados SM	%	Casos detectados Ingresados	%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	3	3	100	3	100	3	100
CONSUMO PERJUDICIAL DE VARIOS TÓXICOS	1	1	100	1	100	1	100
T. BIPOLAR EPISODIO MIXTO	1	1	100	1	100	1	100
DEPRESIÓN MAYOR	1	1	100	1	100	1	100
T. OBSESIVO COMPULSIVO	1	1	100	1	100	0	0
T. ADAPTATIVO	1	1	100	1	100	0	0
T. ANSIEDAD GENERALIZADA	5	1	20	1	100	0	0
T. ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	6	3	50	2	67	0	0
DISTIMIA	9	7	78	4	57	0	0
T. ADAPTATIVO ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO	5	3	60	1	33	0	0
ABUSO DE ALCOHOL	6	6	100	0	0	*	*
DEPENDENCIA ALCOHOL	6	6	100	0	0	*	*
T. DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	3	3	100	0	0	*	*
T. MIXTO ANSIEDAD - DEPRESIÓN	6	1	17	0	0	*	*
EPISODIO DEPRESIVO	3	1	33	0	0	*	*
DEMENCIA	2	1	50	0	0	*	*
T. ADAPTATIVO PREDOMINIO DE ANSIEDAD	2	1	50	0	0	*	*
RETRASO MENTAL LEVE	1	1	100	0	0	*	*
FOBIA SOCIAL	1	0	0	*	*	*	*
T. ADAPTATIVO ALTERACIÓN OTRAS EMOCIONES	2	0	0	*	*	*	*
RASGOS OBSESIVOS DE LA PERSONALIDAD	1	0	0	*	*	*	*
T. DEPRESIVO RECURRENTE INTENSIDAD LEVE	1	0	0	*	*	*	*
T. POR DOLOR	1	0	0	*	*	*	*
TERRORS NOCTURNOS	1	0	0	*	*	*	*
OTROS T. DE LA PERSONALIDAD	1	0	0	*	*	*	*
TOTAL	70	42	60	16	38	6	14

TABLA 2
DETECCIÓN Y DERIVACIÓN POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Total Casos	Casos Detectados AP	%	Casos detectados Derivados SM	%	Casos detectados Ingresados	%
ESQUIZOFRENIA	3	3	100	3	100	3	100
CONSUMO VARIOS TÓXICOS	1	1	100	1	100	1	100
TRAST. BIPOLAR	1	1	100	1	100	1	100
TRAST. DEPRESIVOS	17	12	71	5	42	1	8
TRAST. ANSIEDAD	19	6	32	4	67	0	0
TRAST. ADAPTATIVOS	10	5	50	2	40	0	0
CONSUMO P. ALCOHOL	12	12	100	0	0	*	*
DEMENCIA	2	1	50	0	0	*	*
RETRASO MENTAL	1	1	100	0	0	*	*
TRAST. PERSONALIDAD	2	0	0	*	*	*	*
TRAST. SOMATOMORFOS	1	0	0	*	*	*	*
TRAST. SUEÑO	1	0	0	*	*	*	*
TOTAL	70	42	60	16	38	6	14

Discusión

Si observamos detenidamente los resultados expuestos, concluiremos que las cifras obtenidas por nosotros para cada escalón del modelo de Goldberg y Huxley, son mas elevadas que las publicadas en los estudios realizados hasta la fecha sobre este tema.

Efectivamente: la prevalencia de psicopatología en la comunidad encontrada por nosotros, es la mas alta de las halladas en estudios desarrollados con diseños similares. Así, en estudios internacionales, la prevalencia de trastornos mentales mas elevada es la obtenida por Orley y Wing en un estudio a doble fase desarrollado en Uganda en el año 1979, utilizando el GHQ en su versión de 60 preguntas, y el Present state examination (PSE), como entrevista confirmatoria, encontrando un 24.3% de trastornos mentales¹¹. Cuando comparamos nuestros resultados con estudios que han utilizado en su diseño los mismos instrumentos estandarizados que nosotros, también encontramos cifras de prevalencia mas elevadas en nuestro medio, de forma que el trabajo de estas características que obtiene una prevalencia mas alta, con un 17.2% , es el realizado por Villaverde y colaboradores en 1993 en Tenerife¹², lejos, por tanto, del 28.6% hallado en nuestro estudio.

También es muy elevado el porcentaje de sujetos que presentan trastornos mentales y que acuden a la consulta del medico de familia.

Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la presencia de malestar psíquico y una excesiva utilización de la consulta a demanda en centros de salud. Nosotros

hemos aportado recientemente hallazgos que confirman esta asociación, estudiando la frecuentación en las consultas de pacientes con psicopatología confirmada¹³.

Por otro lado, la decisión de consultar está condicionada por variables que tienen que ver tanto con las propias características del paciente y de su entorno familiar, como con las de la propia enfermedad como patología concreta que se padece o severidad del proceso, por ejemplo¹⁴. En nuestro caso, un 85% de los trastornos depresivos habían acudido a consulta por motivos propios. En el otro extremo, solo un 46.7% de los pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol o de otras sustancias habían demandado asistencia sanitaria.

No menos importantes son aspectos como la accesibilidad de los servicios y la posibilidad de acceso a recursos alternativos fuera del sistema nacional de salud¹⁵.

En una zona como la nuestra, en la que existe una máxima accesibilidad a las consultas de atención primaria, y un nivel socioeconómico bajo, lo que imposibilita a un gran porcentaje de la población para utilizar recursos no financiados por el estado, es lógico que la utilización de los servicios de salud sea muy alta en general, y particularmente alta cuando se trata de la atención a trastornos mentales.

Un buen número de estudios epidemiológicos han demostrado que entre el 10 y el 50% de los pacientes que presentan enfermedad psiquiátrica clínicamente relevante, no son diagnosticados por su medico^{16,17}. En nuestro trabajo, sin embargo, se han detectado el 60 % de los casos existentes. Una explicación posible a este alto por-

centaje de detección viene dada por la propia elevada prevalencia de psicopatología. Efectivamente en una encuesta previa al desarrollo del trabajo realizada entre los médicos del Centro de salud y los residentes de familia de tercer año, se puso de manifiesto que, para los encuestados, los problemas de salud mental eran muy prevalentes en sus consultas, originando alrededor de un 30% del total de la demanda. Ante esta situación, es natural que haya existido una especial preocupación por la formación interna en esta área, y a consecuencia de ello existe, a nuestro juicio, una adecuada actitud hacia el diagnóstico y manejo de los trastornos psiquiátricos. Como quiera que la toma de conciencia sobre los problemas psicológicos, junto con el nivel de entrenamiento en psicopatología y en técnicas de entrevista clínica, son factores dependientes del médico que se asocian con la correcta identificación de la enfermedad mental¹⁸, es lógico que la detección de psicopatología sea alta en la zona. A pesar de todo, un 40% de los trastornos mentales existentes en la población adulta no son diagnosticados. Ello supone un importante problema y pensamos que sería del máximo interés estudiar los factores que contribuyen a que un grupo tan significativo de la comunidad (11.5%) permanezca sin diagnóstico y tratamiento adecuados, mas aun cuando conocemos que la patología mental no diagnosticada presenta un peor pronóstico que la que es detectada adecuadamente.

Siguiendo a Goldberg, podríamos clasificar los trastornos mentales en dos grandes grupos: los que se podrían denominar como "comunes" tales como algunos cuadros depresivos, trastornos ansioso-depresivos, fobias, o problemas con el consumo de alcohol, por ejemplo, y los "graves" como la esquizofrenia, trastornos bipolares y algunas demencias. El primer grupo suele ser tratado en gran parte en el ámbito de la atención primaria, mientras que el segundo grupo requiere la intervención de un servicio psiquiátrico especializado. En líneas generales es lo que sucede en nuestro trabajo: se derivan todos los casos de esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo y consumo perjudicial de varias sustancias asociado a trastorno de la personalidad, así como la mayoría de los trastornos de ansiedad. La mayor parte del resto de patologías se tratan en el ámbito de la atención primaria.

Un dato que nos parece relevante es que el 6.53% de la población adulta de la zona es atendida en la unidad de salud mental del distrito. Cifras tan elevadas de derivación se pueden explicar en base a que la unidad psiquiátrica de referencia en nuestro estudio cumple gran parte de los requerimientos que, según Strathdee¹⁹, el médico general espera de la actuación de los servicios psiquiátricos especializados, es decir: Escaso intervalo de espera tras la indicación de derivación, que existan posibilidades de

comunicación entre los niveles asistenciales, normas claras con respecto al manejo de los pacientes, revisión de los pacientes crónicos por parte del psiquiatra al menos cada seis meses y especificación de los objetivos así como de las posible respuesta al tratamiento o la aparición de efectos secundarios. El cumplir estos requisitos implicaría una mayor facilidad para la interconsulta y ,por consiguiente, una mayor derivación de psicopatología al nivel especializado.

Por otro lado, una prevalencia de psicopatología muy elevada, seguida de una detección alta en atención primaria, parece lógico que concluya en un alto porcentaje de la población atendida en el nivel psiquiátrico especializado.

Por último, hay que señalar que un 37.5% de los pacientes atendidos en la unidad de atención psiquiátrica ambulatoria, han sido ingresados en el Servicio hospitalario de referencia. Esto representa también un alto porcentaje poblacional (2.4%) si lo comparamos con las cifras estimadas por el propio Golberg que representaban un 0,5% de la población.

La novedad mas relevante que aporta este artículo es, a nuestro juicio, el haber estudiado, como se distribuyen las cargas asistenciales que la atención psiquiátrica conlleva entre los distintos niveles de atención, y haberlo hecho siguiendo a un mismo grupo de pacientes cuya selección se realizó a partir de un estudio comunitario, lo que equivale a decir que no existen sesgos de selección y que se obtienen pacientes psiquiátricos con un amplio rango de severidad.

Creemos que nuestro trabajo aporta elementos que pueden favorecer el debate de sobre la, por otra parte, controvertida integración de la atención primaria con los servicios psiquiátricos especializados y ayudar al desarrollo de futuros proyectos que estudien los factores que pueden estar implicados en la identificación, tratamiento y derivación de los problemas de salud mental por parte de los médicos de familia.

Bibliografía

1. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 586-593.
2. Limón Mora J. Morbilidad mental en la consulta de medicina general. *Aten Primaria* 1990; 7: 88-93
3. Baca Baldomero E, Saiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández Liria A, Ramos Brieva JA et al . Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999; 23: 275-279.
4. Bellon JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol med* 1999; 29: 1347-1357.
5. Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tieney WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 838-848.

6. Rubio Montañés ML, Adalid Villar C, Cordon Granados F, Solanas Saura P, Masó Casadellá D, Fernández Punset D et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998; 22: 627-630.
7. Stefansson CG, Svensson C. Identified and unidentified mental illness in primary health care – social characteristics, medical measures and total care utilisation during one year. *Scand J prim health care* 1994; 12: 24-31
8. Martín Pérez C, Palacio S, Herrero JJ, Ramírez P, Sáez JM, Pedrosa R. Prevalencia de Psicopatología en un Centro de Salud Rural. Comunicación en: XII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Cadiz 7-9 Junio 2001.
9. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care.* Londres/Routledge, 1980.
10. Vázquez-Barquero JL, Herrán A, Vázquez-Bourgon ME. La enfermedad mental en atención primaria: una perspectiva general. En Vázquez-Barquero JL , editor. *Psiquiatría en atención primaria.* Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 3-16.
11. Orley J, Wing JK. Psychiatric disorders in two African villages. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 513-520.
12. Villaverde ML, Gracia R, de la Fuente J, González de Rivera JL, Rodríguez-Pulido F. Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. En: González de la Rivera JL et al (eds): *El método epidemiológico en salud mental.* Barcelona, Masson-Salvat, 1993.
13. Pedrosa R, Martín C, Luna JD, Sáez JM, Ahmed L, Pulido JI. Factores psicosociales y de salud asociados a la hiperfrecuentación en una Zona Básica de Salud. Comunicación en el XXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. San Sebastián, 14-17 nov 2001. *Aten Primaria.* Doyma editor 2001; 28 Suppl 1. p. 125.
14. Muñoz PE, Crespo MD. Análisis de los determinantes de la demanda de asistencia psiquiátrica en una muestra de población general. *Actas Luso Esp neurol psiquitr cienc afines* 1981; 9: 189-212.
15. Retolaza Balsategui A. Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria. En Vázquez-Barquero JL , editor. *Psiquiatría en atención primaria.* Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 55-72.
16. Coyne JC, Schwenck TL, Fechner-Bates S. Non detection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 3-12.
17. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 636-644.
18. Pini S, Tansella M. Detección y manejo de la enfermedad mental en los centros de atención primaria. En Vázquez-Barquero JL , editor. *Psiquiatría en atención primaria.* Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 73-87.
19. Strathdee G. Liaison between Primary and Seconrary Care Teams Towards Early Intervention. En: Jenkins R, Newton J, Young R (eds.): *The Prevention of Depression and Anxiety: The role of the primary care team.* London: HMSO; 1992.

ORIGINAL

Variabilidad en los cupos médicos de un centro de salud urbano

Mancera Romero J¹, Paniagua Gómez F¹, Muñoz Cobos F¹.

¹ Médicos. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga (Málaga).

VARIABILIDAD EN LOS CUPOS MÉDICOS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

Objetivo: Comparar los cupos médicos del centro de salud Ciudad Jardín (Málaga) mediante un indicador sintético que utiliza variables de población y de morbilidad.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano. Población de 36.157 habitantes.

Población: Los 18 cupos de medicina general del centro de salud. Año 2000.

Intervenciones: Se utilizan variables poblacionales (población asignada, atendida, atendida ajustada por edad, mayores de 65 años) y de morbilidad (inmovilizados, hipertensos, diabéticos, cardiopatía isquémica, EPOC/asma, riesgo social). Indicador sintético: Suma de los índices poblacionales y de morbilidad.

Resultados: Población asignada: 36.058 (media 2.003). Población atendida durante el año 2000: 25.145 (media 1.396). Población atendida ajustada por edad: 33.499 (media 1.861). Mayores de 65 años 5.563 (media 309). Pacientes inmovilizados: 390 (media 21). Pacientes hipertensos: 4.061 (media 225). Pacientes diabéticos: 1.884 (media 104). Pacientes con cardiopatía isquémica: 514 (media 28), Pacientes con EPOC/asma: 1.652 (media 91). Pacientes con riesgo social: 472 (media 26). Asumiendo como "aceptable" una variación del 10% sobre los valores medios se observa que en el índice poblacional lo superan 4 cupos, 13 en el índice de morbilidad y 11 en el indicador sintético.

Conclusiones: 1.^a Existen apreciables diferencias entre los cupos del centro de salud (en lo referente a variables de población y de morbilidad). 2.^a El indicador sintético que proponemos parece reflejar mejor la realidad que cuando se usan únicamente variables de población.

Palabras clave: Cupos médicos. Centro de salud. Variabilidad.

VARIABILITY IN PATIENT LOADS (QUOTAS) FOR DOCTORS AT AN URBAN HEALTH CENTER

Goal: To compare the patient loads (quotas) of doctors at an urban health center, "Ciudad Jardín," (Málaga) through a synthetic indicator that uses population and morbidity variables.

Design: Descriptive cross-sectional observational study.

Setting: An urban health center. A population of 36.157.

Population: Quotas for 18 General Practitioners working in the Health Center in the year 2000.

Interventions: Population variables (patients assigned, patients attended, patients attended once adjusted for age, persons over age 65) and morbidity variables (immobile, hypertense, diabetic, ischemic heart disease, COPD/asthma, and social risk). Synthetic indicator: the sum of the population and morbidity indices.

Results: Population assigned: 36,058 (average 2,003). Population attended during the year 2000: 25,145 (average 1,396). Population attended once adjusted for age: 33,499 (average 1,861). Over age 65: 5,563 (average 309). Immobilized patients: 390 (average 21). Hypertense patients: 4,061 (average 225). Diabetic patients: 1,884 (average 104). Patients with ischemic heart disease: 514 (average 28). Patients with COPD/asthma: 1,652 (average 91). Patients with social risks: 472 (average 26). Assuming as "acceptable" a variability of 10% over the average values, four of the quotas were observed to have surpassed the population index, 13% the morbidity index, and 11% the synthetic indicator.

Conclusions: 1.^a Appreciable differences exist in the health centers' quotas (as regards population and morbidity variables). 2.^a The synthetic indicator we propose here appears to better reflect reality than population variables alone.

Key words: Patient loads. Doctors' quotas. Health center. Variability.

Correspondencia: José Mancera Romero. Centro de Salud Ciudad Jardín. c/ Sancho Miranda, 9. 29014. Málaga.

Teléfonos: 952 652 577-78. Fax: 952 653 530.

Recibido el 06-03-2002; aceptado para su publicación el 23-04-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 3: 172-178

Introducción

El modelo de Atención Primaria predominante en Andalucía es el modelo reformado iniciado a mediados de los años ochenta¹. Su implantación es completa en las zonas rurales y casi completa en las zonas urbanas, atendiendo a la mayoría de la población andaluza. Es un sistema de financiación pública y la asistencia se organiza mediante equipos de profesionales que trabajan agrupados en un mismo centro². En este modelo cada profesional médico tiene asignado un grupo de población (cupo) y una ley³ regula el procedimiento de elección de médico y los tamaños de los cupos. Existen diferencias, en cuanto al tamaño y la morbilidad, entre unos cupos y otros. En general, los cupos de las zonas urbanas y costeras son más numerosos que los de las zonas rurales y la morbilidad puede variar mucho entre los diferentes cupos. Además del tamaño y de la morbilidad los cupos difieren en otros aspectos: frecuentación, accesibilidad, nivel cultural, práctica profesional, etc.

La morbilidad, el tamaño y los demás factores influyen sobre las cargas de trabajo que soporta cada profesional⁴: se producen así mayores demoras, más presión asistencial, menos tiempo para la atención, síndrome del quemado, dejación de funciones propias de la Atención Primaria, etc.

Emprender comparaciones rigurosas de los servicios de Atención Primaria es una necesidad creciente en nuestro país⁵. Las comparaciones pueden realizarse entre profesionales, centros, proveedores, estructura de los servicios, el proceso asistencial y sus resultados y el uso de servicios; aunque los aspectos metodológicos plantean bastantes dificultades. El elemento clave de todo sistema sanitario es el profesional y, en nuestro contexto, el profesional médico ocupa un espacio preponderante. En la comparación del uso de servicios la unidad de análisis⁶ es muy importante y condiciona en gran medida los resultados. Hay diversas unidades de análisis que se utilizan con frecuencia: la visita, el episodio, el paciente adscrito, el paciente atendido, etc. Estas variables por separado tienen limitaciones y para tratar de dar una respuesta global se están introduciendo los ACG (grupos de asistencia ambulatoria) y los ADG (grupos de diagnósticos ambulatorios)^{7,8}.

En nuestro medio, centro de salud urbano, la comparación entre los diferentes cupos nos puede llevar a un mejor conocimiento de las cargas de trabajo de cada uno de ellos y su distribución entre los profesionales. Si comparamos variables por separado la información es pobre, pero si consideramos un conjunto de variables la información que obtenemos es más relevante. El sujeto de comparación en nuestro estudio es el cupo médico y sus características (población y morbilidad) y de manera indirecta

el profesional (repercusión de las características del cupo en las cargas de trabajo). Atendiendo a disponibilidad y a la representatividad utilizamos variables de población y de morbilidad para la comparación entre los cupos.

El objeto de nuestro estudio es comparar los cupos médicos del centro de salud Ciudad Jardín (Málaga) mediante un indicador sintético que engloba variables de población y de morbilidad.

Sujetos y métodos

El diseño del estudio es descriptivo transversal observacional. Se realiza en el centro de salud Ciudad Jardín (Málaga), urbano, con una población censal de 36.157 habitantes (48,92% hombres, edad media 37,51 años, 15,09 % menores de 14 años y 15,6 % mayores de 65 años)⁹. El equipo básico de atención primaria consta de 18 médicos de familia, 5 pediatras, 16 diplomados en enfermería, una matrona, una trabajadora social, 3 auxiliares de enfermería, 6 administrativos y 3 celadores. En centro de salud empezó a funcionar en el año 1993. Las unidades de análisis son los cupos de los 18 médicos generales del centro de salud.

Se estudian las siguientes variables para cada cupo médico:

1. Población asignada: Pacientes incluidos en la base de datos TASS (Tarjeta Andaluza de la Seguridad Social)¹⁰ con médico asignado.
2. Población atendida: Población atendida por cada médico durante el año 2000.
3. Población atendida ajustada por edad: Pacientes distintos vistos por cada médico durante el año 2000 ajustados por edad (Indicador cuantitativo realizado por la Comisión de Farmacia del Distrito Sanitario Málaga: Nota de Circulación Interior, abril 2001).
4. Mayores de 65 años: Pacientes mayores de 65 años que constan en cada cupo.
5. Pacientes inmovilizados: Pacientes incluidos en el Programa de Inmovilizados y que tienen asignado el icono específico en la historia clínica (HC). (Criterios de inclusión: Toda persona que por ancianidad, padecimiento crónico, invalidante o terminal, no tiene capacidad suficiente para acudir al centro de salud en demanda de servicios).
6. Pacientes hipertensos: Pacientes que en la lista de problemas de la HC tienen codificado los diagnósticos K86 (hipertensión no complicada) o K87 (hipertensión con afectación de órganos diana)¹¹.
7. Pacientes diabéticos: Pacientes que en la lista de problemas de la HC tienen codificado el diagnóstico T90 (diabetes).
8. Pacientes con cardiopatía isquémica: Pacientes que en la lista de problemas de la HC tienen codificados los diagnósticos K74 (isquemia cardíaca con angina) y/o K76 (infarto agudo de miocardio).
9. Pacientes con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)/ asma: Pacientes que en la lista de problemas de la HC tienen codificado los diagnósticos R95 (EPOC) y/o R96 (asma).
10. Pacientes con riesgo social: Pacientes que, previa valoración por la trabajadora social, tienen asignado el icono específico de riesgo social en la HC. Criterios de inclusión:
 - a) Carencia de habilidades para afrontar problemas o acceder a servicios por bajo nivel de instrucción.
 - b) Carencia de ingresos para cubrir las necesidades personales básicas.
 - c) Conflictos y/o disfunciones familiares.
 - d) Ancianos con aislamiento social, familias disidentes de responsabilidad o necesidad de apoyo social.
 - e) Situaciones de violencia en el seno familiar o extrafamiliar.
 - f) Vivienda: Problemas ocasionados por insalubridad, hacinamiento, barreras arquitectónicas y/o carencias de las mismas.

- g) Salud mental: cuando ocasiona una disfunción en su entorno y sea tratada desde Atención Primaria.
- h) Situaciones de discapacidades que necesiten información y orientación.
- i) Interrupción voluntaria de embarazo asociada a problemática social.
- j) Dependencia de tóxicos y/o juegos en los casos que se exprese voluntad de rehabilitación y tratamiento.

Estas variables pueden resumirse en dos grupos: variables poblacionales (1- 4) y variables de morbilidad (5-10). Se han elegido estas variables por ser las más representativas para el objetivo de nuestro estudio y poder disponer de los datos.

El índice poblacional es el resultado de la suma de las variables de población para cada cupo médico. El índice de morbilidad es el resultado de la suma de las variables de población para cada cupo médico y multiplicado por mil (con objeto de mejorar la ponderación de las variables de morbilidad). El indicador sintético es el resultado de la suma de los índices poblacionales y de morbilidad de cada cupo.

Las fuentes de información han sido la base de datos del programa TASS y la historia clínica informatizada.

Se realiza análisis estadístico descriptivo con medidas de frecuencia, posición y dispersión. Base de datos ACCES.

Resultados

Se incluyen en el estudio los 18 cupos de medicina general del centro de salud.

Las medidas de frecuencia, posición y dispersión para cada variable son las siguientes:

1. Población asignada. Total: 36.058, media: 2.003, máximo: 2.221, mínimo: 1.754, rango: 467, desviación estándar (DE): 124,44.
2. Población atendida. Total: 25.145, media: 1.396, máximo: 1.631, mínimo: 1.118, rango: 513, DE: 134,25.
3. Población atendida ajustada por edad. Total: 33.499, media: 1.861, máximo: 2.169, mínimo: 1.354, rango: 815, DE: 230,62.
4. Mayores de 65 años. Total: 5.563, media: 309, máximo: 376, mínimo: 236, rango: 140, DE: 45,49.
5. Pacientes inmovilizados. Total: 390, media: 21, máximo: 41, mínimo: 7, rango: 34, DE: 8,01.
6. Pacientes hipertensos. Total: 4.061, media: 225, máximo: 324, mínimo: 73, rango: 251, DE: 59,21.
7. Pacientes diabéticos. Total:

1.884, media: 104, máximo: 145, mínimo: 53, rango: 92, DE: 24,48.

8. Pacientes con cardiopatía isquémica. Total: 514, media: 28, máximo: 56, mínimo: 7, rango: 49, DE: 14,05.
9. Pacientes con EPOC/asma. Total: 1.652, media: 91, máximo: 142, mínimo: 42, rango: 100, DE: 30,5.
10. Pacientes con riesgo social. Total: 472, media: 26, máximo: 105, mínimo: 9, rango: 96, DE: 22,42.

Los resultados pormenorizados para cupo médico y variable aparecen reflejados en las tablas 1 y 2.

El indicador sintético y los índices poblacional y de morbilidad para cada cupo se indican en la tabla 3.

Los índices poblacional y de morbilidad y el indicador sintético de cada cupo médico así como su relación con las medias se observan en las gráficas 1,2 y 3.

La comparación entre los índices y el indicador sintético están en la gráfica 4.

Discusión

Los resultados de nuestro estudio indican que existen diferencias importantes entre los cupos del centro de salud y entre las distintas variables analizadas. Las variables de

TABLA 1
VARIABLES DE POBLACIÓN PARA CADA CUPO MÉDICO
(Entre paréntesis la posición que ocupa cada cupo médico con respecto a los demás)

Cupo médico	Población asignada	Población atendida	Población atendida ajustada por edad	Mayores de 65 años	Índice poblacional
MG01	1.754 (18)	1.254 (15)	1.714 (14)	292 (11)	5.014 (15)
MG02	2.018 (08)	1.343 (14)	1.685 (15)	279 (13)	5.325 (14)
MG03	2.118 (03)	1.526 (03)	2.110 (02)	372 (02)	6.126 (02)
MG04	2.056 (06)	1.484 (05)	1.956 (09)	287 (12)	5.783 (06)
MG05	1.979 (12)	1.430 (09)	1.992 (06)	363 (03)	5.764 (07)
MG06	2.221 (01)	1.631 (01)	2.169 (01)	316 (09)	6.337 (01)
MG07	2.030 (07)	1.347 (13)	1.743 (13)	306 (10)	5.426 (12)
MG08	2.004 (09)	1.503 (04)	2.059 (04)	338 (07)	5.904 (05)
MG09	1.977 (13)	1.434 (08)	1.986 (08)	341 (06)	5.738 (08)
MG10	1.945 (14)	1.386 (12)	1.810 (12)	278 (14)	5.419 (13)
MG11	1.858 (16)	1.201 (16)	1.511 (17)	236 (18)	4.806 (17)
MG12	2.093 (04)	1.532 (02)	2.046 (05)	341 (06)	6.012 (03)
MG13	1.954 (14)	1.404 (10)	1.992 (07)	376 (01)	5.726(09)
MG14	2.002 (10)	1.476 (07)	1.906 (10)	274 (15)	5.658 (10)
MG15	1.996 (11)	1.395 (11)	1.861 (11)	325 (08)	5.577 (11)
MG16	1.776 (17)	1.198 (17)	1.522 (16)	237 (17)	4.733 (18)
MG17	2.217 (02)	1.118 (18)	1.354 (18)	245 (16)	4.934 (16)
MG18	2.060 (05)	1.483 (03)	2.083 (03)	357 (04)	5.983 (04)
Media	2.003	1.396	1.861	309	5.570
Total	36.058	25.145		5.563	100.265

MG: Medicina General.

TABLA 2
VARIABLES DE MORBILIDAD PARA CADA CUPO MÉDICO

Cupo médico	Inmovilizados	Diabetes	Hipertensión	Cardiopatía isquémica	EPOC/Asma	Riesgo social	Índice morbilidad
MG01	25 (07)	093 (13)	213 (13)	15 (15)	059 (16)	09 (18)	4140 (14)
MG02	13 (16)	113 (08)	248 (06)	07 (18)	81 (13)	13 (14)	4750 (10)
MG03	32 (02)	104 (09)	276 (03)	34 (07)	142 (01)	38 (04)	6260 (03)
MG04	18 (13)	131 (03)	311 (02)	34 (06)	118 (04)	19 (10)	6310 (02)
MG05	22 (10)	145 (01)	324 (01)	19 (13)	092 (08)	14 (13)	6160 (04)
MG06	28 (03)	098 (11)	249 (05)	20 (11)	104 (07)	11 (17)	5100 (08)
MG07	23 (08)	122 (06)	073 (18)	19 (12)	130 (03)	40 (03)	4070 (15)
MG08	18 (12)	101 (10)	238 (09)	12 (17)	064 (14)	28 (06)	4610 (11)
MG09	27 (04)	128 (04)	244 (07)	47 (03)	106 (06)	20 (09)	5720 (06)
MG10	23 (09)	086 (15)	158 (16)	35 (05)	042 (18)	28 (07)	3720 (17)
MG11	17 (14)	086 (14)	199 (15)	19 (14)	085 (11)	30 (05)	4360 (12)
MG12	19 (11)	123 (05)	232 (11)	29 (10)	092 (09)	12 (15)	5070 (09)
MG13	26 (05)	135 (02)	234 (10)	50 (02)	142 (02)	21 (08)	6080 (05)
MG14	14 (15)	081 (16)	218 (12)	43 (04)	064 (15)	15 (11)	4350 (13)
MG15	25 (06)	121 (07)	259 (04)	32 (08)	083 (12)	14 (12)	5340 (07)
MG16	12 (17)	070 (17)	212 (14)	14 (16)	087 (10)	11 (16)	4060 (16)
MG17	07 (18)	053 (18)	135 (17)	29 (09)	044 (17)	44 (02)	3120 (18)
MG18	41 (01)	094 (12)	238 (08)	56 (01)	117 (05)	105 (01)	6510 (01)
Media	21	104	225	28	91	26	4980
Total	390	1.884	4.061	514	1.652	472	89730

Entre paréntesis la posición que cada cupo médico ocupa con respecto a los demás.

MG: Médico general.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Índice morbilidad: Suma de las variables de morbilidad por mil.

población reflejan unos cupos con un gran número de pacientes asignados (media de 2.003) y apreciables diferencias en la población atendida (rango de 513 pacientes). El tamaño del cupo es un factor importante, aunque no el que más, en las cargas de trabajo de cada cupo, por lo que de los resultados obtenidos se deducen cargas de trabajo diferentes. Los resultados de las variables de población asignada y mayores de 65 años no son del todo exactos si lo comparamos con la población censal de la zona básica, pero se supone que el exceso es común a todos los cupos y no altera la comparación.

En las variables de morbilidad existen grandes diferencias entre los cupos (rangos muy amplios). Esto hace sospechar un déficit de registros (en el proceso de obtención de datos se aprecia que existe un porcentaje variable de diagnósticos que están registrados en la historia clínica pero no están codificados) en algunas variables (EPOC/asma, hipertensos), aunque en las demás los datos son concordantes con la cartera de servicios del centro.

Cuando comparamos los índices poblacional y de morbilidad y el indicador sintético con los valores medios apreciamos fielmente la variabilidad existente entre los cupos y

que el principal componente del indicador sintético parece ser el factor morbilidad. Si asumimos como "aceptable" una variabilidad del 10 % entre los cupos observamos que existen diferencias según se utilicen los índices de población y morbilidad o el indicador sintético, siendo este último el que parece reflejar mejor las diferencias. De la misma manera se comportan las posiciones que ocupan cada cupo médico con respecto a los demás, lo que redundará en lo dicho anteriormente.

El análisis de los índices de población y morbilidad y del indicador sintético nos permite disponer de una buena información para comparar los cupos y nos indica el peso relativo de cada grupo de variables en la posición final.

Los estudios para comparar los cupos de un mismo

centro de salud son escasos (probablemente hay muchos estudios de este tipo, pero se realizan para consumo interno de los Distritos y de los centros y no son publicados). Habitualmente se usan variables de población para estas comparaciones y el tamaño de los cupos presenta una gran variabilidad¹²⁻¹⁴. Si existen más publicaciones sobre las variables a utilizar para la asignación de los presupuestos de farmacia¹⁵⁻¹⁷ y éstos coinciden en señalar que morbilidad y los ancianos son las variables que mejor se relacionan con el gasto.

Las principales limitaciones de nuestro estudio radican por una parte en que no disponemos de una base de datos totalmente fiable (existen duplicidades, no están depurados todos los fallecimientos y todos los traslados, ausencia en ocasiones de edad y sexo). Al comparar con otras fuentes indirectas (padrón municipal, datos de frecuentación) podemos estimar que la población de nuestra base de datos supera en un 10-12% a la población realmente existente en nuestra zona básica. Estas cifras son equiparables en todos los cupos, por lo que las comparaciones son fiables. Por otra parte hay deficiencias en las variables de morbilidad: no se registra toda la morbilidad (hecho más apreciables en determinados cupos) y

TABLA 3
INDICADOR SINTÉTICO DE CADA CUPO MÉDICO

Cupo médico	Índice poblacional	Índice de morbilidad	Indicador sintético
MG01	5.014	4.140	09.154 (15)
MG02	5.325	4.750	10.075 (11)
MG03	6.126	6.260	12.386 (02)
MG04	5.783	6.310	12.093 (03)
MG05	5.764	6.160	11.924 (04)
MG06	6.337	5.100	11.437 (07)
MG07	5.426	4.070	09.496 (13)
MG08	5.904	4.610	10.514 (10)
MG09	5.738	5.720	11.458 (06)
MG10	5.419	3.720	09.139 (16)
MG11	4.806	4.360	09.166 (14)
MG12	6.012	5.070	11.082 (08)
MG13	5.726	6.080	11.806 (05)
MG14	5.658	4.350	10.008 (12)
MG15	5.577	5.340	10.917 (09)
MG16	4.733	4.060	08.793 (17)
MG17	4.934	3.120	08.054 (18)
MG18	5.983	6.510	12.493 (01)
Media	5.570	4980	10.555
Total	100.265	89730	189.995

Entre paréntesis las posiciones de cada cupo con respecto a los demás.

MG: Medicina General.

Índice poblacional: Suma de las variables de población.

Índice de morbilidad: Suma de las variables de morbilidad por mil.

Indicador sintético: Suma de los índices poblacional y de morbilidad.

no se siguen criterios unificados de inclusión a pesar de que todos los profesiones disponen de la información necesaria. La utilización de otras variables (cobertura, utilización de servicios por sexo y edad, ACG, ADG, hospitalizaciones, fallecimientos) permitirían una mejor comparación entre los cupos, pero la imposibilidad actual de disponer de estos datos hace inviable su uso.

Deberían plantearse futuros estudios para medir las diferencias en las cargas de trabajo de cada cupo y poder cuantificarlos (GPS, utilización de servicios, etc.). Una línea de trabajo posible sería relacionar el indicador sintético con las actividades profesionales (número de consultas a demanda, programada, visitas domiciliarias), con el síndrome de burnout (pasando cuestionarios validados) y con el gasto (pruebas complementarias, farmacia). También sería deseable "monitorizar" el indicador sintético para observar la evolución que va teniendo a lo largo de los años.

Las principales aplicaciones prácticas de nuestro estudio radican en equiparar las cargas de trabajo de los cupos aplicando medidas correctoras (reducción de la población asignada a algunos cupos, cambios en la organización de la consulta, inclusión de variables de morbilidad en los

criterios de apertura y cierre de los cupos, redefinición del papel de enfermería, medidas informativas y educativas para la población) y la necesidad de disponer de una base de datos con la población real de cada cupo así como aplicar medidas incentivadoras para aumentar la calidad de los registros de morbilidad.

Como conclusiones principales de nuestro estudio destacamos: 1ª. Existen apreciables diferencias entre los cupos del centro de salud (en lo referente a variables de población y de morbilidad). 2ª. El indicador sintético que proponemos parece reflejar mejor la realidad que cuando se usan únicamente variables de población.

Bibliografía

- Martín Zurro A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.
- Decreto 195/1985 de 28 de agosto, sobre ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* 1985; 89: 656-661.
- Orden de 9 de junio de 1999, por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* 1999; 69: 7197-7199.
- Marín Araujo J. Trabajo con demanda excesiva (Actualización). *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1998; 5: 572-581.
- Villalbí JR y Manzanera R. Comparar centros y proveedores de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 128-138.
- Juncosa S, Bolívar B, Roset M, Martínez C. Influencia de la unidad de análisis en los estudios de utilización de recursos de atención primaria. *Gac Sanit* 1999; 13: 53-61.
- Juncosa S, Bolívar M. Un sistema de clasificación de pacientes para nuestra atención primaria: los Ambulatory Care Groups (ACGs). *Gac Sanit* 1997; 11: 83-94.
- Starfield B, Weiner J, Mumford L, Steinwachs. Ambulatory Care Groups: a categorization of diagnosis for research and management. *Health Ser Res* 1991; 25: 990-1.015.
- Mancera J, Muñoz F, Martín M, Paniagua F, Fernández C. Utilidad para la atención sanitaria del análisis demográfico de una zona básica de salud urbana. *SEMergen* 2001; 27: 286-290.
- Sistemas de Información TASS en Centros de Atención Primaria. Manual de usuario. Versión 3.0. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP-2 (2ª ed.). Madrid: Masson; 1999.
- Guarga A, Gil M, Pasarín M, Manzanera R, Armengol R, Sintes J. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria* 2000; 26: 600-606.
- García Olmo L. Los estudios de utilización de servicios en la revista *Atención Primaria*. *Aten Primaria* 1994; 14: 118-126.
- 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: 657-662.

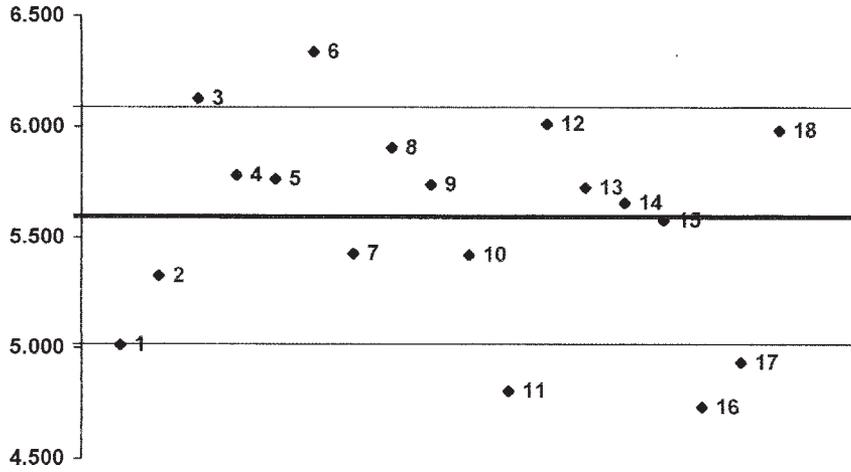


Gráfico 1. Variables de población. Comparación con la media.
(El espacio entre las líneas finas representa el 10% de variabilidad sobre la media).

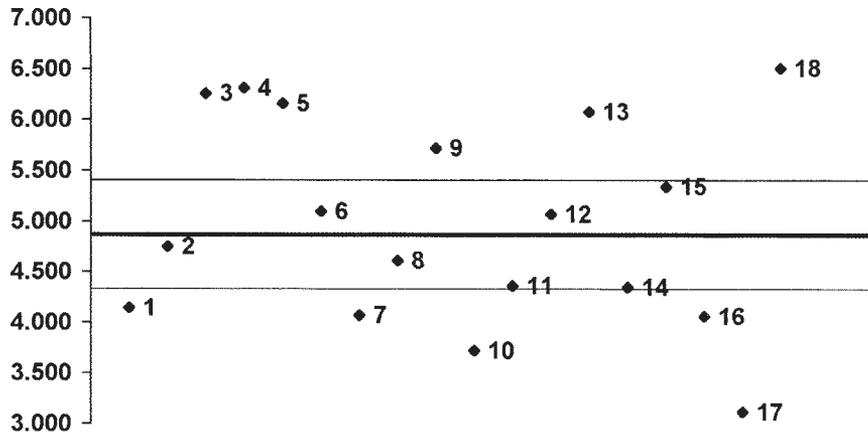


Gráfico 2. Variables de morbilidad. Comparación con la media.
(El espacio entre las líneas finas representa el 10% de variabilidad sobre la media).

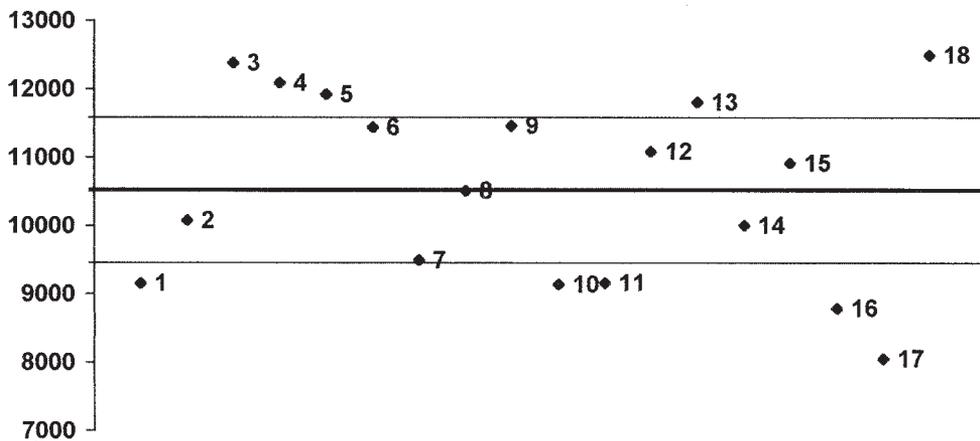


Gráfico 3. Indicador sintético de cada cupo médico y su relación con la media.
(El espacio entre las líneas finas representa el 10% de variabilidad sobre la media).

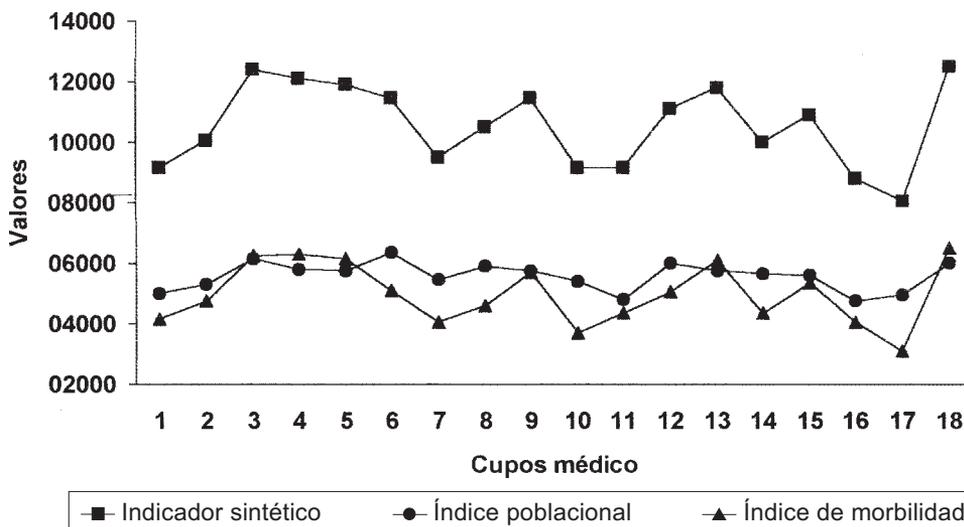


Gráfico 4. Influencia de los índices poblacional y de morbilidad sobre el indicador sintético de los cupos médicos.

15. Reyes Rodríguez FJ, Placencia Núñez M, Joyanes Romo A, González Gómez M, González-Casanova González S, Marrero Pereyra B, et al. La población adscrita y sus características como elemento de ajuste para la asignación presupuestaria individualizada en farmacia. *Aten Primaria* 2000; 25: 339-342.

16. García-Sempere A, Peiró S. Gasto farmacéutico en atención pri-

maria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud. *Gac Sanit* 2001; 15: 32-40.

17. Mora Guio F, Calvo Alcántara MJ, Oncina de Marcos T, Marcos Alonso MP, Jiménez Ferrer C, Chocron Bentata L. Criterios de asignación del presupuesto de farmacia a los equipos de atención primaria de un área sanitaria. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 201-207.

ORIGINAL

Perfil de la solicitante de la píldora postcoital (Levonorgestrel) en unidades de urgencias

Cárdenas Cruz DP¹, Parrilla Ruiz F², Mengíbar Gómez MM³, Espinosa Fernández M³, Issa Khozouz Ziad¹, Cárdenas Cruz A⁴.

¹ Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, ² MIR. MFyC, ³ Médico de Familia. Centro de Salud de Adra. Almería, ⁴ Especialista en Medicina Intensiva y Cuidados Críticos y Urgencias. Responsable de Unidad de Urgencias. Unidad de Urgencias. Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

PERFIL DE LA SOLICITANTE DE LA PÍLDORA POSTCOITAL (LEVONORGESTREL) EN UNIDADES DE URGENCIAS

Objetivo: Realizar un perfil de la mujer que acude a Urgencias demandando la anticoncepción postcoital como objetivo principal. Determinar el motivo de solicitud como objetivo secundario.

Diseño: Estudio transversal durante un periodo de 9 meses (20/05/01 – 20/02/02).

Ámbito de estudio: Unidad de Urgencias. Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. EL Ejido. Almería y Servicio de Urgencias del Centro Salud de Adra. Almería.

Sujetos: Mujeres que acuden a Urgencias solicitando la anticoncepción postcoital.

Mediciones: Se realizó una entrevista personal mediante encuesta (unificada en todos los Servicios de Urgencias del S.A.S.) a todas las solicitantes donde se preguntaba: Edad, Horas desde el coito de riesgo, Uso anterior de anticoncepción postcoital, Anticoncepción habitual, Motivo de la solicitud, Causas de no-prescripción y Observaciones.

Resultados: En el periodo de estudio acudieron 446 mujeres que solicitaron la anticoncepción postcoital, al 100% se le prescribió y se le administró gratuitamente. La edad media de la mujer fue de 21,3 ± 5,4 años siendo el 87% menores de 30 años. Acudieron a urgencias en menos de 24 horas postcoital el 91 %, entre 24 –48 horas el 5 % y entre 48-72 horas un 4 %. El 88 % de las solicitantes no usaron con anterioridad anticoncepción postcoital, 12 % restante alguna vez. El 85 % utilizaba como anticonceptivo habitual el Preservativo, 9 % Hormonal, 5% ninguno, 1% Dispositivo intrauterino (DIU). El motivo de solicitud de la píldora postcoital: 83 % rotura de preservativo, 15 % no uso de método anticonceptivo, 1 % olvidó toma del anticonceptivo hormonal, 1 % otras causas: Agresiones sexuales.

Conclusiones: El perfil de la mujer que solicita la píldora postcoital es una joven de unos 21 años, que utiliza el preservativo como método anticonceptivo habitual, que con anterioridad refiere no uso de la anticoncepción postcoital y acude a Urgencias antes de las 24 horas postcoital por rotura de preservativo.

Palabras clave: Píldora postcoital, Levonorgestrel, Anticoncepción postcoital.

PROFILE OF THE PETITIONER OF THE POST-COITAL PILL (LEVONORGESTREL) IN EMERGENCY SERVICES

Goal: The primary goal is to obtain a profile on women who use emergency room services to request a post-coital birth control pill. The secondary goal is to determine the reason for that request.

Methodology: Cross sectional study over a nine-month period (20/05/01 – 20/02/02).

Setting: Emergency Unit, Integrated Area of Critical Care Management and Emergencies in the publicly owned Poniente Hospital of El Ejido, Almeria and in the Emergency Service located in the Adra Health Center in Almeria.

Population and Sample: Women who come to the emergency room services requesting a post-coital birth control pill.

Interventions: A personal interview was carried out following a single questionnaire (used by all of the SAS's - regional Andalusian Health Services - emergency services). All those who requested the pill were asked their age, how many hours had passed since sexual intercourse took place, previous use of post-coital emergency contraception, usual birth control method used, reason for the request, causes of non-prescription, and observations.

Results: During the period under study 446 women visited the services and requested a post-coital birth control pill, which was prescribed in 100% of the cases and administered to them at no cost. The women's average age was 21.3 ± 5.4 years and 87% were under age 30. 91% of them came to emergency services in less than 24 hours after sexual intercourse, 5% came between 24-48 hours, and 4% of them came between 48-72 hours. 88% of the petitioners had not previously used post-coital emergency contraception. The remaining 12% had used it on some occasion. 85% responded that condoms were their usual birth control method, 9% used hormones, 5% no contraceptive method at all, and 1 % the intrauterine device (IUD). Motives for requesting the day-after pill: 83% due to a ruptured condom, 15% because they had not used any birth control method, 1% had forgotten to take their birth control pill, and 1% alleged other causes – sexual aggression.

Conclusions: The profile of requests for the post-coital pill shows a young woman of about 21 years of age whose primary birth control method is the condom, who has never used the post-coital pill on any previous occasion, and who comes to emergency services within 24 hours following sexual intercourse with a ruptured condom.

Key words: The post-coital pill, the day-after pill, Levonorgestrel, emergency contraception

Correspondencia: Francisco Manuel Parrilla Ruiz. Avenida del Mediterráneo, 74-3.º B. 04770-Adra. Almería.

Teléfono: 699 846 790

Recibido el 13-03-2002; aceptado para su publicación el 13-05-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 3: 179-183

Introducción

La ¹ Emergencia Anticonceptiva Postcoital(AE) se lleva a cabo desde el año 1977 con el conocido Método de Yuzpe aún vigente, ² consiste en la administración de un combinado de estrógeno-progestágenos divididos en dos dosis antes de las 72 horas postcoitales. A partir de 1984 aparecen los primeros estudios con Levonorgestrel (0,75 mg en dos dosis/ 12 horas) donde comparan la efectividad y la tolerancia con el Método de Yuzpe, llegando a la conclusión que el ^{3,4,5,6} Levonorgestrel es más efectivo y produce menos efectos secundarios, consiguiendo una efectividad de un 88%, además se pone hincapié por investigadores en demostrar que ⁷ no es un método abortivo, actúa inhibiendo la implantación, Grimes en una carta dirigida al Comité Editorial del New England considera que la Anticoncepción de Emergencia no es un método abortivo puesto que la gestación comienza con la implantación no con la fertilización. A pesar de todos los años de estudio aún la Anticoncepción de Emergencia es desconocida por parte de la población, en un estudio Finlandés se analizó el conocimiento de la Anticoncepción de Emergencia, se demostró que solo un 30% de las mujeres mayores de 35 años conocía la Anticoncepción de Emergencia, así como en un estudio Francés donde 300 mujeres que realizaron una Interrupción Voluntaria del Embarazo(IVE) el 73% desconocía la AE, dentro del mundo sanitario se analizó los conocimientos de enfermeros y estudiantes de enfermería nigerianos sobre métodos de anticoncepción solo el 2,6% citó la Anticoncepción de Emergencia. ⁸ En 1999 comienza el cambio en Europa, se va instaurando el concepto del Levonorgestrel como emergencia anticonceptiva postcoital desplazando al Método Yuzpe hasta que ⁹ en el 2000 se comercializa en Francia. A España llega en el 2001 y a los pocos meses la ¹⁰Consejería de Salud de la Junta de Andalucía aprobó la prescripción y la administración de la Anticoncepción Postcoital (Levonorel) en las Unidades de Urgencias del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S) de manera gratuita.

El objetivo de nuestro estudio es la realización de un Perfil de la Solicitante de la Píldora

Postcoital en Unidades de Urgencias así como del Motivo más frecuente de la Solicitud.

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal realizado durante el periodo del 20/05/01 al 20/02/02.

El ámbito de estudio son la Unidad de Urgencias perteneciente al Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias de la Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería y el Servicio de Urgencias del Centro Salud de Adra. Almería.

Los sujetos del estudio fueron 446 mujeres que demandaron la píldora postcoital en urgencias en el periodo de estudio.

Los criterios de inclusión fueron: ser mujer en edad fértil, solicitar la píldora postcoital antes de las 72 horas postcoitales.

A todas las solicitantes de la emergencia anticonceptiva se les realizó una entrevista personal (Unificada en todos los Servicios de Urgencias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía). Las variables de estudio fueron:

- 1.-Edad
- 2.-Horas desde el coito de riesgo
- 3.-Uso anterior de anticoncepción postcoital:

SI	Nº de veces
NO	
NO SABE	
- 4.-Anticoncepción habitual:

NINGUNA
PRESERVATIVO
HORMONAL
DIU
OTROS
- 5.-Motivo de la solicitud:

NO USÓ EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO
ROTURA DEL PRESERVATIVO
OLVIDO ANTICONCEPCIÓN HORMONAL
OTROS
- 6.-Causas de no prescripción:

TRANSCURRE MÁS DE 72 HORAS POSCOITALES
OTRAS
- 7.-Observaciones:
Se realiza análisis descriptivo y de frecuencias mediante paquete estadístico SSPS.

Resultados

En el periodo de estudio acudieron a las Unidades de Urgencias de la E.P Hospital de Poniente y Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Adra 446 mujeres que solicitaron la anticoncepción postcoital, al 100% se le prescribió y se le administró gratuitamente. La edad media de la mujer fue de $21,3 \pm 5,4$ años siendo el 87% menores de 30 años.

Acudieron a urgencias en menos de 24 horas postcoital el 91 %, entre 24 -48 horas el 5 % y entre 48-72 horas un 4 %. (Gráfica1).

El 88 % de las solicitantes no usaron con anterioridad anticoncepción postcoital, 12 % restante alguna vez.

El 85 % utilizaba como anticonceptivo habitual el Preservativo, 9 % Hormonal, 5% ninguno, 1% Dispositivo intrauterino (DIU). (Gráfica 2).

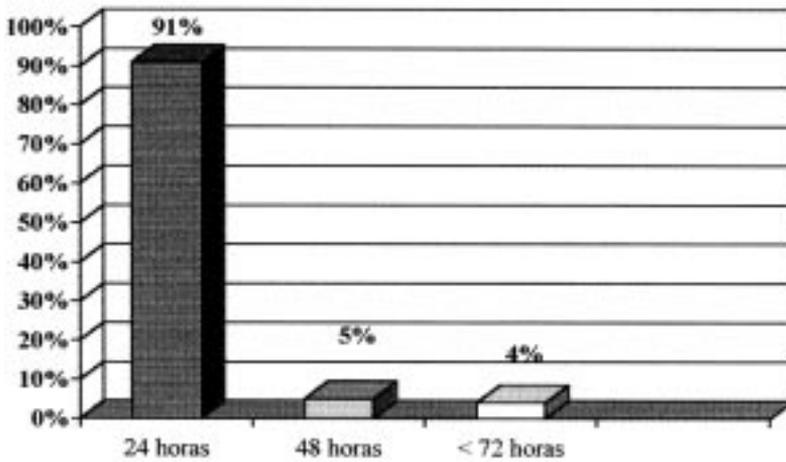
El motivo de solicitud de la píldora postcoital: 83 % rotura de preservativo, 15 % no uso de método anticonceptivo, 1 % olvidó toma del anticonceptivo hormonal, 1 % otras causas: Agresiones sexuales. (Gráfica 3).

Observaciones: ninguna.

Discusión

La evolución de la mujer en la sociedad y el derecho de libertad a elegir el momento de quedarse embarazada ha

HORAS DE SOLICITUD POSTCOITAL



Gráfica 1. % de solicitantes de la píldora postcoital que acudieron en las primeras 24 horas, entre las 24-48 horas, 48-72 horas postcoitales

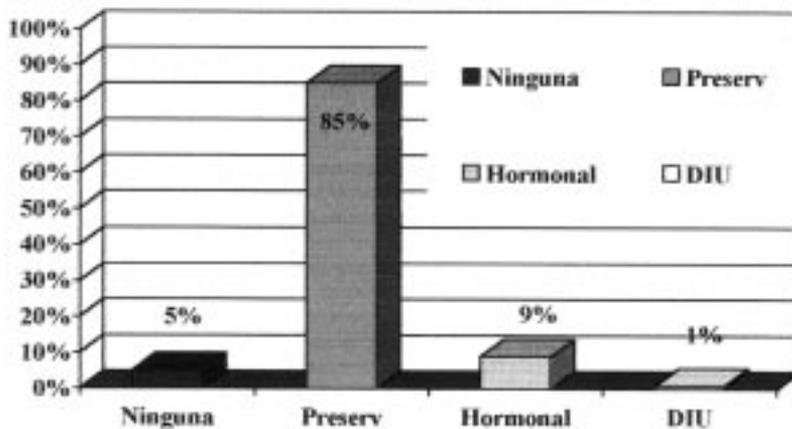
hecho que los métodos de anticoncepción sean una realidad. Queremos señalar en nuestro estudio que la demandante de la Píldora Postcoital suele ser una joven de 21 años y que el 87% es menor de 30 años donde un embarazo no deseado es más frecuente debido a la situación socioeconómica.¹¹ En Estados Unidos aproximadamente se producen 3,5 millones de embarazos no deseados y 1/3 se debe al fallo de los métodos anticonceptivos. La Píldora Postcoital surge cuando esos métodos fallan o no se realizan adecuadamente. En nuestro estudio comprobamos que la "Rotura del Preservativo" es la causa (83%) más frecuente de solicitud de la Píldora Postcoital.^{12,13} En estudios españoles e¹⁴ internacionales los

resultados son similares, nos llamó la atención un¹⁵ estudio sueco donde el motivo más frecuente de solicitud de píldora postcoital era el no uso de ningún método anticonceptivo. La duda que se nos planteó y nos planteamos es si verdaderamente la solicitante nos decía la verdad o la rotura de preservativo era la causa menos engorrosa para explicar la solicitud. Hay que tener en cuenta que la población que la solicita son jóvenes que bien por temor, pudor, a veces ni se plantean la posibilidad de acudir a una urgencias para demandar la Píldora postcoital. Parece existir un consenso entre los interesados de la Anticoncepción de Emergencia que sugieren que la

mejoría de la accesibilidad puede reducir drásticamente los embarazos no deseados y las IVE. Entre las medidas sugieren; la implicación de otros profesionales sanitarios en su prescripción como farmacéuticos y la libre dispensación de la Anticoncepción de emergencia, la OMS considera que debido a la seguridad y ausencia de efectos secundarios, así como la ausencia de contraindicaciones podría ser prescrita libremente, esta experiencia se realizó en Nueva Zelanda con buenos resultados. La administración de la Píldora Postcoital comienza con la primera dosis que se toma vía oral en presencia del facultativo y la segunda dosis se la damos para que se la tome a las 12 horas junto con un folleto donde se dan instrucciones de cómo utilizar el medicamento (Levonorgestrel), que medicamentos no puede tomar a la vez, efectos secundarios, información sobre todos los métodos anticonceptivos y el teléfono de Información Sexual para jóvenes. Al 100% de las solicitantes se le administró la Píldora Postcoital, la mayoría (88%) nunca había utilizado la emergencia anticonceptiva postcoital con anterioridad y el 100% acudió antes de las 72 Horas señalando que el 91% acudió antes de las 24 horas.

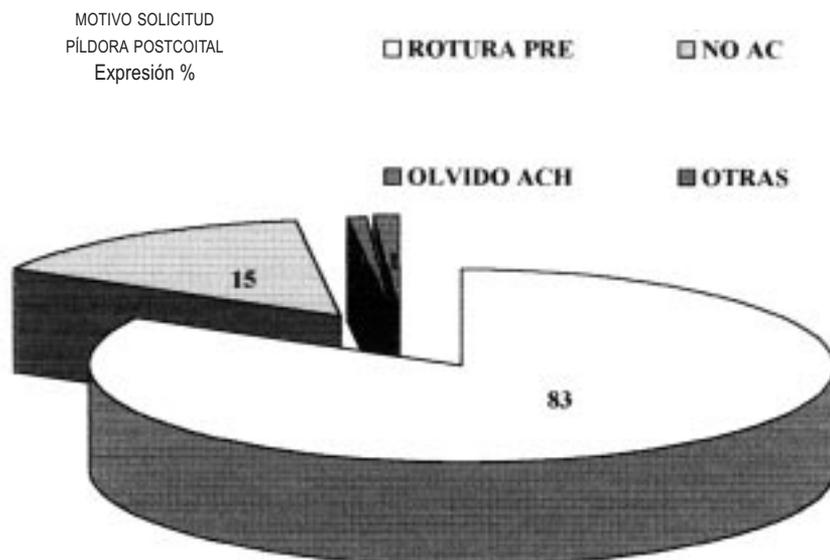
La conclusión de nuestro trabajo "Perfil de la Solicitante de la Píldora Postcoital en Unidades de Urgencias"; 1º) una joven de unos 21 años, 2º) que utiliza el preservativo como método anticonceptivo habi-

ANTICONCEPCIÓN HABITUAL



Gráfica 2. Métodos de anticoncepción habitual en las solicitantes de la píldora postcoital.

Ninguna: No utilización de ningún método de anticoncepción.
Preserv: Utiliza como método de anticoncepción el preservativo.
Hormonal: Utiliza la anticoncepción hormonal oral.
DIU: Dispositivo intrauterino.



Gráfica 3. Los motivos de la solicitud de la píldora postcoital.

Rotura Pre.: Rotura de preservativo.

No AC: No uso de método de anticoncepción.

Olvido de ACH: Olvido de anticoncepción hormonal.

Otras.

tual, 3º) que con anterioridad refiere no uso de la anticoncepción postcoital y 4º) acude a Urgencias antes de las 24 horas postcoital por rotura de preservativo.

Desde la prescripción y administración gratuita de la Píldora Postcoital nos preguntábamos varias cuestiones; ¿se favorecerían las enfermedades de transmisión sexual? 8Encontramos un estudio sueco donde mujeres que acudían solicitando la Píldora Postcoital tras una relación sin protección no aumentaba la probabilidad de tener enfermedades de transmisión sexual, ¿ que responsabilidades puede incurrir el facultativo que prescriba a pacientes menores de edad, sin conocimiento de sus padres o tutores, la píldora postcoital? 1Esto supone un conflicto para el facultativo que asume una posición delicada entre el derecho del menor que acude por si mismo a los servicios de urgencias y el derecho de los padres a dirigir la educación de sus hijos. La problemática se plantea ante la ausencia de una ley sobre el tema, basándose en el artículo 11 de la Ley de Protección Jurídica del Menor y sintetizando, el menor tiene capacidad por si solo de acceder a las prestaciones sanitarias si cumple la "minoría madura", determinar si el menor cuenta con el suficiente juicio para solicitar y someterse a la anticoncepción postcoital corresponde al facultativo que la prescribe, en casos extremos que el facultativo no pueda determinar si es "menor madura" podrá interconsultar con otros especialistas; psicólogo o psiquiatra para ayudarle a determinar el grado de madurez de la menor, si el facultativo prescriptor constata la minoría madura, en principio

ningún grado de responsabilidad cabría imputarle. ¿El facultativo puede no prescribir la píldora postcoital según su objeción de conciencia? 1No hay ninguna ley al respecto pero para afrontar esta cuestión nos basamos en la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 abril, interpretándola, el facultativo tiene el reconocimiento a la objeción de conciencia. Actualmente para solucionar provisionalmente el problema y que la paciente no se perjudique si le atiende un facultativo objetor de conciencia, la paciente es atendida por otro facultativo no objetor.

Hemos sacado varias conclusiones de trabajos internacionales donde afirman la efectividad de la Píldora Postcoital como prevención ante un embarazo

no deseado, la necesidad de Sistemas de Educación Sexual para jóvenes, mejorar la accesibilidad de la Píldora Postcoital, como finalidad evitar como ejemplo un 16millón de abortos en Estados Unidos por embarazos no deseados. Con esto queremos estimular a nuestros compañeros a seguir estudiando sobre el tema y a informar a todas sus pacientes en edad reproductiva la eficacia y la disponibilidad de la Píldora Postcoital.

Agradecimientos

Estamos agradecidos a todo el personal de la Unidad de Urgencias. Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias y al Área Integrada de Gestión de Farmacia Hospitalaria. Empresa Pública Hospital de Poniente. Ejido. Almería, y al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Adra, Almería, por su colaboración y a la inestimable ayuda de nuestro amigo D. José Miguel Rodríguez Nieto por la realización al inglés del Abstract.

Bibliografía

1. Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, De Lorenzo R. Guía de actuación en Anticoncepción de Emergencia. La píldora del día después. Pulso ediciones 2002.
2. Wellbery C. Emergency contraception. Arch Fam Med 2000; 9: 642-6.
3. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised, controlled trial of Levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998; 352: 428-33.
4. Spycher C, Bigler G. Postcoital emergency contraception. Ther Umsch 2001; 58: 541-6.

5. Ho PC. Emergency contraception: methods and efficacy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12: 175-9.
6. Cheng L, Gulmezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PF. Intervention for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD001234.
7. Lete Lasa I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de Emergencia. *Aten Primaria* 2001; 28: 59-68.
8. Camp SI. The status of dedicated products. *J Am Med Womens Assoc* 1998; 53 (Suppl 2): 225.
9. Gainer E, Mery C, Ulmann A. Levonorgestrel-only emergency contraception: real-world tolerance and efficacy. *Contraception* 2001; 64: 17-21.
10. Acedo F. Salud ha dispensado 88 píldoras postcoitales al día desde mayo. *7DM* 2001; 499: 34.
11. Klima CS. Emergency contraception for midwifery practice. *J. Nurse Midwifery*. 1998; 43: 182-9.
12. Guillen Martínez E, Madrid Balbás A, González Santo Tomás R, Reguera Cámara A, Gallastegi Ruiz de Egiño, García Martínez F. Análisis de las demandantes de la anticoncepción postcoital de urgencia. *Actas del XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria*; 2001 Noviembre 14-17; San Sebastian. Sociedad española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001.
13. Pablo Vázquez MD, Romero de Castilla Gil RJ, Fernández Romero E, Galán Doval CJ, Del Campo Molina E. Anticoncepción postcoital en las urgencias de un hospital comarcal. Características de uso. *Actas del XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria*; 2001 Noviembre 14-17; San Sebastian. Sociedad española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001.
14. Espinos JJ, Senosiain R, Aura M, Vanrell C, Armengol J, Cuberas N et al. Safety and effectiveness of hormonal postcoital contraception: a prospective study. *Eur J Contracep Reprod Health Care* 1999; 4: 27-33.
15. Falk G, Falk L, Hanson U, Milson I. Young women requesting emergency contraception are, despite contraceptive counseling, a high risk group for new unintended pregnancies. *Contraception* 2001; 64: 23-7.
16. Grow DR, Ahmed S. New Contraceptive methods. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 901-16.

ORIGINAL

¿Qué piensan los niños sobre el tabaco?

Luque Hernández MJ, Mesas Rodríguez A, Alberro Hidalgo J, Palma Rodríguez S, Ortiz Llamas F, Cáliz García A, Gálvez Alcaraz L.

Médicos de Familia. Centro de Salud «El Palo». Málaga.

¿QUÉ PIENSAN LOS NIÑOS SOBRE EL TABACO?

Objetivo: Conocer la actitud de los escolares entre 8 y 12 años ante el tabaquismo y las condiciones de su entorno relacionadas.

Diseño: Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud del Palo, Málaga.

Población y muestra: Estudiamos los niños escolarizados entre 3º y 6º de EGB (Educación General Básica). Los sujetos son 850 niños pertenecientes a dichos cursos en siete colegios elegidos al azar, entre los 13 existentes en la zona.

Intervenciones: Encuesta con variables relacionadas con datos personales, el tabaco en su entorno, opinión sobre el tabaco y situación ante el tabaco.

Resultados principales: El 52,5% de los padres y el 49,1% de las madres son fumadores. Para el 98,6% de los niños el tabaco es malo. Un 5,1% lo ha probado, y un 2,1% fumaría. El 67,3% cree que no se debería fumar en su casa. Los niños que compran tabaco para personas mayores, tienen 4 veces más riesgo ($p < 0.05$) de fumar que los que no lo hacen. Solo 2 niños han tenido problemas para comprar tabaco en un establecimiento público.

Conclusiones: La gran mayoría de los escolares tienen una opinión negativa acerca del tabaco y creen que no se debería fumar a su alrededor. Sin embargo, un relativo alto porcentaje de ellos ya lo ha probado. El tabaco está presente en la vida cotidiana de los niños y resulta muy accesible, existiendo problemas en el cumplimiento de la normativa legal para mantenerlo fuera de su alcance.

Palabras Clave: Tabaquismo. Niños. Prevención.

WHAT DO CHILDREN THINK ABOUT SMOKING?

Goal: To learn about the attitude of school children between the ages of 8 and 10 regarding smoking and conditions related to smoking in their environment.

Methodology: Descriptive cross sectional.

Setting: El Palo Basic Health Zone, Málaga (Spain).

Population and Sample: We studied elementary school children enrolled in grades three through six. The subjects are 850 children enrolled in grades three through six chosen from seven different schools, selected randomly from among the 13 schools located in the zone.

Interventions: Survey with variables related to personal information, smoking in their environment, and their opinion on cigarette smoking.

Results: 52.5% of the fathers and 49.1% of the mothers are smokers. 98.6% of the children thought smoking is bad. 5.1% had tried cigarettes and 2.1% would smoke. 67.3% think that smoking should not be allowed in their home. Children who purchase tobacco for persons older than them have a four-time greater risk ($p < 0.05$) of becoming smokers than those who do not. Only two children had experienced problems when buying tobacco in a public establishment.

Conclusions: The large majority of school children have a negative opinion on cigarette smoking and believe that smoking should not be done around them. However, a relatively high percentage of them had already tried smoking. Tobacco is present in the children's daily lives and is quite accessible to them, and problems of compliance with legal regulations exist to keep tobacco out of their reach.

Key words: Smoking. Children. Prevention.

Correspondencia: M. J. Luque Hernández. C/ Playa Virginia, 13-6.º D. 29018-Málaga. Correo electrónico: mjluqueh@hotmail.com

Teléfono: 952 202 882

Recibido el 13-11-2001; aceptado para su publicación el 30-04-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 3: 184-189

Introducción

Es, por todos, de sobra conocido el efecto perjudicial del tabaquismo. Ha sido un tema ampliamente tratado en medios de comunicación, escuelas, centros sanitarios, etc. Esto le ha proporcionado a la sociedad una adecuada información acerca de las consecuencias de este hábito.

Sin embargo, la prevalencia e incidencia del mismo continúan siendo altas en la población, haciendo francamente difícil conseguir la disminución de aparición de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio, de las que el tabaco es el principal factor de riesgo evitable¹. Esta es la razón por la que la lucha contra el tabaquismo se ha convertido en un objetivo prioritario para la OMS².

Se piensa que la causa más importante de este fenómeno, es la socialización del uso del tabaco, muy difundido en nuestra cultura, siendo aceptado como una costumbre habitual, permitida, y por todo ello, tal vez no tan negativa o reproachable³.

Como veremos más adelante, existen numerosos estudios acerca de la prevalencia del tabaco entre los adolescentes y los adultos, pero el contacto con el mismo se produce antes de estas edades, ya que el niño se encuentra influenciado de modo determinante por lo que observa a su alrededor. Además, numerosas actividades preventivas han sido llevadas a cabo en grupos de edad por encima de los 14 años, pero se ha comprobado que éstas tienen poco o ningún efecto, porque han sido dirigidas a colectivos donde ya se ha establecido la idea de que el tabaquismo es algo "normal"⁴.

Puesto que el ser humano suele adoptar estilos de vida en su edad adulta que aprende durante su niñez, el fomento de hábitos sanos debería realizarse en edades tempranas. Está cada vez más extendida la idea de que resulta mucho más fácil evitar que haya un nuevo fumador que conseguir el abandono del tabaco por un a persona ya habituada⁵.

Por otro lado algunos estudios afirman que la edad a la que los niños empiezan a experimentar con el tabaco es cada vez más temprana^{5,6}.

Por estas razones, sería interesante conocer el punto de vista de los niños en una edad en la que son capaces de expresar su opinión acerca de algo que pueden ver en su vida diariamente, y saber cuál es su actitud frente a este asunto. De esta forma, podremos dar una mejor orientación a las actividades de prevención que se realizan en este colectivo, haciéndolas más efectivas.

El objetivo de este trabajo es pues, conocer la actitud y opinión sobre el tabaco de niños de edades comprendidas entre 8 y 12 años, que cursan 3º, 4º, 5º y 6º de E.G.B. (Educación General Básica), o su equivalente en el nuevo sistema educativo E.S.O. (Enseñanza Secundaria

Obligatoria), junto con el análisis de diversos factores ambientales, tanto educativos como familiares, que pudiesen estar relacionados con este hecho.

Material y métodos

La población a estudio era de 2.332 sujetos en total, matriculados en los cursos 3º, 4º, 5º y 6º de primaria de 13 colegios, de los cuales 5 son públicos, 7 concertados y 1 privado. Mediante un diseño descriptivo transversal, se llevó a cabo una encuesta con 38 preguntas de respuesta múltiple (dos de ellas de respuesta libre) a 850 escolares, que corresponde al 36,45% de la población total, pertenecientes a siete colegios públicos y concertados de la Zona Básica de Salud de El Palo, Málaga; con un total de 872 niños matriculados en estos cursos.

El muestreo fue realizado por conglomerados, tomando como unidad el colegio. Por esta razón, se eligieron 7 colegios de forma aleatoria simple, entre los 13 existentes en la zona, sin estratificar en función de ninguna característica.

El estudio fue autofinanciado, y se utilizaron algunos de los recursos disponibles en el Centro de Salud El Palo.

La recogida de la información fue realizada en cada clase, por personal sanitario, entrenado para tal fin, independiente del colegio, en horario escolar, previa explicación de la forma adecuada en que debían ser contestadas las preguntas para que la respuesta fuese clara. Se aseguró la confidencialidad de las respuestas. No se dio ninguna charla anterior al cuestionario, para que los niños no se viesan influenciados ni orientados en ninguna dirección, siendo las respuestas lo más espontáneas posibles.

La encuesta como método para conocer la prevalencia de determinadas actitudes en personas jóvenes es considerada fiable, cuando la muestra utilizada es grande. No es posible la determinación analítica masiva, ya sea de nicotina en orina o de CO (monóxido de carbono) en aire espirado, con el fin de comprobar la veracidad de las respuestas^{7,8}, ya que ésta no sería positiva en caso de fumadores esporádicos.

La encuesta fue diseñada para este estudio por el equipo de investigación. Aunque no fue validada previamente a su utilización, se consultó con los docentes acerca de la forma de realizar las preguntas para asegurar la comprensión de los niños. Analiza variables en cuatro vertientes diferentes: Datos personales, el tabaco en el entorno habitual, opinión personal sobre el tabaco y situación personal ante el tabaco. La recogida de datos tuvo una duración aproximada de 3 semanas, en Septiembre de 1999.

Solo fueron válidas 799 encuestas, ya que 23 fueron cumplimentadas contradictoriamente, y 27 pertenecían a una clase donde la profesora había dirigido la encuesta, introduciendo un posible sesgo al dar explicaciones en algunas preguntas. No hicieron la encuesta 22 niños, por que no acudieron a clase ese día.

El tamaño muestral se estableció maximizando n ($p=q=0,5$; error $\alpha = 5\%$), lo que permitió estudiar el objetivo principal con una precisión de 0.035.

El análisis de datos se hizo mediante el paquete estadístico SPSS, utilizando descriptivos y análisis bivariante (test χ^2 para variables categóricas) con medidas de relación.

Resultados

Resultó una distribución de las características de la población que mostramos en la Tabla 1. Por sexos, 49,2% niñas y 51.7% de niños, con una edad media de 9.51 años (DE 1.31).

Respecto al entorno familiar, se encontró un porcentaje similar de padres y madres fumadores, 53% y 49% res-

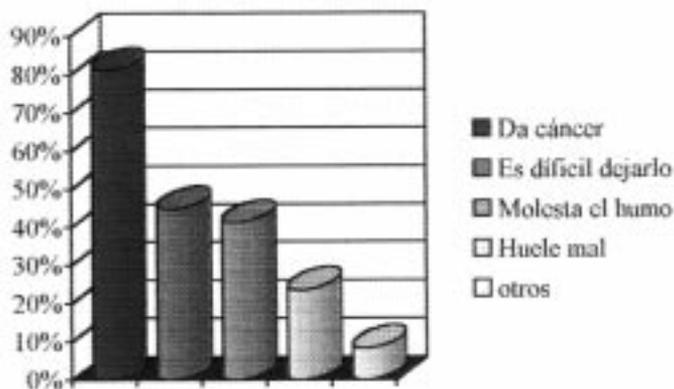
TABLA 1
SU ENTORNO. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Sujetos 799
Edad media 9,51 años (DE 1,31)
Género: 49,2% niñas
51,7% niños.
Padres: Fumadores 53%,
Exfumadores 12,3%
Madres: Fumadoras 49,1%,
Exfumadoras 9,1%
Amigos fumadores: 8,8%
Profesores fumadores: 51,4% Si
9% No
35,2% No sé
FUMAR ES : Bueno 0,3%
Malo 98,6%

pectivamente. No encontramos asociación significativa entre el hecho de que el niño haya probado el tabaco y alguno de sus padres sean fumadores. Un 12,7% de los niños tiene uno o más hermanos/as que fuman habitualmente y un 20,2% tiene algún otro familiar conviviente que también es fumador.

En el ambiente escolar se han tenido en cuenta tanto a los amigos como a los profesores; existiendo un 8,8% de niños que tiene al menos un amigo que fuma; y en lo que se refiere a los profesores, el 116% de los escolares cree que todos o casi todos sus profesores son fumadores. Existe variabilidad ante la pregunta de si creen que se puede fumar en el colegio, de forma que el 16,4% piensa que sí se puede fumar y el 25% no lo sabe. En general, el 36,5% piensa que casi todos los adultos fuman, el 24,4% cree que no y el 39% no lo sabe.

Casi la totalidad de los niños identifica el tabaco como algo malo, dando el 81,1% como razón principal el cáncer. Prácticamente igualados, alrededor del 40%, están los que creen que es difícil dejarlo una vez que se empieza y los que afirman que el humo es molesto, quedando un 23,5% que señala que las personas que fuman desprenden mal olor (gráfica 1). Se les da la posibilidad de



Gráfica 1. ¿Por qué piensas que el tabaco es malo?

añadir abiertamente otros motivos diferentes a los reseñados en la encuesta por los que también consideren malo el tabaco, respondiendo a ello el 8,3% de los niños, que escriben contestaciones como: «Perjudica el embarazo», «si estás al lado de alguien que fuma es como si fumaras tú», «malo para el medio ambiente», «es malo para los niños pequeños», «cuesta mucho dinero», «se ponen los dientes amarillos», «te quedas sin sangre», «puedes perder la voz» y «no puedes correr como antes». Ante la pregunta: «Crees que el tabaco es:», un 40% lo señala como una droga y un 33% piensa que es un vicio, sólo un 4% lo califica como un hábito.

A la mayoría de los niños les molesta que fumen a su lado (80,7%), además piensan que no se debería fumar en los lugares públicos (82,5%), y tampoco en su propia casa (67,3%).

Encontramos asociación estadísticamente significativa entre el hecho de que les moleste el humo del tabaco y el haberlo probado, con una OR de 0,36, (IC_{95%}:0,167-0,637) pudiendo actuar, por tanto, este factor como protector.

Cuando se les plantea la hipotética situación en la que les fuese posible fumar, existe un 93% que no lo haría, un 2,1% contesta que sí fumaría y un 4% no lo sabe.

Un 5,1% de los niños admite haber fumado alguna vez, el 3,4% lo ha probado y el 1,8% fuma a veces.

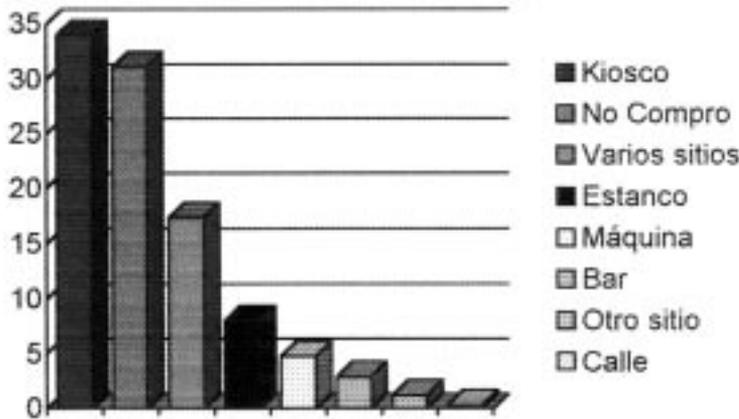
Investigamos el acceso de estos niños al tabaco y comprobamos, que el 64,7% de los encuestados lo compra habitualmente para alguna persona mayor y el 1% para uso propio.

Existe una relación significativa que establece un riesgo 3,6 veces mayor de que experimenten con el tabaco aquellos niños que lo compran para sus mayores, que aquellos que no lo hacen (IC_{95%}:1,41-9,4).

Al interrogarles sobre el lugar donde van a comprarlo, vemos que el 31% lo consigue en el kiosco, lugar donde lo pueden adquirir con más facilidad; al 7,3% de los niños les venden tabaco en los estancos, y por último, hay un 4,4% que lo compra en máquinas expendedoras y un 2,9% en bares, (Gráfica 2). Sólo 2 de las encuestas señalan que alguna vez no se lo han vendido.

Discusión

Al analizar los datos obtenidos en nuestro estudio, encontramos un porcentaje similar de padres y madres fumadores, dato que concuerda con el importante aumento del tabaquismo en la mujer actual, mientras que en los hombres tiende al descenso^{9,10}.



Gráfica 2. El 64,7% de los niños compran tabaco para personas mayores

En este estudio no se encuentra una asociación significativa entre los niños cuyos padres son fumadores y aquellos niños que han experimentado con el tabaco, coincidiendo este hecho con otras fuentes bibliográficas¹¹. Sin embargo, existen otros estudios en los que consta que el hecho de tener un progenitor fumador condiciona en gran manera al niño, afirmándose que el número de niños que fuma si ambos padres lo hacen, es mayor que si sólo lo hace uno de ellos o ninguno. Además, el hecho de que el fumador sea del mismo género que el niño también aumenta la probabilidad de que éste se inicie en el hábito⁵, suponemos que por un proceso de identificación con el mismo. El comportamiento adictivo a sustancias entre los padres influye de forma decisiva en sus hijos¹². Estos estudios fueron realizados en colectivos de niños de mayor edad que el nuestro, y por tanto, con una mayor prevalencia de tabaquismo^{5,11,12}.

Los resultados en relación con el entorno familiar hacen pensar que el tabaco está presente en la vida cotidiana de una gran cantidad de niños, ya que en las familias españolas no existe ningún tipo de norma, en general, que evite que se fume ante los niños, y se es bastante permisivo en esta cuestión⁵. Este hecho tiene una doble vertiente, no sólo se expone a los niños a los efectos del tabaquismo pasivo^{13,14,15,16,17}, sino que además se les hace creer que el tabaquismo es una costumbre generalizada, ya que los niños perciben que sus padres fuman más de lo que realmente lo hacen⁵.

Estudios realizados en otros países insisten en la necesidad de realizar esfuerzos para

conseguir hogares libres de tabaco, aunque los padres sean fumadores habituales¹⁸, ya que la familia es el ámbito de mayor exposición de los niños al tabaco¹⁸, pero la mayoría de actividades de prevención se lleva a cabo fuera del mismo. Esto genera una nueva tarea para el médico de familia, que debe advertir a los fumadores de las consecuencias de su comportamiento sobre sus pro-

prios hijos, ya que se ha comprobado que el consejo médico es la herramienta más eficaz y barata, para conseguir influir de forma positiva sobre dicho comportamiento¹⁹.

En el ambiente escolar existe cierta confusión entre los niños respecto a las normas que se deben seguir. En un estudio realizado por Ballestín y colaboradores, se señala que generalmente los espacios destinados a los fumadores no se encuentran señalizados, ni existe ningún cartel en la entrada que indique la prohibición de fumar en el interior de la escuela²⁰. Esto apoya la respuesta dada por los niños a la pregunta de si se puede fumar

en el colegio, siendo ésta muy variable. Las únicas normas que existen consisten en la prohibición a los escolares de fumar en el centro y a los docentes a hacerlo en las aulas en horario de clase²¹.

En cuanto al contenido académico para la prevención del tabaquismo, no se imparte una formación sanitaria específica a todos los niños españoles, su aplicación es esporádica y no se mantiene en todas las etapas educativas¹. Además esta formación se realiza normalmente mediante lecciones teóricas a lo largo de la educación, y este modelo de intervención para la prevención del tabaquismo no ha sido efectivo en ensayos controlados en escolares de 13 a 14 años²².

La opinión de los escolares sobre el tabaco es claramente negativa, y la principal razón es la aparición del cáncer como consecuencia del hábito, aunque hay muchas otras. Esto refleja toda la información que se les ha dado mediante actividades preventivas a través de las escuelas y los medios de comunicación. Esta información ha sido procesada por los niños de forma racional, y así lo expresan, pero la situación del fenómeno del tabaquismo en nuestra sociedad conduce a que puedan establecerse pensamientos contradictorios; "Si el tabaco es tan malo, ¿por qué tanta gente fuma?" Los modelos de aprendizaje más cercanos y aceptados por los niños deberían conocer la poderosa influencia que sus actos ejercen sobre los mismos, ya que no sólo son observados por los que prueban el tabaco, sino que también son un importante factor en la transición del niño a ser fumador habitual¹.

A los niños no les gusta el tabaco a su alrededor, no sólo les molesta que fumen en los lugares públicos, sino también que lo haga su familia en casa. Pensamos que este es un punto de vista muy importante y debería ser tenido en cuenta por los adultos fumadores, insistiendo una vez más en el beneficio que supondría la abstención del tabaco en los lugares donde haya niños.

El hecho de que a un niño le moleste que fumen a su lado podría actuar como factor protector, haciendo que este tenga un riesgo 2,7 veces menor para intentar experimentar con el tabaco.

Al realizar la pregunta hipotética de si fumarían si tuviesen la posibilidad, encontramos un relativo alto porcentaje (2,1%) que sí lo haría, y un grupo de un 4% que podríamos considerar en riesgo, ya que contestan que no saben si lo harían o no. En un estudio sobre el consumo de tabaco en escolares, se afirma que la intención de conducta es casi sinónimo de consumo¹⁰.

Ante la pregunta: «¿ Has fumado alguna vez?», un 5,1% admite haberlo hecho, de éstos, un 3,4% lo ha probado y el 1,8% fuma a veces. La bibliografía española consultada arroja cifras de prevalencia mayores a las halladas en este estudio^{6,10,11,24,25,26,27}, debido a la temprana edad en que se ha realizado el mismo. Según un estudio que analizó la metodología empleada en los originales publicados sobre tabaquismo en cuatro revistas españolas de impacto², desde 1985 a 1996 sólo se publicó un artículo estudiando el tabaquismo en menores de 11 años. Esta es la razón por la que se disponen de pocas citas bibliográficas con las que comparar nuestros datos. Aún así, pensamos que un 5,1 % es un alto porcentaje de experimentación con el tabaco entre niños de 8 a 12 años, siendo ésta un factor predictivo del paso a ser fumador habitual¹⁰. De cualquier forma, los estudios en otros países recogen una prevalencia bastante mayor. En el Bogalusa Heart Study, realizado en E.E.U.U., a pesar de las fuertes medidas restrictivas puestas en marcha en este país, se señala que un 14,8% de niños de estas edades que ha probado el tabaco. Curiosamente, también pone en evidencia el importante papel de la familia en este asunto, la cual le proporcionó a la mayoría de los niños el primer cigarrillo. Añaden que una de las razones más frecuentes para fumar es que algún miembro de su familia también lo hace²¹. Además se ha afirmado que los fumadores tempranos son 3 veces más propensos al uso de otras drogas, problemas en el comportamiento, absentismo escolar y embarazos en adolescentes, considerándolos sujetos sociales de riesgo²⁸.

Debemos tener en cuenta que la realización del estudio en colegios es una limitación para conocer la magnitud real del problema en la población general de los niños de estas edades, ya que, aunque la tasa de escolarización en España es muy alta, los niños que más riesgo tienen para el inicio del tabaquismo son aquellos que más absentismo escolar presentan²⁸.

En cuanto al acceso de los niños al tabaco, comprobamos que la ley vigente, que prohíbe la venta de tabaco a menores de 16 años, no se cumple en la práctica de forma adecuada. También en otros estudios se alerta sobre la poca vigilancia de la ejecución de esta normativa²⁹. La

actitud de los adultos en general no parece ser la de proteger a los menores de los efectos perjudiciales del tabaquismo; podemos ver aquí un acto moralmente reprochable en la persona que ordena al niño comprar tabaco, y por otro lado, se produce un delito punible por parte de aquel que se lo vende. Volvemos a encontrarnos de nuevo con la gran influencia familiar sobre el niño, sobre todo a estas edades, ya que existe un riesgo 3,6 veces mayor de que el niño fume si compra habitualmente tabaco, que si no lo hace.

Con respecto a las limitaciones del presente estudio, parece que el principal inconveniente es el muestreo por conglomerados, ya que al aleatorizar los colegios no se estratificó según las características socioeconómicas de los mismos, ya que no se previó una forma científica de medida de la misma. Existe en la zona sólo un colegio de financiación completamente privada y éste no fue seleccionado en el muestreo, por lo que tal vez no dispongamos de datos de los estratos sociales más altos. Sin embargo, el tamaño de la muestra (36,45% de la población total y más de la mitad de los colegios totales), nos permite predecir que hayan sido entrevistados niños de todas las categorías sociales.

Por otra parte, debemos contar con los perdidos, que lo fueron por distintas razones: la clase donde la profesora dirigió la entrevista, razón que no debe influir en los resultados finales; aquellos que cumplimentaron erróneamente la encuesta, puesto que no se establecieron criterios de inclusión para los niños que debían ser entrevistados, también realizaron la misma los escolares con problemas y déficits psíquicos o mentales (Ej. Síndrome Down), pero no pudieron ser analizadas; y por último los que faltaron a clase el día de la entrevista, este grupo podría infraestimar el número de niños que ha probado el tabaco, puesto que este hecho aumenta la posibilidad de absentismo escolar²⁸.

La prevención del tabaquismo pasa pues, por un necesario cambio de mentalidad en este terreno. La promoción de hábitos saludables debe empezar a edades lo más tempranas posibles, teniendo en cuenta el papel que los adultos, que rodean a los niños tanto en las escuelas como en la familia, ejercen en la educación infantil. La función de la promoción de la salud consiste en impulsar a las personas a que sean responsables de su propia salud²⁹. Es muy importante tener en cuenta que si podemos mantener alejados a los niños del tabaco durante la niñez y la adolescencia, las posibilidades de que sean fumadores habituales a edades más tardías se reducen enormemente. Tal vez resultaría interesante conocer la opinión de los adultos fumadores con hijos acerca de este asunto, para saber si tienen suficiente información del perjuicio que pueden causarles y si cambian su actitud cuando se les advierte sobre ello.

Las medidas públicas y legales orientadas hacia la erradicación del tabaquismo son siempre una ayuda eficaz, pero no pueden ser las únicas puestas en marcha con este fin, puesto que el problema se encuentra profundamente arraigado en la cultura occidental actual.

Agradecimientos

Queremos agradecer su ayuda a Miguel Ángel García Raso encargado de los programas de salud escolar de la zona por ponernos en contacto con los colegios participantes en el estudio y a María del Mar Mercado por conseguir importante información sobre nuestra población de estudio. Del mismo modo les agradecemos su atención los profesores que nos asesoraron y permitieron la realización de la encuesta. Este estudio no hubiese sido posible sin la entusiasta participación de los niños a quienes entrevistamos, gracias a todos ellos.

Bibliografía

- Barrueco M, Hemández MA, Jiménez CA, Vega MT, Garrido E. Anti-tobacco education in Spanish schools. *Allergol et Immunopathol* 1999; 27: 188-94.
- García JA. Metodología empleada en los artículos originales publicados sobre tabaquismo en cuatro revistas españolas (1985/1996). *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 333-41.
- Álvarez A. La investigación sobre tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 329-32.
- Iones I. Antismoking campaigns should «target 4 year olds». *News Extra* at URL: <http://www.bmj.com>.
- Barrueco M. Influencia familiar en la actitud del niño ante el tabaco. *Arch. Bronconeumol* 1997; 33: 472-4.
- Abu-Shams K., de Carlos M; Tiberio O, Sebastián A. Prevalencia del tabaquismo en la población escolar adolescente de Navarra. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 59-63.
- Barrueco M, Cordovilla R, Hemández MA, González IM, de Castro I, Rivas P et al. Veracidad en las respuestas de niños, adolescentes y jóvenes a las encuestas sobre el consumo de tabaco realizadas en los centros escolares. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 251-4.
- Nebot M. Encuestas de salud en el ámbito escolar: entre el rigor y la oportunidad. *Gac Sanit* 1998; 12: 239-40.
- Muñoz-López F. ¿ Dejar de fumar o no empezar a fumar? *Allergol et Immunopathol* 1999; 27: 179-81.
- Díaz E, Villalbí JR, Nebot M; Aubá J, Ferrán Sanz. El inicio de consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 334-9.
- Pérua LA, Ruiz R, Lara M, Mengual P, Rodríguez F de C, Espejo J. Consumo de tabaco entre la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit* 1998; 12: 249-53.
- White HR, Johnson U, Buyske S. Parental modeling and parenting behavior effects on offspring alcohol and cigarette use. A growth curve analysis. *J Subst Abuse* 2000; 12: 287-310.
- Ehrlich R, Jordaan E, Du Toit D, Potter P, Volmink J, Zwarenstein M et al. Household smoking and bronchial hyperresponsiveness in children with asthma. *J Asthma* 2001; 38: 139-251.
- Stein RT, Holberg CI, Shermi D, Wright AL, Morgan WI, Taussig L et al. Influence of parental smoking in respiratory symptoms during the first decade of life. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 1030-7.
- Cook DO, Strachan DP, Carey IM. Parental smoking and spirometric indices in children. *Thorax* 1998; 53: 884-93.
- Different pattern of risk factors for atopic and non atopic asthma among children. Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Study. *N Engl J Med* 1995; 333: 499-505.
- Bjorkstein B. The environmental influence on childhood asthma. *Allergy* 1999; 54: 17-23.
- Ashley MJ, Cohen I, Ferrance R, Bull S, Bondy S, Poland B et al. Smoking in the home: Changing attitude and current practices. *Am J Public Health* 1998; 88: 797-9.
- Baena IM, Atance RM, Escriba JM, Conesa A, Rivera D, Flores RM. Percepción del consejo médico ¿ en todos los casos y a todos por igual? *Gac Sanit* 1999; 13: 46-52.
- Ballestín M, Bosch N, Nebot M. Conocimiento y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros de enseñanza secundaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 589-93.
- Ballestín M, Jáuregui, Ribera S, Villalbí JR. El tabaco en las escuelas primarias. *Aten Primaria* 1992; 10: 834-6.
- Aveyard P, Cheng KK, Almond J, Sherratt E, Lancashire R, Lawrence T et al. Cluster randomised controlled trial of expert system based on the transtheoretical model for smoking prevention and cessation in schools. *BMJ* 1999; 319: 948-53.
- Greenlund KJ, Johnson CC, Webber LS, Berenson GS. Use among third through sixth grade students: The Bogalusa Heart Study. *Am J Public Health* 1997; 87: 1345-48.
- Mendoza R, Batista JM, Sánchez M; Carrasco AM. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanit* 1998; 12: 263-71.
- Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Aten Primaria* 1999; 23: 326-31.
- Ciment J. WHO study examines teenage health in 28 countries. *BMJ* 2000; 320: 402.
- Villalbí JR, Barniol J, Nebot M, Ballestín. Tendencias en el tabaquismo de los escolares: Barcelona, 1987-1996. *Aten Primaria* 1999; 23: 359-62.
- Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ. High-risk behaviors associated with early smoking: results from a 5-year follow-up. *J Adolescent Health* 2001; 28: 465-73.
- Chollat-Traquet C. Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco experiencias y principios orientadores. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 413-5.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La familia en la enfermedad terminal (I)

Muñoz Cobos F¹, Espinosa Almendro JM², Portillo Strempe J³, Rodríguez González de Molina G⁴.

¹ Médica de familia. Centro de Salud Puerta Blanca (Málaga), ² Médico de familia. Centro de Salud El Palo (Málaga), ³ Médico de familia. Casa del Mar. Estepona (Málaga), ⁴ Centro de Salud San Andrés-Torcal (Málaga).

INTRODUCCIÓN

En nuestro país el cuidado de la salud sigue correspondiendo en su mayor medida a la familia y al sistema doméstico^{1,2}. La familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente terminal, sin su participación activa difícilmente se van a alcanzar los objetivos marcados en atención al enfermo³.

Debemos considerar a la familia del enfermo terminal también como objeto de nuestra atención, ya que se van a desarrollar en sus miembros una serie de alteraciones que afectan a múltiples esferas (emocional, social, estructural ...) y que podemos considerar *síntomas* a considerar de igual forma que los que presenta el enfermo⁴.

Para prestar atención adecuada a las alteraciones familiares proponemos aplicar los principios generales del Control de Síntomas, si bien en el caso de los síntomas familiares al contrario que en los del enfermo, éstos no son «visibles» ni reconocibles para la familia y debe ser el equipo sanitario el agente activo que los ponga de manifiesto⁵:

1.–Evaluar antes de tratar:

Se deben investigar los mecanismos por los que se produce una determinada alteración familiar conociendo sus antecedentes, su forma de aparición, las personas a las que implica (por ejemplo: la sobreprotección del enfermo se relaciona con el pacto de silencio y conlleva a mayor sobrecarga del cuidador, el duelo inhibido puede deberse a la presión social sobre el doliente...). También es importante evaluar la intensidad del síntoma familiar y las limitaciones y consecuencias que produce en la familia y en el enfermo.

2.–Explicar las causas de los síntomas:

Es muy terapéutico para una familia en crisis por la enfermedad terminal conocer en términos comprensibles qué les está ocurriendo y por qué. Esta actitud favorece la verbalización de emociones (ambivalencia, miedos, desculpabilización), facilita la comunicación y previenen alteraciones importantes en el futuro como la claudicación familiar y el duelo patológico.

3.–Establecer objetivos terapéuticos:

Los síntomas familiares deben abordarse por objetivos, separando aquellos de carácter preventivo, muy importantes en el abordaje familiar en la enfermedad terminal (prevenir la claudicación familiar, prevenir el duelo patológico, prevenir la sobrecarga del cuidador) de los objetivos de tratamiento (tratar la incomunicación, la sobreprotección o el aislamiento). Definir estos objetivos en términos temporales, relacionarlos con los objetivos de atención al enfermo y hacer saber a la familia que existen también ayuda a su consecución.

4.–Monitorización de los síntomas:

Al igual que en el caso del enfermo (por ejemplo con el uso de escalas analógicas para valoración del dolor), los síntomas familiares son cambiantes a veces en breves lapsos de tiempo por lo que es imprescindible establecer métodos estandarizados para su evaluación periódica (por ejemplo monitorizar la ansiedad del cuidador mediante el test de Goldberg). Este sistema permite también relacionar los síntomas familiares con los del enfermo: la falta de control de síntomas del paciente se relaciona con mayor alteración en la familia.

5.–Atención a los detalles:

Nos referimos a la importancia de cuidar en una familia en crisis por la enfermedad terminal de uno de sus miembros, aspectos como el respeto a la intimidad y a la privacidad, la buena comunicación verbal y no verbal, el ambiente agradable, el contacto físico, etc.

Correspondencia: Francisca Muñoz Cobos. Avda. Moliere, 25, esc.-2, 5.º-3. 29004-Málaga. Correo electrónico: gilmu@cgrtrabajosocial.es

Teléfono: 952 241 518

Recibido el 27-05-2002; aceptado para su publicación el 29-05-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 3: 190-199

6.–Revisar, revisar, revisar.

Este principio fundamental del control de síntomas es totalmente aplicable a las alteraciones familiares, debido a los cambios producidos conforme la enfermedad avanza y varían las necesidades de atención al paciente. La proximidad de la muerte es uno de los factores más relacionados con aparición de síntomas en la familia pero también suelen presentarse factores *imprevistos* como irrupción de familiares lejanos («Síndrome del hijo de Bilbao»), aparición de enfermedades menores en otros miembros, desaparición de los «buenos samaritanos», etc.

Las principales *diferencias* con el control de síntomas del enfermo son:

– Los síntomas familiares no deben asimilarse a “enfermedad” familiar, como los síntomas del enfermo se asocian al cáncer. Muchos de ellos son adaptativos y forman parte del proceso normal de convivencia con la enfermedad terminal. Sólo cuando por su intensidad o su persistencia se conviertan de desadaptativos será necesaria la intervención profesional.

- Los síntomas del enfermos son visibles y preocupan a éste y a sus convivientes; los síntomas de la familia deben buscarse sistemáticamente por el equipo de salud.
- Los síntomas del enfermo son más fáciles de explicar (en general) y de comprender, incluso de aceptar, que los de la familia.
- Los síntomas de la familia se prolongan más allá del fallecimiento y requieren atención durante un tiempo prolongado.
- Los síntomas del enfermo evolucionarán inexorablemente al empeoramiento; los de la familia fluctúan y pueden evolucionar hacia la adaptación y la funcionalidad.

Las principales *semejanzas* con los síntomas del enfermo serían:

- Los síntomas de la familia también son cambiantes, afectan a la globalidad de las personas, evolucionan con la enfermedad. Existe una relación estrecha entre los síntomas del paciente y los síntomas de la familia: ambos se descompensan o se controlan coordinadamente, por tanto podemos intervenir positivamente sobre todo el contexto paciente-familia, provocando reacciones en cadena. Pero toda regla tiene su excepción: los síntomas del enfermo pueden tener una función estabilizadora en la familia⁶, para lo que debemos evaluar siguiendo modelos de *causalidad circular*⁶.

- Los síntomas de la familia también son controlables.

Dividimos los síntomas familiares según el aspecto al que se refiere la alteración producida: Tabla 1.

TABLA 1
SÍNTOMAS FAMILIARES EN LA ENFERMEDAD TERMINAL

1. SÍNTOMAS POR ALTERACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:
<ul style="list-style-type: none"> • Patrones rígidos de funcionamiento. • Alteraciones del ciclo vital familiar. • Sobreprotección del enfermo. • Síndrome del cuidador.
2. SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA COMUNICACIÓN:
<ul style="list-style-type: none"> • La conspiración de silencio.
3. SÍNTOMAS EMOCIONALES EN LA FAMILIA:
<ul style="list-style-type: none"> • La negación. • La cólera. • El miedo. • La ambivalencia afectiva.
4. SÍNTOMAS FAMILIARES DE LA ESFERA SOCIAL:
<ul style="list-style-type: none"> • El aislamiento social.
5. CLAUDICACIÓN FAMILIAR.
6. SÍNTOMAS FAMILIARES EN EL DUELO:
<ul style="list-style-type: none"> • El duelo patológico.

I. SÍNTOMAS POR ALTERACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

1. Patrones rígidos de funcionamiento

Descripción del síntoma

La enfermedad terminal supone una profunda crisis en el funcionamiento de la familia⁷. Suele ser frecuente que ésta se *cierre* en cuanto a su distribución de roles⁸: la familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ahora venía desempeñando el miembro enfermo y en esta exigencia de responsabilidades suele presentarse de forma brusca (el enfermo deja de tener responsabilidad en relaciones con personas y entidades, laborales económicas..) estando favorecida por la sobreprotección al enfermo, al que la enfermedad terminal no ha privado absolutamente de capacidades de decisión y control. El cuidador primario familiar se asigna (por patrones culturales en nuestro medio casi invariablemente a una mujer: cónyuge, hija, nuer) ⁹ y desarrolla una relación muy estrecha con el enfermo quedando excluido el resto de los miembros (hijos menores, cónyuge ...) lo que motiva aparición de culpabilizaciones, problemas de pareja y disfunción familiar.

El enfermo también cambia de actitud con respecto a la familia y dependiendo del grado de comunicación la relación será más o menos disfuncional: disimulo y aislamiento, exigencia y cólera, abatimiento¹⁰.

Detección del síntoma

Es necesario explorar desde los primeros contactos cómo es el funcionamiento previo de la familia. Los elementos de la valoración familiar se resumen en la tabla 2^{11, 14}.

TABLA 2
INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN FAMILIAR

ESTRUCTURA
Genograma Tamaño familiar Elementos de apoyo
FUNCIONAMIENTO
Comunicación: patrón de comportamiento familiar. Afectividad Apoyo Adaptabilidad Reglas y Normas Función familiar: Apgar familiar.
CICLO VITAL FAMILIAR: Etapa y tareas
REACCIONES EMOCIONALES
Enfermedades previas Muertes previas Duelos previos
RECURSOS FAMILIARES
Económicos. Vivienda. Nivel cultural y educacional.
VALORACION DE ELEMENTOS CONCRETOS:
Cuidador principal Sujetos en riesgo

Intervención en el síntoma

El objetivo respecto a este síntoma familiar sería evitar la adhesión a un patrón excesivamente rígido de funcionamiento para la que pueden ser útiles las siguientes medidas:

- Favorecer la comunicación efectiva con el enfermo y entre los familiares entre sí.
- Realizar una transición progresiva hacia los nuevos roles, sin anular las capacidades del enfermo.
- Dar importancia al cuidador familiar primario, facilitando que se identifique con su rol, que tenga ciertos momentos de respiro y que la enfermedad no suponga una carga física y/o psicológica.
- Evitar el aislamiento social; las familias con paciente terminal suelen tener poco tiempo para las relaciones sociales, igualmente los amigos no saben exactamente cómo actuar ya que las relaciones pueden resultar incómodas por lo que disminuyen los contactos precisamente cuando se necesita un mayor apoyo emocional.

2. Alteraciones del ciclo vital familiar

Descripción del síntoma

La enfermedad obliga a un momento de transición en la familia que lleva a adaptarse a las necesidades que im-

pone, a la pérdida y a la muerte. En gran medida la muerte es de toda la familia y marca un antes y un después en el ciclo vital familiar^{14,15}. Sus posibilidades de adaptarse serán las que le ayuden a sobreponerse a estos problemas. La familia tiene que compatibilizar su propia tarea evolutiva con el cuidado del enfermo, pudiéndose dar con frecuencia reacciones de incompatibilidades con el peligro que esto conlleva de la negación de la enfermedad o bien con la detención del momento evolutivo⁸. Este efecto es mayor si el moribundo es «pieza clave» en el funcionamiento familiar, bien por su rol previo (una madre joven por ejemplo) o bien por sus cualidades y características personales (efecto dinamizador, carácter autoritario y acaparador, etc.).

Valoración del síntoma

Debe investigarse expresamente el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad terminal sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y el posicionamiento de los miembros de la familia. Es recomendable utilizar un método estandarizado de valoración del ciclo vital familiar, para lo que puede ser de utilidad el modelo de la OMS modificado¹⁴.

Intervención en el síntoma

El objetivo es conseguir que la familia siga realizando, aunque sea parcialmente, las tareas del momento del ciclo vital familiar en que se encuentra, evitando la detención de éste, que planteará una situación de difícil salida una vez producida la muerte del enfermo pro tener que afrontar las tareas de duelo más las tareas interrumpidas y los nuevos roles producidos por el fallecimiento.

Pueden considerarse intervenciones orientadas a este objetivo:

- Asignar tareas en los cuidados del enfermo a todos los miembros de la familia, lo cual repercute positivamente en el cuidador y favorece considerar el enfermo de todos y, por tanto, la muerte de todos. Es frecuente excluir a los miembros más jóvenes de la familia y en especial a los niños de todo cuanto se relaciones con la enfermedad y con la muerte previsible. Esta actitud no consigue sino excluirles de la posibilidad de expresar sus sentimientos y miedos respecto a lo que están viviendo y favorecer la aparición de reacciones emocionales disfuncionales después del fallecimiento.
- Evitar que la enfermedad terminal invada toda la vida familiar. Se deben mantener costumbres familiares (comer juntos, reunirse, charlar, mantener aficiones comunes) interrumpidas la mayoría de las veces no por imposibilidad real de ejecutarlas sino por una mal entendida implicación con la enfermedad: la familia se niega a sí

misma el derecho a relacionarse, realizar actividades que considera inoportunas e incluso frívolas «estando el enfermo como está». Es conveniente explicar, sobre todo al cuidador, que mantener una rutina familiar es necesaria y beneficiosa también para el paciente, que tendrá la oportunidad de participar en ella mientras le sea posible.

- Facilitar las tareas de cuidados generales de la familia: es frecuente que el cuidador, la cuidadora del enfermo terminal, lo sea también del resto de miembros con necesidades: hijos pequeños, otros ancianos u enfermos, etc. La vinculación al enfermo terminal será vivida por todos como un «descuido» de los demás, lo que agrava la culpabilización de la cuidadora de no «ser capaz»¹⁶. La cuidadora suele recurrir a abandonar su propio cuidado y posponer sus necesidades, incluso padeciendo problemas de salud, para el futuro, para cuando el enfermo no esté, y a «hacer lo posible» en los cuidados del resto de la familia. La orientación del equipo sanitario puede contribuir a reconducir esta visión del problema hacia otras más participativa: reparto de tareas, no abandonar el autocuidado de la cuidadora, mantener siempre que sea posible rutinas gratificantes (jugar con sus hijos, recibir visitas ...).

3. Sobreprotección del enfermo

Descripción del síntoma

Es frecuente observar la sobreprotección del enfermo, anulándole cualquier tipo de esfuerzo, tratándole como a un minusválido físico y mental, infantilizándolo y tratándolo como un incapacitado total antes de serlo^{8, 16}.

Las actitudes que acompañan a este síntoma son la falta de comunicación (se intenta erróneamente proteger al enfermo de su diagnóstico), la sobrecarga del cuidador y el aislamiento del paciente.

Valoración del síntoma

Se debe de evaluar al inicio y periódicamente cómo es la actitud de la familia hacia el paciente. Se propone realizar entrevista dirigida que esclarezca el papel asignado al enfermo: ¿Quién se ocupa de la medicación? ¿Le preguntan su opinión sobre tal o cual asunto? ¿Colabora en su autocuidado?

Intervención en el síntoma

- La información real al paciente acerca de la enfermedad, de sus características y de su pronóstico es fundamental para evitar la sobreprotección¹²: el médico puede favorecer ésta al privar al enfermo de saber lo que está pasando y lo que va a pasar, delegando la responsabilidad sobre su vida a sus familiares.

- Debe negociarse un plan de cuidados que no anule las capacidades del enfermo: que se ocupe del control de la medicación, que conozca dosis, horarios y efectos de los medicamentos; que siga realizando tareas y actividades en la medida de sus posibilidades, que se siga contado con él para la toma de decisiones, más aún para las referentes a sí mismo.

4. Síndrome del cuidador

El cuidador del enfermo terminal es figura clave en todo el proceso de atención del que se ocupa la medicina paliativa. El perfil del cuidador en nuestro medio es mujer en torno a los 50 años, con nivel de estudio primarios o medio, esposa o hija del paciente⁹. La asignación de la cuidadora no se hace sino en base a una fuerte determinación social hacia la definición del papel de la mujer como principal proveedora de cuidados informales².

Los cuidados familiares hacen posible que los enfermos terminales permanezcan en domicilio y mueran en el. Sin embargo esto no ocurre sin unos costes derivados de las consecuencias para la familia, y en especial para el cuidador, a nivel de repercusiones físicas, psíquicas y sociales, que se han englobado en el llamado «*Síndrome del cuidador*»¹⁷.

Descripción del síntoma

Destacan los problemas de salud física como los osteoarticulares y el dolor mecánico crónico, la alteración del ritmo del sueño y la astenia; pero sobre todo se producen alteraciones psíquicas entre las que destacan la ansiedad y la depresión^{18, 19}, produciéndose una verdadera *transferencia depresiva*²⁰ entre el enfermo y su cuidador. A las alteraciones psicofísicas se añade el aislamiento social, los problemas familiares derivados de la dedicación del cuidador a su enfermo (cambio de roles, «abandono» de otros miembros, etc.) e incluso los económicos, no sólo por la sobrecarga económica que puede producir la propia enfermedad, sino por los costes indirectos derivados de la pérdida de actividad laboral del paciente y su cuidador²¹. Se asiste a la *anulación* del cuidador, que en la mayoría de casos se siente culpable si piensa en sí mismo; se produce una *invasión de la enfermedad terminal* en la vida familiar y se establece una incompatibilidad entre el cuidado del enfermo y el proyecto de vida del cuidador.

Toda esta problemática se manifestará fundamentalmente como tensión emocional y se concretará en quejas físicas como artralgias, cefaleas, insomnio, astenia, síntomas vagos y mal definidos que el cuidador irá soportando por un *desplazamiento del propio cuidado hacia el futuro*, fenómeno al que el equipo de salud debe estar atento²¹.

El curso progresivo y el pronóstico fatal de la enfermedad terminal son factores que influyen negativamente empeorando la situación del cuidador respecto a otras enfermedades: cansancio psicofísico más acusado, *duelo anticipado*, incomunicación con el enfermo (*conspiración de silencio*). Otras circunstancias, como la necesidad de atender problemas del enfermo tales como los vómitos, disnea, secreciones, incontinencia, escaras, junto a planes de tratamiento complicados o necesidad de mantener técnicas complicadas (alimentación nasogástrica, sondajes, oxigenoterapia, medicación subcutánea), etc se suman a los problemas que debe afrontar el cuidador.

Se han definido las actitudes psicológicas que suele adoptar más frecuentemente el cuidador de enfermos terminales: identificación, distanciamiento (rechazo a oír peticiones específicas del enfermo), negación (falsa seguridad), atención selectiva (focalización sobre un sólo síntoma)²².

Es destacable, por su frecuencia, la actitud de negación del cuidador. Esta actitud es frecuente que se prolongue durante toda la enfermedad y sus consecuencias son devastadoras: búsqueda de un diagnóstico «aceptable» (calvario de pruebas complementarias, viajes, consultas) incomunicación, desgaste emocional severo, desconfianza de los servicios sanitarios, dificultad para reconocer el momento de la muerte, dificultad de aceptación de la muerte una vez ésta se produce⁸.

Es posible también una *hiperadaptación* del cuidador a su papel²¹, lo cual puede llevar a una profesionalización del cuidador, actitud con consecuencias negativas para el enfermo (sobreprotección) y sobre todo para el propio cuidador (anulación, duelo patológico).

Lo que marca más la diferencia de los cuidadores de pacientes en situación terminal respecto a otras enfermedades es la *presencia continua de la muerte*²¹.

Entre los roles que asume el cuidador está el de consejero, siendo éste la persona que acaba tomando las decisiones con respecto a los cuidados del enfermo, sobre todo en casos difíciles, y cuya opinión pesa más sobre el resto de la familia. En los casos en que no coincide el consejero y el cuidador principal éste puede sufrir una mayor carga emocional¹¹.

Valoración del síntoma

En la valoración inicial de un enfermo terminal debemos incluir simultáneamente la de su cuidador²³. El primer paso es identificarlo y hacerlo interlocutor del equipo sanitario reconociendo expresamente su valía e importancia. Es recomendable recoger sus problemas de salud ya que en ocasiones la cuidadora suele estar en edades medias o avanzadas de la vida y tener enfermedades que

requieren seguir siendo consideradas. Deben explorarse expresamente grado de información, miedos, creencias y expectativas respecto a la enfermedad terminal, síntomas específicos que presenta, malestar psicológico de la cuidadora y el apoyo social con el que cuenta. Pueden utilizarse a ser posible en combinación técnicas cualitativas (entrevistas, grupos focales)²² y cuantitativas (Cuestionarios: GHQ Goldberg²⁵, Duke-UNC, MOS¹⁴, Test de sobrecarga del cuidador²⁵, Apgar familiar¹⁴).

Intervención con cuidadoras

- Establecimiento de una buena relación entre el equipo que atiende al paciente y los miembros de la familia²⁶.
- Adiestramiento en los cuidados del enfermo de forma: dinámica, flexible, sistemática y progresiva.
- Propiciar la intimidad y la privacidad.
- Ayudar a expresar la aflicción de forma abierta, reconducir las respuestas emocionales como aspectos saludables.
- Preparar a la cuidadora en los aspectos futuros: cómo será la muerte, decidir dónde... El cuidador debe compartir con el equipo sanitario el objetivo de una muerte digna.
- Evitar la prescripción de psicofármacos: no nublar los procesos naturales de aflicción.
- Favorecer el «acercamiento»: resolver asuntos inacabados. Explicar la importancia de arreglar cuestiones pendientes, efectuar despedidas y reforzar lazos. Este aspecto forma parte de las necesidades del enfermo y también de la persona que lo cuida.
- Manifestar la disponibilidad del equipo sanitario, más allá de la muerte.
- Permitir que pueda cumplir en algún grado sus proyectos de vida, lo que supondrá la posibilidad de recuperar fuerzas psicofísicas para seguir adelante.
- *Respiro* del cuidador. Los respiros deben planificarse desde el inicio, no esperara una situación cercana a la claudicación familiar. Orientar acerca del reparto de tareas, ayudas externas, favorecer el apoyo social natural y de voluntarios y contemplar el respiro del cuidador como motivo de ingreso del paciente son estrategias importantes.
- Grupos de ayuda al cuidador: existen experiencias de intervención grupal con cuidadoras de pacientes terminales con el doble objetivo de la información y la expresión de sentimientos²⁷.

II. SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA COMUNICACIÓN

La comunicación es el proceso que permite a las personas intercambiar información sobre sí mismas y lo que las rodea. En el caso de la atención a la enfermedad termi-

nal constituye una necesidad básica y puede considerarse, junto con el control de síntomas, la principal relación de ayuda del equipo sanitario^{3,5}. Hay que recordar que la comunicación es bidireccional y, por tanto, incluye la escucha y que obedece a modalidades no únicamente verbales sino que son vitales los aspectos gestuales y paraverbales en la comunicación en torno a las «malas noticias» que centran la enfermedad terminal^{28,29}.

El aspecto más conflictivo en cuanto a la comunicación en la enfermedad terminal se refiere a la cuestión de si «decir o no la verdad»¹².

Se han propuesto diferentes modelos de comportamiento familiar en función del grado de información¹²:

- «No saber nada». Es la situación en la que el paciente no reconoce la muerte inminente, aunque su familia sí lo sabe. No provoca muchos problemas emocionales pero el paciente no puede hacer su despedida.
- «Sospechar algo». Situación en la que el paciente sospecha lo que los otros saben, y trata de confirmar o invalidar su sospecha. Es una situación inestable en la que el paciente no solo no puede despedirse sino que experimenta como evitan sus preguntas.
- «Como si nadie supiera nada». El paciente, la familia y el personal sanitario conocen la muerte próxima pero todos actúan como si no lo supieran. «*Los familiares saben, el enfermo sabe, los familiares saben que el enfermo sabe y el enfermo sabe que los familiares saben*» El paciente se siente solo y aislado aunque es una situación más cómoda que la anterior.
- «Todo el mundo lo sabe» (*open awareness*). Todos saben que el paciente va a morir y actúan abiertamente, el paciente es dueño de su propia muerte siendo ésta compartida y asumida.
- «No se plantea la cuestión» (*discontinuing awareness*). Es la situación en la que no es necesario tener en cuenta la opinión del paciente como los enfermos en coma profundo.

1. La conspiración de silencio

Descripción del síntoma

El Pacto de Silencio consiste en excluir la naturaleza y desarrollo de la enfermedad como elemento de análisis. Familiares, paciente y profesionales de la salud pueden hablar del día a día, de los hechos más inmediatos, pero en ningún caso están autorizados ni a interrogarse por el nombre del padecimiento (la palabra cáncer sigue siendo sustituida por «tumor» «algo malo») o su pronóstico, o sea, es aparentar que la vida sigue con normalidad (aunque la mayoría de las veces la persona sabe que está en el final de su vida)¹². Este tipo de actitud tiene algunos beneficios: así, la familia al tener que mantener una vida

de normalidad, no se enfrenta a la situación del final próximo, los profesionales sanitarios evitan afrontarse a reacciones emocionales imprevisibles, y el paciente puede soñar con una normalidad aparente, además simula no saber a fin de que sus familiares crean que no sufre. La familia además se encuentra en un medio ambiente que opina de igual manera ya que los estudios realizados demuestran que en nuestro país y en general en la cultura latina, existe un fuerte sentimiento arraigado en las familias de mantener al paciente en la ignorancia frente a la cultura anglosajona que es mucho más abierta¹².

El pacto de silencio tiene sin embargo unas consecuencias devastadoras^{8,12,13}:

- Para el paciente: se le niega el derecho fundamental a la información y al reconocimiento de la propia muerte, a la decisión sobre los asuntos relacionados con ellas y con el resto de la vida de sus familiares. Se favorece el aislamiento y la sobreprotección del enfermo.
- Para la familia: a la tensión y el dolor que produce la enfermedad hay que añadir el disimulo constante y el control emocional. La incomunicación favorece el síndrome del cuidador y el duelo patológico porque la familia puede culparse de por vida de haber negado la verdad al enfermo.
- Para el equipo sanitario: el silencio es incompatible con la comunicación real con el paciente, con la planificación de objetivos con éste y con la familia. Además se producirá el efecto de pérdida de confianza del paciente en los profesionales que le atienden ya que no consiguen «atinar» en su curación. El médico puede caer también en la trampa del silencio, identificándose con la familia del paciente y adoptando su actitud sobreprotectora, que no hace sino aumentar el aislamiento del paciente terminal. Así se establece un trato convencional con el enfermo, sin pasar de la cordialidad o incluso peor, creando falsas expectativas de mejoría y curación, lo que supone perder la confianza del paciente que percibe su deterioro inexorable. Otra actitud del médico puede ser la hiperactividad o el intervencionismo¹² (podríamos considerarlo una «claudicación» del médico) con la consiguiente yatrogenia para el enfermo y la familia.

Un caso particular de la conspiración de silencio es lo que se define como «Familiar Heroico»¹², que es que quiere ser el único que esté informado negándose a que se informe no solo al paciente sino al resto de los familiares. Esta situación provoca un grado de incomunicación difícil de mantener generando un elevado grado de angustia.

Valoración del síntoma

La comunicación con la familia del paciente terminal suele venir precedida de la establecida durante el periodo pre-

diagnóstico de la enfermedad incurable. Este periodo previo al conocimiento de la enfermedad terminal se produce frecuentemente fuera del ámbito de atención primaria, en ingresos y/o consultas especializadas, y la forma en que haya transcurrido actuará como facilitador o como dificultad^{8, 22}. En ocasiones el enfermo sale «de alta» del hospital con un diagnóstico de anatomía patológica que no entiende ni ha sido explicado o sólo en parte a la familia que está llena de dudas y de temores. En otras ocasiones la idea de la familia es que el enfermo está «desahuciado» y ya no puede hacerse nada por él.

Hay que explorar separadamente : lo que sabe el paciente, lo que sabe la familia, lo que cree la familia que sabe el paciente, lo que cree el paciente que sabe la familia, la información previa que ha recibido, las dudas principales que tienen todos, las creencias y expectativas de la familia con respecto a la enfermedad terminal; las más nocivas y descartables se recogen en la Tabla 3.

TABLA 3

CREENCIAS NEGATIVAS DE LA FAMILIA RESPECTO A LA ENFERMEDAD TERMINAL

- Que la enfermedad sea contagiosa.
- Que la enfermedad terminal sea hereditaria.
- Que la enfermedad es un castigo.
- Que la enfermedad es reversible y curable.
- Que el enfermo ha de sufrir necesariamente.
- Que la muerte será mejor en el hospital.
- Que el equipo sanitario ya no puede hacer nada por el enfermo.
- Que la morfina es muy fuerte y peligrosa.
- Que es mejor que el enfermo no sepa lo que tiene y que se va a morir.

Puede ser de utilidad hacer una exploración de lo que el paciente y la familia están dispuestos a escuchar, para lo que puede utilizarse devolver las preguntas («¿Y usted qué cree que tiene?»).

Intervención en el síntoma

Es necesario ofrecer siempre una información clara y veraz de la enfermedad, sus síntomas y su pronóstico tanto al paciente como a sus familiares. Deben utilizarse la técnicas específicas de entrevista clínica al respecto^{8, 28}:

- Estar absolutamente seguro del diagnóstico. No decir nada que no sea verdad. No crear falsas expectativas.
- Buscar un lugar tranquilo, evitar informar de pie, con prisas, en lugares públicos.
- Considerar la información un acto humano, ético, médico y legal, por este orden.

- Adaptarse a cada situación. No existe una fórmula única.
- Dar la posibilidad de preguntar.
- Ofrecer algo a cambio: el control de síntomas, la muerte digna, la atención sanitaria hasta el final, la atención a la familia, el respeto a sus decisiones...
- No establecer límites ni plazos: ni de tiempo aproximado ni de porcentajes de supervivencia.
- Gradualmente. No en un acto único. Es lo que algunos autores consideran «Diferentes malas noticias para un solo proceso»: el diagnóstico, la evolución, el pronóstico, los tratamientos y el momento de la muerte. Separar la información por etapas ayuda a la aceptación.
- No quitar la esperanza. La información veraz no hace perder la esperanza sino que facilita el paso de la esperanza de la espera (expectativas) a la esperanza del deseo (deseo no alcanzable de no morir). Las conductas médicas que quitan la esperanza son el «No se puede hacer nada», el abandono del enfermo.
- No discutir con la negación. Ofrecer información redundante en momentos en que el paciente y la familia estén en mayor disposición de aceptarlos.
- Extremar la delicadeza, la simplicidad de las expresiones, evitar tecnicismos y términos de alto contenido emocional: algunas familias aceptarían un diagnóstico de tumor o de enfermedad incurable mejor que de cáncer.
- Dar la *verdad soportable*⁶.
- Es importante que el paciente y la familia tengan el mismo grado de información, sin desfases: se suele dar una visión más optimista de la enfermedad al paciente que a la familia; de esta forma se contribuye a la incomunicación ya que la familia se exigirá mayor autocontrol y el paciente no comprenderá la diferencia entre la información que tiene y la situación real que padece. En ocasiones los familiares temen el suicidio del paciente, si bien se ha comprobado que no existe más suicidio en pacientes conocedores de su pronóstico fatal que en el resto.

En caso de discordancia irreconciliable entre la posición de la familia y la necesidad de informar nos identificamos con la propuesta del Dr Gómez Sancho¹²: «*Cuando la familia nos pide que ocultemos la verdad al enfermo, intentaremos convencer de que es mejor la sinceridad recíproca, pero si nos fuerzan a tomar posición, nos inclinaremos por el enfermo (excepto en los casos en que sufra graves problemas emotivos o emocionales), porque es con él con quien hemos hecho un pacto de honestidad. Es su batalla por la vida lo que nos incumbe, su sentimiento, su bienestar. El es nuestro cliente, no su familia.*».

III. SÍNTOMAS EMOCIONALES EN LA FAMILIA

La presencia de la enfermedad terminal en un miembro de la unidad familiar supone un fuerte impacto emocional para la familia, que, al igual que el enfermo, se traduce en respuestas como la negación, la ira, la depresión, la desesperanza, la ambivalencia afectiva, la pérdida^{14, 15}. Estas respuestas no constituyen en sí un *síntoma familiar* sino que pueden ser necesarias para la aceptación de la enfermedad y la muerte. Sólo en familias en que no se produzca una respuesta adaptativa final y queden «enganchados» en una determinada respuesta emocional o ésta altere severamente los cuidados del paciente o la situación del cuidador primario consideraremos que se trata de una respuesta disfuncional. La presencia cercana de la muerte también puede ser constructiva y ayudar al crecimiento de la familia: la pérdida de un miembro de la familia es un recordatorio de la naturaleza frágil de la vida, lo que puede ocasionar una reapreciación de valores, como una consecuencia positiva de la presencia de la enfermedad terminal para los miembros de la familia.

1. La Negación

Descripción del síntoma

La negación es supone evitar la amenaza de una realidad dolorosa aferrándose a la imagen de la realidad previa. Suele ocurrir tanto en el enfermo como en la familia pero en ocasiones no de forma sincronizada y es disfuncional si se prolonga, muy frecuentemente durante toda la enfermedad, e impide el reconocimiento de la muerte. Hay que distinguirla de la falta de información y puede significar que la familia no está todavía preparada para escuchar la realidad.

Se distinguen varios tipos de negación^{8, 12}:

- Negación de primer orden o del diagnóstico. Se relaciona con búsquedas de «segundas opiniones», viajes, repetición de pruebas y desgaste moral del enfermo y económico de la familia.
- Negación de segundo orden o disociación del diagnóstico: negación de las implicaciones y manifestaciones de la enfermedad. Interpretación de éstas en clave de otras causas más «aceptables» (Ej: está débil porque le afecta mucho el calor, o porque trabaja mucho ...).
- Negación de tercer orden o rechazo del deterioro: negación del declinar físico. Podríamos incluir un tipo de negación muy frecuente en las cuidadoras principales: la negación del momento de la muerte. Tiene unas implicaciones enormes a la hora de la elaboración posterior del duelo ya que impide la despedida y marca el recuerdo posterior

La negación es un sentimiento impulsado por los valores culturales actuales en nuestra sociedad: apartar de la realidad lo feo, lo triste, lo desagradable.

La negación puede expresarse de distintas maneras según cada caso:

- Racionalización: uso de argumentos para justificar que no ocurre nada grave.
- Desplazamiento: explicaciones alternativas a la realidad (el tratamiento es para prevenirle que no le aparezca cáncer).
- Eufemismo: uso de expresiones verbales consideradas menos amenazantes («bulto» en el pecho).
- Minimización: restar gravedad a la enfermedad («Se lo han cogido muy a tiempo»).
- Autoinculpación: atribuciones internas que permiten percibir control sobre la enfermedad: «Con esta alimentación que le doy se me va a recuperar»).

Valoración del síntoma

El equipo sanitario debe preocuparse por valorar la presencia de negación en el paciente y en la familia, su intensidad, el tipo de actitud en que se manifiesta y su duración.

Este síntoma está muy en relación con la desinformación por lo que debe compararse con el grado de conocimiento que el paciente y la familia tienen de la enfermedad.

La racionalización, el desplazamiento, el eufemismo y todas las formas de negación pueden también adoptarse erróneamente por el equipo sanitario.

Intervención en el síntoma

La primera recomendación al médico que se enfrenta a la negación del paciente y la familia es no contribuir a su permanencia: la falta de información, la información parcial o ambigua, la manifestación de la propia inseguridad, favorecen la negación en la familia.

No debe lucharse abiertamente contra la negación. El equipo sanitario debe mantenerse firme en su comunicación con la familia y en sus intervenciones pero debe tener la paciencia de vigilar la evolución de las manifestaciones afectivas y elegir los momentos adecuados para vencer las reticencias a aceptar la verdad. Puede ser útil explicar a la familia los efectos nocivos que sobre el paciente tiene la negación.

Es imprescindible, cuando la muerte esté muy próxima «abrir los ojos» a la familia, por las importantes implicaciones posteriores que tiene la negación de la inminencia de la muerte^{8, 22}.

2. La cólera

Descripción del síntoma

La cólera consiste en una respuesta emocional intensa de ira y enfado sin objeto claro contra el que dirigirla. Por sí misma no es desadaptativa y en la evolución psicológica del enfermo terminal y su familia se produce en distintas fases. Se transforma en un síntoma cuando la cólera es el sentimiento preponderante y fijo que domina la vida familiar («rabia prolongada») ¹². Puede presentarse bajo distintas formas (Tabla 4).

TABLA 4
FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA FAMILIAR CÓLERA

CONTRA EL ENFERMO
<ul style="list-style-type: none"> • Contra la negligencia anterior. • Contra su abandono de la familia. • Por los asuntos no arreglados. • Por el «efecto Jonás» (enfermo como portador de desgracia).
CONTRA OTROS FAMILIARES
<ul style="list-style-type: none"> • Por viejas heridas. • Contra su alejamiento y falta de compromiso. • Por responsabilizarlos en parte de la enfermedad.
CONTRA LOS PROFESIONALES SANITARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Contra la incapacidad de la ciencia médica. • Contra las decisiones tomadas, retrasos, etc. • Por la pérdida de influencia sobre la situación, a favor el equipo sanitario. • Por la falta de comunicación.
CONTRA FUERZAS EXTERIORES O EL AZAR
<ul style="list-style-type: none"> • Contra el lugar de trabajo
CONTRA DIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Contra su abandono

Tomado de Buckman ¹².

Valoración del síntoma

La ira de los familiares dificulta la comunicación con el equipo sanitario. Para valorarla debe estarse atento a sus distintas formas de manifestarse y a su evolución. Pueden ser formas de manifestación la agresividad verbal, la ironía e incluso el abandono del enfermo.

Intervención en el síntoma

La premisa de intervención contra la cólera de la familia es no caer en la trampa de responder con agresividad. Las técnicas de entrevista clínica dirigidas a desactivar la ira de los pacientes (reconocimiento de las limitaciones, negociación, reconducción de objetivos) son útiles en estos casos. Especialmente importante es la reconducción de objetivos: dirigir las «fuerzas» de la familia hacia la atención al paciente terminal y la consecución del control de sus síntomas,

de su bienestar y de la adaptación a la proximidad de la muerte, en lugar de hacia «buscar culpables».

3. El miedo

Descripción del síntoma

El miedo constituye una emoción frecuente en los seres humanos que constituye un mecanismo adaptativo en cuanto supone aumentar el nivel de alerta o vigilancia hacia posibles factores agresores. En la familia del enfermo terminal y en especial del cuidador primario, el miedo, o mejor dicho, los miedos, están presentes de forma expresa a lo largo de todo el proceso (Tabla 5).

TABLA 5
PRINCIPALES MIEDOS DE LA FAMILIA

<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a que el enfermo no vaya a recibir la atención adecuada. • Miedo a que el enfermo sufra y tenga una larga agonía. • Miedo a hablar de la enfermedad. • Miedo a que el enfermo adivine que se muere. • Miedo a ellos mismos traicionen el silencio respecto al pronóstico. • Miedo a no ser capaces de cuidar al enfermo adecuadamente. • Miedo a estar solos con el enfermo en el momento de la muerte. • Miedo a no estar presentes cuando muera. • Miedo a no saber identificar la muerte. • Miedo a la soledad después de la muerte. • Miedo a no tener ayuda profesional cuando la necesiten.

Todos estos miedos llevan al familiar a vivir con la continua tensión de estar ansioso (presencia de amenazas continuas), dificultan actuar con naturalidad, impiden continuar con su propia vida, evitan la aceptación de la muerte, la comprensión de los síntomas y de las responsabilidades de los cuidados, incluso dificultan la manifestación de afecto al paciente, la «despedida» y el duelo posterior.

Valoración del síntoma

La valoración de los miedos de la familia debe hacerse explorando separadamente cada uno de éstos, para lo que suelen ser más útiles las preguntas directas que los largos rodeos que a veces solemos dar los médicos: ¿A qué teme? ¿Qué es lo que más temería que pasara? ¿A qué tiene más miedo?

Intervención en el síntoma

La estrategias más útiles frente al miedo de los familiares son:

- La normalización del miedo, es decir, explicar a la familia

que tener miedo es «lo normal» en sus circunstancias, que sus miedos suelen coincidir con los del enfermo y que son incluso necesarios para superar dignamente la etapa que están viviendo.

- Ofrecer información lo más pormenorizada posible de cada aspecto presente en los temores de la familia.
- Manifestar disponibilidad. Nada tranquiliza más a la familia de un paciente terminal temerosa que saber que puede contar con los profesionales sanitarios siempre que los necesite.

4. La ambivalencia afectiva

Descripción del síntoma

Sería la discrepancia entre los sentimientos que los familiares deberían tener por razones sociales, culturales, religiosos y personales, y los sentimientos que de hecho tienen¹². Se trata de la presencia simultánea de sentimientos contradictorios respecto al enfermo: que «mejore», que «salga adelante», cuidarle, protegerle y por otro lado sentir rabia contra el enfermo, que no colabora, que se desea el fin de la situación (la muerte del enfermo). Afectan a los miembros de la familia más implicados en los cuidados, sobre todo al cuidador primario, pero no son exclusivos de ellos ya que también el resto de convivientes sufren consecuencias penosas de la enfermedad.

Se trata de un síntoma que es sistemáticamente abolido por la familia por ser moralmente inaceptable por lo que nunca se manifestará abiertamente sino aumentando la tensión del cuidador y favoreciendo reacciones emocionales como las crisis de ansiedad, el abatimiento y reacciones de cólera episódicas⁸.

El síntoma va cambiando en función de las fases de la enfermedad, los requerimientos de cuidados y el cansancio del cuidador. Puede favorecer la posterior aparición

del duelo patológico con importante culpabilización del familiar.

Valoración del síntoma

Por tratarse de un síntoma oculto el equipo sanitario debe valorar su presencia. El más útil es el abordaje preventivo, haciendo saber a la familia que este sentimiento puede aparecer, que es «normal» sentirlo, que no tiene ningún efecto negativo sobre el enfermo y «que es bueno» contar-lo. Como se vivencia como un sentimiento inmoral es conveniente no señalar a la familia en concreto como portadora de el síntoma sino utilizar ejemplo: «En muchas familias atendidas por nosotros se sorprendían de a veces sentir rabia contra el enfermo o desear que muera pronto».

Intervención en el síntoma

Una vez puesto de manifiesto la intervención pasa por varias estrategias¹²:

- Normalización o legitimación de la ambivalencia: es normal sentirlo, no pasa nada, es «humano», no podemos evitar los sentimientos, es muy frecuente ...
- Minimización: aunque lo sentimos no vamos a actuar de manera distinta, los cuidados del enfermo están garantizados, controlamos la situación ...
- Aireación: es bueno compartir los sentimientos con las personas cercanas, hablar sobre lo que sentimos es un antídoto para la ansiedad que nos produce.

Un abordaje grupal del síntoma puede ser de mucha utilidad por favorecer mucho las estrategias anteriores el hecho de comprobar que ocurre al resto de familias.

Bibliografía

La bibliografía del presente artículo aparecerá al final de la II parte del mismo que será publicada en el volumen 3, número 4.

ARTÍCULO ESPECIAL

Comisión de Bioética del Distrito Sanitario Costa del Sol: un año de experiencia

Ramírez Ceballos A¹, Paniagua Galisteo A¹, Cases Garrido A², Marianne Wingardh³, Ruiz Ponce D⁴, De Mesa Berenguer Y⁵, Retamero Olmos O⁶, Castillo Sánchez S⁷, Cabezón Rodríguez I⁸, Fernández Román JF⁹, Rosales F¹⁰, Andreas Baumann M¹¹.

¹ Médico de Familia. C.S. Las Lagunas. Mijas Costa, ² Médico DCCUAP. C. Salud Las Lagunas. Mijas Costa, ³ Usuaría del D. Sanitario. Intérprete voluntaria, ⁴ Administrativa. C. S. Arroyo de la Miel, ⁵ Médico de Familia. C.S. Estepona, ⁶ Trabajadora Social. C.S. San Pedro de Alcántara, ⁷ Administrativo. Distrito Sanitario Costa del Sol. Abogado, ⁸ Enfermera. C.S. Estepona, ⁹ Enfermero. C.S. Leganitos. Marbella, ¹⁰ Enfermera. C.S. Fuengirola Oeste. Fuengirola, ¹¹ Pediatra. C.S. Estepona.

¹⁻¹¹ Miembros de la Comisión de Bioética del Distrito Costa del Sol.

INTRODUCCIÓN

El pasado mes de mayo de 2001, el vocal de atención primaria en la Comisión de Bioética del Hospital Costa del Sol y el Director del Distrito Sanitario Costa del Sol, antiguo vocal en dicha comisión, se plantearon la creación de una Comisión de Bioética en nuestro Distrito. Animados por la necesidad de abordar desde un punto de vista moral y ético diversas cuestiones y conflictos presentes en nuestra práctica profesional habitual limitadas hasta ahora a sus aspectos técnicos, y convencidos de que la ética clínica es una herramienta fundamental que ayuda a pensar con rigor y sentido crítico sobre cómo debe ser nuestro comportamiento profesional al servicio de nuestros pacientes¹, abordaron la puesta en marcha de una comisión que sirviera de grupo asesor en cuestiones de bioética a semejanza de la Comisión de Bioética de nuestro hospital de referencia.

FORMACIÓN

Tomando como modelo el Comité de Ética de Zaragoza, único comité de ética en atención primaria del que teníamos referencia en ese momento², redactaron una carta que enviaron a cada uno de los trabajadores del Distrito Costa del Sol (Distrito que agrupa ocho zonas básicas de salud que atienden una población aproximada de 400.000 habitantes).

En dicha carta se explicaba someramente los motivos que movían a la creación de dicha comisión de bioética, así como los fines que se pretendían alcanzar, invitando a los profesionales que estuvieran interesados en la bioética y que quisieran vincularse a dicho proyecto a que remitieran una solicitud explicando los motivos de su interés así como su formación en bioética.

Se pretendía que estuvieran representados todas las zonas básicas así como todas las categorías profesionales, estimándose en principio un número de miembros entre 12 y 15. Se recibieron un total de 17 solicitudes, desestimándose 6 de ellas por diversos motivos (excesivo número de profesionales de una determinada categoría profesional o de un determinado centro). La Comisión quedó constituida finalmente en junio de 2001.

COMPOSICIÓN

La Comisión está constituida actualmente por 12 miembros. Están representadas 6 de las 8 zonas básicas, así como el propio Distrito y los usuarios. La comisión la constituyen tres médicos de familia, un médico del dispositivo de urgencias, tres enfermeros, una trabajadora social, dos administrativos, uno de ellos abogado, y un representante de los usuarios que asume un triple rol como intérprete voluntario y representante de la comunidad de ciudadanos extranjeros (20 % de nuestra población). El último en incorporarse, hace tres meses, ha sido un pediatra.

En referencia a la formación específica en bioética tan solo cuatro de los miembros tenían algún conocimiento en este tema, habiendo realizado cursos sobre ética.

Tenemos intención de incorporar cuanto antes a algún trabajador de las dos zonas que actualmente no aportan nin-

Correspondencia: Antonio Ramírez Ceballos. C/ Atabalero, 1-13.ºC. 29010-Málaga. Correo electrónico: arceballos@tiscali.es.

Teléfono: 952 611 319

Recibido el 28-05-2002; aceptado para su publicación el 24-06-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 3: 200-202

gún miembro a la Comisión, así como a algún miembro de la Comisión de Calidad del Distrito, estando pendiente la incorporación de un miembro de la Comisión de Bioética del Hospital Costa del Sol. Por otro lado un miembro de la Comisión sigue perteneciendo a la Comisión del Hospital sirviendo de enlace como la misma.

FINALIDAD

La Comisión nace con una vocación de servicio a los profesionales y a los pacientes, con la finalidad de:

- Responder a las consultas de los profesionales sobre casos que planteen conflictos éticos en nuestra práctica profesional.
- Elaborar informes y documentos sobre cuestiones relevantes bien por iniciativa propia o a petición de los equipos o de la Dirección.
- Facilitar y promover la formación en bioética para todos los profesionales del Distrito.

En cualquier caso, el propósito de la Comisión es el de acercarse a los problemas reales que se plantean en Atención Primaria con el objetivo de servir cómo órgano asesor sin que exista voluntad ni vocación de tomar decisiones, pues no debemos olvidar que la responsabilidad última de las decisiones sigue siendo personal³.

FUNCIONAMIENTO

Los problemas iniciales surgieron de la propia inexperiencia de los miembros de la Comisión así como de la falta de formación en la materia. Los problemas operativos y formales que aparecieron y siguen apareciendo se abordan desde el enorme interés y entusiasmo con que todos los componentes afrontan esta nueva faceta de su actividad profesional.

Las necesidades formativas básicas intentaron resolverse mediante la organización de un curso denominado "Curso de introducción a la bioética" que se impartió el mes de julio. Como docentes invitamos a diversos profesionales tanto sanitarios como jurídicos, con experiencia en comités de bioética- hospitalarios- que nos acercaron a la bioética a través de la exposición de temas generales tales como: Introducción a la bioética; Ética, Bioética y Derecho; Consentimiento informado; Metodología de análisis de casos de ética; Comités de bioética; Derecho Sanitario y Medicina de Familia; Aspectos legales en el ejercicio profesional; Confidencialidad y secreto profesional; Aspectos éticos de la investigación en Atención Primaria.

A partir de aquí ha continuado la formación en bioética, tanto en el ámbito individual como grupal, utilizando la

amplia Bibliografía aportada por los docentes del curso y la que hemos ido recabando todos los integrantes de la Comisión.

Organizamos el trabajo de la Comisión estableciendo un calendario de reuniones mensual –se convocan con una semana de antelación–, en horario de 12.30 a 15.00 horas. Hasta el momento se desarrollan puntualmente asistiendo a todas las reuniones más del 80 % de los miembros. Los diferentes grupos de trabajo se reúnen con una frecuencia que establecen los componentes de los mismos, siempre fuera del horario de trabajo.

Tras constituir formalmente la comisión con el nombramiento de un presidente y un secretario, se definieron las tareas de cada miembro. Se estableció una metodología de trabajo y se presentaron diversas propuestas de estudio (Consentimiento Informado; Uso racional de recursos; Prescripción farmacológica y relación con la Industria Farmacéutica; Atención a enfermos terminales; Relación con la Gerencia; Atención a menores; Confidencialidad y secreto profesional; etc.). Paralelamente fuimos presentando la Comisión en los diversos Centros de Salud del Distrito Sanitario.

En las sesiones habituales, el secretario de la Comisión toma nota de lo acontecido en cada sesión remitiendo el acta a cada miembro de la Comisión- habitualmente acompañando a la convocatoria de la siguiente reunión.- Dicha convocatoria incluye el orden del día de la reunión convocada. Al inicio de cada sesión se lee el acta, sometiéndose a aprobación. Tras ello, se repasan las diferentes cuestiones planteadas, las cuales vienen recogidas en el orden del día, y a continuación, los diferentes grupos de trabajo exponen las líneas de su labor discutiendo entre todos los miembros los problemas planteados y los pasos a seguir.

Periódicamente el presidente de la comisión se reúne con el Director del Distrito para informarle de lo tratado y discutir sobre los proyectos en marcha y las futuras propuestas.

De toda la documentación utilizada desde el inicio de las reuniones queda una copia archivada en el Distrito así como de las diversas publicaciones que hemos ido adquiriendo a lo largo de estos meses. Una administrativo del Distrito se encarga de su archivo así como de todo el trabajo (fotocopias, envío de actas y convocatorias...).

TEMAS TRATADOS

A lo largo de estos meses se han elaborado dos documentos: el primero fue "Consentimiento Informado" y el segundo "Derechos y Deberes de los pacientes". También se está finalizando un tercer Documento "Confidenciali-

dad-Intimidad en nuestra práctica profesional”, realizado con la colaboración de todo el personal del Distrito, a partir de una tormenta de ideas realizada en cada centro. Por último se está realizando un informe sobre el hábito tabáquico entre el personal sanitario.

Además del Curso de Introducción a la Bioética realizado el pasado mes de Julio y destinado a los miembros de la Comisión, estamos ultimando la preparación de un próximo curso denominado “El Curso de Bioética”, más ambicioso y extenso que el anterior, al que asistirán profesionales de todos los centros. En él, además de temas generales tratados en el primer curso, se incluirán temas específicos como la atención al menor (tanto desde una perspectiva ética como jurídica), Aspectos éticos de la Gestión y Componente ético de la prescripción y relaciones con la industria farmacéutica. En esta faceta formativa se incluyen por último las sesiones clínicas y reuniones celebradas en los centros de salud donde se abordan los trabajos de la comisión y diversos conflictos éticos relacionados con nuestro trabajo.

Intentaremos poner en marcha la tercera misión de la Comisión –responder a diferentes cuestiones o conflictos éticos planteados por los profesionales del centro– tras el próximo verano. En la Bibliografía existente se aconseja que durante esta primera fase en la que nos encontramos, denominada Formativa o de Inicio⁴, los miembros de la comisión no respondan a los conflictos éticos planteados debido a su inexperiencia y a la falta de formación, opinión compartida por los docentes del curso. En esta fase, los miembros de la comisión “debemos limitarnos” a formarnos específicamente en bioética así como tomar decisiones sobre estructura, procedimiento, reglamento interno, metodología de trabajo...⁵.

FUTURO

Las dificultades y obstáculos que hemos encontrado hasta este momento no han impedido que sigamos trabajando con ilusión en la puesta en marcha de este proyecto. La experiencia, hasta ahora satisfactoria, se irá enriqueciendo sin duda conforme abordemos los diversos conflictos tanto de funcionamiento interno, que sin duda aparecerán, como los derivados de las cuestiones que planteen los diversos profesionales del Distrito –esas cuestiones que no siempre se resuelven con profesionalidad y sentido común–⁶.

Con esa ilusión, esperamos constituir en el futuro, la mejor alternativa posible para la solución de situaciones éticas difíciles, situaciones que sin duda, irán multiplicándose conforme la medicina avance⁷.

Desde ese convencimiento, animamos a los profesionales de Atención Primaria de los diversos distritos sanitarios a constituir grupos de trabajo que aborden estas cuestiones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-3. Delgado Marroquín MT, Altisent R. Bioética en atención primaria: cuestiones de confidencialidad. *Aten Primaria* 1998; 21: 423-424.
2. Martín Espíldora MN. Un comité de ética... ¿en atención primaria? *Dimensión Humana* 2000; 4:34-36. (este documento ha servido de base para la realización del presente artículo).
4. Hernado Robles P, Monrás Viñas P. La puesta en marcha de un comité de ética: la experiencia del Consorcio Hospitalario del Parc Taulí de Sabadell. En: Couceiro A, editors. *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela; 1999. p.283-299.
- 5-7. Abel F SJ. Comités de Bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. En: Couceiro A, editors. *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela; 1999. p.241-267.
6. Altisent Trota R, Martín Espíldora MN. Comités de ética en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 550-553.

CARTAS AL DIRECTOR

Reflexiones sobre calidad asistencial hoy en día

Sr. Director:

Estos días en el centro de salud se estaban presentando los objetivos del año. Entre ellos estaba el cumplimiento de indicadores de calidad de algunos de los procesos asistenciales que se han realizando en este último tiempo. Como profesional me alegro de esta apuesta por la calidad asistencial por parte de la Administración Sanitaria Andaluza de una manera más clara, y explícita de lo que hasta ahora se ha ido realizando. De hecho ahora, tras varios años trabajando en calidad, da mucha alegría que no sólo sean algunos profesionales, y algunos centros los que se preocupen y trabajen en ello, sino de todos. Por ello ha servido para hacer una serie de reflexiones al respecto.

¿Hay una sola visión de la calidad? Evidentemente no. A menudo se olvida que la calidad asistencial tiene distintos significados según quien la promueva, con distintos dimensiones y es cambiante según las necesidades de los implicados. Por ello no hemos de olvidar que la calidad no es algo estático a alcanzar, el cumplimiento de unos indicadores de calidad, sin algo dinámico. Es bueno y necesario que se hayan definido los aspectos esenciales a cumplir, criterios de calidad, y que se hagan esfuerzos para su cumplimiento. Pero también es necesario que se tengan en cuenta estas otras distintas opiniones, esas nuevas expectativas, deseos de todos los actores implicados en el acto sanitario. De hecho en la otras visiones sobre la calidad de ese tipo de profesionales que no colaboran, que son críticos, de otros niveles asistenciales, de profesionales no sanitarios, de lo que realmente piden los usuarios, los pacientes difíciles, etc. Y esto lo conseguiremos en la medida en que los profesionales, usuarios o gestores no nos veamos como enemigos sino como distintos. Es evidente que una persona o grupo solo no puede conseguir la calidad, pero también que sin la participación de cada uno y de todos tampoco. En la medida que colaboraremos, evitaremos dificultades y trabajaremos por el bien común. Pero también veo que existe el riesgo de que unos a otros nos manipulemos e instrumentalizemos la calidad como algo arrojadizo para conseguir mis fines (esto yo lo hago bien, yo cumplo mis indicadores, yo me quejo pero tu no me escuchas...).

Me parece que un sistema sanitario maduro es aquel no sólo que tiene la capacidad de socializar a todos sus miembros, sino también de acoger las distintas opiniones de cada persona, de cada profesional e integrarlas como son riquezas. Por ello en este momento tan especial me

parece que los administradores han de formular claras actividades de mejora específicas a las necesidades concretas de los profesionales y usuarios, proponer y realizar cambios apoyados con elementos externos para que se realicen. Y esto de forma dinámica y continuada, proponiendo foros concretos de debate de los procesos en cada centro, cada distrito sanitario, etc. Nuestros directores tienen en su mano la capacidad de dinamizar este proceso mediante una implicación proactiva, es decir adelantándose a los acontecimientos que van a producirse, no solo esperando que va a pasar.

En cuanto a los profesionales se nos olvida a veces que la calidad asistencial está realizada por personas y se dirige a personas, o en terminología actual a clientes. En cada acto médico hay un intercambio de necesidades entre dos personas distintas que tienen distintas expectativas y buscan distintas soluciones a sus problemas. Así por ejemplo en demanda ante un cuadro febril el paciente viene a que se le quiten los síntomas y se de la baja laboral. El médico, quizá pretende descartar focalidad y poner tratamiento adecuado. En la medida que cada persona resuelva sus necesidades y sus expectativas en cada acto de relación con los demás ese acto será satisfactorio, de calidad para él como cliente y para mi como profesional. Por ello en la medida en que nos damos a los demás como profesionales somos mejores profesionales, hacemos las cosas mejor, se disminuye mi trabajo, se minimizan los costes, gano tiempo, evito errores, etc. Y esto es una cuestión de actitud de cada persona, de ver que la calidad depende de mí. Esto se consigue en tanto en cuanto cada persona libremente ceda su legítimo deseo de conseguir primero satisfacer sus expectativas y sus necesidades para satisfacer la de los demás. Y luego viene otro paciente y hay que repetir de nuevo, y volver a empezar pues la calidad se hace en cada instante, en cada momento, con todas las personas, todas las actividades.

Finalmente alguna reflexión sobre los procesos. Estos, aunque mejorables, han sido el fruto del esfuerzo intelectual y financiero de múltiples profesionales y por ello merecen el voto de confianza y los ardores necesarios por nuestra parte para su aplicación en nuestras consultas. Con la metodología actual de los procesos y de las evaluaciones aplicadas en los distritos parece que "alcanzar la calidad" es medir, y superar adecuadamente los estándares, o niveles buenos propuestos. No obstante, la calidad también se hace escuchando y apoyando cada uno a quien tiene al lado, reflexionando sobre las actuaciones que hacemos y corrigiéndolas para mejorarlas; se hace mejorando aquello que creemos que podemos mejorar en

nuestros pacientes y en todas nuestras actividades. Así es como se mejora día a día. Así estamos en disposición de podemos dar calidad y poner los medios para dar y recibir calidad.

Hagamos que este proyecto tan novedoso no muera por falta de atención. Paraphraseando al vizconde de Segur, escritor francés del siglo XIX *"la calidad es como la luna: si no crece mengua"*. Ahora depende de ti lector, ¿y tú qué haces?

Vicente Villatoro Jiménez.
Centro de Salud San Andrés-Torcal (Málaga)

Abuelas Esclavas: ¿A qué lo atribuye?

Sr. Director:

El término «abuela esclava» se viene divulgando desde hace menos de un año (Investig Clin 2001; 4:407-410, y Grupo Editorial Universitario: Granada, octubre 2001) para llamar la atención de la Sociedad, y el estamento sanitario, sobre un fenómeno común, conocido pero inexplicablemente «ignorado» hasta entonces, que puede poner en peligro la salud, e incluso la vida, de cierto tipo de mujeres con sobrecargas familiares excesivas, voluntariamente asumidas con agrado durante muchos años.

Como autor del trabajo he recibido críticas, e incluso protestas, de algunas abuelas y sus familiares, que creen sinceramente que las abuelas esclavas no existen, y opinan que el calificativo es ofensivo. La actitud de algunos médicos y otros profesionales relacionados con la salud no ha sido menos incisiva que la de ciertos familiares que se sienten ofendidos en su intimidad. Un prestigioso profesional se sorprendió la primera vez que le nombraron el término «Síndrome de la Abuela Esclava». Inmediatamente respondió, sin titubeos: - ¿Abuelas esclavas?. Eso no existe. Debe ser la ocurrencia de algún chiflado médico de provincias.

Participé en un coloquio, en una emisora levantina, en el que, como contrapartida a mis comentarios, se presentó un estudio estadístico fantástico, que demostraba el excelente cariño que los nietos tienen a sus abuelos. Las preguntas se les hacían a los nietos, estudiantes universitarios. Todos amaban grandemente a sus «viejos». Claro que, ahora que lo pensaban, llevaban años que no habían podido ir a visitarlos y expresarles su gran afecto y agradecimiento por lo bien que, con ellos, se habían portado los abuelos. «Decidido: a ver si este año, después de los exámenes, me alargo un día y les llevo un regalo». Conclusión del estudio: los abuelos están en la gloria; sus nietos les aman, con un alto grado de significación estadística.

Con motivo de un reportaje en un periódico de San Sebastián un médico donostiarra, con amplia experiencia en atender a mujeres mayores, declara que en Euskal Herria no se dan casos de abuelas esclavas, aunque, en contextos lejanos, como los Estados Unidos, donde son muy raritos. Allí los abuelos contratan seguros particulares para cubrirse de las posibles demandas que les pudieran poner sus propios hijos, si les ocurriese algo a los nietos mientras permanecen en casa de los abuelos y a su cargo.

El desconocimiento de casos de abuelas esclavas por muchos médicos se explica por el curioso binomio que se da en estos casos: la abuela niega el estrés familiar excesivo (que no sabe o no quiere expresar ni aceptar) y las hijas / hijos lo ignoran (creen que la abuela sigue tan fuerte como siempre). Siendo así, ¿es chifladura de médico provinciano concluir un juicio clínico diagnóstico distinto a la nihilidad?

Desde los tiempos de Hipócrates a los estudiantes de Medicina se nos enseña a comenzar las historias clínicas preguntando al paciente: ¿Qué le pasa? ¿Desde cuando? ¿A qué lo atribuye?

Existe consenso universal sobre la utilidad de este inicio de interrogatorio, en la mayoría de los supuestos clínicos. Sin embargo creo que, aunque parezcan obvios, existen matices que, si no se explicitan convenientemente desde un principio, en el futuro pueden conducir a errores groseros innecesarios.

Sé que nuestra candidez de médicos bonachones no llega al extremo de creer a pie juntillas las respuestas de un presunto drogadicto, con señales de agujas sobre las venas de sus brazos, que niega sus inclinaciones, un broncópata con dedos marrones tostados, que afirma haber dejado el tabaco, o un jubilado por espondilopatía, con dedos encallecidos recientes y uñas llenas de tierra, que perjura no agacharse ni para recoger los cuatro tomates que crecen salvajes en su huerto. Sin embargo, en otros supuestos, los médicos, y otros profesionales de la salud, no solemos ser tan rigurosos.

Nuestra tradicional caballerosidad (o la equivalente virtud de las colegas femeninas) nos impide poner en tela de juicio las respuestas de las señoras respetables que acuden a nuestras consultas. Vaya por delante esta rotunda afirmación: yo tampoco creo que ninguna de ellas sea capaz de mentir ni un ápice. Faltaría más, por mi honor. Pero, sin embargo, quizás usted comparta conmigo que no es mentir dejar de decir toda la verdad.

Con frecuencia atiendo señoras que no admiten, al menos al principio del interrogatorio, sobretodo si les acompañan sus hijas, que, en silencio, llevan meses o años sufriendo un excesivo estrés familiar, inadecuado para su edad y estado psicofísico, que es el factor subyacente

fundamental que no las deja curar apropiadamente de sus afecciones.

Estas señoras sufren el «Síndrome de la Abuela Esclava». Sus hijos no se dan cuenta de que la abuela necesita ser liberada de tanta carga como mantiene todavía. Ellas no saben, y con frecuencia no quieren, pedir auxilio con la suficiente expresividad. Peor aún, se auto inculpan, creyéndose responsables de no poder ahora atender a su familia como siempre lo han hecho.

¿Y nosotros, los médicos, qué hacemos? Si la respetabilísima abuela niega que esté sobrecargada, y los no menos respetables hijos nos aseguran que la abuela puede tirar de la carga actual, y de mucho más si ella quisiera, porque es una mujer fortísima, nosotros, naturalmente, no vamos a poner en tela de juicio sus afirmaciones.

Si en vez de a una tranquila señora ama de casa atendiésemos a un atareado caballero ejecutivo, con síntomas o enfermedades alarmantes semejantes, y él nos perjurase que los múltiples impagos, embargos, pleitos y denuncias a los que a diario se enfrenta, no le suponen ningún estrés, porque ya está acostumbrado a ellos, ¿no pondríamos en duda su palabra?. Yo, personalmente, con ese señor ejecutivo superactivo, no sería tan caballeresco como con la dama del supuesto anterior. Pondría en tela de juicio su afirmación. Pensaría que, aunque él no lo reconozca, el estrés profesional le está minando la salud. Procuraría mitigar ese estrés. Con frecuencia llegaría a aconsejarle el cambio de trabajo o incluso a darle la baja laboral.

¿Usted no haría lo mismo? ¿Usted daría su consentimiento a seguir ese tipo de vida en el supuesto de enfermedad o síntomas graves en el ejecutivo?

Es que el trabajo de los ejecutivos se las trae.

El de los ejecutivos, claro. Meditemos en los trabajos. ¿Existe algún ejecutivo que se tome su trabajo como cuestión tan importante, íntima, propia, personal y trascendental, como se toman las abuelas el suyo? ¿Le dedica más horas y entrega?

Hay abuelas y abuelas. El tipo de abuela al que me refiero se ha entregado en cuerpo y alma, en exclusiva, voluntariamente y con agrado, durante muchísimos años, a su profesión de ama de casa y madre. Su trabajo es más que un trabajo. Es su vida, su razón de existir. Si los hijos no la liberan adecuadamente de las cargas inapropiadas, ella es incapaz de rebelarse o renunciar. Prefiere morir con las cacerolas puestas.

Simplificando. Creo firmemente que debería enfatizarse en las aulas, en beneficio del rigor científico y la eficacia de la historia clínica, que las tres **cuestiones** hipocráticas no son tres **preguntas al paciente** sino tres **interrogantes que se debe plantear el médico**.

Por supuesto que esas interrogantes las dirigiremos inicialmente al paciente. Debemos escuchar con interés sus respuestas, pero -atentos- sin cándida credulidad. Lo que el paciente nos responda es importante, pero lo es más aún la verdad. Nuestro deber es aliviar o curar al paciente, aunque, por el motivo que sea, él no sepa o no quiera decirnos toda la verdad. **Bueno es preguntar, pero lo importante es averiguarlo: ¿esa señora, realmente, a qué lo atribuye?**

Bibliografía

Guijarro Morales A. El Síndrome de la Abuela Esclava (Pandemia del Siglo XXI). *Investig Clin* 2001; 4: 407-410.

Dr. Antonio Guijarro Morales.

Jefe Clínico de Cardiología.

Hospital Clínico Universitario San Cecilio (Granada)

Los procesos asistenciales, evolución natural

Sr. Director:

En estos últimos meses estamos asistiendo, bien como diseñadores o participantes de grupos de elaboración de procesos, o como espectadores de esta "nueva modalidad" organizativa que se le ha dado en llamar Procesos Asistenciales.

Para todos, iniciados o no, conviene recordar que se les define como: "Conjunto de actividades destinadas a generar valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente al cliente". Esto lleva aparejado una sucesión lógica de actividades desarrolladas por personas de los distintos niveles asistenciales (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas, actividades terapéuticas...). No son por tanto programas ni protocolos, aunque por supuesto puede incluirlos.

El diseño y elaboración de los distintos procesos asistenciales han venido determinados por una serie de características que conviene señalar:

- a) Han sido diseñados por Médicos de Familia, Médicos Especialistas, según las áreas y en muchos casos han contado con la participación de personal de Enfermería, todos ellos con actividad asistencial directa.
- b) Los criterios clínicos en ellos referenciados se sustentan en los distintos niveles de evidencia clínica.
- c) Se fijan criterios y estándares de calidad para facilitar su evaluación.
- d) Bastantes actuaciones en ellos recogidos se vienen realizando, lo que se trata es de ordenar y medir actuaciones y resultados.

Es por tanto la implantación y desarrollo en el complejo entramado del sistema asistencial el handicap con los que esta iniciativa va a encontrarse, bien por que se piense que es irrealizable o por la inercia de propio sistema el que lo impida.

Se achaca también que toda la arquitectura que constituyen los distintos procesos no es más que un manual de "normas y procedimientos" de aquellos que conformaban los programas del inicio del desarrollo de la Atención Primaria.

El carácter innovador también se ve devaluado en su aspecto organizativo, ya que responde ni más ni menos que al esquema de redes matriciales y que la gestión de los procesos no es ni más ni menos que el ciclo administrativo (planificación, organización, dirección y evaluación) desempolvado, elementos muy conocidos por los que ya peinamos algunas canas en este oficio de la Atención Primaria.

Bien es verdad que nos les falta parte de razón, pero hay que reconocer que:

a) En no todos los centros de salud se desarrollaron manuales de normas, por otra parte no han sido medibles las actuaciones, no evaluables y por tanto no modificables con criterios.

b) Muchos de estos manuales de normas que recogían las actividades programadas eran distintos según los criterios del centro de salud o del único responsable que los elaboraba, a veces con dudosa evidencia clínica.

c) A excepción del programa de la mujer (Embarazo y Planificación familiar) las actuaciones han sido referidas al ámbito de la A. Primaria, de espaldas, por razones más que conocidas, al Hospital, y este ejecutando las propias de modo similar .

d) La relación con el Hospital, excepto experiencias interesantes y limitadas, se desarrolla a través del P-111, que sirve como documento de derivación e informe (casi siempre unidireccional) pero no de coordinación.

Frente a estos planteamientos el desarrollo de los procesos tiene una serie de aportaciones que quiero destacar:

a) Facilita la relación interniveles, algo tan reivindicado desde la Medicina de Familia (acordaros de la llamada a la "ilegalización del P-10 ") colocándonos en situación de igualdad con el Hospital, cambiando el centro hacia la atención del paciente /usuario.

b) Puede facilitar y facilita el acceso a pruebas diagnósticas (endoscopias. Ecografía, TAC...), algo tan reivindicado desde antaño.

c) Las actuaciones se basan en guías de practica clínica, en afirmaciones con ...

d) ... la mejor evidencia disponible, trata por tanto de mi-

nimizar la variabilidad de la práctica, tan extendido en nuestro nivel.

Se puede afirmar que al Gestión por Procesos supone un cambio cultural de las organizaciones, en los que se precisa un alto nivel de implicación de directivos y profesionales, en donde la Formación de los profesionales es básica para el desarrollo de la gestión por procesos, donde la dotación de Recursos se hace imprescindible (humanos, tecnológicos, tiempo..10') y la Informatización es absolutamente necesaria, si bien esta dotación tecnológica está extendida en A. Primaria no ocurre lo mismo en la A. Especializada, es por lo que conviene recordar a nuestros gestores que el desarrollo paulatino requiere no solo cambios organizacionales sino también recursos financieros.

Finalmente quiero hacer memoria de los precedentes en cuanto a cambios organizacionales y culturales llevados a cabo en los decenios previos dentro la organización sanitaria, el primero al que me refiero supuso la jerarquización de los especialistas en servicios hospitalarios, allá por los años 70, posteriormente entre las décadas de los 80 y 90 la reestructuración de los servicios de atención primaria, ambos se caracterizan por afectar exclusiva e independientemente a uno de los niveles asistenciales, si observamos estos hechos con perspectiva y calificados globalmente puede afirmarse que se produjeron avances muy positivos en todos los ámbitos ya sean asistenciales, científico-técnicos, profesionales...etc. Los retos actuales suponen incluir en los beneficiarios de los avances a los ciudadanos, además de suponer la modificación de hábitos, actitudes y metodología en ambos niveles simultáneamente para transformarse en un continuo.

Las oportunidades pesan más que las amenazas.

Moreno Corredor A.

Médico de Familia.

Director del Centro de Salud el Valle. Jaén

Novedades en Vigilancia Epidemiológica

Sr. Director:

La Vigilancia Epidemiológica experimentó un notable avance en Andalucía tras la constitución del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVEA) por el Decreto 66/1996 de que fue efectivo el 1 de enero de 1.997. Se han experimentado avances en la mejor cobertura y rapidez en la disponibilidad de información del sistema básico de vigilancia (Enfermedades de Declaración Obligatoria, EDO), detección e intervención rápida ante

alertas epidemiológicas, difusión de la información, e integración de distintas fuentes de información (EDO, altas hospitalarias, información microbiológica, centinelas de gripe etc).

De especial interés consideramos que ha sido el esfuerzo realizado para la publicación del «SVEA. Informe Semanal» cuya edición electrónica pueden recibir los profesionales sanitarios que lo soliciten, a las 15.00 horas de todos los viernes mediante una lista de distribución en Internet.

Aunque la estructura y principios básicos del SVEA siguen vigentes, se han producido cambios tanto en el marco nacional como internacional y especialmente europeo, que han recomendado introducir modificaciones en el sistema básico de vigilancia (la declaración de EDO). Estos cambios se refieren a las enfermedades incluidas en vigilancia, los plazos máximos en los que se debe realizar la declaración de casos y el nuevo carácter urgente que se da a la declaración de algunas enfermedades. Estas modificaciones están recogidas en la Orden de 17 de junio de 2002 por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía (Disponible en <http://www.csalud.junta-andalucia.es>).

Después de publicarse la anterior Orden sobre vigilancia epidemiológica se ha producido un desarrollo normativo importante de la vigilancia epidemiológica en la Unión Europea: se ha creado la Red Europea de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles que incluye la Red Europea de Alerta Precoz, de los que formamos parte a través del Centro Nacional de Epidemiología.

Este impulso en la vigilancia epidemiológica en Europa se ha visto acrecentado por los acontecimientos del 11 de septiembre que han condicionado la decisión de tener operativo para el año 2005 un centro europeo de vigilancia y control de las enfermedades transmisibles. Todas estas medidas supondrán un esfuerzo adicional a las redes de vigilancia nacionales y regionales.

Por otra parte se ha publicado la relación de enfermedades que deberán incluirse en la vigilancia a nivel europeo y se han establecido unas definiciones comunes de caso a efectos de vigilancia par toda la Unión Europea, la mayoría de las cuales ya estaban contempladas en el SVEA. En la ampliación de las enfermedades a vigilar se han incluido las derivadas de la norma europea y otras enfermedades emergentes:

Aspergilosis, Anisakiasis, Campilobacteriosis, Criptosporidiasis, Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH), Infección por Escherichia Coli O157 y Tularemia.

De acuerdo con los requisitos de la Red Europea de Alerta Precoz, y las tendencias a la vigilancia de síndromes o situaciones como complemento a la vigilancia de enfermedades definidas, se introduce la declaración de:

«Enfermedad transmisible emergente o reemergente, o agente infeccioso nuevo en el territorio de Andalucía, cuya ocurrencia pueda requerir una intervención urgente de los servicios de salud pública».

La normativa hasta ahora vigente establecía que la declaración de casos de EDO ordinaria debería realizarse preferentemente el mismo día de la sospecha diagnóstica, y como máximo antes de finalizar la semana epidemiológica. Al establecerse por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica la declaración de las EETH en un plazo máximo de 48 horas, con la finalidad de no establecer una nueva categoría en los plazos de declaración, se ha optado por establecer este plazo máximo para todas las EDO de declaración ordinaria.

Esta disminución de los plazos tiene la finalidad de poder identificar e intervenir lo antes posible ante cambios en la situación epidemiológica. Para cumplir estos plazos es preciso que se generalice la declaración electrónica de EDO según la opción que para ello se dispone en el TASS. Se está desarrollando una aplicación informática que permitirá que cada noche se incorporen a las bases de datos del SVEA las declaraciones electrónicas realizadas en cada consulta durante el día anterior; de esta forma la declaración se realizará en un plazo menor a 24 horas.

Durante unos meses es necesario enviar al Distrito Sanitario el impreso que genera dicha aplicación; posteriormente se informará cuando ya no sea necesario que se haga el envío en papel al estar en pleno funcionamiento la nueva aplicación que captura la declaración electrónica (previsto para finales del 2002).

En cuanto a la declaración urgente no hay modificaciones: esta se realizará de una forma inmediata al Distrito Sanitario en el horario laboral habitual y fuera del mismo (día o noche) al teléfono habilitado por la EPES en cada provincia para recibir la declaración de alertas epidemiológicas. Hay modificaciones para algunas enfermedades que pasan a ser de declaración urgente: el sarampión de cara a su eliminación (ya que requiere un diagnóstico y acción inmediata) y otras enfermedades cuando se sospeche sean de transmisión alimentaria (Hepatitis A, Brucelosis y Fiebre Tifoidea).

Javier García León
Epidemiólogo
D.G. Salud Pública y Participación
Consejería de Salud.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de enero a 31 de marzo de 2002)

Alonso Morales F, Barbero Salado NB, Fernández Fernández I, Gálvez Alcaraz L, Gálvez Ibáñez M, Lahoz Rallo B, Manteca González A, Morata García de la Puerta J, Requena Ramos JM, Sánchez García C.

Médicos de Familia.

Los artículos, publicados entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2002, aparecen a continuación clasificados por ÁREAS DE INTERÉS, debajo de cada cual aparecen las reseñas bibliográficas correspondientes. Algunos artículos han sido clasificados bajo 2 ó 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 aparecerá 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 casos y controles
- (S) Observacional analítico de seguimiento / cohortes
- (QE) Quasi experimental
- (EC) Experimental ensayo clínico
- (M) Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas

Anexo 2:

GRADO DE 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.

Grandes G ¿Por qué tan pocos ensayos clínicos en atención primaria? Aten Primaria 2002; 29:97-101

Simon C, Kumar S, Kendrick T. Who cares for the carers? The district nurse perspective Fam Pract 2002; 19: 29-35. [C, I]

Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Vinson Dc, Stevermer JJ et al. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. BMJ 2002; 324: 710-3. [C,I]

Figuera J, Musgrove P, Carrin G, Durán A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? Gac Sanit 2002; 16: 5-17. [AO,II]

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

Mosca LJ. Optimal management of cholesterol levels and the prevention of coronary heart disease in women. Am Fam Physician 2002; 65: 217-26. [AO,II].

Nied RJ, Franklin B. Promoting and prescribing exercise for the elderly. Am Fam Physician 2002; 65: 615-20, 622. [AO,II]

Safeer RS, Ugalat P. Cholesterol treatment guidelines update. Am Fam Physician 2002; 65: 871-80. [AO,II]

Cornuz J, Humair JP, Seematter L, Stoianov R, van Melle G, Stalder H et al. Efficacy of resident training in smoking cessation: a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. Ann Intern Med 2002; 136: 429-37. [EC,I]

Dalfo A, Badia X, Roca-Cusachs A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) . Aten Primaria 2002; 29: 116-122. [T,II]

Tobias J, Sanjuan R, Fabrega M, Bonet L, Roses C, Boquer J. El colesterol sigue alto. ¿Y ahora qué hacemos? Tratamiento de la hipercolesteremia no controlada a lo largo de un año. Aten Primaria 2002; 29: 151-158. [QE,I]

Otzet I, Costa B, Franch J, Morato J, Pons P. IGT Research Group. Riesgo cardiovascular y metabolismo de la glucosa: acuerdos y discrepancias entre las clasificaciones OMS-85 y ADA-97. Aten Primaria 2002; 29: 205-213. [AO,I]

Lloyd-Williams F, Mair FS, Leitner M. Exercise training and heart failure: a systematic review of current evidence. Br J Gen Pract 2002; 52: 47-55. [M,II]

Anti-thrombotic trialists' collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. BMJ 2002; 324: 71-86. [M,III]

Mananus RJ, Mant J, Meulendijks CFM, Salter RA, Pattison HM, Real-fo AK. On behalf midlands research practice consortium. Comparison of estimates and calculations of risk of coronary heart disease by doctors and nurses using different calculation tools in general practice: cross sectional study. BMJ 2002; 324: 459-64. [T,I]

- Rizvi K, Hampson JP, Harvey JN. Do lipid-lowering drugs cause erectile dysfunction? A systematic review. *Fam Pract* 2002; 19: 95-98. [R, II]
- Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002; 359: 114-7. [EC,II]
- Green J, Forster A, Bogle S, Young J. Physiotherapy for patients with mobility problems more than 1 year after stroke: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 199-203. [EC,I]
- Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, Faire U et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 995-1003. [EC,II]
- Lindholm LH, Ibsen H, Dahlof B, Devereux RB, Beevers G, de Faire U et al. For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 1004-10. [EC,II]
- Fernández-Jarne E, Alegre F, Alonso A, De la Fuente C, Martínez-González MA. Ingestión de ácidos grasos omega-3 y riesgo de infarto de miocardio: un estudio de casos y controles. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 121-126. [CC,I]
- Pueyo G, Elosua R, Marrugat J. Metaanálisis de la evidencia científica sobre la utilidad de la toma esporádica de ácido acetilsalicílico en la prevención de enfermedad coronaria. *Med Clin (Barc)* 2002;118:166-170. [M,II]
- Ampudia-Blasco FJ, Navarro J. Enfermedad cardiovascular en la diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 306-312 [R,II]
- García-Reyes M, López-Torres J, Ramos E. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 371-376. [S,I]
- DIABETES**
- Tutuncu NB, Gurlek A, Gedik O. Efficacy of ACE inhibitors and ATII receptor blockers in patients with microalbuminuria: a prospective study. *Acta Diabetol* 2001; 38: 157-161. [T,II]
- Fernández I, Ortega C, Martín JL, Rodríguez V. Diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria* 2002; 29: 101-109. [R,II]
- López J, Serrano P, Duque B. Los costes socioeconómicos de la diabetes mellitus. *Aten Primaria* 2002; 29: 145-151. [T,I]
- Otzet I, Costa B, Franch J, Morato J, Pons P. IGT Research Group. Riesgo cardiovascular y metabolismo de la glucosa: acuerdos y discrepancias entre las clasificaciones OMS-85 y ADA-97. *Aten Primaria* 2002; 29: 205-213. [AO,I]
- Pickup J, Mattock M, Kerry S. Glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion compared with intensive insulin injections in patients with type I diabetes: meta-analysis of randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 705-709. [M,II]
- Arauz-Pacheco C, Parrott MA, Raskin P. The treatment of hypertension in adult patients with diabetes. *Diabetes Care* 2002 ;25:134-147. [M,II]
- Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, Brunzell JD, Chiasson JL, Garg A et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care* 2002; 25: 148-198. [M,II]
- Van Dam RM, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ, Hu FB. Dietary fat and meat intake in relation to risk of type 2 diabetes in men. *Diabetes Care* 2002; 25: 417-424. [T,II]
- Nichols GA, Brown JB. The impact of cardiovascular disease on medical care costs in subjects with and without type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 482-486. [T,II]
- Alto WA, Meyer D, Schneid J, Bryson P, Kinding J. Assuring the accuracy of home glucose monitoring. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 1-6. [T, II]
- Peters NS, Schilling RJ, Kanagaratnam P, Markides V. Atrial fibrillation: strategies to control, combat, and cure. *Lancet* 2002; 359: 593-603. [R,I]
- Costa B, Piñol JL, Martín F, Donado A, Castell C. Incidencia significativa de la diabetes tipo 2 en la población española de alto riesgo. Resultados del Estudio ITG. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 287-294. [S,II]
- Ampudia-Blasco FJ, Navarro J. Enfermedad cardiovascular en la diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2002;118: 306-312. [R,II]
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393-403. [EC,II]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Birchall M, Richardson A, Lee L on behalf of south and west regional cancer organisation tumour panel for head and neck cancer. Eliciting views of patients with head and neck cancer and carers on professionalism derived standards for care. *BMJ* 2002; 324: 416-9. [C,I]
- Nystrom L, Andersson I, Bjurstram N, Frisell J, Nordenskjold B, Rutqvist LE. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002; 359: 909-19. [R,II]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Steyer TE. Peritonsillar Abscess: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician* 2002; 65: 93-6. [AO,I]
- Gómez A, Mesa MC. Prescripción de antibióticos en la infección del tracto urinario: adecuación a criterios de calidad en atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 29: 122-124. [T,I]
- Nasrin D, Collignon PJ, Roberts L, Wilson EJ, Pilotto LS, Douglas RM. Effect of B lactam antibiotic use in children on pneumococcal resistance to penicillim: prospective cohort study. *BMJ* 2002; 324: 28-30. [S,I]
- Macfarlane J, Holmes W, Gard P, Thornhill D, Macfarlane R. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded randomised controlled trial of patient information leaflet. *BMJ* 2002; 324: 91-4. [EC, II]
- Jordan R, Gold L, Cummins C, Hyde C. Systematic review and meta-analysis of evidence for increasing numbers of drugs in antiretroviral combination therapy. *BMJ* 2002; 324: 757-60. [M,II]
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:**
- Schapowal A on behalf of petasites study group. Randomised controlled trial of butterbur and cetirizine for treating seasonal allergic rhinitis. *BMJ* 2002; 324: 144-6. [EC,II]
- Lewith GT, Watkins AD, Ayland ME, Shaw S, Broomfield JA, Doland G et al. Use of ultramolecular potencies of allergen to treat asthmatic people allergic to house dust mite: double blind randomised controlled clinical trial. *BMJ* 2002; 324: 450-3. [EC,I]
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136: 302-11. [R,I]
- Oliver P, Keen J, Mathers N. Deaths from drugs of abuse in Sheffield 1997-1999: what are the implications for GPs prescribing to heroin addicts? *Fam Pract* 2002; 19: 93-94. [T,I]

- Trave AI, Reneses A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2002; 26: 1-7. [R,II]
- Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Bauer M. Bipolar disorder. *Lancet* 2002; 359: 241-7. [R,I]
- Pintor L, Torres X, Navarro V, Gasto C. Episodio depresivo mayor: estudio de la remisión y de las recaídas. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 41-47. [S,II]
- Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 2002; 346: 16-22. [EC,I]

SALUD LABORAL

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:

- Mosca LJ. Optimal management of cholesterol levels and the prevention of coronary heart disease in women. *Am Fam Physician* 2002; 65: 217-26. [AO,II]
- Safeer RS, Ugalat P. Cholesterol treatment guidelines update. *Am Fam Physician* 2002; 65: 871-80. [AO,II]
- Hinton R, Moody RL, Davis A, Thomas SF. Osteoarthritis: diagnosis and therapeutic considerations. *Am Fam Physician* 2002; 65: 841-8. [AO,II]
- García-Pola MJ, García JM. Leucoplasia oral. *Aten Primaria* 2002; 29: 39-50. [R,I]
- Romera M, Lafuente A, Carbonell C. Osteoporosis. *Aten Primaria* 2002; 29: 167-172. [R,II]
- Dura T, Aguirre P, Mauleon C, Oteiza MS, Diaz L. Carencia de hierro en adolescentes (10-14 años). *Aten Primaria* 2002; 29:72-79. [T,I]
- Koning S, Suijlekom-Smit LWAU, Nouwen JL, Verduin CM, Bernsen RMD, Oranje AP et al. Fusidil acid cream in the treatment of impetigo in general practice: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2002; 324:203-6. [EC, II]
- Bosch J, Yusuf S, Pogue J, Sleight P, Lunn E, Rangoowala B, Davies R, Ostergren J, Probstfield J on behalf of the hope investigators. Use of ramipril in preventing stroke double blind randomised trial. *BMJ* 2002; 324: 699-702. [EC,II]
- Plans P, Tresserras R, Navas E, Pardell H. Estudio de coste-efectividad del tratamiento de la hipertensión arterial en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 211-217. [T,I]
- Borghesi L. Comparison of two diets for the prevention of recurrent stones in idiopathic hypercalciuria. *N Engl J Med* 2002; 346: 77-84. [AO,II]
- Volume Paty D, Arnold DL. The lesions of multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2002; 346: 199-200. [AO,III]
- GottliebD. Cardiac pacing — a novel therapy for sleep apnea? *N Engl J Med* 2002; 346: 444-445. [AO,II]
- Brawer MK. Prostate specific antigen. *N Engl J Med* 2002; 346:715. [R,II]

ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA:

- Gruska M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Am Fam Physician* 2002; 65: 615-20. [AO,I]
- Shanahan F. Crohn's disease. *Lancet* 2002; 359: 62-9. [R,I]
- Farrell RJ, Peppercorn MA. Ulcerative colitis. *Lancet* 2002; 359: 331-40. [R,I]
- Emery AE. The muscular dystrophies. *Lancet* 2002; 359: 687-95. [R,I]

MEDIOS DIAGNÓSTICOS:

- Graves JC, Miller KL. Maternal serum triple analyte screening in pregnancy. *Am Fam Physician* 2002; 65: 915-20. [AO,I]
- Alto WA, Meyer D, Schneid J, Bryson P, Kinding J. Assuring the accu-

racy of home glucose monitoring. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15:1-6. [T, II]

- Calvet X, Salceda F, Sanfeliu I, Montserrat A, Bulet E, Real J et al. Evaluación de un nuevo test rápido para la detección de *Helicobacter pylori* en heces. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 126-130. [T,I]
- Brawer MK. Prostate specific antigen. *N Engl J Med* 2002; 346:715. [R,II]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

- Fuloria M, Kreiter S. The newborn examination: part I. Emergencies and common abnormalities involving the skin, head, neck, chest and respiratory and cardiovascular systems. *Am Fam Physician* 2002; 65: 61-8. [AO,II]
- Dura T, Aguirre P, Mauleon C, Oteiza MS, Díaz L. Carencia de hierro en adolescentes (10-14 años). *Aten Primaria* 2002; 29:72-79. [T,I]
- Nasrin D, Collignon PJ, Roberts L, Wilson EJ, Pilotto LS, Douglas RM. Effect of B lactam antibiotic use in children on pneumococcal resistance to penicillim: prospective cohort study. *BMJ* 2002; 324: 28-30. [S,I]
- Thomas KS, Armstrong S, Avery A, Liwan PO, O'Neill C, Young S et al. Randomised controlled trial of short bursts of a potent topical corticosteroid versus prolonged use of a mild preparation for children with mild or moderate atopic eczema. *BMJ* 2002; 324: 768-71. [EC,II]
- Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, Mudde A. Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gac Sanit* 2002; 16: 131-138. [T,II]

MUJER Y SALUD. Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.

- Mosca LJ. Optimal management of cholesterol levels and the prevention of coronary heart disease in women. *Am Fam Physician* 2002; 65: 217-26 [AO,II]
- Graves JC, Miller KL. Maternal serum triple analyte screening in pregnancy. *Am Fam Physician* 2002; 65: 915-20, 922 [AO,I]
- Marín GH, Fazio P, Rubbo S, Baistrocchi A, Sager G, Gelemur A. Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes. *Aten Primaria* 2002; 29: 158-164. [T,I]
- Bradley F, Smith M, Jean L, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002; 324: 271-4. [T, I]
- Olsen SF, Secher NJ. Low consumption of seafood in early pregnancy as a risk factor for preterm delivery: prospective cohort study. *BMJ* 2002; 324: 447-50. [S,I]
- Stapleton H, Kirkham M, Thomas G. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *BMJ* 2002; 324: 639-43. [C, I]
- O' Cathain A, Walters SJ, Nicholl JP, Thomas KJ, Kikham M. Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. *BMJ* 2002; 324: 643-6. [EC,I]

ANCIANOS:

- Nied RJ, Franklin B. Promoting and prescribing exercise for the elderly. *Am Fam Physician* 2002; 65: 615-20. [AO,II]
- Bressler NM. Early detection and treatment of neovascular age-related macular degeneration. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 142-152. [R, I]
- Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002; 346: 905-12. [EC,II]

URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Braun T, García L, Krafft T, Díaz-Regañón G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit* 2002; 16: 139-144. [T,II]

TERAPÉUTICA: Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.

Van Everdingen AA, Jacobs JW, Siewertsz Van Reesema DR, Bijlsma JW. Low-dose prednisone therapy for patients with early active rheumatoid arthritis: clinical efficacy, disease-modifying properties, and side effects: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Ann Intern Med* 2002; 136: 1-12. [EC,I]

Ernst E. The risk-benefit profile of commonly used herbal therapies: Ginkgo, St. John's Wort, Ginseng, Echinacea, Saw Palmetto, and Kava. *Ann Intern Med* 2002; 136: 42-53. [R,II]

Kaptchuk TJ. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. *Ann Intern Med* 2002; 136: 374-83. [R,I]

Mosca LJ. Optimal management of cholesterol levels and the prevention of coronary heart disease in women. *Am Fam Physician* 2002; 65: 217-26. [AO,II]

Safeer RS, Ugalat P. Cholesterol treatment guidelines update. *Am Fam Physician* 2002; 65: 871-80. [AO,II]

Hinton R, Moody RL, Davis A, Thomas SF. Osteoarthritis: diagnosis and therapeutic considerations. *Am Fam Physician* 2002; 65: 841-8. [AO,II]

Almoosa K. Is thrombolytic therapy effective for pulmonary embolism? *Am Fam Physician* 2002; 65: 1097-102. [AO,II]

Mallin R. Smoking cessation: integration of behavioral and drug therapies. *Am Fam Physician* 2002; 65: 1107-14, 1117. [AO,II]

Steyer TE. Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2002; 65: 93-6. [AO,I]

Benítez MA, Asensio A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Aten Primaria* 2002; 29:50-53. [AO,I]

Gómez A, Mesa MC. Prescripción de antibióticos en la infección del tracto urinario: adecuación a criterios de calidad en atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 29: 122-124. [T,I]

Rocamora M, Vallano A. Utilización inadecuada de los AINE inhibidores selectivos de la COX-2. *Aten Primaria* 2002; 29: 122. [T,I]

Esquirol J, Herrero E. Ivermectina en el tratamiento de la escabiosis. *Aten Primaria* 2002; 29:253-256. [QE,I]

Nasrin D, Collignon PJ, Roberts L, Wilson EJ, Pilotto LS, Douglas RM. Effect of B lactam antibiotic use in children on pneumococcal resistance to penicillin: prospective cohort study. *BMJ* 2002; 324: 28-30. [S,I]

Macfarlane J, Holmes W, Gard P, Thornhill D, Macfarlane R. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded randomised controlled trial of patient information leaflet. *BMJ* 2002; 324: 91-4. [EC, II]

Koning S, Suijtek-Smit LW, Nouwen JL, Verduin CM, Bernsen RMD, Oranje AP et al. Fusidil acid cream in the treatment of impetigo in general practice: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 203-6. [EC, II]

Schroeder K, Fahey T. Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute cough in adults. *BMJ* 2002; 324: 329-31. [M,II]

Jordan R, Gold L, Cummins C, Hyde C. Systematic review and meta-analysis of evidence for increasing numbers of drugs in antiretroviral combination therapy. *BMJ* 2002; 324: 757-60. [M,II]

Rizvi K, Hampson JP, Harvey JN. Do lipid-lowering drugs cause erectile

le dysfunction? A systematic review. *Fam Pract* 2002; 19: 95-98. [R, II]

Trave AI, Reneses A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2002; 26: 1-7. [R,II]

García-Reyes M, López-Torres J, Ramos E. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 371-376. [S,I]

Bunn HF. Drug-induced autoimmune red-cell aplasia. *N Engl J Med* 2002; 346: 522-523. [AO, II]

Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 2002; 346: 16-22. [EC,I]

ENTREVISTA CLÍNICA:

Butler DJ. Informed consent and patient videotaping. *Acad Med* 2002; 77: 181-184. [T,I]

Mallin R. Smoking Cessation: Integration of Behavioral and Drug Therapies. *Am Fam Physician* 2002; 65: 1107-14, 1117. [AO,II]

Ruiz R, Rodríguez JJ, Pérula L, Prados JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002; 29: 132-142. [QE,I]

Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 25-38. [M, I]

ATENCIÓN FAMILIAR:

ACTIVIDADES COMUNITARIAS. Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios.

Aguiló E, López M, Siles D, López LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria* 2002; 29: 26-33. [T,I]

Stapleton H, Kirkham M, Thomas G. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *BMJ* 2002; 324: 639-43. [C,I]

O' Cathain A, Walters SJ, Nicholl JP, Thomas KJ, Kirkham M. Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. *BMJ* 2002; 324: 643-6. [EC,I]

DOCENCIA. Incluye: pregrado, postgrado, formación médica continuada, metodología docente.

Callahan M, Fein O, Battleman D. A practice-profiling system for residents. *Acad Med* 2002; 77: 34-39. [C,I]

Haidet P, O'Malley KJ, Richards B. An initial experience with "Team learning" in medical education. *Acad Med* 2002; 77: 40-44. [C,I]

Keely E, Myers K, Dojeji S. Can written communication skills be tested in an objective structured clinical examination format? *Acad Med* 2002; 77: 82-86. [T,I]

Guagnano MT, Merlitti D, Manigrasso MR, Pace-Palitti V, Sensi S. New medical licensing examination using computer-based case simulations and standardized patients. *Acad Med* 2002; 77: 87-90. [T,I]

Maudsley G. Making sense of trying not to teach: an interview study of tutors' ideas of problem-based learning. *Acad Med* 2002; 77: 162-172. [C,I]

Butler DJ. Informed consent and patient videotaping. *Acad Med* 2002; 77: 181-184. [T,I]

Cornuz J, Humair JP, Seematter L, Stoianov R, van Melle G, Stalder H et al. Efficacy of resident training in smoking cessation: a randomized, controlled trial of a program based on application of beha-

vioral theory and practice with standardized patients. *Ann Intern Med* 2002; 136: 429-37. [EC,I]

Ruiz R, Rodríguez JJ, Pérula L, Prados JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002; 29: 132-142. [QE,I]

Campos C. Alerta bibliográfica: cómo estar al día gracias a Internet. *Aten Primaria* 2002; 29: 189-194. [AO,I]

Aguillo IF. Herramientas avanzadas para la búsqueda de información médica en el web. *Aten Primaria* 2002; 29: 246-253. [AO,I]

Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Vinson Dc, Stevermer JJ, Pifer EA. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *BMJ* 2002; 324: 710-3. [C,I]

INVESTIGACIÓN. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Daniels CE, Montori VM, Dupras DM. Effect of publication bias on retrieval bias. *Acad Med* 2002; 77: 266-268. [T,II]

Grandes G. ¿Por qué tan pocos ensayos clínicos en atención primaria? *Aten Primaria* 2002; 29: 97-101.

Campos C. Alerta bibliográfica: cómo estar al día gracias a Internet. *Aten Primaria* 2002; 29: 189-194. [AO,I]

Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Vinson Dc, Stevermer JJ et al. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *BMJ* 2002; 324: 710-3. [C,I]

Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. *Lancet* 2002; 359: 145-9. [R,I]

Rodríguez JL, Casado A. Doble ciego. El control de los sesgos en la realización de ensayos clínicos. Contradicciones, insuficiencias e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 192-196. [AO,II]

Argimon JM. El intervalo de confianza: algo más que un valor de significación estadística. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 382-385. [AO,II]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.

Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Vinson Dc, Stevermer JJ et al. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *BMJ* 2002; 324: 710-3. [C,I]

Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, Brunzell JD, Chiasson JL, Garg A et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care* 2002; 25: 148-198. [M,II]

PREVENCIÓN.

Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, Mudde A. Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gac Sanit* 2002; 16: 131-138. [T,II]

Bressler NM. Early detection and treatment of neovascular age-related macular degeneration. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 142-152. [R, I]

Oliver P, Keen J, Mathers N. Deaths from drugs of abuse in Sheffield

1997-1999: what are the implications for GPs prescribing to heroin addicts? *Fam Pract* 2002; 19: 93-94. [T,I]

Grimes DA, Schulz KF. Uses and abuses of screening tests. *Lancet* 2002; 359: 881-4. [R,II]

Pueyo G, Elosua R, Marrugat J. Metaanálisis de la evidencia científica sobre la utilidad de la toma esporádica de ácido acetilsalicílico en la prevención de enfermedad coronaria. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 166-170. [M,II]

Bosch J, Yusuf S, Pogue J, Sleight P, Lunn E, Rangooowala B et al. Use of ramipril in preventing stroke double blind randomised trial. *BMJ* 2002; 324: 699-702. [EC,II]

EVALUACIÓN / GARANTÍA DE CALIDAD.

Plans P, Tresserras R, Navas E, Pardell H. Estudio de coste-efectividad del tratamiento de la hipertensión arterial en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 211-217. [T,I]

BIOÉTICA:

Judez J, Nicolas P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 18-37. [AO,I]

PLANIFICACIÓN / GESTIÓN.

Montesinos A. La red como recurso de información estadística y médico-administrativa. *Aten Primaria* 2002; 29: 53-61. [AO,I]

INFORMÁTICA.

Montesinos A. La red como recurso de información estadística y médico-administrativa. *Aten Primaria* 2002; 29: 53-61. [AO,I]

Norris TE, Hart GL, Larson EH, Tarczy-Hornoch P, Masuda DL, Fuller SS et al. Low-bandwidth, Low-cost telemedicine consultations in rural family practice. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 123-127. [C, I]

Aguillo IF. Herramientas avanzadas para la búsqueda de información médica en el web. *Aten Primaria* 2002; 29: 246-253. [AO,I]

OTRAS.

Gornemann I, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. *Gac Sanit* 2002; 16: 156-159. [T, II]

Alijotas J, Alegre J, Fernández-Sola J, Cots JM, Panisello J, Peri JM et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 73-77. [AO,I]

Sánchez J, Soriano E, Girona R, Pérez P, Viñets C. ¿Por qué aumentan las fosfatasas alcalinas? *Aten Primaria* 2002; 29: 241-246. [R,I]

Mitchell A. Infertility treatment - more risks and challenges. *N Engl J Med* 2002; 346: 769-770. [AO,III]

Actividades Científicas

❑ **CURSO SAMFYC «CLAVES PARA PREPARAR UNA MEMORIA»**

Curso de preparación de la MEMORIA (Ley de Consolidación de Empleo) para médicos de Atención Primaria en Andalucía (plazas limitadas).

Málaga, 6 de octubre de 2002

Sevilla, 5 de octubre de 2002

Granada, 28 de septiembre de 2002

<http://www.samfyc.es>

❑ **XXII CONGRESO DE LA SEMFYC**

Madrid, 22-23 de noviembre de 2002

<http://www.semfyc.es>

❑ **XIV CONGRESO DE LA SAMFYC**

Jaén, 5-7 de junio de 2003

<http://www.samfyc.es>

OPORTUNIDADES DE TRABAJO EN INGLATERRA

El departamento de salud inglés, en colaboración con el Ministerio de Salud y Consumo español, desea contratar médicos de Medicina Familiar y Comunitaria y de especialidades hospitalaria.

Información: lissa.perteghella@fco.gov.uk

raquel@mackillop.fsnet.co.uk

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 8

ECG: varón con debilidad y mareo

Herrera Ruiz M¹, Martínez Pérez J¹.

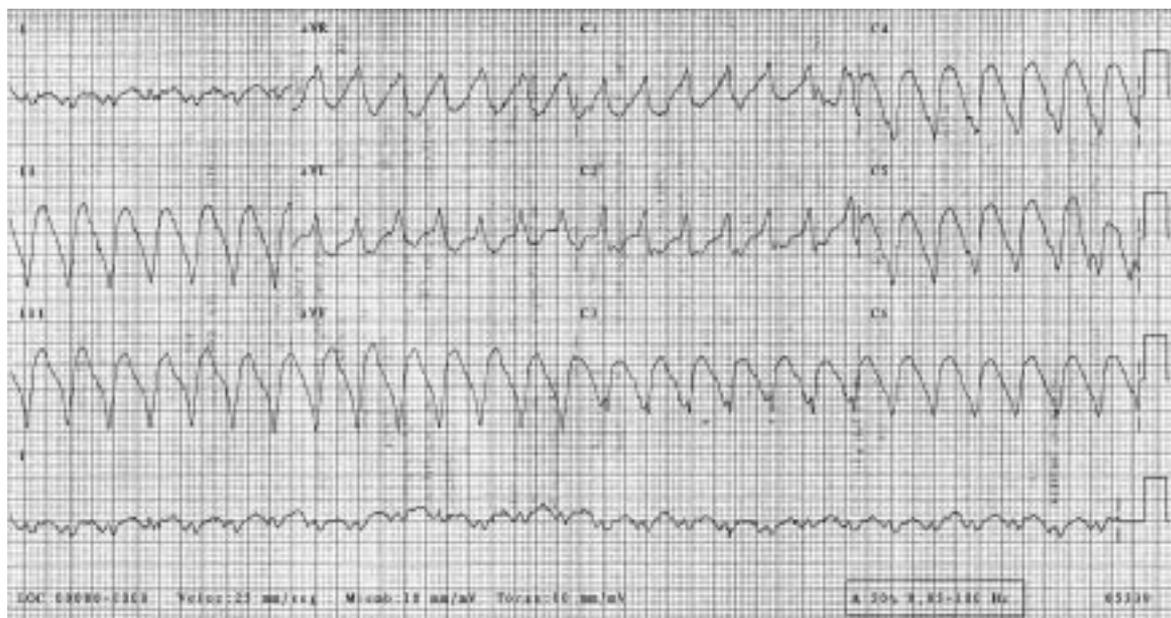
¹ Residentes tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Caballero. Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada.

Paciente de 67 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital por un cuadro de vómitos repetidos, debilidad generalizada y sensación de mareo sin pérdida de conocimiento, junto a dolor torácico de 3 horas de evolución con irradiación a espalda, brazos y piernas.

Como antecedentes personales presenta: Cardiopatía isquémica e hipertensiva. IAM (infarto agudo de miocardio) anteroseptal (1977). IAM infero lateral complicado con derrame pleural bilateral e insuficiencia mitral (12/01), HTA (hipertensión arterial). ACV (accidente cerebro-vascular) isquémico (1998). Insuficiencia cardiaca. Trombosis intracavitaria apical estable. Epilepsia. Tratamiento con anticoagulantes orales, parches de nitroglicerina, betabloqueantes, IECA (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina), diuréticos, y antiépilépticos.

A la exploración encontramos al paciente consciente y orientado con estado general conservado, sudoroso, palidez cutánea, normoperfundido. Afebril. Pulsos carotídeos presentes y simétricos bilaterales. Hemodinámicamente presenta presión arterial de 106/83, frecuencia cardiaca de 162 lpm. Eupneico a 18 rpm con O₂ en gafas nasales a 2 litros con saturación de O₂ del 95 %.

ACR (auscultación cardiopulmonar): ruidos rítmicos con ritmo de galope sobreañadido y disminución generalizada del murmullo vesicular. Abdomen anodino. EEII (extremidades inferiores) con pulsos periféricos presentes sin edemas ni signos de TVP (trombosis venosa profunda). Se realiza electrocardiograma de doce derivaciones que presenta el siguiente registro:



¿Cuál es su diagnóstico?

- 1.–Taquicardia supraventricular con bloqueo completo de rama izquierda.
- 2.–Taquicardia regular supraventricular en paciente con bloqueo de rama funcional (frecuencia dependiente).
- 3.–Taquicardia supraventricular reciprocante con conducción antidrómica (utiliza la vía accesoria para la conducción anterógrada) en un paciente portador de un WPW (Wolf-parkinson-white).

4.–Taquicardia ventricular monomórfica sostenida

5.–Taquicardia sinusal con bloqueo completo de rama derecha.

(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. 3, núm. 2)

(Medicina de Familia (And) 2002; 3: 148)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

1.-FALSO. La acalasia es un trastorno motor del músculo liso esofágico, cuyos síntomas fundamentales son disfagia, dolor torácico y regurgitación. En la radiología de tórax destaca la ausencia de imagen aérea gástrica y ocasionalmente una masa mediastínica tubular adyacente a la aorta.

2.-FALSO. El divertículo de Zenker es una saculación posterior del esófago entre las fibras del constrictor superior de la faringe, por lo tanto de localización en mediastino superior. Puede dar lugar a halitosis, regurgitación de saliva, restos alimentarios consumidos anteriormente, y compresión del esófago con disfagia u obstrucción completa.

3.-FALSO. La hernia de Morgagni se debe a un defecto congénito del diafragma en la zona del ángulo cardiofrénico; pueden tener grasa epiploica, intestino, estómago e hígado. Suelen ser asintomáticas y no requieren tratamiento.

4.-CORRECTO. Es la anomalía más frecuente del esófago, consistiendo en una herniación de parte del estómago en la cavidad torácica a través del hiato esofágico del diafragma, evidenciándose en la radiografía de tórax como una masa mediastínica retrocardíaca con nivel hidroaéreo. Existen tres tipos, la hernia por deslizamiento, que es la más común, la paraesofágica y la mixta. La clínica principal es de reflujo gastroesofágico. También puede existir pesadez o plenitud posprandial, náuseas o disfagia intermitente. Otros estudios complementarios son el esofagograma tras la administración de papilla de bario y la endoscopia.

5.-FALSO. Son quistes embrionarios, consistentes en cavidades rellenas de líquido mucoide, de aparición en la segunda ó tercera década de la vida, asintomáticos, y no

suelen tener gas en su interior, salvo que exista comunicación con la vía aérea, lo cual es infrecuente

Otros cuadros con los que se puede establecer el diagnóstico diferencial son:

– QUISTE ENTÉRICO. muy baja frecuencia, de presencia en la infancia, de localización en área paraespinal, y suelen ser neuroentéricos (en comunicación con el conducto espinal) y generalmente asociados a anomalías vertebrales (espina bífida, vértebras en mariposa).

– INTERPOSICIÓN DE COLON RETROESTERNAL QUIRÚRGICA se localiza en región retroesternal, no retrocardíaca, junto con el antecedente quirúrgico.

– MEDIASTITINIS / ABSCESO MEDIÁSTÍNICO. En la mediastinitis existen antecedentes de yatrogenia o de alguna enfermedad predisponente (trauma torácico, Ca. de esófago, cuerpos extraños, esofagitis cáustica, o vómitos). En cuanto al absceso mediastínico existiría una semiología infecciosa.

– PERFORACIÓN TRAQUEAL principalmente de la unión traqueobronquial, donde habría antecedentes (traumatismo, intubación), y clínica característica (cianosis, disnea, hemoptisis, enfisema subcutáneo).

– ADENOPATIAS TUBERCULOSAS NECROSADAS en comunicación con la vía aérea: hasta un 90% de pacientes con Tuberculosis primaria tiene adenopatías radiológicamente visibles. Se observan otras adenopatías (bronquiales, hiliares), así como otros estigmas tuberculosos.

– INYECCIÓN DE AIRE DE FORMA INADVERTIDA. se demostrará el antecedente de acceso en vía vascular.

*Jiménez López AM
Moncayo Sánchez A
Médicos de Familia
Z.B.S. El Mármol. Macael (Almería)*

